



Ministerstwo Zdrowia

Departament
e-Zdrowia

Warszawa, 28 maja 2025

Szanowna Pani,
odpowiadając na przesłaną do Ministerstwa Zdrowia petycję, w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Punkt 1 petycji: utworzenie konta pacjenta z wszystkimi danymi chorobowymi (w tym m.in.: przebieg procesu leczenia, skierowania itp.) dostępnymi dla lekarzy z zakresu opieki publicznej jak również prywatnej.

Odpowiedź: wskazany postulat jest zgodny z kierunkiem prac podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Narzędziem umożliwiającym pacjentowi dostęp do danych medycznych, w tym informacji o udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej jest Internetowe Konto Pacjenta (IKP). Dostęp do informacji zawartych w IKP możliwy jest dzięki nałożeniu na usługodawców, tj. podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, obowiązku prowadzenia oraz wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej, jak również obowiązku przekazywania do Systemu Informacji Medycznej danych zdarzenia medycznego. Należy zaznaczyć, że przedmiotowe obowiązki wiążą usługodawców stosunkowo krótko. Dodatkowo obowiązek prowadzenia oraz wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej dotyczy jedynie ograniczonego katalogu dokumentacji medycznej do której zaliczamy:

- 1) recepty,
- 2) skierowania,
- 3) zlecenia na zaopatrzenie i zlecenia naprawy,
- 4) Karty Szczepień,
- 5) wyniki badania histopatologicznego;
- 6) informacje o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach - w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala,
- 7) informacje dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych,
- 8) karty informacyjne z leczenia szpitalnego,
- 9) wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem,

- 10) opisy badań diagnostycznych,
- 11) Karty profilaktycznego badania ucznia,
- 12) Indywidualne Plany Opieki Medycznej.

W związku z powyższym na chwilę obecną IKP nie zawiera pełnego zakresu danych medycznych. Niemniej jednak katalog elektronicznej dokumentacji medycznej jest sukcesywnie rozszerzany, tak aby finalnie swoim zakresem objął wszystkie rodzaje dokumentacji medycznej. Celem doszczegółowienia pragnę wskazać, iż aktualnie w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, który przewiduje wejście w życie pakietu legislacyjnego dotyczącego uruchomienia krajowych usług e-zdrowia oraz ich integracji z istniejącymi/ dostępnymi systemami e-zdrowia na poziomie krajowym i regionalnym w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace legislacyjne, które rozszerzą katalog EDM o następujące dokumenty:

- 1) karta medycznych czynności ratunkowych,
- 2) karta medyczna lotniczego zespołu ratownictwa medycznego,
- 3) wynik i opis badania cytologicznego,
- 4) wynik i opis badań histopatologicznych,
- 5) karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (e-DILO),
- 6) plan leczenia onkologicznego,
- 7) Patient Summary (Karta zdrowia pacjenta),
- 8) karta opieki kardiologicznej (e-KOK),
- 9) dokumenty medycyny pracy (dokument orzeczenia i dokument zaleceń)

Należy jednak pamiętać, że informatyzacja sektora ochrony zdrowia stanowi ogromne wyzwanie dla wszystkich uczestniczących w tym procesie, tym samym dla osiągnięcia oczekiwanych efektów niezbędny jest upływ czasu.

Punkt 2 oraz 4 petycji: lekarz lub instytucja wystawiająca skierowanie automatycznie rejestruje w systemie informatycznym w najbliższej okolicy w najszybszym terminie dostępnym wizytę. Stworzenie systemu list rejestracji do wszystkich lekarzy i na zasadzie GPS najbliższych w okolicy ośrodków leczniczych na podobnej zasadzie jak można składać pisma elektroniczne w urzędach miasta.

Odpowiedź: wskazany postulat pokrywa się z kierunkiem prac podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia prowadzony są prace nad projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD169), dalej: projektu ustawy. Projekt ustawy znajduje się na etapie konsultacji publicznych, opiniowania i uzgodnień <https://legislacja.gov.pl/projekt/12396008>. Celem projektu ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej umożliwiającego ustalenie kolejności ich udzielania. W założeniu projektodawcy system ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych założeń będzie służyć wprowadzenie elektronicznych rozwiązań centralnych takich jak przede wszystkim scentralizowany system zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej. W projekcie ustawy przewidziano dwa podstawowe sposoby dokonywania zgłoszenia centralnego. Po pierwsze możliwe to będzie na dotychczasowych zasadach, tj. bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, po drugie przy wykorzystaniu funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302). Funkcjonalność centralnej elektronicznej rejestracji umożliwi świadczeniobiorcy wyszukanie i wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, zgodnie z osobistymi preferencjami (kryteriami) świadczeniobiorcy, również u każdego świadczeniodawcy. Planuje się, że katalog świadczeń opieki zdrowotnej i ich zakresów objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie sukcesywnie rozszerzany. Początkowo projektowanym rozwiązaniem objęte zostaną świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach kardiologii, a także

świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz programu profilaktyki raka piersi.

