



Minister Zdrowia

DLU.055.37.2025.MŁ
Warszawa, 22 września 2025

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani petycję z dnia 6 lipca 2025 r., znak: 723/2025 uzupełnioną przez Panią dnia 23 lipca 2025 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji będących we właściwości Ministerstwa Zdrowia.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach, osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały zakwalifikowane jako gwarantowane i znalazły się w wykazach określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia (tzw. rozporządzeniach koszykowych), wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Świadczenia gwarantowane finansowane są przez publicznego płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia zwany dalej „NFZ”) na terenie Polski, jedynie w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych pomiędzy świadczeniodawcą, a NFZ.

Zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach świadczeniobiorcy (pacjentowi) przysługują świadczenia gwarantowane m.in. z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego, ratownictwa medycznego.

W tym miejscu natomiast odnosząc się bezpośrednio do treści Pani petycji należy wskazać, że zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91), zwanej dalej ustawą o „PRM”, system Państwowe Ratownictwo Medyczne został utworzony w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oznacza to, że jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, w sytuacji zagrożenia życia, są zobowiązane do udzielenia świadczenia każdej osobie, niezależnie od jej statusu prawnego, obywatelstwa czy posiadania prawa do świadczeń.

Natomiast zgodnie z art. 3 pkt 9 ustawy o PRM szpitalny oddział ratunkowy to komórka organizacyjna szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiąca jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniająca wymagania określone w ustawie o PRM, wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1.

W dalszych regulacjach ww. ustawy określone zostały zasady finansowania poszczególnych jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym, jak wskazuje art. 47 ustawy o PRM, finansowane są na zasadach i w trybie określonym w ustawie o świadczeniach. Poprzez odwołanie do regulacji zawartych w ustawie o świadczeniach, ustawodawca ograniczył bezpłatny dostęp dla pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym do grona osób posiadających prawo do świadczeń, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, tj. ubezpieczonych oraz innych świadczeniobiorców niż ubezpieczeni wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 2-4 niniejszej ustawy.

W związku z powyższym, wskazać należy, iż świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym są udzielane bezpłatnie osobom posiadającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z przepisami prawa przy udzielaniu świadczeń SOR, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 6. W powyższym przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.

Wskazania w tym miejscu wymaga, iż zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach świadczeniobiorcy o, których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania. Wydanie przedmiotowej decyzji po złożeniu przez świadczeniobiorcę wniosku poprzedzone jest postępowaniem, którego celem jest ustalenie istnienia przesłanek uprawniających do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podkreślenia również wymaga, iż decyzję w przypadku stanu nagłego wydaje się również na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia. Decyzja może zostać wydana również z urzędu lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego funduszu (art. 54 ust 4 i 5 ustawy o świadczeniach). Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ww. decyzji przysługuje przez okres 90 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest dzień złożenia wniosku, a w przypadku udzielenia świadczeń w trybie nagłym – dzień udzielenia świadczenia, chyba że w tym czasie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 54 ust. 7 ustawy o świadczeniach).

Kolejno należy wskazać, że obowiązujące przepisy prawa w żadnym stopniu nie uprawniają Dyrektora szpitala bądź pogotowia ratunkowego do naliczenia pacjentom posiadającym prawo do świadczeń, w rozumieniu ustawy o świadczeniach kosztów udzielonych im świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Michał Misiura

Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/