Image not found or type unknown

Naczelna Rada Lekarska proponuje rozwiązania dla bezpieczniejszego systemu recept

STANOWISKO Nr 2/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 12 czerwca 2026 r.
w sprawie projektu ustawy o receptach oraz o zmianie niektórych innych ustaw

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o receptach oraz o zmianie niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia pana Mateusza Oczkowskiego z dnia 30 kwietnia 2026 r. (znak: PLPR.0210.3.2026.MI) Naczelna Rada Lekarska przedstawia następujące **uwagi ogólne:**

1. Uporządkowanie przepisów dotyczących wystawiania recept

Jednym z oczekiwań samorządu lekarskiego odnoszących się do wystawiania recept jest to, aby przepisy dotyczące zasad wystawiania recept zostały uporządkowane. Obecnie istotne kwestie związane z wystawianiem i realizacją recept znajdują się z zbyt wielu różnych aktach prawnych, takich jak np. ustawa dnia 6 września 2001 r. –prawo farmaceutyczne, ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawa dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept oraz w szeregu innych szczegółowych aktów prawnych rangi rozporządzenia. Przeciętny użytkownik systemu opieki zdrowotnej nie ma najmniejszych szans na zapoznanie się z całokształtem regulacji prawnej w obszarze recept. Z tej przyczyny Naczelna Rada Lekarska zdecydowanie popiera propozycję stworzenia jednego aktu prawnego – ustawy o receptach, w której uregulowane zostaną wszystkie kluczowe aspekty związane w wystawianiem i realizacją recept.

2. Receptomaty

Odnosząc się do przedłożonego projektu ustawy Naczelna Rada Lekarska przypomina, że we wrześniu 2024 r. na stronie Ministerstwa Zdrowia ukazał się raport Zespołu ds. Preskrypcji i Realizacji Recept (dalej: Raport), którego ustalenia powinny być podstawą do stworzenia regulacji ustawowej dotyczącej recept. Porównując zakres przedstawionego projektu ustawy o receptach z ustaleniami Raportu, Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, w projekcie ustawy nie podjęto próby walki ze zjawiskiem funkcjonowania tzw. receptomatów, czyli podmiotów, których działalność skupia się wyłącznie lub w przeważającej mierze na przygotowaniu ankiet do wypełnienia, a następnie wystawieniu recepty na podstawie treści ankiety przesłanej za pomocą środków porozumiewania się na odległość, gdzie samo wystawienie recepty nie jest poprzedzone osobistym zbadaniem pacjenta ani inną formą bezpośredniego kontaktu w czasie rzeczywistym między pacjentem a lekarzem. W Raporcie opublikowanym we wrześniu 2024 r. Zespół ds. Preskrypcji i Realizacji Recept trafnie uznał, że dla sytemu systemu ochrony zdrowia kluczowym zadaniem jest nie tyle próba pociągnięcia do odpowiedzialności pojedynczych osób i podmiotów, które

uczestniczyły w procedurze wystawiania recept w receptomatach, lecz stworzenie systemowych blokad przeciwko wykorzystywaniu telemedycyny w celu obchodzenia reguł dostępu do leków i bezpiecznego ich stosowania. W Raporcie zaproponowano szereg konkretnych rozwiązań, które mogą służyć do walki z masowym wystawianiem recept bez rzeczywistego zbadania pacjenta, a których wprowadzenie wymaga zmian w przepisach prawa. Zespół oczekiwał m.in. zmian w ustawie o działalności leczniczej polegających na umożliwieniu organowi prowadzącemu Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą odmowy wpisu lub wykreślenie podmiotów, które deklarują udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie w trybie teleporady i nie udzielają świadczeń zdrowotnych w innym trybie. Proponowany zakaz dotyczyłby co do zasady podmiotów, które masowo wystawiają recepty na produkty lecznicze (zatem zakaz prowadzenia działalności wyłącznie w formie telemedycznej nie dotyczyłby innych form telemedycyny, gdzie brak osobistego kontaktu pacjenta i lekarza w czasie rzeczywistym nie wpływa na jakość opieki medycznej, w tym np. teleradiologii, telediagnostyki). W Raporcie rekomendowano przyjęcie rozwiązania uściślającego, że badanie poprzedzające wystawienie recepty może być wykonane w sposób tradycyjny (osobiste badanie lekarskie) lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności zapewniających łączność w czasie rzeczywistym - standard bezpośredniej rozmowy telefonicznej preskryptora z pacjentem. Dla recept na leki zawierające substancje psychotropowe lub środki odurzające kryteria powinny być jeszcze wyższe i zawierać wymóg jednoczesnego przesyłu dźwięku i obrazu. Celem takiego rozwiązania ma być wyłączenie możliwości wystawienia recepty na podstawie ankiety on-line jako jedynej metody „badania" pacjenta poprzedzającego wystawienie recepty. W Raporcie zaproponowano także - dla wzmocnienia efektywności działań Państwa zmierzających do ograniczenia nadużyć w ramach receptomatów - możliwość czasowego zawieszenia (zablokowania) działania podmiotu prowadzącego działalność leczniczą w przypadku uzasadnionego podejrzenia wystawiania recept w sposób niezgodny z przepisami. Raport wspomina także o możliwości wprowadzenia przepisów karnych w zakresie prowadzenia receptomatów.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia projekt ustawy w zakresie, w jakim nie znalazły się w nim żadne rozwiązania zmierzające do ograniczenia zjawiska wystawiania recept na masowa skalę bez uprzedniego rzetelnego zbadania pacjenta.

