

Szanowna Pani Minister,

Składam petycję w interesie publicznym **dotyczącą realnego dostępu do diagnostyki i leczenia w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz braku odpowiedzialności za prowadzenie pacjenta (plan diagnostyki i leczenia).**

Piszę jako osoba pracująca i regularnie finansująca system składką zdrowotną, a jednocześnie pacjentka i członek rodziny pacjentki, która w praktyce doświadcza pozostawienia "samemu sobie" bez spójnej opieki.

1. **Sedno problemu – pacjent zostaje bez „właściciela sprawy”**

W mojej ocenie kluczowym problemem jest brak realnej odpowiedzialności w systemie za:

- przygotowanie planu diagnostycznego i planu leczenia (krok po kroku),
- koordynację i domykanie diagnostyki,
- integrację informacji i wyników badań,
- przekazywanie pacjentowi jasnych instrukcji "co dalej" i "kiedy pilnie".

W praktyce wygląda to często tak:

- lekarz POZ uznaje, że skierowanie do specjalisty "zamyka temat",
- specjalista nie bierze odpowiedzialności za całość (bo „od tego jest POZ”),
- pacjent sam zbiera wyniki, sam decyduje, co jest ważne, sam szuka porad w internecie i na forach,
- a informacja medyczna jest rozproszona po systemach prywatnych i publicznych, które nie komunikują się ze sobą w sposób wspierający ciągłość opieki.

2. **Porównanie z weterynarią – pokazujące różnicę w organizacji i odpowiedzialności**

Jestem lekarzem weterynarii. W praktyce weterynaryjnej standardem bywa, że w jednej placówce w krótkim czasie (np. 30 - 40 minut) wykonywany jest wywiad, badanie fizykalne oraz podstawowa diagnostyka (np. krew, USG, czasem RTG) i na tej podstawie lekarz:

- ocenia pilność,
- proponuje plan dalszego postępowania,
- podejmuje odpowiedzialność za domknięcie diagnostyki lub jasno kieruje do wyższej referencyjności i wyjaśnia, dlaczego.

W ochronie zdrowia człowieka – mimo wielokrotnie wyższych kosztów ponoszonych przez społeczeństwo – pacjent bardzo często nie dostaje analogicznego minimum: szybkiej diagnostyki wstępnej, oceny pilności, planu oraz koordynacji. Powoduje to chaos, opóźnienia i przerzucenie odpowiedzialności na pacjenta.

3. **Przykłady z mojego regionu (opis problemów praktycznych)**

a) POZ – brak planu diagnostycznego:

W mojej przychodni POZ typowym schematem jest krótkie badanie, recepta/skierowanie do specjalisty i brak badań możliwych do wykonania na poziomie POZ, które pomogłyby ocenić pilność oraz ukierunkować diagnostykę. Nie otrzymuję spójnego planu diagnostycznego ani informacji, jaki jest sensowny kolejny krok, co monitorować i kiedy zgłosić się pilnie.

b) Pacjentka 65+ po nowotworze – brak szybkiej ścieżki diagnostycznej:
Moja mama (65+, po przebytych nowotworach, dolegliwości jelitowe) uzyskała dodatni wynik „krew utajona w kale” w ramach badań w programie 20+. Otrzymała jedynie skierowanie do gastroenterologa, a najbliższy termin w Szpitalu Powiatowym xxxx wynosi ok. 2 lata. W odpowiedzi na problem terminu usłyszała: „trzeba iść prywatnie”. Brak było propozycji diagnostyki wstępnej w POZ i planu zabezpieczenia pacjentki do czasu konsultacji.

c) Wypychanie do prywatnego leczenia + brak informowania o dostępnych opcjach:

Moja mama – będąc w bólu i mając problem z chodzeniem – w ciągu 2 tygodni wydała ok. 1200 PLN na prywatne wizyty (w dwóch przypadkach nie dostała nawet paragonu). Otrzymywała głównie leki przeciwbólowe oraz skierowania (bez trybu pilnego). Dopiero gdy sama zapytała w rejestracji POZ o możliwość skierowania do poradni leczenia bólu, usłyszała, że „faktycznie można”. Taka informacja powinna być zaproponowana proaktywnie przez system – pacjent w bólu nie powinien sam „zgadywać” ścieżek opieki.

d) Warunki hospitalizacji i brak standardów „godności leczenia” (informacyjnie):
Podczas hospitalizacji w 2022 i 2023 w Szpitalu w xxx warunki bytowe i żywienie były w mojej ocenie nieadekwatne dla osób chorych (m.in. stan sali, problemy z wodą, warunki sanitarne, żywienie ubogie). Proszę o wskazanie standardów i mechanizmów kontroli w tym zakresie oraz realnej ścieżki zgłaszania i egzekwowania zmian.

4. Wnioski – konkretne postulaty systemowe

Wnoszę o podjęcie prac i wdrożenie rozwiązań, które przywrócą odpowiedzialność i koordynację, w szczególności:

- A. Obowiązek sporządzania planu diagnostycznego i planu leczenia (choćby w wersji minimalnej) w POZ i/lub w AOS, z określeniem: „co badamy”, „dlaczego”, „co dalej”, „kiedy pilnie”.
- B. Wprowadzenie jasnej odpowiedzialności za „domknięcie” diagnostyki (kto jest właścicielem sprawy pacjenta na danym etapie) oraz standardu przekazania informacji zwrotnej między specjalistą a POZ.
- C. Wzmocnienie koordynacji opieki: rola koordynatora lub mechanizmu „case management” przynajmniej dla pacjentów 60+/po nowotworze/przewlekłe choroby oraz dla pacjentów z objawami alarmowymi.
- D. Realna interoperacyjność informacji medycznej (publiczne i prywatne podmioty) lub co najmniej rozwiązanie, które pozwoli pacjentowi i lekarzowi prowadzącemu łatwo zebrać komplet wyników i zaleceń w jednym miejscu.
- E. Standard informowania pacjenta o dostępnych ścieżkach w systemie (np. poradnie leczenia bólu, ścieżki pilne, możliwości diagnostyki w POZ, alternatywne miejsca realizacji świadczeń w okolicy), bez przerzucania „odkrywania systemu” na pacjenta.
- F. Skuteczne mechanizmy nadzoru nad praktykami wypychania pacjentów do odpłatnych świadczeń zamiast realizacji diagnostyki w ramach świadczeń publicznych oraz przeciwdziałanie konfliktom interesów.
- G. Interwencje tam, gdzie terminy do diagnostyki i AOS są skrajnie długie i klinicznie bezużyteczne – wraz z publiczną informacją, co Ministerstwo robi w takich przypadkach.

5. **Prośba o odpowiedź**

Proszę o potwierdzenie przyjęcia petycji oraz merytoryczną odpowiedź:

- jakie działania Ministerstwo planuje podjąć w zakresie odpowiedzialności za plan diagnostyki i leczenia oraz koordynacji,
- w jakim trybie i terminach,
- do jakich jednostek/instytucji petycja zostanie przekazana, jeśli Ministerstwo nie jest organem właściwym w części spraw.