Punkt 3 petycji: więcej uprawnień do wystawiania skierowań dla lekarzy pierwszego kontaktu i wypisywania zaleceń czy recept na rehabilitację czy urządzenia rehabilitacyjne.

Odpowiedź: zgodnie z przepisem art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm., dalej jako „ustawa o świadczeniach”) świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Jednocześnie uprzejmie wyjaśniam, iż wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w tym odpowiednich badań z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz leczenia szpitalnego (PSZ) regulują stosowne rozporządzenia Ministra Zdrowia tzw. rozporządzenia koszykowe. Uprzejmie nadmieniam, 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 (Dz.U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.), 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. Nie istnieją limity czy ograniczenia ilościowe w zakresie wydawania przez lekarzy skierowań na badania. Jedynym kryterium kwalifikacji pacjenta do wystawienia przez lekarza skierowania na badanie, w ramach realizacji świadczeń gwarantowanych z danego zakresu, są wskazania medyczne. Jednocześnie uprzejmie informuję, iż zgodnie z przepisem § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.) w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie m.in. badania diagnostyczne, określone w części IV i IVa załącznika nr 1 oraz w załączniku nr 6 do rozporządzenia w zakresie opieki koordynowanej, którą realizują wybrane placówki POZ. Uprzejmie wyjaśniam, iż przepisy przywołanego wyżej aktu prawnego przewidują szczegółowy i kompletny katalog badań diagnostycznych związanych z realizacją świadczeń lekarza POZ.

Należy ponadto zauważyć, iż podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu pacjenta z systemem służby zdrowia. Jeżeli leczenie pacjenta wykracza poza możliwości lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz ten kieruje pacjenta do kolejnego poziomu, tj. właściwego leczenia m.in. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego.

Powyższa regulacja w połączeniu z całościowym ujęciem systemu ochrony zdrowia, pozwalana wyszczególnienie pewnego modelu leczenia pacjenta opartego w pierwszej kolejności na podstawowej opiece zdrowotnej, następnie, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty, na ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a dopiero później, przy zastosowaniu tego samego kryterium – na leczeniu szpitalnym. Jak zostało to już ujęte powyżej, zakres i warunki świadczeń gwarantowanych dla każdego z tych etapów zostały uregulowane odrębnie w poszczególnych regulacjach tzw. rozporządzeń koszykowych i nie jest możliwe np. zlecenie wykonania odpowiednich badań z innego poziomu, niż przewidują to ww. przepisy. Model opiera się na współpracy poszczególnych elementów systemu oraz w razie

zaistnienia takiej konieczności wymaga przejęcia opieki nad pacjentem przez ten z poziomów, jaki aktualnie jest adekwatny ze względu na osiągnięcie celu leczenia pacjenta. Jednocześnie uprzejmie informuję, iż zgodnie z art. 59 ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Powyższa zasada odnosi się także do lekarza POZ i umożliwia mu wystawienie skierowania na realizację świadczeń rehabilitacji leczniczej. Nadmienić należy, iż jeśli pacjent spotka się z utrudnieniami w dostępie czy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej może zgłosić powyższe do kierownika podmiotu – to bowiem kierownik danego podmiotu, na mocy art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450), ponosi odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem. W sytuacji braku reakcji zarządzającego możliwe jest także skierowanie sprawy do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (OW NFZ) właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń – wszelkie trudności z uzyskaniem świadczeń opieki zdrowotnej powinny być zgłaszane bezpośrednio do ww. OW NFZ. Zgłoszenie zaistniałych utrudnień umożliwi pracownikom NFZ podjęcie stosownych działań. Ponadto jeśli dana sytuacja może wiązać się z naruszeniem prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych sprawę można zgłosić do Rzecznika Praw Pacjenta.