Proponuje się wprowadzenie do ustawy przepisu o następującym lub zbliżonym brzmieniu:

1.Recepta może zostać wystawiona w ramach świadczenia zdrowotnego udzielanego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta oraz zgodne z aktualną wiedzą medyczną.

2.Wystawienie recepty, o których mowa w ust. 1, jest dopuszczalne w szczególności w przypadku:

1) kontynuacji leczenia pacjenta pozostającego pod stałą opieką lekarza wystawiającego receptę albo innego lekarza wykonującego zawód w tym samym podmiocie leczniczym, jeżeli pacjent był uprzednio badany lub leczony stacjonarnie u tego lekarza lub w tym podmiocie;

2) przedłużenia ordynacji leków stale przyjmowanych przez pacjenta, na podstawie:

a) dokumentacji medycznej prowadzonej przez ten podmiot leczniczy,

b) zaświadczenia wystawionego przez lekarza specjalistę albo

c) karty informacyjnej leczenia szpitalnego;

3) udzielania konsultacji medycznej w nieskomplikowanych przypadkach niewymagających osobistego badania pacjenta, wyłącznie w odniesieniu do produktów leczniczych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 6 ust. 6.

3. Wystawienie recepty, o której mowa w ust. 1, wymaga uprzedniego przeprowadzenia wywiadu medycznego oraz odnotowania w dokumentacji medycznej podstaw wydania recepty. Wywiad medyczny nie może być ograniczony do ankiety wypełnionej i przesłanej przez pacjenta.

4. W ramach świadczenia zdrowotnego udzielanego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności teleporady nie wystawia się recept na leki zawierające substancje bardzo silnie działające, środki odurzające, substancje psychotropowe, z wyjątkiem kontynuacji leczenia potwierdzonej dokumentacją medyczną pacjenta.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc pod uwagę bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych i właściwej organizacji opieki zdrowotnej, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

1) standard udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, 2 i 4 oraz minimalny zakres danych wymaganych do przeprowadzenia wywiadu, o którym mowa w ust. 3.

2) szczegółowe warunki prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku wystawiania recept w ramach świadczenia zdrowotnego udzielanego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

3. Oznaczenie poziomu odpłatności leku

Drugim ważnym dla środowiska lekarskiego aspektem przepisów w sprawie recept jest kwestia obowiązku oznaczania na recepcie poziomu odpłatności leku w przypadku leków objętych refundacją. Samorząd lekarski niezmiennie stoi na stanowisku, że oznaczanie poziomu odpłatności leku nie powinno być zadaniem lekarza. Celem pracy lekarza jest postawienie prawidłowej diagnozy i jeśli względy medyczne tego wymagają przepisanie pacjentowi leków, natomiast kwestia, w jakim stopniu ze środków publicznych jest pokrywana cena przepisanego pacjentowi leku, nie powinna znajdować się w obszarze zainteresowania lekarza, a już na pewno nie powinna być źródłem jego odpowiedzialności finansowej w razie uznania, że poziom odpłatności został oznaczony w sposób nieprawidłowy. To nie lekarz wystawiający receptę decyduje, jaki jest stopień refundacji leku, lecz określa to Minister Zdrowia w swoich obwieszczeniach w postaci list refundacyjnych. Do tego refundacja kosztu leków jest uprawnieniem pacjenta i pacjent uzyskuje realne korzyści z uzyskania leku z danym poziomem refundacji.

Projektowana ustawa nie realizuje postulatu samorządu lekarskiego całkowitego zdjęcia z lekarzy obowiązku oznaczania poziomu odpłatności leków refundowanych, natomiast z pewnością krokiem w dobrym kierunku jest przewidziany w art. 19 projektu ustawy model przechodzenia w stronę „automatyzacji" ustalania stopnia refundacji leków poprzez narzędzie informatyczne przeznaczone do określania odpłatności, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przy jednoczesnym wyłączeniu odpowiedzialności preskryptora za skutki błędnego działania narzędzia informatycznego.

W projektowanym art. 19 ustawy brakuje jednak szczegółowego opisu działania tego narzędzia informatycznego, po skorzystaniu z którego lekarz nie będzie ponosił odpowiedzialności za ustalony poziom odpłatności leku objętego refundacją. Kierując się ustaleniami Zespołu ds. Preskypcji i Realizacji Recept, zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej ustawa o receptach powinna precyzować, że udostępnione lekarzom narzędzie informatyczne przeznaczone do określania odpłatności powinno oczekiwać od lekarza jedynie odpowiedzi na kilka (liczba ta powinna być ograniczona do dwóch) pytań odnoszących się wyłącznie do stanu klinicznego pacjenta, pozostałe informacje niezbędne do określenia poziomu odpłatności (np. wiek pacjenta, jego uprawnienia dodatkowe) powinny być odczytywane przez system teleinformatyczny, bez konieczności ich indywidualizacji przez lekarza.

Naczelna Rada lekarska wskazuje, że w systemie P1 powinny być przechowywane dane refundacyjne, w tym dotychczasowych rozpoznania chorób oraz odpowiedzi na pytania kliniczne, tak aby jednorazowe wpisanie np. frakcji wyrzutowej serca poniżej 50%, na stałe nadawało pacjentowi uprawnienia refundacyjne dla określonej grupy leków i nie musiało być określane każdorazowo w systemie automatycznej refundacji. Nie ma uzasadnienia, aby system za każdym razem zadawał do leku tę samą ilość pytań kontrolnych, nie będzie to wówczas system automatycznej refundacji, a jedynie system wydłużający preskrypcję. Proces preskrypcji

uprościłoby także to, gdyby podanie danych klinicznych przy jednym leku, automatycznie skutkowało zaznaczeniem takich samych danych klinicznych przy wszystkich lekach, które wymagają odpowiedzi na takie same pytania dotyczące sytuacji klinicznej u tego samego pacjenta.

4. Wymóg ujawnienia na recepcie rozpoznania wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych

Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje przewidziany w art. 14 ust. 1 pkt 5 ustawy wymóg, aby na recepcie było odnotowywane rozpoznanie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Konieczność każdorazowego wpisywania na recepcie kodu rozpoznania wg ICD znacząco wydłuży proces wystawiania recept, szczególnie w przypadku wielochorobowości, a w niektórych sytuacjach może uniemożliwić wystawienie recepty (np. leki stosowane w prewencji zdarzeń sercowo-naczyniowych). Ponadto jest to rozwiązanie budzące wątpliwości w punktu widzenia ochrony danych osobowych pacjenta oraz obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

5. Recepty w postaci papierowej

Wśród rozwiązań przyjętych w projekcie ustawy na poparcie samorządu lekarskiego zasługuje utrzymanie możliwości wystawiania recepty w postaci papierowej w przypadkach wymienionych w art. 10 ust. 2 projektu ustawy. Wśród nich umieszczono także wystawienie recepty pro auctore i recepty pro familiae oraz wystawienie recepty w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Nieuzasadnione byłoby pozbawienie możliwości wystawiania recept papierowych lekarzy, zwłaszcza tych którzy nie wykonują już aktywnie zawodu, jednak nadal wystawiają recepty dla siebie i swojej rodziny, a dodatkowo obciążałoby to system opieki zdrowotnej, ponieważ lekarze ci musieliby zgłosić się na konsultację do placówki medycznej. Samorząd lekarski sygnalizuje jednak, że przewidziane w art. 12 ust. 2 ustawy ograniczenie, że na recepcie papierowej dla leku objętego refundacją może zostać przepisane najmniejsze opakowanie danego leku, jest zasadne w przypadku, gdy recepta papierowa jest wystawiana w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o tyle proponuje się zniesienie tego ograniczenia dla recept pro auctore i pro familiae.

6. Utrzymanie recept rocznych

Na pełną aprobatę Naczelnej Rady Lekarskiej zasługuje utrzymanie w projekcie ustawy możliwości wystawiania przez lekarza tzw. recepty rocznej. Zgodnie z art. 12 ust. 1 projektu ustawy na recepcie w postaci elektronicznej może zostać przepisana maksymalnie ilość leku, która odpowiada wyliczonym na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania 360 dniom stosowania tego leku – w przypadku wystawiania recepty przez lekarza oraz lekarza dentystę. Utrzymanie tego rozwiązania jest w pełni zasadne w przypadku ustalonej diagnozy, stabilnego stanu pacjenta oraz ograniczonego dostępu do lekarzy niektórych specjalizacji. Kwestia utrzymania recept rocznych była szeroko dyskutowana z przedstawicielami Naczelnej Rady Lekarskiej w ramach prac Zespołu ds. Preskrypcji i Realizacji Recept.

