



DLU.055.36.2022
Warszawa, 07 lutego 2023

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani wiadomość e-mail z dnia 15 listopada 2022 r., znak: XI/30/22 uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że zgodnie z art. 96a ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2022 r. poz. 2301) lekarz może jednorazowo przepisać jednemu pacjentowi maksymalnie ilość (opakowań) leku niezbędną do 360 – dniowego okresu stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptcie sposobu dawkowania (poza wyjątkami określonymi w ustawie).

W tym miejscu należy przypomnieć, że wprowadzając powyższy przepis odnośnie możliwości zaordynowania leku na dłuższy okres stosowania (360 dni) ustawodawca uwzględnił potrzeby pacjentów z chorobami przewlekłymi, gdyż wcześniej była możliwość wypisania na znacznie krótszy okres – początkowo było to 90 dni, które następnie wydłużono do 120 dni.

Dodać także należy, że jedynie lekarz po rozpoznaniu choroby, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej może decydować o długości zastosowanej farmakoterapii i ordynowaniu stosownych leków (art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.)).

Choroba przewlekła to jednostka chorobowa, która cechuje się długim czasem trwania oraz wolnym postępowaniem zmian chorobowych, dlatego też ordynowanie leków związanych z chorobą przewlekłą musi być prowadzone ze szczególną ostrożnością, ponieważ dłuższy okres stosowania danego leku może prowadzić do powstania działań niepożądanych, działań ubocznych, a także interakcji, np. innymi lekami czy nawet środkami spożywczymi. Nierzadko zdarza się, że przy dłuższym stosowaniu danego produktu leczniczego (kilka miesięcy), lekarz decyduje się na zmianę na inny lek, np. ze względu na zmniejszający się efekt terapeutyczny (uwarunkowany różnymi czynnikami) lub wystąpienie interakcji czy działań niepożądanych.

Ponadto stałe przyjmowanie leków w chorobach przewlekłych zobowiązuje lekarza do przeprowadzania okresowej diagnostyki i weryfikacji stosowanej farmakoterapii, dlatego wystawiane recepty na okres dłuższy niż 360 dni nie znajdują uzasadnienia.

Mając na uwadze powyższe, w ocenie Ministerstwa Zdrowia obecnie obowiązujące przepisy w sposób wystarczający regulują ordynowanie leków, w tym leków dla pacjentów przewlekle chorych.

W odniesieniu do kierowania pacjenta na konkretne badania uprzejmie informuję, że osobą odpowiedzialną za prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego u pacjenta, w tym za kierowanie pacjenta na potrzebne świadczenia zdrowotne, np. badania diagnostyczne, jest lekarz. Zgodnie bowiem z art. 2 ust. 1 oraz art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, 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 ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

To właśnie lekarz dokonuje indywidualnej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz konieczności wykonania u niego konkretnych badań. Jeśli ww. konieczność zachodzi, lekarz kieruje pacjenta na potrzebne badania. Powyższa zasada odnosi się również do częstotliwości wykonywania konkretnych badań. Jedynym kryterium kwalifikacji pacjenta do wystawienia przez lekarza skierowania na badanie, w ramach realizacji świadczeń gwarantowanych z danego zakresu, są wskazania medyczne.

Odnosząc się do automatycznego wystawiania skierowań na badania profilaktyczne i kontrolne dla danego pacjenta, uprzejmie informuję, iż zaproponowane przez Panią rozwiązanie zostało przyjęte na potrzeby realizacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 plus”. Informacje dla pacjentów w przedmiotowym zakresie dostępne są na stronie internetowej <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/wystaw-sobie-e-skierowanie-na-badania>.

W odniesieniu do postulatu nr 4 uprzejmie informuję, że nie jest on zasadny. Należy podkreślić, że zaprzestanie udzielania świadczeń przez dany oddział w wyniku jego zamknięcia albo przerwy nie powinno stanowić warunku do automatycznego tworzenia izby chorych czy punktu NiŚOZ. Takie rozwiązanie wydaje się być zbyt daleko idące z uwagi potrzebę racjonalnego gospodarowania zasobami systemu ochrony zdrowia, w oparciu o rzeczywiste dane. Podkreślenia wymaga także, że na podstawie § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.) w przypadku przerwy w udzielaniu świadczeń oraz w przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń.

W ramach zabezpieczenia dostępu do świadczeń, Narodowy Fundusz Zdrowia posiłkuje się m.in. mapami potrzeb zdrowotnych, dokumentami, które zawierają dane demograficzne i epidemiologiczne, dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. Należy pamiętać, że zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) odpowiedzialny jest m.in. za zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji. Wobec powyższego, jeżeli istnieje ryzyko ograniczenia dostępności do świadczeń na danym terenie, NFZ ma odpowiednie instrumenty prawne aby reagować na takie sytuacje adekwatnie do posiadanych zasobów i możliwości.

Z wyrazami szacunku
z up. Dyrektora
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/