Minister Zdrowia

DLU.055.40.2026.MG
Warszawa, 12 października 2026

[redacted]

[redacted]

w odpowiedzi na petycję z dnia 9 sierpnia 2026 r., dotyczącą propozycji wprowadzenia rozwiązania umożliwiającego lekarzowi podczas wizyty prywatnej wystawienie skierowania na badania finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (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 2025 r. poz. 1461, 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.).

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

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.
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.

W tym miejscu, należy wskazać, że zgodnie z art. 47c ust. 1 ustawy o świadczeniach, kobiety w ciąży mają prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych poza kolejnością. Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczenia szpitalne powinny być udzielone tym osobom w dniu zgłoszenia, jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących. W przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia. Powyższe powinno zapewnić kobietom w ciąży szybki dostęp do opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych, w tym realizację niezbędnych badań diagnostycznych zleconych przez lekarza lub położną sprawujących nad nią opiekę w ciąży. Ponadto lekarz ginekolog przyjmujący prywatnie może wystawić skierowanie na bezpłatne badania prenatalne w ramach Programu badań prenatalnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2026 r. poz. 1310).

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

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa