



Minister
Zdrowia



DLG.050.84.2024.AM
Warszawa, 25 listopada 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację poselską nr 5744 Pośta na Sejm RP Marcina Józefaciuka zawierającą zestaw rekomendacji wypracowanych przez Parlamentarny Zespół do spraw ADHD, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Ad postulat: 1 oraz 8.

- Kontynuacja refundacji leków na ADHD do ukończenia edukacji szkolnej (w przypadku rozpoczęcia farmakoterapii przed 18 r.ż.).
- Rozważenie możliwości wprowadzenia przynajmniej częściowej refundacji leków na ADHD dla dorosłych.

Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi aktualnie prac związanych z możliwością kontynuacji finansowania ze środków publicznych terapii ADHD u osób powyżej 18 roku życia w ogóle ani też w subpopulacji, która rozpoczęła taką terapię przed 18 r.ż. Należy zaznaczyć, że kwestia ewentualnych planów dotyczących poszerzenia refundacji o osoby, które otrzymały diagnozę ADHD i rozpoczęły terapię w okresie adolescencji, spotkała się z negatywnym odbiorem środowisk zarówno pacjentów i zrzeszających ich organizacji, jak i lekarzy, które sugerowały, że **takie ewentualne działania będzie pogłębiać nierówności w dostępie do refundowanej terapii w stosunku do sytuacji aktualnej.**

Niezależnie od powyższego należy podkreślić, iż zgodnie z dokumentami Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL) dla poszczególnych substancji czynnych stosowanych w terapii ADHD, leczenie ww. jednostki chorobowej u osób poniżej jak i powyżej 18 r.ż. (uwzględniając najszerszy zakres zarejestrowanych wskazań), należy uznać za wskazanie rejestracyjne, a zatem wymagające złożenie wniosku o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto zbytu leku przez podmiot odpowiedzialny, jego przedstawiciela lub importera.

W związku z powyższym na początku 2024 r. Ministerstwo Zdrowia wysłało zapytania do właściwych w sprawie podmiotów odpowiedzialnych odnośnie do planów i możliwości złożenia stosownych wniosków o objęcie refundacją. Odpowiedź Wnioskodawców była zróżnicowana i obejmowała zarówno brak zainteresowania odnośnie złożenia wniosku dotyczącego poszerzenia wskazań dla leków stosowanych w terapii ADHD, jak i chęć złożenia takiego wniosku, w zależności od trybu, w jakim postępowanie miałyby być prowadzone (postępowanie na podstawie art. 24 ust. 1 lub art. 30a¹ ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych; t.j. Dz.U. 2024 poz. 930; dalej jako „ustawa o refundacji”), część z wnioskodawców wskazywała również na potencjalne problemy (przejściowe na dzień prowadzenia korespondencji) z zapewnieniem pełnej dostępności.

Biorąc pod uwagę utrzymujące się w pierwszej połowie roku problemy z zapewnieniem pełnej dostępności do leków stosowanych w terapii ADHD, Minister Zdrowia podjął decyzję o zawieszeniu działań w przedmiotowym zakresie z uwagi na fakt, iż **ewentualne poszerzenie grupy osób uprawnionych do refundacji mogłoby pogłębić problemy z dostępnością tych produktów**, a zatem działanie takie byłoby niecelowe.

Dodatkowo należy zauważyć, że w szczególnych warunkach, na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy o refundacji, produkty sprowadzane z zagranicy **w ramach importu docelowego** mogą podlegać refundacji, co umożliwi pacjentom ich nabycie z odpłatnością 3,20 PLN za opakowanie jednostkowe. W takim przypadku konieczne jest przeprowadzenie

¹ Minister właściwy do spraw zdrowia może wydać decyzję o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu dla leku, w tym leku o kategorii dostępności OTC, który wymaga stosowania dłużej niż 30 dni w określonym stanie klinicznym i jest rekomendowany w wytycznych postępowania klinicznego, w przypadku gdy wnioskodawca nie złożył dotychczas wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla danego leku w danym wskazaniu oraz upłynęła dla tego leku wyłączność rynkowa. Prezes Agencji przygotowuje wykaz, uwzględniając wiedzę z zakresu oceny technologii medycznych, w szczególności oczekiwane efekty zdrowotne, biorąc pod uwagę siłę interwencji, jakość danych naukowych, niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, wielkość populacji docelowej oraz priorytety zdrowotne i wpływ na system ochrony zdrowia, w tym wpływ na budżet płatnika.

postępowania w oparciu o przesłanki ustawowe, których ocena umożliwi Ministrowi Zdrowia objęcie tego leku refundacją w indywidualnym przypadku.

Decyzje Ministra Zdrowia dotyczące zgody na refundację produktów sprowadzanych z zagranicy w trybie importu docelowego zawierających substancję czynną *lisdexamfetamini dimesilas* we wskazaniu zaburzenia aktywności i uwagi dotyczą zarówno pacjentów dorosłych jak i pediatrycznych. Jednocześnie zauważyć należy, iż żaden wniosek o objęcie refundacją leków zawierających ww. substancję czynną nie wpłynął w 2023 r. czy 2024 r. do Ministra Zdrowia².

