



Minister
Zdrowia

DLU.055.18.2025.ŁR
Warszawa, 12 maja 2025

Pani

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani petycję z dnia 28 lutego 2024 r. opatrzoną numerem 292/2025 w której *przedłożono treść żądania*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do zagadnienia **zmian organizacyjnych placówek POZ polegających na wprowadzeniu obowiązku przeprowadzenia przez lekarza (co sześć miesięcy) oraz wraz z pielęgniarką środowiskową (co dwanaście miesięcy) indywidualnego planu opieki lekarskiej, polegającego m.in. na analizie historii choroby oraz wystawionych leków** (wyrażone w korespondencji w § 1-2), uprzejmie wyjaśniam, że warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej zostały określone w ustawie 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”), zaś zasady dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej regulują przepisy ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2527, z późn. zm., dalej „ustawa o POZ”). Dopełnieniem regulacji są akty wykonawcze - stosowne rozporządzenia Ministra Zdrowia, wydane na podstawie delegacji ustawowej wyrażonej w ww. aktach prawnych. Uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 9 ustawy o POZ pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń z zakresu POZ, w ramach którego może wybrać lekarza, pielęgniarkę i położną POZ, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu POZ, albo którzy wykonują zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu POZ. W sytuacji zaistnienia problemu zdrowotnego pacjent zgłasza się do lekarza POZ, którego wyboru dokonał na podstawie ww. deklaracji. 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. To właśnie lekarz dokonuje indywidualnej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz konieczności wykonania u niego konkretnych badań i ich analizy, wystawiania recept, oraz w razie potrzeby - realizacji wizyt domowych. Jeśli ww. konieczność zachodzi, lekarz realizuje powyższe świadczenia. Zasada ta odnosi się również do analizy dokumentacji medycznej danego pacjenta, w tym częstotliwości wykonywania konkretnych badań, wystawiania recept czy realizacji wizyt domowych. Ponadto należy zauważyć, iż udział lekarza POZ w całym procesie, a w określonych sytuacjach pielęgniarki POZ, ma na celu zapewnienie kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedniej dostępności ich realizacji.

Należy nadmienić, iż podstawowa opieka zdrowotna odgrywa kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, ponieważ stanowi punkt wejścia pacjentów do systemu opieki zdrowotnej. POZ musi zapewnić wczesną diagnozę problemów zdrowotnych i profilaktykę, dokonywać kompleksowej i integralnej oceny potrzeb pacjenta w cyklu życia oraz pełnić funkcję strażnika systemu, zapewniając odpowiednie kierowanie pacjentów na inne poziomy opieki zdrowotnej. Od jej sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność całego systemu opieki medycznej.

Należy uzupełnić, iż efektywnie działający lekarz POZ powinien zapewnić dostęp do wysokiej jakości świadczeń, koordynację opieki podstawowej oraz przede wszystkim ciągłość opieki podstawowej. Osiągnięcie pełnej efektywności w całym systemie ochrony zdrowia wymaga zachowania ciągłości leczenia oraz bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Wobec powyższego proponowaną przez Panią zmianę w zakresie obowiązku poddawania analizie dokumentacji medycznej czy historii choroby w określonych okresach, bez wyraźnej uzasadnionej potrzeby, może prowadzić do bezzasadnego absorbowania zasobów ochrony zdrowia. Wobec powyższego postulat ten należy uznać za nieuzasadniony.

Odnosząc się do propozycji **zmiany sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej** (wyrażone w korespondencji w § 3-4) uprzejmie informuję, iż zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581, zwanej dalej „ustawa o prawach pacjenta”), w celu realizacji prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Tym samym obowiązujące przepisy prawa przypisały podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych niezbywalny (co do zasady) obowiązek przechowywania oryginału dokumentacji medycznej (posiadania wiedzy na temat miejsca jej przechowywania). Powyższe ma na celu wyeliminowanie sytuacji, w której pacjent musi ustalać ewentualny obieg dokumentacji medycznej.

Odnosząc się do kwestii prowadzenia dokumentacji medycznej przez podmioty lecznicze, uprzejmie informuję, że zgodnie z §36 rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r. poz. 798, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji”) są one zobowiązane do sporządzania i prowadzenia:

1. dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w formie historii zdrowia i choroby;
2. dokumentacji indywidualnej zewnętrznej, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 1-4 i 6-8;
3. dokumentacji zbiorczej w formie wykazu:
 - a) przyjęć,
 - b) pracowni diagnostycznej,
 - c) zabiegów,
 - d) porad ambulatoryjnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Warto zaznaczyć, że w przypadku, gdy dokumentacja, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, jest prowadzona w postaci elektronicznej, prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 pkt 3, nie jest wymagane.

Zgłaszany w petycji postulat stosowania „*telefonicznego ponaglenia*” celem nadesłania dokumentacji medycznej czy też „*wysyłania wiadomości do innych podmiotów leczniczych*” celem poszukiwania dokumentacji ma charakter czynności czysto technicznej i wobec powyższego trudno znaleźć uzasadnienie dla jego wprowadzenia do przepisów prawa.

Odnosząc się do postulatu **wprowadzenia możliwości odbycia między lekarskich konsultacji tzw. konsyliów w określonych przypadkach** (wyrażony w korespondencji w § 5), na każdym etapie leczenia pacjenta przepisy umożliwiają odbycie odpowiednich konsultacji między lekarzem, pod opieką którego aktualnie pacjent przebywa, a lekarzem specjalistą. Zgodnie z przepisem art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku

Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581, dalej jako „ustawa o prawach pacjenta”) pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Jednocześnie zgodnie z ust. 3 przywołanego przepisu pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie oraz pielęgniarka lub położna zasięgnęła opinii innej pielęgniarki lub położnej.

Przepis ma charakter generalny i obowiązuje we wszystkich zakresach realizacji świadczeń gwarantowanych.

Obok powyższej regulacji, bezpośrednio na poziomie POZ możliwość taką stwarza przystąpienie do opieki koordynowanej (OK). OK umożliwia konsultację lekarza POZ z lekarzem specjalistą, konsultację bezpośrednio pacjenta z lekarzem specjalistą pozostając na poziomie POZ, oraz konsultację dietetyczną (załącznik nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.). Podobnie w ramach świadczeń AOS w ramach poszczególnych świadczeń gwarantowanych, przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.) w przypadku wskazań medycznych dopuszczają przeprowadzenie konsultacji specjalistycznych wynikających z planu opieki. Podobnie warunki realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego na podstawie przepisów rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.) dopuszczają taką możliwość.

Reasumując. Obecnie obowiązujące zasady realizacji świadczeń gwarantowanych należy uznać za optymalne z punktu widzenia zapewnienia odpowiedniej opieki nad pacjentem oraz możliwości systemu ochrony zdrowia. Zgłoszone przez Panią postulaty należy uznać za nieuzasadnione aktualnymi potrzebami w zakresie ochrony zdrowia.

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