



# Minister Zdrowia

---

DLU.050.17.2026.PP  
Warszawa, 10 czerwca 2026

**Pan**  
**Włodzimierz Czarzasty**  
**Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 17265 z dnia 26 maja 2026 roku Pana Posła Konrada Frysztaka w sprawie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego dla współmałżonka, uprzejmie prosimy o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Przedmiotowe zagadnienia regulują przepisy 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 „ustawa”.

**Ad. 1 Kto według ww. opisanej sytuacji powinien zapewnić ubezpieczenie zdrowotne osobie, która znalazła się w tak trudnej sytuacji? Czy jest to konkretna instytucja, czy też współmałżonek?**

Przepisy ustawy zapewniają prawo do opieki zdrowotnej praktycznie wszystkim grupom społeczno-zawodowym niezależnie od ich sytuacji materialnej. Realizowane są w ten sposób, wyrażone w art. 65 ustawy, konstytucyjne zasady równości i solidaryzmu społecznego<sup>1</sup>.

Na wstępie należy wyjaśnić, że przepisy ustawy tworzą pewną hierarchię praw do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Priorytet ma własny pełnoprawny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, którego uzyskanie po ustaniu małżeństwa będzie - na zasadach ogólnych - istotne w omawianym zakresie. Katalog podmiotowy obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego określony jest w art. 66 ust. 1 ustawy i obejmuje m.in. pracowników, rolników, przedsiębiorców, osoby wykonujące pracę nakładczą, osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia i osoby z nimi współpracujące, uczniów, studentów, emerytów i rencistów, osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej, rodzicielskie świadczenie uzupełniające, specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania oraz świadczenie wspierające, czy też zarejestrowanych w urzędzie pracy bezrobotnych niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

---

<sup>1</sup> Art. 68 ust. 1 Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Ust. 2 Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Poza osobami ubezpieczonymi, prawo do opieki zdrowotnej na tych samych zasadach mają również określone w ustawie osoby nieubezpieczone, co wypełnia ww. zasady konstytucyjne, zapewniając w praktyce powszechność możliwości uzyskania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W omawianej sytuacji dotyczy to przede wszystkim osób spełniających kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>2</sup>, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy (dysproporcje między udokumentowaną wysokością dochodu, a sytuacją majątkową osoby lub rodziny).

Procedura uzyskania tych uprawnień opisana jest w art. 54 ustawy. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy. Prawo to na podstawie ww. decyzji przysługuje przez okres 90 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest dzień złożenia wniosku, a w przypadku udzielania świadczeń w stanie nagłym - dzień udzielenia świadczenia. W celu uzyskania decyzji należy skontaktować się z gminnym ośrodkiem pomocy społecznej. W razie potrzeby wydawane są kolejne decyzje w tym zakresie, a elementem postępowania jest rodzinny wywiad środowiskowy.

Ponadto, należy wskazać, że ustawa przyznaje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej członkom rodziny osoby ubezpieczonej. Zgodnie z art. 67 ust. 3 ustawy osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Członkami rodziny w rozumieniu ustawy są:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
- b) małżonek (z wyłączeniem małżonka, z którym osoba ubezpieczona pozostaje w separacji orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu),
- c) wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Możliwości uzyskania prawa do opieki zdrowotnej jest więc wiele, ustawa przewiduje jednak również obowiązek zgłoszenia nieubezpieczonego małżonka, o ile drugi małżonek jest osobą ubezpieczoną.

## **Ad. 2 Jeśli jest to współmałżonek, to która konkretnie instytucja powinna wydać decyzję administracyjną w tej sprawie?**

Jak wyjaśniono powyżej procedura ta polega na zgłoszeniu przez ubezpieczonego małżonka i nie wiąże się z wydawaniem decyzji administracyjnych.

## **Ad. 3 Co, jeśli ww. decyzja administracyjna nie jest respektowana przez współmałżonka?**

---

<sup>2</sup> Kryteria dochodowe w pomocy społecznej pozostają w 2026 roku na poziomie ustalonym w 2025 roku (1010 zł dla osoby samotnej i 823 zł w rodzinie)

Należy w tym zakresie pamiętać o specyfice postępowań rozwodowych i wynikających z tego potencjalnych ograniczeniach we wzajemnej komunikacji. Omawiany obowiązek jest egzekwowalny, rzadkie stosowanie tych rozwiązań może jednak wynikać z charakteru relacji małżeńskich, co nie może być zastąpione regulacją ustawową. Zgodnie z art. 193 pkt 6 ustawy kto będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny podlega karze grzywny. Orzekanie w tego rodzaju sprawach następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia i nie ma charakteru administracyjnego.

**Ad. 4 Jakie możliwości prawne ma w tej sytuacji osoba, która domaga się wyegzekwowania wspomnianej decyzji administracyjnej?**

Jak to wyżej wyjaśniono postępowanie odbywa się na zasadach określonych w Kodeksie postępowania w sprawach o wykroczenia i dotyczy okresu trwania małżeństwa. Po jego ustaniu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej nabywa się na ww. zasadach ogólnych. Co jednak istotne nie wpływa to na sytuację wspólnych dzieci. Zgodnie z art. 67 ust. 3a ustawy w przypadku członków rodziny do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego (wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu).

W przypadku uzyskania praw do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje z dniem, w którym świadczenie alimentacyjne staje się wymagalne, a wygasa w dniu, w którym świadczenie to przestaje być wymagalne. Okoliczności te zależą jednak od przebiegu postępowania rozwodowego i statusu ubezpieczeniowego drugiego małżonka. Postępowanie mające na celu ustanie małżeństwa, a więc i statusu członka rodziny w rozumieniu ustawy przez byłych małżonków, docelowo uzasadnia dążenie do uzyskania własnego tytułu ubezpieczeniowego na wskazanych wyżej zasadach ogólnych.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Tomasz Maciejewski  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/