



PLPR.050.41.2024.WK  
Warszawa, 03 grudnia 2024

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

Minister Zdrowia przekazuje poniżej odpowiedzi na pytania zawarte w interpelacji nr 6056 Pani Poseł Joanny Wichej oraz Pani Poseł Pauliny Matysiak w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje.

- 1. Dlaczego podczas prac nad rozporządzeniem nie uwzględniono uwag wielu środowisk, w tym medycznych, które wskazywały na błędy w założeniach i ryzyko szkodliwych skutków wprowadzenia tych przepisów? W szczególności, obawiamy się, że ograniczy to dostęp do leczenia dla wielu potrzebujących pacjentów.**

Dnia 29 października 2024 roku Minister Zdrowia podpisała rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje („**Rozporządzenie**”). Rozporządzenie to weszło w życie z dniem 7 listopada 2024 roku.

Podpisanie Rozporządzenia zostało poprzedzone konsultacjami publicznymi oraz uzgodnieniami międzyresortowymi. Projekt Rozporządzenia został w dniu 12 sierpnia 2024 roku wysłany do konsultacji publicznych i uzgodnień międzyresortowych. Minister Zdrowia wyznaczył termin na zgłaszanie uwag w ciągu 14 dni od otrzymania projektu. Terminem końcowym na zgłaszanie uwag był dzień 26 sierpnia 2024 roku. Podczas tego etapu środowisko medyczne i farmaceutyczne zgłosiło swoje uwagi do projektu. Szczegółowe uwagi wraz z informacją o uwzględnieniu bądź odrzuceniu danej uwagi zostały opublikowane w Raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania zamieszczonym w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny (pod adresem <https://legislacja.gov.pl/projekt/12388251>).

Kluczową zmianą uwzględnioną w Rozporządzeniu było wprowadzenie wykazu środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kategorii 1, na które wystawienie recepty będzie musiało zostać poprzedzone osobistym zbadaniem pacjenta przez osobę wystawiającą tę receptę, z wyjątkiem przypadków, gdy dotyczy to kontynuacji leczenia preparatem, a osobą wystawiającą receptę jest lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858 i 1222), z wyłączeniem umowy dotyczącej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Intencją wprowadzanej zmiany było uniknięcie możliwości leczenia silnymi środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub prekursorami kategorii 1 bez osobistego zbadania pacjenta. Tym niemniej w dokonanej przez Ministra Zdrowia analizie zdecydowano, by przepis ten nie miał bezwzględnego charakteru, także ze względu na konieczność uniknięcia nieproporcjonalnego do celu projektu ograniczenia dostępności do świadczeń opieki. Zasadne zatem stało się wyłączenie przewidzianych ograniczeń wobec lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – tj. lekarza „rodzinnego”, będącego lekarzem „pierwszego kontaktu”, do którego dostęp jest co do zasady powszechny, także w formie teleporady. W ocenie Ministra Zdrowia powinno to przeciwdziałać ograniczeniu dostępności do terapii również dla pacjentów z mniejszych miejscowości oraz z pacjentom ze szczególnymi potrzebami.

Ponadto należy wskazać, że w ocenie Ministra Zdrowia cel inicjatywy dotyczący większej kontroli nad preskrypcją substancji ujętych w załączniku do Rozporządzenia nie zostałby osiągnięty w przypadku szerokiego wyłączenia spod regulacji wielu grup lekarzy. Z uwagi na powyższe Minister Zdrowia zdecydowała o podpisaniu Rozporządzenia w kształcie jak wskazano powyżej.

## **2. Dlaczego, walcząc ze „receptomatami”, zabrania się leczenia lekarzom, którzy nie mają z nimi nic wspólnego, a teleporada była dla nich jedynym sposobem kontaktu z pacjentami, zwłaszcza obłożnie chorymi?**

W pierwszej kolejności należy wskazać, że wprowadzane zmiany nie zabraniają każdorazowo zakazu zdalnego wystawiania recept. Przedmiotowe Rozporządzenie dotyczy sytuacji, gdy planowane jest wystawienie recepty na substancje wymienione w Załączniku do Rozporządzenia, tj. na następujące środki odurzające, substancje psychotropowe, prekursorzy kategorii 1 i preparaty zawierające te środki lub substancje:

- 1) fentanył,
- 2) morfina,
- 3) oksykodon,
- 4) konopi ziele innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste,
- 5) żywica konopi.

Jednakże obowiązek osobistego (stacjonarnego) zbadania pacjenta w przypadku wystawiania recepty na wskazane powyżej substancje nie jest absolutny. Wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja kontynuacji leczenia preparatem, a osobą wystawiającą receptę jest tzw. lekarz rodzinny, czyli lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858 i 1222), z wyłączeniem umowy dotyczącej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Lekarz ten wystawiając pierwszą receptę, jest zobowiązany do osobistego zbadania pacjenta, jednak każda kolejna recepta stanowiąca kontynuację leczenia może zostać wystawiona już w sposób zdalny (nie ma konieczności osobistego zbadania pacjenta).