Ad postulat 2.

Wprowadzenie badań przesiewowych dla dzieci w kierunku zaburzeń neurorozwojowych - EEG, QEEG (obok innych badań nieinwazyjnych i mało kosztownych) – obrazujących odmienny wzorzec pracy mózgu (charakterystyczne cechy ADHD).

Na zlecenie Ministra Zdrowia Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) przygotował rekomendację w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Badanie przesiewowe za pomocą kwestionariusza M-Chat do diagnozowania nieprawidłowości ze spektrum autyzmu” **jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.**

² 29 listopada 2018 r. wpłynął wniosek o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny leku Elvanse, lisdexamfetamini dimesilas, w postaci kapsułek (3 prezentacje leku) we wskazaniu: *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia, u których wcześniejsze leczenie metylofenidatem nie przyniosło oczekiwanych korzyści klinicznych.*

13 maja 2019 r. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wydał rekomendację nr 34/2019, w której rekomendował objęcie refundacją produktów leczniczych Elvanse we wskazaniu zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia, u których wcześniejsze leczenie *metylofenidatem* nie przyniosło oczekiwanych korzyści klinicznych, pod warunkiem pogłębienia mechanizmu instrumentu dzielenia ryzyka (RSS). W związku z wnioskiem podmiotu odpowiedzialnego z 6 marca 2020 r. o zawieszenie postępowań administracyjnych dotyczących objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny leku Elvanse (3 prezentacje), od 9 marca 2020 r. postępowania dotyczące leku Elvanse były zawieszane, zaś Organ nie prowadził w przedmiotowych sprawach żadnych czynności administracyjnych. Jednocześnie z uwagi na trwający ponad 3 lata okres zawieszenia postępowań na wniosek Strony, w marcu 2023 r., w oparciu o przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. 2024 poz. 572), trzy wspomniane postępowania dla leku Elvanse zostały umorzone przez Ministra Zdrowia.

M-chat jest badaniem kwestionariuszowym, które ma wstępnie diagnozować nieprawidłowości w kierunku spectrum ADHD. Kwestionariusz składa się z 23 zamkniętych pytań, odpowiedzi (typu tak/nie) na pytania udziela rodzic, zaś lekarz POZ podsumowuje wyniki kwestionariusza za pomocą prostej, zwalidowanej skali. W przypadku otrzymania wyników spoza normy, lekarz POZ wystawia skierowanie na badanie do poradni pedagogiczno-psychologicznych, gdzie dziecko poddawane jest pogłębionej diagnostyce za pomocą testów specjalistycznych, jak również, w uzasadnionych medycznie przypadkach, mogą być dziecku wykonane badania diagnostyczne, typu EEG, QEEG. Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi prac związanych z wprowadzeniem przedmiotowych badań diagnostycznych do świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ.

Równocześnie, w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace analityczne odnośnie do wprowadzenia testu M-Chat jako badania przesiewowego realizowanego w 24 m. ż. dziecka, w czasie badań bilansowych wykonywanych przez lekarza POZ.

Ad postulat 3.

Dostęp do diagnozy na NFZ wykonywanej nie tylko przez psychologów klinicznych.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285, ze zm.; dalej jako „rozporządzenie z zakresu opieki psychiatrycznej”), świadczenia w tym zakresie udzielane są m.in. przez lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, jak również psychologów. Obecnie nie jest wymagane skierowanie do poradni zdrowia psychicznego, dzięki czemu każdy, kto uznaje, że wymaga opieki psychiatrycznej, może udać się do lekarza psychiatry po pomoc, bez wcześniejszej wizyty u innego lekarza w celu uzyskania skierowania.

Ponadto w przypadku osób dorosłych pomoc psychiatryczną można także uzyskać, również bez skierowania, w ramach **programu pilotażowego centrów zdrowia psychicznego**, których działalność jest uregulowana przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. 2024 poz. 875, ze zm.; dalej jako „rozporządzenie ws. CZP”).

Zapewnienie dostępu do **opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży** doświadczającej problemów i zaburzeń psychicznych – w tym zespołu nadpobudliwości psychoruchowej - jest priorytetowym zadaniem Ministerstwa Zdrowia. Opieka ta powinna być kompleksowa i dostosowana do potrzeb każdej z grup pacjentów.

Celem działania Ministerstwa Zdrowia jest objęcie terenu całego kraju siecią dobrze działających placówek zapewniających profesjonalną pomoc dla dzieci i młodzieży doświadczających zaburzeń psychicznych. Sieć ta składa się z trzech poziomów referencyjnych, które umożliwiają dostosowanie wsparcia do stanu zdrowia dziecka:

I poziom referencyjny

Pierwszym miejscem oferującym taką pomoc są Zespoły i Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, nazywane I stopniem referencyjnym. To dzięki nim opieka specjalistów ma być dostępna, przyjazna, dopasowana do potrzeb oraz włączająca w pomoc środowisko młodego pacjenta, a także jego bliskich.

Aktualnie na terenie całej Polski działają 454 Zespoły/Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Młodzi pacjenci mogą skorzystać z oferty tych placówek, tj. pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej oraz terapii środowiskowej, bezpłatnie i bez skierowania.

