

23 sierpnia 2026 r.

PETYCJA

w sprawie poprawy dostępu do publicznej ochrony zdrowia, skrócenia kolejek oraz ograniczenia nieuzasadnionych barier administracyjnych dla pacjentów

Zwracam się z prośbą o podjęcie działań legislacyjnych i organizacyjnych dotyczących funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia w Polsce.

Nie postuluję likwidacji prywatnej opieki medycznej. Uważam jednak, że obecny system prowadzi do sytuacji, w których pacjent opłacający składki i podatki musi ponownie płacić z własnej kieszeni za świadczenie, które teoretycznie jest mu gwarantowane w ramach publicznej ochrony zdrowia.

Szczególnie rażące są przypadki, w których w tej samej placówce, u tego samego lekarza albo na tym samym sprzęcie medycznym termin finansowany przez NFZ wynosi kilka miesięcy, natomiast odpłatnie pacjent może zostać przyjęty tego samego lub następnego dnia.

Poniżej przedstawiam konkretne problemy, z którymi spotykają się pacjenci.

1. Maksymalny czas realizacji skierowania „PILNE/CITO”

Obecnie samo oznaczenie skierowania jako pilnego nie daje pacjentowi realnej gwarancji uzyskania pomocy w rozsądnym czasie.

Możliwa jest sytuacja, w której pacjent ze skierowaniem pilnym do specjalisty otrzymuje najbliższy termin dopiero za około trzy miesiące, i to w placówce oddalonej o około 80 km od miejsca zamieszkania.

Jednocześnie prywatna konsultacja u tego samego lekarza może być dostępna nawet tego samego dnia.

Podobna sytuacja dotyczy badań diagnostycznych. Na rezonans magnetyczny finansowany przez NFZ pacjent może oczekiwać wiele miesięcy, podczas gdy prywatnie to samo badanie może zostać wykonane następnego dnia.

W praktyce oznacza to, że pacjent ma wybór:

- czekać kilka miesięcy mimo pilnego skierowania,
- albo ponownie zapłacić z własnych pieniędzy za świadczenie, mimo że wcześniej finansuje system ochrony zdrowia poprzez podatki i składki.

Proponuję wprowadzenie zasady:

Badanie lub konsultacja specjalistyczna oznaczona jako PILNE/CITO powinna zostać zrealizowana maksymalnie w ciągu 30 dni.

Jeżeli NFZ nie jest w stanie zapewnić świadczenia w tym terminie, pacjent powinien otrzymać prawo do wykonania konsultacji lub badania w placówce prywatnej, przy czym koszt świadczenia powinien zostać pokryty ze środków NFZ.

Pacjent nie powinien ponosić konsekwencji niewydolności systemu ani płacić drugi raz za świadczenie, którego publiczny system nie jest w stanie zapewnić w terminie odpowiednim do stanu zdrowia.

2. Niepotrzebne kierowanie pacjenta do innej placówki tylko po skierowanie

Przedstawiam własną sytuację.

Miałam problemy z oddychaniem i kaszlem. W moim lokalnym ośrodku zdrowia przyjmowała lekarka będąca lekarzem rodzinnym. Jednocześnie ta sama lekarka posiadała specjalizację związaną z chorobami płuc i przyjmowała również w innej placówce.

Podczas wizyty w lokalnym ośrodku zostałam poinformowana, że powinnam udać się do tej samej lekarki do drugiej placówki, ponieważ dopiero tam będzie mogła przeprowadzić odpowiednią konsultację i wystawić potrzebne skierowanie.

W efekcie musiałam znaleźć osobę, która zawiozła mnie ponad 30 km w jedną stronę.

Łącznie pokonałam ponad 60 km tylko po to, żeby ta sama lekarka, do której wcześniej zgłosiłam się ze swoim problemem, mogła w innym miejscu wystawić mi dokument potrzebny do dalszej diagnostyki.

Dla pacjenta taka sytuacja jest niezrozumiała.

Powstają dwie wizyty, dwie rejestracje, zajmowane są dwa terminy, angażowane są dwa podmioty lecznicze i generowane są dodatkowe koszty.

Jednocześnie pacjent ponosi koszt dojazdu, traci czas i często musi angażować drugą osobę, która zawiezie go do odległej placówki.

Proponuję:

Jeżeli lekarz posiada odpowiednią specjalizację i ma możliwość stwierdzenia konieczności wykonania danego badania, przepisy nie powinny zmuszać pacjenta do ponownego zgłaszania się do tego samego lekarza w innym miejscu wyłącznie po to, aby otrzymać skierowanie.

