



DLG.055.15.2026.JS
Warszawa, 18 sierpnia 2026

Dot.: petycji nr 682/26 z dn. 18 maja 2026 r.,

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na ww. petycję, w której przedstawiono postulat „*by lekarz rodzinny raz w roku ma możliwość zlecenia wszystkich badań laboratoryjnych, diagnostycznych, obrazowych w celu profilaktyki chorób osób z uwagi na czynniki ryzyka, w celu profilaktyki chorób cywilizacyjnych, w celu profilaktyki chorób przewlekłych, w celu profilaktyki chorób zawodowych, w celu profilaktyki chorób powodującej niezdolność do pracy lub niepełnosprawność, w celu profilaktyki i zapobiegania różnej przyczyn zgonów (najczęstszych na podium), w celu profilaktyki wielochorobowości i wielolekowości, w celu profilaktyki chorób dziedzicznych itd.*” uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Podstawowa opieka zdrowotna (dalej POZ) w Polsce pozostaje kluczowym elementem systemu ochrony zdrowia. Podejmowane działania koncentrują się na dalszym wzmocnieniu POZ, zwiększeniu jej efektywności oraz roli w profilaktyce i koordynacji leczenia, poprzez m.in. programy profilaktyczne takie jak „Moje Zdrowie”, wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej opieki koordynowanej, czy rozszerzenie listy badań realizowanych w ramach badania bilansowego dzieci.

Program profilaktyczny „Moje Zdrowie” realizowany od maja 2025 roku, skoncentrowany jest na profilaktyce, monitoringu stanu zdrowia oraz wczesnym wykrywaniu schorzeń. Inicjatywa promuje rozszerzone badania przesiewowe i bilanse zdrowotne na poziomie podstawowym, co sprzyja proaktywnej opiece, lepszemu zarządzaniu chorobami przewlekłymi oraz redukcji czynników ryzyka. W ten sposób program podnosi znaczenie POZ, czyniąc ją centralnym ogniwem prewencji i leczenia w systemie ochrony zdrowia.

W ramach programu zlecane jest wykonanie zestawu badań diagnostycznych, w zależności od treści udzielonych odpowiedzi oraz wieku pacjenta.

Katalog podstawowy badań diagnostycznych dla każdego, kto wypełni ankietę, obejmuje badania: morfologia krwi, glukoza, kreatynina (z eGFR), lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, triglicerydy), TSH (hormon tyreotropowy), badanie ogólne moczu.

Częstotliwość wykonywania bilansu zdrowia osoby dorosłej zależy od wieku pacjenta; dla osób w wieku 20 - 49 lat jest to raz na 5 lat, zaś dla osób powyżej 50 r.ż. raz na 3 lata. Program „Moje Zdrowie” osiągnął duży zasięg populacyjny – w ciągu pierwszego roku skorzystało z niego ponad 3,6 mln osób znacząco zwiększając dostępność profilaktyki przez co zwiększyła się wykrywalność chorób przewlekłych: np. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób onkologicznych, chorób serca czy wczesne wykrywanie ryzyka udaru.

Równie ważną rolę pełni opieka koordynowana w POZ, wprowadzona do systemu na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹. Wykaz świadczeń opieki koordynowanej oraz warunki ich realizacji określono w załączniku nr 6 do rozporządzenia. Tym samym, od października 2022 r., świadczeniodawcy – lekarz POZ i pielęgniarka POZ – mogą udzielać świadczeń zdrowotnych pacjentom przewlekle chorym w nowym modelu opieki koordynowanej. Świadczeniami opieki koordynowanej w ramach POZ objęte są osoby przewlekle chore. Dla przystąpienia pacjenta do tej formy opieki nie jest wymagane skierowanie i wystarczy zgłoszenie takiego zamiaru lekarzowi rodzinemu.

Realizacja świadczeń zdrowotnych w opiece koordynowanej odbywa się na podstawie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM), ustalanego przez lekarza wspólnie z pacjentem. W ramach opieki koordynowanej lekarz przeprowadza pogłębiony wywiad, wykonuje badanie przedmiotowe, analizuje wyniki badań diagnostycznych, ocenia aktualny stan zdrowia pacjenta i wspólnie ustala schemat postępowania. Wyznaczony dla danego pacjenta koordynator ustala terminy badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza oraz porad edukacyjnych i dietetycznych, informuje o etapach terapii i pozostaje w kontakcie ze wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych.

W ramach opieki koordynowanej istnieje również możliwość odbywania konsultacji z lekarzem specjalistą. Konsultacje lekarskie (lekarz POZ – lekarz specjalista) są prowadzone również zdalnie. Bezpośrednie omówienie wyników badań pacjenta i dalszego przebiegu leczenia między lekarzami wpływa na większą skuteczność terapii i bezpieczeństwo pacjenta. W opiece koordynowanej konsultacje z lekarzem specjalistą są dostępne również dla pacjenta, bez konieczności skierowania do AOS.

