



Ministerstwo Sprawiedliwości

Departament Kadr i Organizacji Sądów Powszechnych i Wojskowych

DKO-V.0512.2.2026

Warszawa, 17 września 2026 r.

Pani

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na petycję z 17 sierpnia 2026 r., Departament Kadr i Organizacji Sądów Powszechnych i Wojskowych uprzejmie przedstawia co następuje.

Postulat zawarty w przywołanym na wstępie piśmie ma na celu zapewnienie obywatelom darmowego dostępu do poradni medycyny pracy (w tym podmiotów komercyjnych) oraz poradni rehabilitacji medycznej na koszt Skarbu Państwa. Propozycja zakłada zniesienie wymogu posiadania skierowania w specyficznych sytuacjach („brak zatrudnienia lub aplikacji”) oraz wprowadzenie limitu do trzech zaświadczeń, mających służyć uzyskaniu spójności lub wykazaniu przeciwności zdań lekarzy. Z punktu widzenia legislacji systemowej, postulat ten dąży do przeniesienia kosztów dowodowych postępowań przed Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), sądami pracy oraz zespołami ds. orzekania o niepełnosprawności na budżet ochrony zdrowia. Zmiana charakteru wizyty z terapeutycznej na dowodową fundamentalnie modyfikuje relację pacjent-lekarz, przekształcając placówkę medyczną w organ pomocniczy systemów zabezpieczenia społecznego. Wydaje się, że takie rozwiązanie generować może paraliż administracyjny świadczeniodawców, zmuszając ich do obsługi procesów obcych celom medycznym. Należy zaznaczyć, że spójność polskiego systemu ochrony zdrowia opiera się na precyzyjnych procedurach kwalifikacji świadczeń oraz trybach ich finansowania. Proponowane rozwiązania pozostają w rażącej sprzeczności z kluczowymi mechanizmami ustawowymi.

Zgodnie z art. 1 pkt 2a 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”) określa ona zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowanych. Postulat petycji omija tę procedurę określoną w art. 31a-31c ustawy. Ustawa definiuje świadczenie zdrowotne (art. 5 pkt 40 ustawy) jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Uzyskanie zaświadczenia w celu wykazania „przeciwności zdań” lekarzy dla celów procesowych nie spełnia tej definicji. Każde świadczenie finansowane ze środków publicznych musi podlegać ocenie pod kątem taryfikacji (art. 5 pkt 42a ustawy) oraz wpływu na budżet. Jednocześnie wskazać należy, że do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 3a ustawy należy kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych.

Proponowane w petycji rozwiązania stoją również w bezpośredniej sprzeczności oraz są niespójne z systemem finansowania orzecznictwa zapisanym w art. 16 ustawy, gdyż wnioskodawca przerzuca koszty dowodowe w sprawach o renty i stopień niepełnosprawności na budżet państwa w sposób niekontrolowany (brak zlecenia badania przez uprawniony organ). Ponadto wniosek dopuszcza finansowanie wizyt w placówkach

komercyjnych na koszt państwa bez wcześniejszego zlecenia. Wnioskowane zmiany ignorują fakt, że orzecznictwo dla celów innych instytucji posiada odrębne źródła finansowania, które wnioskowane zmiany miałyby zastąpić darmowym dostępem „na życzenie”.

Ustawa wprowadza ogólną zasadę (art. 16 ust. 1 ustawy), że świadczeniobiorcy nie przysługują orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na jego życzenie (choć w tej kwestii przewiduje wyjątki). W przypadku postępowań sądowych (art. 16 ust. 2 ustawy) ustawa precyzuje, że koszty badań zleconych przez sąd lub prokuraturę pokrywane są z budżetu państwa, którego odpowiednio dysponentem jest Minister Sprawiedliwości, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego albo Prezes Naczelnego Sądu Administracyjnego. Zatem postulat uprawniający pacjenta, aby ten udał się do lekarza na koszt Skarbu Państwa „jeśli zamierza złożyć zaświadczenie do sądu” omija procedurę powoływania biegłych sądowych. Wprowadza to nieuzasadnione uprzywilejowanie jednej grupy w dostępie do darmowych opinii medycznych, które w procesie sądowym powinny być zlecane przez organ prowadzący sprawę.

Jak wynika z art. 16 ust. 4 ustawy koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie. Zatem w obecnym systemie to organy pokrywają koszty badań, jeśli same uznają je za konieczne i je zlecają. Art. 16 ust. 5 ustawy ponadto wskazuje, że Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 4 ustawy, uwzględniając cel wydania orzeczenia lub zaświadczenia oraz przeprowadzenia badania. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania kosztów badań, wydawania orzeczeń lub zaświadczeń związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 281, poz. 2790) określa procedury rozliczeń między placówkami medycznymi a instytucjami zlecającymi. Obecny tryb finansowania opiera się na umowach i zleceniach. Aktualne brzmienie przepisów nie pozwala refundować kosztów prywatnej wizyty lekarskiej podjętej na podstawie subiektywnego zamiaru złożenia zaświadczenia w sądzie czy ZUS.

