



Minister
Zdrowia

DLU.055.38.2025.MG
Warszawa, 22 października 2025

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na petycję z dnia 20 sierpnia 2025 r., znak 899/25, dotyczącą propozycji wprowadzenia rozwiązania umożliwiającego lekarzowi podczas wizyty prywatnej wystawienie skierowania do specjalisty lub na badania finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), przy jednoczesnym wyborze przez pacjenta sposobu realizacji świadczenia (prywatnie lub w ramach NFZ), uprzejmie informuję, że obecnie nie są planowane zmiany w obowiązujących przepisach w tym zakresie.

Na wstępie pragnę wyjaśnić, że zgodnie z przepisem art. 15 ust. 1 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.), dalej jako: „ustawa o świadczeniach” pacjenci mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w tym odpowiednich badań z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) regulują stosowne rozporządzenia Ministra Zdrowia tzw. rozporządzenia koszykowe.

Zgodnie natomiast z art. 57 ust. 1 ustawy o świadczeniach ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Osoby podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu mają prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Oznacza to, że wyłącznie lekarz będący świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo jest zatrudniony lub wykonuje zawód u takiego świadczeniodawcy, jest uprawniony do wydawania skierowania, na podstawie którego przysługuje bezpłatny dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (m.in. porady specjalistyczne, badania diagnostyczne). Podkreślenia wymaga, że badanie, na które lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wystawia skierowanie, musi być również umieszczone w katalogu świadczeń gwarantowanych z danego zakresu (np. z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.), z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.)). Konieczność uzyskania skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego ma na celu zapewnienie opieki odpowiadającej potrzebom zdrowotnym pacjenta i jak najbardziej

efektywne wykorzystanie zasobów systemu opieki zdrowotnej. Przede wszystkim umożliwia realizację roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, sprawującego kompleksową opiekę nad pacjentem i koordynującego jego proces leczenia. Lekarz, posiadający medyczną wiedzę i właściwe kompetencje, znający historię chorób pacjenta objętego opieką ma zapewnić, że pacjent otrzyma właściwe, świadczenia (w tym właściwego specjalisty) i na odpowiednim poziomie (podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej lub szpitalnej).

Jedyny wyjątek stanowi leczenie szpitalne. W tym przypadku wymagane jest skierowanie od lekarza, niekoniecznie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego (art. 58 ustawy o świadczeniach).

Wprowadzenie zasady, że tylko lekarz ubezpieczenia zdrowotnego może wystawić skierowanie na dalsze bezpłatne leczenie u specjalisty lub badania, ma na celu zabezpieczenie prawidłowego wydatkowania pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia, uszczelnienie systemu i zapobieżenie przerzucania pokrywania kosztów leczenia prywatnego przez publicznego płatnika.

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