Należy ograniczyć administracyjne tworzenie dodatkowych wizyt, które nie wynikają z potrzeby medycznej.

3. Problem z wystawianiem zwolnień lekarskich po leczeniu szpitalnym

Kolejnym rzeczywistym przykładem jest sytuacja mojej koleżanki z pracy.

Uległa wypadkowi i ze złamaną nogą trafiła do szpitala. Została tam zaopatrzona medycznie.

Następnie lekarz w szpitalu poinformował ją, że po zwolnienie lekarskie powinna zgłosić się do lekarza rodzinnego, ponieważ szpital nie wystawi jej zwolnienia.

Kobieta ze złamaną, bolącą nogą została więc przewieziona przez męża do lekarza rodzinnego.

Lekarz rodzinny odmówił wystawienia zwolnienia, twierdząc, że powinien zrobić to lekarz prowadzący w szpitalu.

Pacjentka została ponownie odesłana do szpitala.

Jej mąż musiał wykorzystać łącznie trzy dni urlopu na jeżdżenie z żoną pomiędzy placówkami oraz zajmowanie się nią, ponieważ sama nie była w stanie swobodnie się poruszać.

Dla niego oznaczało to również problemy zawodowe, ponieważ sytuacja wydarzyła się w bardzo intensywnym okresie w jego miejscu pracy.

Ostatecznie szpital wystawił zwolnienie dopiero po wielogodzinnym oczekiwaniu i poważnym konflikcie dotyczącym tego, kto jest odpowiedzialny za wystawienie dokumentu.

Takie sytuacje nie powinny mieć miejsca.

Pacjent po złamaniu nogi nie powinien być wożony pomiędzy lekarzem rodzinnym a szpitalem tylko dlatego, że poszczególne placówki odmiennie interpretują swoje obowiązki.

Proponuję jasną zasadę:

Lekarz lub placówka, która rozpoznaje chorobę, uraz lub prowadzi leczenie skutkujące czasową niezdolnością do pracy, powinna mieć obowiązek wystawienia odpowiedniego zwolnienia lekarskiego.

Pacjent nie powinien być odsyłany do kolejnej placówki wyłącznie po dokument.

4. Badania w ciąży powinny być dostępne bezpłatnie niezależnie od tego, czy ginekolog przyjmuje prywatnie, czy na NFZ

Państwo od wielu lat deklaruje, że chce zwiększać liczbę urodzeń i wspierać kobiety, które decydują się na dzieci.

Jednym z najbardziej konkretnych sposobów wsparcia kobiet w ciąży byłoby zapewnienie im rzeczywiście bezpłatnej diagnostyki.

Jeżeli lekarz ginekolog prowadzący ciążę stwierdza, że określone badanie jest potrzebne, skierowanie na takie badanie powinno być honorowane w systemie publicznym niezależnie od tego, czy ginekolog prowadzi pacjentkę prywatnie, czy w ramach NFZ.

Kobieta w ciąży nie powinna być zmuszana do wyboru lekarza tylko na podstawie tego, czy wystawione przez niego skierowanie będzie mogło być zrealizowane bezpłatnie.

Znam również sytuację, w której kobieta w ciąży otrzymała zestaw badań do wykonania. Mimo skierowania została poinformowana w swojej placówce, że część badań będzie musiała wykonać odpłatnie.

Nie przedstawiono jej przy tym jasnego wyjaśnienia, dlaczego niektóre badania są płatne.

Takie sytuacje powodują ogromne zagubienie pacjentek. Kobieta otrzymuje skierowanie, ale później nie wie, które badanie zostanie wykonane bezpłatnie, które musi wykonać prywatnie i dlaczego.

Proponuję:

Wszystkie badania uznane przez lekarza prowadzącego za konieczne w związku z ciążą powinny być możliwe do wykonania w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

Nie powinno mieć znaczenia, czy lekarz prowadzący przyjmuje kobietę prywatnie, czy w ramach kontraktu z NFZ.

Jeżeli państwo rzeczywiście chce wspierać dietność i bezpieczeństwo kobiet w ciąży, zapewnienie łatwego dostępu do niezbędnych badań jest jednym z podstawowych i praktycznych działań, które może podjąć.

5. Prywatne świadczenia w placówkach korzystających z publicznej infrastruktury

Należy również przeanalizować zasady wykorzystywania infrastruktury medycznej finansowanej lub współfinansowanej ze środków publicznych.

