



Minister Zdrowia

Warszawa, 02 maja 2022

DLU.055.5.2022.AG

Pani



Szanowna Pani,

w odpowiedzi na petycję złożoną w dniu 24 lutego 2022 r., w sprawie zmian organizacyjnych w ochronie zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Odnosząc się do pierwszego z przedstawionych postulatów, dotyczącego likwidacji teleporad, wyjaśniam iż ww. porady zostały prawnie dopuszczone jako jedno ze świadczeń gwarantowanych lekarza, pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), dlatego też nie ma podstaw, aby zdalny tryb udzielania świadczeń nie był dalej możliwy do realizacji.

Jednocześnie personel POZ nie może, poza kilkoma przypadkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 poz. 1395, z późn. zm.), narzucić pacjentowi wizyty w formie teleporady. Obowiązujący katalog wykluczeń zastosowania teleporady, uwzględnia bowiem także wolę i preferencje każdego pacjenta (albo jego opiekuna ustawowego), co do formy realizacji świadczenia.

Co istotne, możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych ma za zadanie pomóc w profilaktyce lub terapii pacjentów, a nie wyeliminować, czy też w pełni zastąpić kontakt z pacjentem. Ponadto podkreślić należy, że teleporady mogą być udzielane wyłącznie w przypadkach, gdy ocena stanu i zakres

niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta, nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego. Zasady korzystania z porad w POZ zostały szczegółowo opisane na stronie serwisu pacjent.gov.pl, pod adresem: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/nowe-zasady-korzystania-z-porad-lekarskich>.

Odpowiadając na kolejny postulat, dotyczący ograniczenia wszystkim lekarzom możliwości udzielania świadczeń wyłącznie do 2 podmiotów, informuję że zgodnie z § 6 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 poz. 320, z późn. zm.), osoby wykonujące zawody medyczne w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń, nie mogą udzielać świadczeń w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, lub podmiocie realizującym czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi – jeżeli umowa nie stanowi inaczej. Sytuacja, w której lekarz udziela świadczeń w kilku podmiotach – wymaga zatem takiego ustalenia harmonogramu pracy, aby godziny udzielania świadczeń nie pokrywały się, lub realizacja świadczeń nie była z przyczyn technicznych niemożliwa w podanym harmonogramie. Narodowy Fundusz Zdrowia weryfikuje ww. sytuacje w oparciu o przedstawiane przez świadczeniodawców harmonogramy stanowiące załączniki do umów, a w przypadku sytuacji wątpliwych żąda wyjaśnień i wprowadzenia do nich stosownych zmian. W związku z powyższym nie jest planowane wdrożenie zaproponowanego ograniczenia.

W zakresie zwiększenia liczby lekarzy pracujących w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR), wyjaśniam że zgodnie z art. 3 pkt 9 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 2053, z późn. zm.), SOR jest komórką organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie. Natomiast szczegółowe zadania SOR, warunki prowadzenia segregacji medycznej, wymagania dotyczące lokalizacji SOR w strukturze szpitala i warunków technicznych, a także minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2021 r. poz. 2048).

Aby ujednoczyć pod względem organizacyjnym funkcjonowanie SOR i IP, stworzono również *Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach*

przyjęć, będące zbiorem rekomendacji i wytycznych odnoszących się do obsługi pacjenta w IP i SOR (dostępne na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-postepowania-w-szpitalnychoddzialach-ratunkowych-i-w-izbach-przyjec>).

W § 12 ust. 1 ww. rozporządzenia określone zostały minimalne zasoby kadrowe SOR. Z przepisów tych wynika, że personel medyczny, w tym m.in. lekarze, wymagani są w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale będący lekarzem systemu. *Dobre praktyki* stanowią w pkt 4 uszczegółowienie przywołanego przepisu, wskazując że przy zabezpieczeniu przez SOR/IP populacji 150 000 – 200 000 mieszkańców w oddziale na stałe przebywać powinno minimum 3-4 lekarzy oraz 10 ratowników medycznych lub pielęgniarek systemu. Liczby te wynikają z analizy potrzeb dotyczących zabezpieczenia ww. populacji w świadczenia zdrowotne w stanach nagłych. Zbyt małe zasoby kadrowe zwiększają obciążenie pracującego w SOR personelu, ale przede wszystkim powodują wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie im świadczeń zdrowotnych, co w przypadku osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego może mieć nieodwracalne skutki.

