

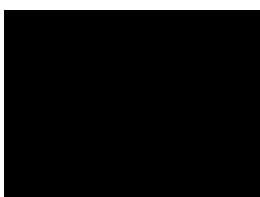


# Ministerstwo Zdrowia

---

Departament  
Innowacji

DIWP.055.3.2023.KW  
Warszawa, 04 kwietnia 2023



*Szanowny Panie,*

w odpowiedzi na petycję skierowaną w trybie przepisów ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz.U. z 2018 r. poz. 870), Ministerstwo Zdrowia zawiadamia, że postulat dotyczący zaniechania ograniczania dostępności wystawianych w ramach świadczeń zdalnych – telefonicznych e-recept i e-zwolnień oraz o podjęcie działań prawnych i organizacyjnych mających na celu rozszerzenie dostępności świadczeń medycznych w ramach telemedycyny nie został uwzględniony.

## Uzasadnienie

W pierwszej kolejności wskazać należy, że obowiązując przepisy prawa wprost dopuszczają udzielanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów telemedycznych.

W ramach udzielanej porady lekarz decyduje m.in. o tym, czy w danym przypadku możliwe jest dokonanie oceny stanu zdrowia poprzez badanie na odległość, czy konieczne jest odbycie przez pacjenta wizyty stacjonarnej. Niemniej podkreślić należy, że forma realizacji porady lekarskiej (teleporada, wizyta osobista w podmiocie lub wizyta domowa) powinna być każdorazowo uzależniona od stanu zdrowia i zgłaszanych potrzeb zdrowotnych danego pacjenta.

Teleporady zostały prawnie dopuszczone jako jedno ze świadczeń gwarantowanych lekarza, pielęgniarki oraz położnej POZ, dlatego też nie ma podstaw, aby zdalny tryb udzielania świadczeń nie był możliwy do realizacji. Należy zauważyć, iż forma udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), tj. teleporada, wizyta osobista w gabinecie lub wizyta domowa powinna być każdorazowo uzależniona od stanu i zgłaszanych potrzeb zdrowotnych danego pacjenta.

Przy czym podkreślić należy, że teleporady stanowią komplementarny, a nie substytucyjny element systemu ochrony zdrowia i mogą być udzielane wyłącznie w przypadkach, gdy ocena stanu i zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta, nie

wymaga osobistej obecności personelu medycznego. Udzielanie teleporad nie uprawnia bowiem podmiotu leczniczego do całkowitego zaprzestania realizacji porad ambulatoryjnych.

Należy zauważyć, iż rozporządzeniem z dnia 4 listopada 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 2120, z późn. zm.) wprowadzona została dla lekarza, pielęgniarki, położnej POZ oraz z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej możliwość udzielania porad/odbywania wizyt w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Z kolei w rozporządzeniu z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 1355 z późn. zm.) wprowadzającym zmiany w programie profilaktycznym z zakresu chorób układu krążenia udostępniona została możliwość odbycia jednej z dwóch porad lekarza lub pielęgniarki POZ na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności sprzyjąc będzie łatwiejszemu dostępowi i sprawniejszej realizacji świadczenia.

Ponadto w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 1912 z późn. zm.), w ramach świadczeń opieki koordynowanej z zakresu POZ poszerzony został zakres udzielania świadczeń na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności o możliwość udzielenia świadczeń w formie tzw. teleporady w następujących zakresach:

- konsultacje lekarz POZ –lekarz specjalista,
- konsultacje dietetyczne udzielane przez dietetyka pacjentowi,
- porady edukacyjne udzielane pacjentowi przez lekarza lub pielęgniarkę POZ.

Natomiast kwestię udzielania teleporad na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiącej punkt wejścia pacjenta do systemu opieki zdrowotnej, reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 1194).

Wskazać należy, że Ministerstwo Zdrowia wraz z NFZ na bieżąco monitoruje potrzeby, jakie niesie za sobą zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń w ramach POZ. Wprowadzane rozwiązania są natomiast ukierunkowane na zagwarantowanie placówkom medycznym zachowania stabilności w okresie stanu zagrożenia epidemicznego, a pacjentom bezpiecznego i swobodnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Odnośnie do wystawiania e-recept należy wskazać, że nie wydaje się, aby tryb udzielania świadczeń zdrowotnych miał bezpośrednie (czy w ogóle jakkolwiek) przełożenie na odsetek wystawianych recept elektronicznych w relacji do recept papierowych. Niezależnie od tego trybu, odsetek ten nie uległby zmianie, bowiem recepta elektroniczna jest formalnie podstawową i praktycznie dominującą postacią recepty. Być może (choć w ograniczonym stopniu) omawiane tryby mogą mieć jakiś wpływ na ogólną liczbę wystawianych w ogóle recept (będących prawie wyłącznie e-receptami; recepty papierowe stanowią margines preskrypcji), przez wzgląd na to, że tryb stacjonarny potencjalnie może

być postrzegany, jako w wyższym stopniu (względem zdalnego) zniechęcający do uzyskania porady (potencjalnym efektem której mogłoby być uzyskanie recepty w takiej, czy innej postaci).

W kwestii nie mającego – w ocenie Wnoszącego petycję – sensownego uzasadnienia realizowania recept wyłącznie przez osoby, dla i na rzecz których recepty te zostały wystawione, Ministerstwo Zdrowia nie podziela tej opinii.

