



Minister Zdrowia

DLU.055.57.2024.ŁR
Warszawa, 18 lutego 2025

Pani

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani petycję z dnia 4 grudnia 2025 r., znak przywołany w treści: 1152/2024, w której *przedłożono treść żądania* w celu *udoskonalenia opieki zdrowotnej* uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do dwóch pierwszych postulatów tj. **automatycznego wyznaczania kolejnego terminu wizyty lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)** uprzejmie wyjaśniam, że osobą odpowiedzialną za prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego u pacjenta, w tym decyzję o kontynuowaniu danej terapii np. przyjmowania leku, jest lekarz. To właśnie lekarz dokonuje indywidualnej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz decyduje o konieczności kontynuacji przyjmowania danych leków. Jeśli ww. konieczność zachodzi, lekarz ordynuje pacjentowi niezbędne środki. Powyższa zasada odnosi się również do częstotliwości przyjmowania danego leku. Proponowany przez Panią postulat znajduje odniesienie w obowiązujących zasadach udzielania świadczeń i nie ma potrzeby wprowadzania dodatkowych obowiązków w tej materii, w oparciu o wskazane w petycji przyczyny. Należy bowiem zauważyć, iż jedynym kryterium kwalifikacji pacjenta do stosowania określonych leków, w ramach realizacji świadczeń gwarantowanych z danego zakresu, są wskazania medyczne. Te same reguły odnoszą się do kwestii wystawiania zwolnień lekarskich. Jednocześnie odnosząc się do technicznego aspektu rejestracji uprzejmie wyjaśniam, iż aktualnie obowiązujący w tym zakresie system należy uznać za najbardziej optymalny z punktu widzenia potrzeb pacjenta oraz jednocześnie możliwości systemu publicznej ochrony zdrowia. Przedstawione postulaty, w świetle obecnie stosowanych zasad obowiązujących w ochronie zdrowia, należy uznać za nieuzasadnione.

Odnosząc się do trzeciego postulatu zakładającego **zapewnienie dyżurów lekarskich w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w celu porady, konsultacji, teleporady lub przepisania leków stałych** uprzejmie wyjaśniam, iż zgodnie z przepisami 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 „ustawa o świadczeniach”) podstawowym zadaniem Funduszu jest zarządzanie środkami finansowymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia. Do jego zadań należy również m.in. monitorowanie oraz ocena jakości i dostępności, a także analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie oraz finansowanie świadczeń, leków, wyrobów medycznych, szczepionek itp. Postulat zapewnienia dyżurów lekarskich w oddziałach NFZ należy uznać za nieracjonalny z punktu widzenia zadań ustawowych, jakie zostały wyznaczone ww. jednostce. Należy zauważyć, iż zakres porad lekarskich postulowanych w tym punkcie tj. porady, konsultacji, teleporady lub przepisania leków jest w pełni osiągalny w ramach świadczeń lekarza POZ. Nie ma zatem potrzeby powoływania dodatkowych punktów opieki medycznej rezydujących w biurach jednostek powołanych do zarządzania środkami publicznymi, w których lekarze udzielaliby świadczeń zdrowotnych, które są osiągalne na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do czwartego postulatu, tj. **możliwości wskazywania ścieżek leczenia pacjenta przez konsultantów krajowych i oddziały wojewódzkie NFZ**, uprzejmie wyjaśniam, iż zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2024 r. poz. 69, z późn. zm.) konsultanci krajowi i wojewódzcy wykonują zadania opiniotwórcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta. Ponadto zgodnie z art. 10 ww. ustawy do zadań konsultantów krajowych oraz wojewódzkich należy m.in. wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków oraz wydawanie opinii w zakresie wyrobów medycznych, na wniosek Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Należy zauważyć, iż postulowana przez Panią propozycja w zakresie zadań konsultantów krajowych, znajduje już odniesienie w przepisach. W zakresie postulatu powierzenia analogicznych zadań oddziałom wojewódzkim NFZ, należy zauważyć, jak zostało to wyżej wskazane, kompetencje NFZ koncentrują się wokół innych zagadnień tj. związanych z zarządzaniem środkami finansowymi, nie zaś ustalaniem ścieżki leczenia diagnostycznego. Wobec powyższego brak podstaw do jego realizacji.

W odniesieniu do piątego postulatu **w zakresie przeprowadzania teleporady, zwłaszcza w sytuacji kłopotów w osobistym stawiennictwie pacjenta w poradni**, uprzejmie informuję, iż teleporady powinny być udzielane w przypadkach, gdy ocena stanu zdrowia i zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego. W odniesieniu do innych sytuacji, porada zdalna powinna zakończyć się informacją o potrzebie bezpośredniej wizyty w placówce. Teleporada nie może bowiem skutkować pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta ze względu na opóźnienie rozpoznania stanu chorobowego lub brak zastosowania właściwego postępowania diagnostyczno-leczniczego. Podkreślić należy, iż teleporada jest jedną z alternatywnych form realizacji świadczeń i jej przeprowadzenie możliwe jest pod warunkiem wyrażonej wprost zgody pacjenta na tego typu formę kontaktu. Nadmienić należy, iż w wypadku wyrażenia przez pacjenta chęci skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej udzielanych w bezpośrednim kontakcie, przeprowadzenie wizyty stacjonarnej staje się koniecznością. Należy nadmienić, iż katalog obowiązków lekarza oraz praw pacjenta pozostaje niezmienny niezależnie od sposobu realizacji porady lekarskiej – tj. w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Odnosząc się do form przekazywania wyników badań przy okazji teleporady należy zauważyć, iż obowiązujące przepisy bardzo szeroko definiują zakres kontaktu świadczeniodawcy udzielającego teleporady z pacjentem, wskazując na użycie do tego celu jednego z systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Jednocześnie jednak dopuszczenie postulowanej przez Panią formy będzie możliwe jedynie w sytuacji posiadania pewności zachowania pełniej poufności, w tym zapewnienie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem tej formy kontaktu oraz uzasadnione jedynie okolicznościami, w których świadczenie zdrowotne jest możliwe do

zrealizowania w tej formie kontaktu (przekazanie informacji, rekomendacji, zaleceń itp.). Jednocześnie będzie możliwe pod warunkiem wyrażonej wprost zgody pacjenta na tego typu formę kontaktu w warunkach teleporady. Nadmienić należy, iż w wypadku wyrażenia przez pacjenta chęci skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej udzielanych w bezpośrednim kontakcie, będzie to skutkowało koniecznością przeprowadzenia wizyty stacjonarnej.

Odnosząc się do szóstego zagadnienia w przedmiocie **reorganizacji oddziałów szpitalnych** uprzejmie wyjaśniam, iż zgodnie z przepisem art. 96l ustawy o świadczeniach, system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania. Należy nadmienić, iż wszystkie oddziały szpitalne działające w trybie pełnej hospitalizacji zapewniają gotowość całodobową. Jednocześnie zaznaczyć należy, że centra urazowe współpracują z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM). Tworzone są one w szpitalach, w których funkcjonują szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), a ich zadaniem jest diagnoza i leczenie pacjentów z najcięższymi urazami, np. po wypadku komunikacyjnym. Dodatkowo w lokalizacji SOR udzielane są świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ). Obowiązujące zasady udzielania świadczeń zapewniają ich dostępność pacjentom całodobowo siedem dni w tygodniu. Zgłaszane w tym przedmiocie postulaty reorganizacji systemu szpitalnego nie znajdują uzasadnienia.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/