[redacted]

Lublin, 3 listopada 2026 r.

Szanowna Pani
Jolanta Sobierańska-Grenda
Minister Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

PETYCJA
w sprawie ustawowej gwarancji terminowego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ

Działając we własnym imieniu, jako obywatel Rzeczypospolitej Polskiej i [redacted] na podstawie art. 2 ust. 1 i ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach, wnoszę o podjęcie działań legislacyjnych w sprawie dotyczącej życia zbiorowego i dobra wspólnego. Petycja nie jest składana w imieniu Rady Miasta Lublin.

Wnoszę o rozpoczęcie prac nad nowelizacją ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz właściwych aktów wykonawczych w celu ustanowienia realnych, egzekwowalnych i zróżnicowanych medycznie maksymalnych terminów udzielania wybranych świadczeń. Gdy system nie jest w stanie zapewnić świadczenia w wyznaczonym terminie, pacjent powinien uzyskać pomoc w zorganizowaniu go u innego uprawnionego świadczeniodawcy, bez ponoszenia dodatkowych kosztów.

I. Postulowane zmiany legislacyjne

1. **Standardy czasu oczekiwania.** Określenie ustawowych maksymalnych terminów dla wybranych świadczeń planowych, z rozróżnieniem pilności klinicznej, rodzaju diagnostyki, konsultacji i zabiegu. Jako punkt wyjścia do pilotażu proponuję 30 dni dla wskazanych badań diagnostycznych i 60 dni dla pierwszorazowych konsultacji w wytypowanych specjalizacjach. Terminy te powinny zostać poprzedzone analizą dostępności kadr i infrastruktury.
2. **Obowiązek aktywnego poszukiwania świadczenia.** Jeżeli placówka nie może zapewnić terminu gwarantowanego, NFZ powinien automatycznie zaproponować pacjentowi dostępne terminy u innych zakontraktowanych podmiotów, także prywatnych działających na podstawie umowy z NFZ lub odrębnego, ustawowo określonego mechanizmu zakupu świadczenia.
3. **Brak dodatkowych opłat dla pacjenta.** Świadczenie zastępcze powinno być finansowane bezpośrednio przez płatnika publicznego, według przejrzystych stawek i z zachowaniem zasad jakości oraz bezpieczeństwa. Pacjent nie powinien być zobowiązany do samodzielnego wykładania środków i ubiegania się o ich zwrot.
4. **Ochrona przypadków pilnych.** Nowe standardy dotyczące świadczeń planowych nie mogą osłabiać istniejących ścieżek pilnych ani zastępować medycznej kwalifikacji pacjentów. Dla stanów nagłych i pilnych pierwszeństwo powinny mieć wskazania kliniczne i obowiązujące standardy postępowania.

5. **Jedna lista oczekujących i przejrzysta informacja.** Powiązanie mechanizmu gwarancji z centralną e-rejestracją, eliminowanie wielokrotnych zapisów, informowanie pacjenta o propozycjach wcześniejszego terminu i publikowanie porównywalnych danych o rzeczywistych czasach oczekiwania w poszczególnych regionach.
6. **Kontrola kosztów i jakości.** Wprowadzenie audytów zasadności kwalifikacji, ograniczeń nadmiernego różnicowania cen oraz mechanizmu przeciwdziałania przenoszeniu pacjentów do usług dodatkowo płatnych.

II. Uzasadnienie

Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych powinna przekładać się na dostępność świadczenia w terminie uzasadnionym stanem zdrowia. Samo prawo do świadczenia ma dla pacjenta ograniczoną wartość, jeżeli w praktyce wymaga oczekiwania na diagnostykę lub konsultację przez wiele miesięcy.

W Danii funkcjonuje rozszerzone prawo wyboru szpitala. Co do zasady, jeżeli oczekiwanie na określone leczenie szpitalne w publicznym systemie przekracza 30 dni, pacjent może skorzystać z odpowiednio zakontraktowanego prywatnego szpitala. Nie jest to model obejmujący każde świadczenie i dowolną prywatną placówkę, lecz przykład prawnego powiązania terminu z obowiązkiem zapewnienia alternatywy.

Polska uruchomiła centralną e-rejestrację i etapowo rozszerza jej zakres. Rozwiązanie to może stanowić podstawę techniczną do budowy systemu gwarantowanych terminów. Reforma powinna jednak uwzględniać rzeczywistą liczbę lekarzy, pielęgniarek, diagnostów i dostępnych urządzeń. Samo wyznaczenie sztywnych terminów w ustawie nie spowoduje automatycznego zwiększenia podaży świadczeń.

III. Etapy wdrożenia i wnioski końcowe

Proponuję rozpoczęcie od pilotażu w kilku województwach i kilku rodzajach świadczeń, poprzedzonego oceną skutków finansowych i analizą potencjału świadczeniodawców. Następnie należy stopniowo rozszerzać gwarancje wraz z kontraktowaniem dodatkowej przepustowości, zachowując kontrolę jakości.

Wnoszę o przedstawienie informacji, czy Ministerstwo Zdrowia rozważa wprowadzenie terminów gwarantowanych, jakie są potencjalne przeszkody prawne i finansowe oraz czy możliwe jest przygotowanie międzyresortowego projektu regulacji. Proszę również o wskazanie planowanego harmonogramu analiz lub konsultacji.

Nie wyrażam zgody na ujawnienie moich danych osobowych na stronie internetowej organu w rozumieniu art. 4 ust. 3 ustawy o petycjach. Proszę o anonimizację danych adresowych i kontaktowych w materiałach publikowanych w BIP.

Z poważaniem,

[redacted]

Podstawy i materiały odniesienia: Materiały porównawcze: duński portal administracji borger.dk, „Frit og udvidet frit valg af sygehus"; ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; informacje Ministerstwa Zdrowia o centralnej e-rejestracji.