W tym miejscu należy wskazać również, że z uwagi na treść §12 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1194) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej obowiązany jest pisemnie informować lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

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, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej uprawniony jest na podstawie takich danych kontynuować leczenie i wystawianie recepty w sposób zdalny. W związku z czym pacjenci objęci specjalistyczną opieką mogą nadal kontynuować leczenie na podstawie wystawianych w sposób zdalny recept przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Z uwagi na powyższe należy wskazać, że przedmiotowa regulacja odnosi się do wąskiego zakresu substancji. Nie jest ona również bezwzględna – istnieje od niej wyjątek dotyczący kontynuacji leczenia. W związku z czym Rozporządzenie stanowi rozwiązanie stanowiące odpowiedź na działalność tzw. „receptomatów”, ograniczając preskrypcję substancji kontrolowanych, a tym samym występowanie negatywnych zjawisk społecznych związanych z nadużywaniem tego rodzaju substancji, jednocześnie zabezpieczając ochronę osób przewlekle chorujących, którzy mogą kontynuować swoje leczenie pod nadzorem odpowiednich lekarzy.

**3. Jakie działania zostaną podjęte, aby jednostki podstawowej opieki zdrowotnej mogły zapewnić odpowiednią opiekę paliatywną, leczenie bólu czy wsparcie onkologiczne? Potrzebne są szkolenia dla lekarzy w tych dziedzinach oraz zmiany organizacyjne w systemie opieki zdrowotnej.**

Minister Zdrowia w zakresie wskazanego Rozporządzenia nie przewiduje szkolenia dla lekarzy sprawujących opiekę paliatywną, leczenie bólu czy wsparcie onkologiczne. Wskazane grupy lekarzy dotknięte są wprowadzaną regulacją jedynie w takim zakresie, w jakim wystawiają recepty na wskazane w Załączniku do Rozporządzenia substancje.

W tym zakresie lekarze mają za zadanie osobiste (stacjonarne) zbadanie pacjenta. W ocenie Ministra Zdrowia nie wymaga to dodatkowych szkoleń dla lekarzy sprawujących opiekę paliatywną, leczenie bólu czy wsparcie onkologiczne. Z racji wykształcenia tacy lekarze posiadają wiedzę w zakresie badania pacjentów.

W przypadku innych niż wymienione substancje nadal obowiązują dotychczasowe przepisy dotyczące badania oraz wystawiania recept.

W tym miejscu należy również podkreślić, że zgodnie z art. 2 ust.1 i art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1287) („ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry”) 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 należyłą starannością.

Informacje na temat podstaw leczenia bólu oraz leczenia paliatywnego student kierunku lekarskiego zdobywa w trakcie studiów. Wiedzę tę każdy lekarz poszerza podczas odbywania stażu podyplomowego. Program stażu podyplomowego obejmuje odrębne szkolenie z zakresu leczenia bólu, którego zakres dotyczy: definicji i patomechanizmu bólu przewlekłego, klasyfikacji bólu, oceny klinicznej chorego z bólem, oceny nasilenia bólu (ilościowej) – skal bólowych, charakterystyki bólu (oceny jakościowej) – kwestionariusze i inne narzędzia oceny jakościowej, oceny skuteczności leczenia bólu przewlekłego, oceny klinicznej chorego z bólem przewlekłym, farmakoterapii bólu. Niefarmakologicznych metody kontroli bólu oraz skutków niewłaściwej kontroli bólu. Przedmiotem szkolenia

są także etyczne aspekty walki z bólem i leczenia paliatywnego oraz leczenie hospicyjne z punktu widzenia etyki. Zatem młody lekarz wkraczający w samodzielne udzielanie świadczeń zdrowotnych ma wiedzę na temat leczenia bólu w różnych chorobach, w tym onkologicznych. Umiejętności praktyczne poszerza w drodze szkolenia specjalizacyjnego. Program specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej obejmuje zarówno tematykę opieki nad pacjentem na różnych etapach życia, jak i leczenie bólu o różnym podłożu w tym z chorobą nowotworową. W trakcie szkolenia w dziedzinie medycyny rodzinnej lekarz poszerza swoją wiedzę i poznaje metody wczesnego wykrywania nowotworów, diagnostykę i leczenie najczęściej występujących chorób nowotworowych, zakres opieki w POZ nad chorymi w czasie i po leczeniu onkologicznym, odległe powikłania leczenia onkologicznego, zasady opieki nad chorym leżącym, postępowanie w bólu przewlekłym, zasady współpracy i pomoc rodzinie, współpracę z zespołem opieki paliatywnej, ocenę jakości życia chorych. Niezależnie od procesu kształcenia specjalizacyjnego każdy lekarz ma obowiązek doskonalenia zawodowego w tematyce dotyczącej zakresu udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych oraz ma możliwość w ramach różnych form kształcenia uzupełniać swoją wiedzę i umiejętności praktyczne.

W związku z powyższym w ocenie Ministra Zdrowia nie występuje potrzeba dodatkowego kształcenia lekarzy w zakresie osobistego zbadania pacjenta.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Marek Kos  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/