Dla pacjenta niezrozumiała jest sytuacja, gdy słyszy:

„Na NFZ najbliższy termin za kilka miesięcy, ale prywatnie możemy przyjąć Panią jutro”.

Jeżeli ten sam lekarz, gabinet lub urządzenie diagnostyczne posiada wolne możliwości wykonywania odpłatnych świadczeń, podczas gdy kolejka pacjentów NFZ wynosi wiele miesięcy, należy przeanalizować, czy obecne zasady odpowiednio chronią interes publiczny.

Nie oznacza to, że lekarze nie powinni mieć prawa prowadzić działalności prywatnej.

Powinna jednak istnieć wyraźna granica pomiędzy świadczeniami komercyjnymi a wykorzystywaniem zasobów publicznego systemu ochrony zdrowia.

Proponuję m.in.:

- pierwszeństwo wykorzystania publicznej infrastruktury do realizacji świadczeń NFZ, szczególnie w przypadku długich kolejek;
- obowiązek przejrzystego informowania, jaka część czasu pracy sprzętu i personelu przeznaczana jest na świadczenia NFZ, a jaka na świadczenia komercyjne;
- szczególne ograniczenia działalności komercyjnej w sytuacji, gdy czas oczekiwania pacjentów pilnych przekracza określone ustawowo maksimum;
- kontrolę wykorzystania sprzętu zakupionego lub współfinansowanego ze środków publicznych;
- możliwość kierowania pacjenta do sektora prywatnego na koszt NFZ, jeżeli publiczny system nie zapewnia świadczenia w ustawowo określonym terminie.

6. Pacjent nie może być kurierem pomiędzy lekarzami

W wielu opisanych sytuacjach wspólnym problemem jest brak współpracy pomiędzy elementami systemu.

To pacjent musi:

- dowiadywać się, który lekarz ma wystawić dokument,
- wozić dokumenty pomiędzy placówkami,
- wykonywać kolejne wizyty tylko z powodów administracyjnych,
- ustalać, kto powinien wystawić skierowanie lub zwolnienie,
- ponosić koszty przejazdów,
- prosić rodzinę o pomoc,
- brać urlop w pracy,
- a czasem ponownie płacić za świadczenie.

Pacjent powinien zajmować się swoim zdrowiem, a nie pełnić funkcję pośrednika pomiędzy lekarzami i placówkami.

Wnioski

Zwracam się o rozważenie wprowadzenia zmian obejmujących przede wszystkim:

1. Gwarantowany maksymalny czas 30 dni na realizację świadczeń oznaczonych jako PILNE/CITO.

2. Prawo pacjenta do realizacji świadczenia w prywatnej placówce na koszt NFZ, jeżeli publiczny system nie zapewni go w określonym terminie.
3. Ograniczenie zbędnych dodatkowych wizyt wymaganych jedynie z powodów administracyjnych.
4. Jasne określenie odpowiedzialności za wystawianie zwolnień lekarskich, skierowań i innych dokumentów.
5. Możliwość realizacji niezbędnych badań związanych z ciążą w ramach NFZ również wtedy, gdy skierowanie wystawi lekarz prowadzący ciążę prywatnie.
6. Większą kontrolę wykorzystania publicznej infrastruktury medycznej do działalności komercyjnej.
7. Zwiększenie przejrzystości dotyczącej dostępności świadczeń NFZ i prywatnych w tych samych placówkach.
8. Stworzenie systemu, w którym to instytucje ochrony zdrowia współpracują ze sobą, zamiast przerzucać obowiązki i odpowiedzialność na pacjenta.

Nie oczekuję, aby każdy pacjent był przyjmowany natychmiast.

Rozumiem, że możliwości systemu ochrony zdrowia są ograniczone.

Nie można jednak uznać za prawidłową sytuacji, w której pacjent z pilnym skierowaniem musi czekać kilka miesięcy, podczas gdy odpłatnie może otrzymać identyczne świadczenie niemal natychmiast.

Nie można również akceptować sytuacji, w której osoba chora, kobieta w ciąży czy pacjent ze złamaną nogą jest zmuszany do wielokrotnego przemieszczania się pomiędzy placówkami tylko dlatego, że system nie określił jasno, kto ma wystawić jeden dokument.

Publiczna ochrona zdrowia powinna być organizowana przede wszystkim z perspektywy chorego człowieka.

Dlatego zwracam się z prośbą o analizę opisanych problemów oraz podjęcie działań legislacyjnych, które uczynią system prostszym, bardziej sprawiedliwym i rzeczywiście dostępnym dla pacjentów.