W myśl przepisów zawartych w art. 20 ust. 1 ustawy, świadczenia udzielane są według kolejności zgłoszeń. Masowy napływ pacjentów generujących wizyty wyłącznie w celu uzyskania zaświadczenia (wg petycji maksymalnie do trzech wizyt) spowoduje gwałtowne wydłużenie list oczekujących. Narusza to art. 19a ust. 1 ustawy, gwarantujący ubezpieczonym prawo do przejrzystej procedury zapisu.

Trzeba zauważyć, że wprowadzenie mechanizmu „braku skierowania” narusza również art. 61 ustawy, który wskazuje, że ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca. Cele petycji (uzyskanie dowodu do sądu lub ZUS) nie mieszczą się w ustawowym katalogu wyjątków od tej zasady. Dopuszczenie wizyt „na życzenie” bez weryfikacji medycznej uderza w hierarchiczną strukturę systemu i zasady współpłacenia za świadczenia udzielone poza procedurą.

W przypadku postulowanych zmian istnieje ryzyko wielu nadużyć. Przede wszystkim brak możliwości weryfikacji realnego zamiaru wszczęcia „postępowania rentowego”, czy też „postępowania orzeczniczego o niepełnosprawność” w momencie udzielania porady otwiera drogę do darmowej diagnostyki komercyjnej dla osób nieuprawnionych, co drastycznie wydłuży czas oczekiwania na świadczenia ratujące zdrowie dla pacjentów wymagających pilnej terapii.

Kolejno postulat finansowania wizyt w placówkach komercyjnych na koszt państwa bez kontraktu z NFZ uderza w zasady równego traktowania świadczeniodawców i jawność finansów publicznych. Zgodnie z art. 132 ust. 1 i 2 ustawy, podstawą udzielania świadczeń finansowanych publicznie jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem. Zatem finansowanie placówek komercyjnych (prywatnych) bez kontaktu z NFZ jest niemożliwe w obecnych ramach prawnych, gdyż podstawą wydatkowania środków publicznych musi być umowa zawarta po konkursie ofert. Jednocześnie art. 134 i art. 139 ustawy precyzują rygory zawierania tych umów i obowiązki świadczeniodawców. Zatem finansowanie wizyt „na życzenie” w placówkach bez kontraktu omija tryb konkursu ofert (o którym mowa również w art. 9b ust. 1 ustawy), co zdeintegrowałoby mechanizm rynkowy i osłabiło pozycję negocjacyjną funduszu, prowadząc do niekontrolowanego odpływu środków do sektora prywatnego. Z kolei zadania państwa koncentrują się na zapewnieniu równego dostępu do leczenia, a nie finansowaniu prywatnych opinii mających podważać inne orzeczenia lekarskie. Wydatkowanie w ten sposób środków narusza zasadę celowości wydatków publicznych. Przerzucanie tych kosztów na system ochrony zdrowia tworzy niebezpieczny precedens, w którym NFZ staje się zapleczem finansowym dla postępowań innych organów państwa.

Należy również zaznaczyć, że użyte w petycji pojęcie „brak aplikacji” nie występuje w ustawie. Czyni to postulat niezrozumiałym, świadczeniodawca nie ma instrumentów prawnych do weryfikacji statusu „kandydata na aplikację” w momencie rejestracji.

Reasumując wskazać należy, że przedstawiona w petycji propozycja narusza zasady kwalifikowania świadczeń gwarantowanych. Postulat finansowania wizyt w placówkach komercyjnych bez kontraktu narusza zasady równego dostępu oraz ustawowy tryb wyłaniania świadczeniodawców w drodze konkursu ofert. Wprowadzenie wizyt „dowodowych” bez skierowania doprowadzi do gwałtownego wzrostu kolejek, uderzając w prawa pacjentów do realnego leczenia i wprowadzając pojęcia prawnie niezdefiniowane, co jak się wydaje uniemożliwia skuteczną weryfikację uprawnień. Utrzymanie integralności systemu wymaga zachowania ścisłego rozdziału między funkcją terapeutyczną ochrony zdrowia a funkcją orzeczniczo-procesową organów zabezpieczenia społecznego. Dodatkowo wdrożenie postulatu petycji wywołałoby paraliż operacyjny placówek medycznych i naraziło system na masowe nadużycia.

W związku z powyższym, na podstawie przeprowadzonej analizy, należy jednoznacznie negatywnie ocenić postulat zawarty w petycji.

Z wyrazami szacunku

Małgorzata Kosicka

Zastępca Dyrektora

Departament Kadr i Organizacji Sądów Powszechnych i Wojskowych

/podpisano elektronicznie/