Stan epidemii i m.in. rozwiązania z zakresu telemedycyny, a raczej pewne w nich luki, stały się punktem wyjścia do rozwoju różnego rodzaju kontrowersyjnych rozwiązań, w których znaczenie tego, kto, komu i na co wystawia recepty został zmarginalizowany, albo w ogóle stał się irrelevantny, a prymat uzyskał zysk za tak świadczoną usługę. Do wyobrażenia są zachowania polegające np. na podszywaniu się danego pacjenta pod innego, celem uzyskania przez tego drugiego recepty na określone leki. Zdarzają się przypadki wystawiania recept (a potem ich realizowania) na rzecz pacjenta, który nawet o tym nie wie (wystawianie recepty na cudzy PESEL, o czym, jeżeli w ogóle, pacjentów najpewniej dowie się ze swego IKP już po zrealizowaniu recepty), a nawet wystawianie recept z wykorzystaniem danych lekarza, który faktycznie wystawienia takiego nie dokonał.

Do wyobrażenia jest w końcu realizacja recepty na podstawie wydruku informacyjnego dla pacjenta (preferowane przez osoby starsze, w ograniczonym stopniu stosujące rozwiązania techniczne). Pozostawienie takiego wydruku w miejscu, do którego wiele osób (w tym potencjalnie nieuczciwych) ma dostęp, jest możliwe i w praktyce zdarza się. Uzyskanie dostępu do takiego dokumentu umożliwia nieuprawnionej osobie realizację recepty, która nie została dla niej wystawiona.

Brak elementu weryfikacji personaliów pacjenta realizującego receptę zwiększa ryzyko tego rodzaju nadużyć.

Odrębną kwestią jest natomiast to, że ani formalnie, a nie w zasadniczej większości przypadków w praktyce, weryfikacja ta nie zachodzi, choć w ocenie Ministerstwa Zdrowia do pewnego stopnia powinna. Nie jest ona przy tym wyrażona wprost i wyraźnie przepisami prawa. Wytworzyła się w czasach, w których albo skala i możliwości potencjalnie możliwych nadużyć były nieporównywalnie mniejsze od obecnych, lub nie było to uznawane za istotny problem. To, że kontynuowana od dziesięcioleci praktyka w tym zakresie jest problematyczna, można co najwyżej wyinterpretować, poprzez głównie to, że obowiązujące obecnie przepisy stanowią o wystawianiu recept dla „pacjenta” i ich realizacji przez tegoż „pacjenta”, które to określenie ma dokładnie opisane znaczenie definicyjne opisane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W codziennej praktyce brak omawianej weryfikacji w zasadzie nie ma na celu uniemożliwienia realizacji recepty w ogóle (jako takiej), tylko jej realizacji na określonych (preferencyjnych) warunkach finansowych. W przypadku bowiem niektórych grup pacjentów posiadających lekowe uprawnienia dodatkowe, realizacja recepty z uwzględnieniem owych uprawnień, może się odbyć po okazaniu, w miejscu realizacji recepty, określonego dokumentu. Takim dokumentem może być np. legitymacja danego rodzaju (dot. inwalidów wojennych, wojskowych, osób represjonowanych, itp.), albo inny typ dokumentu, np. zaświadczenie (dot. w niektórych przypadkach np. kobiet w ciąży).

Tak jednak, jak zostało wskazane wyżej, ew. brak ww. weryfikacji nie blokuje realizacji recepty samej w sobie, a jedynie możliwość jej realizacji na korzystniejszych, od zwykłych świadczeniobiorców, warunkach finansowych (bezpłatnie, albo po niższej cenie niż świadczeniobiorca nieposiadający żadnych uprawnień dodatkowych). W innych sytuacjach, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, weryfikacja tożsamości realizującego jako pacjenta wskazanego w receptce, zachodzi rzadko. A zatem postulat podmiotu wnoszącego petycję, jest bezprzedmiotowy.

Ew. wątpliwości osoby wydającej lek (farmaceuty, technika farmaceutycznego) mogą co najwyżej przerodzić się w odmowę wydania leku na podstawie art. 96 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2022 r., poz. 2301), zwłaszcza w przypadku uzasadnionego podejrzenia co do wieku osoby realizującej receptę lub że lek może zostać użyty w celach pozamedycznych.

Z kolei zasady i tryb orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy (tzw. „zwolnień lekarskich”) zostały określone przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2022 r., poz. 1732 z późn. zm.), dalej u.ś.p.u.s. Zgodnie z art. 55 ust. 4 u.ś.p.u.s., orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny:

- 1) następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka;
- 2) jest dokumentowane w dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Następnie wskazać należy, że zgodnie z art. 2 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2006 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r., poz. 1731 z późn. zm.), dalej „u.z.l.”, wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Lekarz, lekarz dentyista może wykonywać czynności, o których mowa w powyżej, także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Z kolei art. 42 ust. 1 u.z.l. wskazuje, że lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Zatem również i w zakresie wystawiania zwolnień lekarskich istnieją przepisy prawa umożliwiające ich wystawianie w ramach teleporad.

Z wyrazami szacunku

Piotr Węclawik  
Dyrektor  
/dokument podpisany elektronicznie/