Świadczenia opieki koordynowanej są realizowane przez świadczeniodawców na podstawie dodatkowej umowy z NFZ w co najmniej jednym z poniższych zakresów:

- 1) kardiologia - diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków;
- 2) diabetologia - diagnostyka i leczenie cukrzycy;
- 3) choroby płuc - diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc (POChP);
- 4) endokrynologia - diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy;
- 5) choroby nerek – diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek.

W rezultacie wprowadzonych zmian lekarze POZ uzyskali możliwość szybszej diagnostyki, postawienia rozpoznania i ustalenia terapii dzięki zleceniu większej liczby badań diagnostycznych oraz odbywaniu konsultacji z lekarzami specjalistami (pacjent – lekarz oraz lekarz POZ – lekarz specjalista).

Wdrożenie opieki koordynowanej w POZ pozwala na osiągnięcie: usprawnienia dostępu do kompleksowej opieki zdrowotnej dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, skrócenia czasu oczekiwania na badania i konsultacje, możliwość szybszego ustalenia diagnozy przez rozszerzenie listy badań diagnostycznych zlecanych przez lekarza POZ, lepszej kontrola chorób przewlekłych dzięki szybszemu określeniu spójnego planu leczenia, szybszego przepływu informacji pomiędzy lekarzem POZ a innymi specjalistami zaangażowanymi w proces leczenia chorób przewlekłych, w tym cywilizacyjnych, a także wdrożenia na szerszą skalę edukacji zdrowotnej i poszerzenia wiedzy pacjenta o chorobie i sposobach radzenia sobie z nią, jak również aktywizacja pacjentów i podniesienie ich kompetencji samoopieki, poprzez włączenie do ustalania planu leczenia i uczenie zachowań sprzyjających zdrowiu.

Ponieważ istotą opieki koordynowanej w POZ było objęcie nią świadczeniobiorców cierpiących na najpowszechniej występujące w populacji choroby przewlekłe, nie przewiduje się rozszerzania zakresu tej opieki o wszystkie możliwe inne choroby przewlekłe (w tym cywilizacyjne), gdyż świadczenia dla pacjentów cierpiących na takie choroby są już realizowane przez świadczeniodawców posiadających umowy z Narodowym

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1965).

Funduszem Zdrowia w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS), w związku z tym rozwiązanie proponowane w przedmiotowej petycji jest bezpodstawne.

Założenia odnośnie częstotliwości jak i zakresu badań diagnostycznych realizowanych przez POZ w ramach opisanych powyżej programów („Moje zdrowie” oraz opieki koordynowanej), zostały opracowane przez grono ekspertów przy udziale Konsultantów Krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej z uwzględnieniem kompetencji lekarzy rodzinnych do interpretacji wyników badań, zdobywanych przez nich podczas szkolenia specjalizacyjnego, obejmującego bardzo szeroki obszar wiedzy medycznej, ale na pewnym poziomie ogólności. Oczekiwanym rezultatem jest uzyskanie optymalnych korzyści zdrowotnych dla populacji objętej opieką, przy utrzymaniu jej efektywności kosztowej.

Jeśli chodzi o profilaktykę chorób dziedzicznych, to na podstawie przywołanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, od 2025 r., w ramach badania bilansowego, (które stanowi również formę działań profilaktycznych skierowanych do dzieci), wykonywanego u dziecka 6-letniego, na etapie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, dodano badanie przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej obejmujące oznaczenia; cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL, trójglicerydów, cholesterolu nie-HDL (wartość wyliczana). Wytyczne kliniczne, które poddano analizie, rekomendują wprowadzenie badań przesiewowych celem wczesnego wykrywania hipercholesterolemii rodzinnej u dzieci. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowego wyniku, lekarz rodzinny, wykonujący badanie bilansowe kieruje pacjenta do leczenia specjalistycznego w poradni endokrynologicznej, diabetologicznej lub chorób metabolicznych dla dzieci. Badanie to pozwala na zwiększenie wykrywalności uczniów obciążonych hipercholesterolemią rodzinną na wczesnym etapie.

Natomiast za profilaktykę chorób zawodowych, powodujących niezdolność do pracy lub niepełnosprawność, odpowiada odrębna od POZ służba medycyny pracy, powołana stosowną ustawą², do której zadań należy min. wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie Pracy.

Z powyższego wynika, że istnieje już rozbudowany i spójny system zapewniający mieszkańcom Polski dostęp do profilaktycznych badań diagnostycznych zarówno przesiewowych jak i w kierunku określonych czynników ryzyka, dlatego zawarte w petycji oczekiwanie, że lekarz POZ będzie dodatkowo raz do roku każdemu świadczeniobiorcy zlecał wszystkie możliwe badania, niezależnie od jego stanu zdrowia, nie znajduje uzasadnienia. Wdrożenie koncepcji przedstawionej w petycji nie poprawiłoby i nie udoskonaliło systemu, a jedynie zwiększyło jego koszty wskutek finansowania ze środków publicznych niepotrzebnych świadczeń.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Karaszewski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

² Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 437)