Liczba lekarzy w SOR powinna pozwalać na zachowanie poniższych czasów oczekiwania pacjentów na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, gdzie:

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
- 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
- 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

Należy również mieć na uwadze specyfikę pracy w SOR, gdzie pomoc udzielana jest osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i do pracy w tym oddziale pożądanymi są głównie lekarze ze specjalizacją z medycyny ratunkowej oraz specjaliści z anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii. W celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych na

odpowiednim poziomie, konieczne jest również zatrudnienie odpowiednio wykwalifikowanej i doświadczonej pozostałej kadry medycznej.

Wskazać również należy, że zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 poz. 633), odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym, w tym za zatrudnienie personelu, ponosi kierownik.

Odnosząc się do zagadnienia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ), wyjaśnić należy, że są to świadczenia w zakresie POZ udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy. Terminy te dopełniają dostępność świadczeń lekarza oraz pielęgniarki POZ, gwarantując tym samym pacjentowi opiekę dostępną całodobowo. W związku z powyższym nie jest planowana likwidacja ww. zakresu świadczeń.

W odpowiedzi na postulat ustalenia kosztu wszystkich wizyt prywatnych na poziomie maksymalnie 80 zł, wyjaśniam że przy korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych odpłatnie, płatnikiem staje się sam pacjent. W przypadku chęci skorzystania ze świadczenia, wybiera on najkorzystniejszą dla siebie ofertę proponowaną przez wybrany prywatny podmiot leczniczy. Termin oraz warunki udzielenia świadczenia, w tym cena usługi, są ustalane pomiędzy stronami. Wobec powyższego Ministerstwo Zdrowia nie ma wpływu na wysokość cen poszczególnych usług realizowanych poza publicznym systemem opieki zdrowotnej (świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych).

W odniesieniu do kolejnej propozycji, informuję że Minister Zdrowia obejmuje refundacją ze środków publicznych leki, środki spożywcze lub wyroby medyczne, a nie całe metody lecznicze.

Obejmowanie leków refundacją nie następuje z urzędu, tylko na wniosek, przy czym wniosek taki nie może być złożony przez osobę fizyczną niebędącą wnioskodawcą w rozumieniu ustawy refundacyjnej (co ma miejsce w przypadku niniejszej petycji). Tym samym zgłoszony postulat nie może liczyć na uwzględnienie z racji tego, że petycja nie może być samoistną podstawą zainicjowania procesu obejmowania leku, czy innej kategorii produktu, refundacją.

Odnosząc się do ostatniego z przekazanych postulatów, dotyczącego wdrożenia zakazu prowadzenia reklamy leków, wskazać należy, że zgodnie z art. 62 ustawy z dnia 6 września 2021 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 poz. 1977, z późn. zm.), nadzór nad reklamą produktów leczniczych stosowanych u ludzi sprawuje Główny Inspektor Farmaceutyczny. Organ ten może - zgodnie z ust. 2 ww. artykułu - m.in. nakazać zaprzestania ukazywania się lub prowadzenia reklamy produktów leczniczych. Przy

czym organ ten sprawuje nadzór jedynie następczo i tylko w zakresie ewentualnej niezgodności treści reklamowych z obowiązującymi przepisami prawa (w szczególności z przepisami Rozdziału 4 ww. ustawy). Jeżeli zatem występują u Pani wątpliwości co do zgodności określonych reklam z przepisami, ma Pani prawo zgłosić to ww. organowi. Co do wprowadzenia generalnego zakazu prowadzenia reklamy wszelkich leków, podkreślić należy, że nie może on zostać zrealizowany. To, że przepisy prawa polskiego, w szczególności zaś art. 57 przywołanego wyżej Prawa farmaceutycznego, nie zabraniają prowadzenia reklamy niektórych kategorii leków (mowa tu zwłaszcza o lekach wydawanych bez przepisu lekarza - OTC) nie jest samodzielnym wyborem polskiego ustawodawcy, tylko znajduje zakorzenienie w przepisach prawa Unii Europejskiej, a konkretnie w dyrektywie 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (przede wszystkim w jej art. 88 ust. 2 w zw. z ust. 1). RP, jak i wszystkie państwa członkowskie, transponowała przepisy ww. dyrektywy, co do celu, do swoich wewnętrznych porządków prawnych, a które to cele muszą być interpretowane ściśle z treścią dyrektywy.

Z poważaniem

Michał Misiura

Zastępca Dyrektora

/dokument podpisany elektronicznie/