W ośrodkach tych pomoc mogą uzyskać osoby, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. W przypadku wielu zaburzeń psychicznych pojawiających się w dzieciństwie można bowiem udzielić skutecznej pomocy za pomocą takich interwencji jak psychoterapia indywidualna i grupowa, terapia rodzinna czy praca z grupą rówieśniczą. Zwiększenie dostępności pomocy w opiece ambulatoryjnej, co umożliwi pacjentom niewymagającym hospitalizacji korzystanie z pomocy w mniejszych placówkach (zmniejszając tym samym obciążenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i Izb Przyjęć). Ośrodki I poziomu zapewniają także pomoc w zdrowieniu osobom, które w przeszłości ze względu na kryzys psychiczny przebywały na oddziale psychiatrycznym – dzięki zapewnieniu pomocy blisko miejsca zamieszkania możliwe będzie skrócenie czasu pobytu w szpitalu i zapobieganie rehospitalizacji.

II poziom referencyjny

W ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powstało też 161 Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziomu referencyjnego, które działają w dwóch trybach:

- poradnie zdrowia psychicznego – gdzie można skorzystać z wizyty u lekarza psychiatry, psychologa i psychoterapeuty (79 ośrodków),
- poradnie zdrowia psychicznego i oddziały dzienne – gdzie pomoc mogą uzyskać młodzi pacjenci, którzy potrzebują bardziej intensywnej opieki (82 ośrodków).

II poziom referencyjny jest przeznaczony dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowia wymaga konsultacji z lekarzem psychiatrą dziecięcym – w celu postawienia diagnozy psychiatrycznej lub wdrożenia farmakoterapii. Ponadto w części placówek jest możliwość pobytu dziecka na oddziale dziennym. Oddziały dzienne są niezastąpioną częścią systemu – umożliwiają bowiem prowadzenie intensywnego procesu diagnozy i leczenia (w trybie codziennych spotkań) bez konieczności wyrywania dziecka z jego środowiska rodzinnego i rówieśniczego. Rozwój tej formy opieki daje nadzieję na ograniczenie hospitalizacji na oddziałach całodobowych psychiatrycznych, co jest podstawowym kierunkiem zmian w psychiatrii dziecięcej.

III poziom referencyjny

Według stanu na styczeń 2024 NFZ posiada umowy o realizację świadczeń w zakresie III poziomu referencyjnego dla 33 Ośrodków Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (34 oddziały szpitalne).

Świadczenia stacjonarne realizowane są przez lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych.

Ad postulat 4.

Skrócenie procedury importu interwencyjnego (obecnie 12-15 tyg.).

W odpowiedzi na postulat skrócenia procedury importu interwencyjnego, należy wskazać, że procedura opisana w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. 2024 poz. 686; dalej jako „Prawo farmaceutyczne”) przedstawia warunki, jakie muszą być spełnione, by możliwe było zastosowanie w terapii pacjentów produktów leczniczych nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w Polsce lub niedostępnych w obrocie w kraju, w drodze procedury importu docelowego lub importu interwencyjnego. W przypadku konieczności zastosowania w terapii pacjenta produktu leczniczego nieposiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Polski, możliwe jest sprowadzenie z zagranicy takiego produktu leczniczego, pod warunkiem, że jest on dopuszczony do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany i posiada aktualne pozwolenie dopuszczenia do obrotu, a jednocześnie produkt ten nie posiada dopuszczonych do obrotu na terytorium Polski odpowiedników (produktów posiadających tę samą substancję, postać farmaceutyczną i dawkę), które są dostępne w sprzedaży.

Procedura importu docelowego jest specyficzną formą dopuszczenia do obrotu, w której to Minister Zdrowia potwierdza jedynie brak zaistnienia okoliczności uniemożliwiających sprowadzenie produktu z zagranicy, jednakże nie ma wpływu na wybór leku, gdyż o tym

decyduje lekarz, jak również nie pośredniczy w sprowadzeniu leku z zagranicy, gdyż odbywa się to przez hurtownię farmaceutyczną za pośrednictwem apteki wybranej przez pacjenta. Koniecznym jest podkreślenie, że procedura ta dotyczy wydania zgód na sprowadzenie produktów leczniczych ratujących życie lub zdrowie pacjentów i w wielu wypadkach odbywa się w trybie pilnym. Poprzez procedurę importu docelowego Minister Zdrowia umożliwia sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego dla indywidualnych pacjentów lub podmiotów leczniczych. Natomiast w sytuacji utrudnionego dostępu do produktów leczniczych w skali całego kraju Minister Zdrowia może zastosować **procedurę importu interwencyjnego**, polegającą na czasowym dopuszczeniu do obrotu określonej ilości produktu leczniczego sprowadzanego z zagranicy.

Wskazać należy, że współpraca Ministra Zdrowia z firmami farmaceutycznymi oraz hurtowniami farmaceutycznymi w zakresie dostępności produktów leczniczych pozwala na szybkie reagowanie poprzez wydanie zgód na czasowe dopuszczenie do obrotu w trybie importu interwencyjnego.

Od stycznia 2021 r. został wprowadzony System Obsługi Importu Docelowego, który umożliwia wystawianie, potwierdzanie i rozpatrywanie złożonych zapotrzebowań lub zgłoszeń, pobieranie przez apteki i hurtownie farmaceutyczne rozpatrzonych zapotrzebowań lub zgłoszeń oraz komunikację z Ministrem Zdrowia w postaci elektronicznej. Umożliwienie załatwienia sprawy w zakresie importu docelowego i interwencyjnego w drodze elektronicznej znacznie skraca czas od momentu wystawienia zapotrzebowania lub zgłoszenia do jego wpływu do Ministra Zdrowia, z około 15-30 dni przy ścieżce tradycyjnej, papierowej, do 1-10 dni przy wersji elektronicznej, przy czym średni czas wynosi 3-4 dni. Obecnie pod koniec 2023 r. konta w SOID ma utworzone ponad 7 500 lekarzy, a 99% zapotrzebowań składanych jest w wersji elektronicznej.

Wymaga podkreślenia fakt, że Minister Zdrowia odpowiada za etap wydania zgody na sprowadzenie produktów z zagranicy, natomiast na czas oczekiwania pacjenta na pozyskanie leku składają się etapy wystawienia zapotrzebowania przez lekarza i akceptacja konsultanta oraz po wydanej zgodzie etap sprowadzenia produktu przez hurtownię farmaceutyczną za pośrednictwem apteki. W przypadku sprowadzenia z zagranicy produktów z kategorią dostępności „Rpw” koniecznym jest uzyskanie przez hurtownię farmaceutyczną zgody na przywóz, wywóz, wewnątrzwspólnotową dostawę lub wewnątrzwspólnotowe nabycie środków odurzających lub substancji psychotropowych zgodnie z przepisami art. 37 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1939; dalej jako „ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii”).

W związku z powyższym należy podkreślić, że o ile **Minister Zdrowia** może wpłynąć na przyspieszenie wydawania rozstrzygnięć umożliwiających sprowadzenie produktu z zagranicy, o tyle **nie ma wpływu na pozostałe etapy procesu, które są wydłużone ze względu na specyfikę produktów.**

Ad postulat 5.

Zadbanie o dostępność leków adekwatną do liczby zdiagnozowanych osób.

Sytuacja dostępności rynkowej wszystkich produktów leczniczych, w tym również leków stosowanych w leczeniu ADHD, **jest na bieżąco monitorowana** przez Ministra Zdrowia oraz jednostki podległe, ponieważ zabezpieczenie farmakoterapii dla polskich pacjentów stanowi jeden z priorytetów polityki lekowej.

Należy wskazać, iż **występujące niedobory produktów leczniczych nie mają charakteru systemowego.** Problemy z dostępnością dotyczą jedynie jednostkowych produktów leczniczych, określonych firm farmaceutycznych i często występują zaledwie lokalnie. Przyczyny braku niektórych leków konkretnych producentów są różne. Mogą one wynikać zarówno z decyzji biznesowych podmiotów odpowiedzialnych, np. wstrzymania dostaw produktu na rynek - czasowego lub stałego, wycofania się z rynku europejskiego, zwiększonego zapotrzebowania czy też przez przyczyny losowe lub spowodowane siłą wyższą. Należy zaznaczyć, iż wszystkie powyższe sytuacje są niezależne od Ministra Zdrowia.

Zgodnie z danymi zaraportowanymi w Zintegrowanym Systemie Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL), który gromadzi dane o stanach magazynowych na podstawie codziennych raportów składanych przez podmioty odpowiedzialne, hurtownie farmaceutyczne i apteki, produkty lecznicze stosowane w leczeniu ADHD, tj. z substancją czynną *methylphenidati hydrochloridum* i *atomoxetine*, są dostępne w różnych ilościach opakowań w zależności od apteki ogólnodostępnej. Niemniej, w bieżącym roku, w porównaniu do 2023 r., obserwowane jest zwiększone zapotrzebowanie na produkty lecznicze stosowane w leczeniu ADHD. Ponadto, obecnie trwające czasowe wstrzymania dostaw produktów z substancją czynną *atomoxetine*, tj. Konaten oraz Auroxetyln, mogą wpływać na występowanie lokalnych utrudnień w zakresie nabycia tych leków w aptekach ogólnodostępnych (jak wskazano na wstępie, są to czynniki niezależne od Ministra Zdrowia, który nie ma wpływu na podejmowane przez podmioty odpowiedzialne decyzje dotyczące wstrzymań dostaw produktów na rynek).

Niemniej, zgodnie z przepisami prawa, w sytuacji gdy podmiot prowadzący aptekę, punkt apteczny lub dział farmacji szpitalnej nie może wykonać obowiązku zapewnienia dostępu do produktu leczniczego na receptę, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, jest obowiązany w ciągu 24 godzin poinformować o tym za pośrednictwem ZSMOPL właściwego miejscowo wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, który ustala przyczyny braku tego dostępu, a następnie inspektor wojewódzki niezwłocznie informuje Głównego Inspektora Farmaceutycznego o braku dostępności i jej przyczynach. Zatem każda sytuacja braku leku powinna być weryfikowana przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną jako jedno z podstawowych zadań tej inspekcji. Jednakże, ordynowanie leków w terapii pacjenta należy wyłącznie do kompetencji lekarza prowadzącego leczenie. Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1287) to 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. Zatem w sytuacji, gdy następuje problem z nabyciem leku lub wątpliwości dotyczące danej terapii, pacjent powinien skontaktować się z lekarzem prowadzącym terapię, celem uzyskania porady lub ustalenia możliwości zastosowania innej, alternatywnej technologii lekowej.

W tym miejscu należy zatem podkreślić, że **rynek farmaceutyczny jest rynkiem komercyjnym ograniczonym jedynie w obszarze dopuszczania do obrotu oraz refundacji**. Minister Zdrowia nie posiada narzędzi prawnych, aby zobligować podmioty odpowiedzialne do wytwarzania i dostarczania danych produktów w ilości adekwatnej do liczby zdiagnozowanych osób. Decyzje takie zależą w głównej mierze od podmiotów odpowiedzialnych i są decyzjami biznesowymi.

W wyniku stałego monitorowania dostępności rynkowej produktów oraz informacji otrzymywanych od jednostek podległych, w tym z Głównego Inspektora Farmaceutycznego, do zadań którego należy m. in. nadzór nad jakością, obrotem i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi jak również informacji przekazywanych z zewnątrz, m.in. ze strony podmiotów odpowiedzialnych i hurtowni farmaceutycznych, Minister Zdrowia w sytuacji wystąpienia niedoborów danych produktów, w ramach posiadanych narzędzi, podejmuje niezbędne działania i interwencje w celu zapewnienia dostępności produktów leczniczych dla pacjentów.

Jako działanie prewencyjne produkty lecznicze z substancją czynną *methylphenidati hydrochloridum* zostały wpisane do wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych

specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej (tzw. lista antywywozowa). Wpisu danego produktu leczniczego do przedmiotowego wykazu Minister Zdrowia dokonuje na podstawie przesłanek wskazujących na uzasadnioną możliwość jego eksportu poza granice Polski. Wykaz ten, publikowany przez Ministra Zdrowia co najmniej raz na dwa miesiące, nie stanowi zatem informacji o brakujących produktach na polskim rynku, ale ma na celu zapewnienie dostępności produktów leczniczych poprzez ograniczenie możliwości ich sprzedaży poza granice Polski, co mogłoby prowadzić do powstawania niedoborów niektórych produktów na polskim rynku farmaceutycznym.

Zgodnie z art. 37av ust. 1 Prawa farmaceutycznego, przedsiębiorca zobligowany jest do zgłoszenia Głównemu Inspektorowi Farmaceutycznemu zamiaru wywozu lub zbycia podmiotowi prowadzącemu działalność poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, zawartych w przedmiotowym wykazie. Główny Inspektor Farmaceutyczny może wnieść, w drodze decyzji, sprzeciw wobec zamiaru wywozu lub zbycia, w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wywozu lub zbycia, biorąc pod uwagę zagrożenie brakiem dostępności produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, zawartych w wykazie lub też znaczenie danego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartych w wykazie, dla zdrowia publicznego. W przypadku wniesienia sprzeciwu przedsiębiorca jest obowiązany do sprzedaży tych produktów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w ilości określonej w zgłoszeniu zamiaru wywozu lub zbycia podmiotowi prowadzącemu działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na tym terytorium.

W przypadku podjęcia przez lekarza decyzji o zastosowaniu w terapii pacjenta produktu leczniczego nieposiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Polski możliwe jest sprowadzenie z zagranicy takiego produktu leczniczego na warunkach i w trybie art. 4 ust. 1 Prawa farmaceutycznego w ramach procedury importu docelowego, pod warunkiem, że dany produkt leczniczy jest dopuszczony do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany i jednocześnie produkt ten nie posiada dopuszczonych do obrotu na terytorium Polski odpowiedników.

Ponownie należy podkreślić, iż za zapewnienie dostępności do leków odpowiada wnioskodawca dla danego leku (jeśli lek jest objęty refundacją) lub podmiot odpowiedzialny, jego przedstawiciel lub importer.

Do 30 października 2023 r. na podstawie treści ustawy o refundacji deklaracja dostaw, jaką składał wnioskodawca, jako element wniosku o objęcie refundacją dla danego leku, nie wiązała się z bezwzględnymi konsekwencjami w przypadku jej niedotrzymania. Z uwagi na pojawiające się problemy z dostępnością i brak podstaw do podjęcia działań karnych w przypadku ich niewypełnienia, od 1 listopada 2023 r., w oparciu o zmiany treści ustawy o refundacji, **minimalna deklaracja dostaw stała się obligatoryjnym elementem decyzji o objęciu refundacją** oraz na Wnioskodawcę nałożono konsekwencje o charakterze kary administracyjnej za ich niedotrzymanie. Przedmiotowe zmiany, mające na celu zapewnienie lepszej dostępności dla produktów objętych finansowaniem ze środków publicznych, wywołały ogromne obawy po stronie wnioskodawców i w części przypadków doprowadziły, na wniosek strony, do wycofania niektórych produktów z refundacji z uwagi na obawę o niedotrzymanie złożonych deklaracji dostaw. W tym miejscu należy podkreślić, iż warunek ustawowy ma charakter minimalnej wymaganej deklaracji, co nie stanowi przeszkody aby, kierując się interesem pacjentów i dobrze rozumianym interesem ekonomicznym, wnioskodawca dostarczył większe ilości danego produktu - stosownie do faktycznego zapotrzebowania.

Ad postulat 6.

Zorganizowanie kampanii społecznej dotyczącej problematyki osób z ADHD.

Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia prowadzona jest kampania edukacyjno-informacyjna pt. „Zobacz człowieka”, której celem jest przeciwdziałanie stygmatyzacji i autostygmatyzacji osób doświadczających zaburzeń i chorób psychicznych - Minister Zdrowia przyznał w ramach celu operacyjnego nr 3 pn. Promocja zdrowia psychicznego, Narodowego Programu Zdrowia 2021-2025 środki w łącznej wysokości 14 499 947 zł.

Celem kampanii poświęconej stygmatyzacji i autostygmatyzacji osób w kryzysie psychicznym jest zdefiniowanie pojęcia stygmatyzacji oraz zaprezentowanie właściwej postawy wobec tego zjawiska. Kampania skierowana jest do całego społeczeństwa, a przede wszystkim młodzieży i młodych dorosłych w wieku 16-30 lat, a także mężczyzn w wieku 30-45 lat, ze szczególnym uwzględnieniem osób zamieszkujących miejscowości poniżej 5 000 mieszkańców. Hasło kampanii pn. „Zobacz człowieka” to jednocześnie adres strony internetowej - www.zobaczczoneka.pl, na której można znaleźć wiele cennych artykułów i materiałów, które zostały dotychczas opracowane na potrzeby realizacji niniejszej kampanii. Kampania ta podpowiada, by nie patrzeć przez pryzmat choroby, a zamiast tego zobaczyć człowieka, na co zwracają uwagę główni ambasadorowie akcji, tj. Sebastian Karpień-Bułecka oraz Julia Wróblewska. Dotychczas podjęte działania

obejmowały m.in. produkcję filmów edukacyjno-informacyjnych, opracowanie media planu dla emisji w TV, radiu, Internecie, prasie oraz kinach.

Ministerstwo Zdrowia nie planuje aktualnie podjęcia działań w zakresie kampanii dot. ADHD, jednakże weźmie ten postulat pod uwagę przy planowaniu kolejnych przedsięwzięć.

Ad postulat 7.

Stworzenie jednolitej procedury diagnostycznej w placówkach państwowych i prywatnych oraz dla specjalistów samodzielnych – podejście oparte na faktach naukowych, niestosowanie nieadekwatnych narzędzi diagnostycznych.

Zgodnie z § 5 rozporządzenia z zakresu opieki psychiatrycznej, świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

Podobne uregulowanie znajduje się w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1287; dalej jako „ustawa o zawodzie lekarza”): 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.

Należy także zauważyć, że art. 57 ust. 1 zd. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej przewiduje, że lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowanymi naukowo.

W przypadku uwag co do udzielanych pacjentowi świadczeń, których płatnikiem jest Narodowy Fundusz Zdrowia, pacjent może złożyć skargę do lokalnego oddziału wojewódzkiego NFZ. Ponadto przy okręgowych izbach lekarskich działają okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, którzy rozpatrują skargi pacjentów na działanie lekarzy niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, w tym postawienie niewłaściwej diagnozy, zastosowanie niewłaściwego leczenia oraz na zachowanie niezgodne z zasadami etyki lekarskiej.

Ad postulat 9.

Współpraca ze stroną społeczną na rzecz opracowania narzędzi i materiałów merytorycznych służących do zwiększania ww. kompetencji i świadomości lekarzy.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza 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. Jednocześnie art. 4 tej ustawy wskazuje, że 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.

Podstawową wiedzę i umiejętności zawodowe lekarz zdobywa w procesie kształcenia przeddyplomowego. Wiedzę tę lekarz rozszerza w drodze szkolenia podyplomowego, tj. szkolenia specjalizacyjnego, doskonalenia zawodowego, e-learningowego lub samokształcenia. Zarówno przepisy, jak i postępujący rozwój technologii medycznych wymuszają na lekarzach stałe doskonalenie zawodowe w oparciu o zaktualizowane materiały merytoryczne. Wszystkie programy specjalizacyjne, w tym programy specjalizacyjne w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, są przygotowywane przez Zespoły ekspertów pod przewodnictwem konsultanta krajowego właściwego dla danej dziedziny medycyny. Programy te są przygotowywane w oparciu o aktualne rekomendacje polskich, europejskich i światowych towarzystw naukowych.

Minister Zdrowia zatwierdził w 2023 r. zaktualizowane zmiany w programach specjalizacji oraz sukcesywnie dostosowuje przepisy do bieżących potrzeb związanych z zapewnieniem jakości i ciągłości realizacji świadczeń zdrowotnych, kierując się wielokrotnie opiniami organizacji pacjenckich. Niezależnie od tego resort zdrowia jest otwarty na przegląd wszelkich materiałów merytorycznych, które przygotowane i przekazane zostaną przez stronę społeczną.

Ad postulat 10.

Włączenie zaburzenia neurorozwojowego, jakim jest ADHD, do niepełnosprawności.

Kwestia ta znajduje się we właściwości Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Zgodnie z § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz.U. 2023 poz. 2715) Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje następującymi

działami administracji rządowej: rodzina, praca, zabezpieczenie społeczne. Dział zabezpieczenie społeczne obejmuje sprawy m.in. świadczeń socjalnych, zatrudnienia, rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych (art. 31 ust. pkt 6 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej; t.j. Dz.U. 2024 poz. 1370). W związku z powyższym organem właściwym do zajęcia stanowiska w tej kwestii jest Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Ad postulat 11.

Organizacja powszechnie dostępnych szkoleń dla środowiska terapeutów uzależnień o ADHD.

Zgodnie z przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii leczenie osoby uzależnionej prowadzi podmiot leczniczy lub lekarz wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej.

Rehabilitację osoby uzależnionej mogą prowadzić:

- 1) lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii;
- 2) osoba posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień lub certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień.

Natomiast w rehabilitacji osoby uzależnionej mogą uczestniczyć osoby:

- 1) posiadające certyfikat instruktora terapii uzależnień lub
- 2) ubiegające się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień albo certyfikatu instruktora terapii uzależnień, posiadające status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień albo instruktora terapii uzależnień, potwierdzony zaświadczeniem wydanym przez Centrum - pod nadzorem osoby, o której mowa w ust. 2 pkt 2.

Pragniemy zauważyć, że **kwestie dotyczące przeciwdziałania narkomanii, jak również przeciwdziałania alkoholizmowi stanowią kompetencje Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.**

Ponadto informujemy, że 26 marca 2024 r. weszła w życie ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. 2023 poz. 1972), która określa zasady wykonywania 15 zawodów medycznych, w tym zawodu instruktora terapii uzależnień. Zgodnie z przepisami ww. ustawy wykonywanie zawodu instruktora terapii uzależnień polega na wykonywaniu czynności zawodowych pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień w zakresie wsparcia terapeutycznego udzielanego pacjentom wykazującym zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnionych

behawioralnie oraz ich bliskim. Ponadto ww. ustawa stanowi, że do wykonywania zawodu instruktor terapii uzależnień niezbędne jest posiadanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień wydanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii lub Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Natomiast w odniesieniu do kwestii dotyczącej **programu szkoleń dla środowiska terapeutów uzależnień** proponujemy zwrócić się w przedmiotowej sprawie do **Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom**.

Ad postulat 12.

Powołanie instytucji integrującej temat ADHD, dla pacjentów oraz specjalistów, np. na kształt Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, będące państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, zostało powołane do życia zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (Dz. Urz. Min. Zdr. 2022 poz. 11). Zakres zadań Centrum określony jest ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. 2022 poz. 1608, ze zm.). **Powstanie każdej nowej jednostki budżetowej pociąga za sobą ponoszenie określonych nakładów finansowych, co każdorazowo podlega dokładnej analizie.**

Ad postulat 13.

Wprowadzenie egzekwowania od aptek sprzedaży leków stosowanych w leczeniu ADHD wystawianych na receptach zgodnych ze wzorem dla leków narkotycznych i psychoaktywnych.

Biorąc pod uwagę fakt, iż *metylfenidat* należy do substancji psychoaktywnych (grupa II-P) w jego preskrypcji stosowane być winne przepisy dotyczące leków z tej kategorii. Zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (t.j. Dz.U. 2024 poz. 373, ze zm.) wydanym na podstawie art. 41 ust. 5 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, określa się szczegółowe warunki przechowywania przez apteki środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje oraz sposób prowadzenia dokumentacji w zakresie ich posiadania i obrotu, a także szczegółowe warunki wystawiania recept i zapotrzebowań na preparaty zawierające środki odurzające lub

substancje psychotropowe, wzory tych dokumentów oraz warunki wydawania tych preparatów z aptek.

Organy Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej (PIF), na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, sprawują nadzór nad wytwarzaniem i obrotem m.in. środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi – w tym proces ich wydania z apteki w ramach realizacji recepty.

Specjalnie oznaczona recepta (a właściwie recepta na osobnym druku) - **Rpw w zasadzie nie daje żadnych większych korzyści ponad normalną receptą, na której przepisano by inne niż Rpw środki odurzające lub substancje psychotropowe.** Zarówno w jednym i drugim przypadku nie ma możliwości wpisania na takiej receptce daty realizacji od dnia, obie mają ściśle określony termin realizacji (maksymalnie 30 dni od dnia wystawienia), obie mogą być wystawione wyłącznie w postaci elektronicznej, teoretycznie obie muszą posiadać unikalny numer identyfikujący (jeśli wystawione są w formie papierowej), obie wymagają podania sumarycznej ilości substancji czynnej. Tym samym, z punktu widzenia nadzoru nad takimi receptami, różnica praktycznie nie zachodzi, o ile są na niej zalecone substancje kontrolowane. Niezależnie od powyższego **wskazuje się że ew. wymóg, żeby recepta była Rpw, nie jest w zasadzie przedmiotem realizacji, tylko wystawienia recepty.** Jednocześnie należy zauważyć, że nie można odgórnie wymuszać określonego rodzaju recepty (Rpw), na której siłą rzeczy znaleźć może się tylko lek o kategorii dostępności Rpw, ponieważ taka kategoria dostępności nadawana jest w procesie dopuszczania danego leku do obrotu i kwalifikacja w tym zakresie musi następować zgodnie z przyjętymi kryteriami wynikającymi z przepisów wydanych na podstawie art. 23 ust. 3 Prawa farmaceutycznego.

Atomoksetyna nie jest zaliczana do substancji psychoaktywnych i w związku z powyższym nie stosują się do niej analogiczne obostrzenia jak dla leków zawierających *metylfenidat*.

Ad postulat 14.

Uzupełnienie procedur diagnozowania np. autyzmu o przesiewowe diagnozowanie ADHD.

Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz warunki realizacji tych świadczeń zawarte w załączniku 6 do rozporządzenia z zakresu opieki psychiatrycznej, gdzie przewidziano m.in. następujące świadczenia: porada kompleksowo-konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym, program terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym, były dotychczas czterokrotnie nowelizowane następującymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia zmieniającymi źródłowe rozporządzenie:

- 1) z dnia 16 września 2020 r. (Dz.U. 2020 poz. 1641);
- 2) z dnia 15 grudnia 2021 r. (Dz.U. 2021 poz. 2400);
- 3) z dnia 11 października 2022 r. (Dz.U. 2022 poz. 2184, ze zm.);
- 4) z dnia 15 marca 2023 r. (Dz.U. 2023 poz. 510).

Podobnie wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz warunki ich realizacji w ramach poziomów referencyjnych uregulowane załącznikiem 8 do rozporządzenia z zakresu opieki psychiatrycznej, gdzie przewidziano świadczenia o tożsamych nazwach, tyle że Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (II poziom referencyjny), również były nowelizowane rozporządzeniami Ministrami Zdrowia:

- 1) z dnia 11 października 2022 r. (Dz.U. 2022 poz. 2184, ze zm.);
- 2) z dnia 15 marca 2023 r. (Dz.U. 2023 poz. 510).

Dotychczas nie odnotowano zgłoszenia przez ekspertów pomysłu uzupełnienia procedur diagnozowania np. autyzmu o przesiewowe diagnozowanie ADHD, jednakże w przypadku pojawienia się takiej propozycji ze strony ekspertów, poddamy ją głębokim analizom, w celu możliwości ponownej zmiany warunków realizacji świadczenia.

Ad postulat 15.

Aktualizacja programu szkolenia specjalizacyjnego z psychiatrii dorosłych o obowiązkowy kurs diagnostyki i leczenia osób dorosłych z ADHD.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) diagnozowany jest przede wszystkim przez lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży, opierając się o kryteria rozpoznawalności do 12 r. ż. Diagnoza zarówno dzieci, jak i osób dorosłych opiera się głównie o testy psychologiczne. Na podstawie oceny psychologicznej i lekarskiej następuje dalsze postępowanie lecznicze i terapia psychologiczna.

Program specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży obejmuje szkolenie w zakresie diagnostyki i kompleksowego postępowania terapeutycznego w najważniejszych zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży, w tym dotyczących zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Lekarz w trakcie szkolenia nabiera wiedzy i praktyki w zakresie prowadzenia terapii behawioralnej oraz zintegrowanego leczenia nadzorowanego i udokumentowanego (psychoterapia, socjoterapia, farmakoterapia) dzieci z ADHD.

Z kolei celem programu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii jest rozwiązywanie wszelkich problemów klinicznych (diagnostycznych, leczniczych, orzecznicych) związanych z udzielaniem pomocy psychiatrycznej chorym (poradnictwo, konsultacje, leczenie, rehabilitacja) w różnych warunkach klinicznych i organizacyjnych. Lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii nabywa wiedzy dotyczącej farmakoterapii, psychoterapii i rehabilitacji zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń neurorozwojowych. W związku z powyższym oraz biorąc pod uwagę opinię konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii, należy stwierdzić, że **nie jest konieczne wprowadzenie do programu specjalizacji odrębnego kursu diagnostyki i leczenia osób dorosłych z ADHD.**

Odpowiedź na pytanie ogólne zawarte na końcu listy rekomendacji:

Czy w Ministerstwie są prowadzone prace nad zmianami, aby sprostać rekomendacjom wypracowanym przez specjalistów, fundacje i stowarzyszenia reprezentujące osoby z ADHD?

Prace nad zabezpieczeniem potrzeb zdrowotnych pacjentów, w tym nad świadczeniami opieki zdrowotnej, są prowadzone nieustannie. **Model opieki psychiatrycznej jest stale rozszerzany** – obecnie pacjent może korzystać ze świadczeń nie tylko w ramach świadczeń gwarantowanych przewidzianych przepisami rozporządzenie z zakresu opieki psychiatrycznej, ale również Centrów Zdrowia Psychicznego, których działalność jest uregulowana przepisami rozporządzenia ws. CZP.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/