7. Adnotacja „nie zamieniać”

Samorząd lekarski z zadowoleniem przyjmuje propozycję zamieszczoną w art. 16 ust. 1 projektu ustawy, która pozwala lekarzowi wystawiającemu receptę zastrzec na niej niezamienianie przepisanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, przez zapis „nie zamieniać” lub „NZ”. Ostatnio obserwowano tendencję do tego, aby w przepisach osłabiać skutki takiej adnotacji lekarskiej i szeroko dopuścić możliwość wydania pacjentowi innego leku, pomimo zamieszczenia na recepcie adnotacji „nie zamieniać”. Projekt ustawy w sposób prawidłowy podchodzi do kwestii zastrzeżenia lekarskiego, aby pacjentowi wydano taki lek, jaki zapisał mu lekarz, pozwalając przełamać to zastrzeżenie tylko w razie braku dostępności leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, objętego zastrzeżeniem niezamieniania, oraz tylko za zgodą lekarza wystawiającego receptę.

Naczelna Rada Lekarska zgłasza ponadto do projektu ustawy następujące **uwagi szczegółowe:**

1. **W art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy** – w definicji „leku zawierającego substancję psychotropową lub środek odurzający" – wskazano, że jest to lek zawierający w swoim składzie substancje środki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 44f ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1939). Powinno być: „*lek zawierający w swoim składzie substancje LUB środki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 44f ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii*.
2. **W art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy** - w definicji lekarza dentysty powinno być: lekarz dentysta **w rozumieniu** ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przywołano także nieaktualny Dziennik Ustaw, w którym opublikowano test jednolity tej ustawy – powinno być: (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 37).
3. **W art. 2 ust. 1 pkt 22 ustawy** – w definicji recepty transgranicznej po wyrazach „wyrób medyczny" powinien być wyraz „wystawiona", tak aby definicja wskazywała, ze jest to recepta na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny **wystawiona** przez osobę uprawnioną do wystawiania recept zgodnie z prawem państwa członkowskiego Unii Europejskiej.
4. **W art. 2 ust. 1 pkt 28 ustawy** – w definicji wyrobu medycznego – nie można ograniczać się do wskazania „rozporządzenie 2017/745" lecz należy przywołać pełna nazwę i miejsce publikacji tego aktu unijnego.
5. **W art. 2 ustawy** – słowniczek pojęć powinien zostać uzupełniony o zdefiniowanie pojęcia „lek apteczny", które pojawia się w art. 23 ust. 1 pkt 10, a nie zostało zdefiniowane. Można to zrobić poprzez odwołanie do definicji leku aptecznego z ustawy - Prawo farmaceutyczne jako leku sporządzonego w aptece zgodnie z recepturą farmakopealną, przeznaczonego do wydania w tej aptece.
6. **W art. 6 ust. 3 ustawy** jest błędne odwołanie do przepisu art. 52. W art. 52 ustawy nie uregulowano żadnych kwestii związanych z kontynuacją terapii.
7. **W art. 7 ust. 1 ustawy** jest błędne odwołanie do przepisu art. 52. W art. 52 ustawy nie uregulowano żadnych kwestii związanych z kontynuacją terapii.
8. **W art. 9 ustawy** – wskazano, że „Lekarz może wystawiać receptę

na leki, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne **i środki**, z jednoczesnym szczegółowym uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.”. Słowo „środki” jest w tym przepisie zbędne, zwłaszcza, że art. 4 prawa farmaceutycznego, do którego jest tutaj odwołanie mówi o produktach leczniczych sprowadzanych z zagranicy, jeżeli ich zastosowanie jest niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta.

9. **W art. 15 pkt 1 ustawy** – zamiast wyrazów „Recepta, na której jest przepisywany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny, objęty refundacją i który ma być wydany za odpłatnością, o której mowa w art. 6 ust. 2 tej ustawy” powinno być: „*Recepta, na której jest przepisywany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny, objęty refundacją i który ma być wydany za odpłatnością, o której mowa w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*”.
10. **W art. 16 ust. 2 ustawy** – przy adnotacji „nie zamieniać” umieszczonej na recepcie przez lekarza, lepiej byłoby posługiwać się określeniem „zastrzeżenie niezamieniania” niż zaproponowanym w art. 16 ust. 2 ustawy określeniem „informacja”. Byłoby to ponadto spójne z brzmieniem art. 16 ust. 3 ustawy, w którym prawidłowo posłużono się określeniem „*W przypadku braku dostępności leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, objętego zastrzeżeniem niezamieniania* (…)”.
11. **W art**. **19 ust. 2 ustawy** – zamiast słów” „tej ustawy” powinno być: „*ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznyc*h”.
12. **W art. 21 ustawy** po ustępie 2 jest ustęp 4 – albo nastąpił błąd w numeracji przepisów, albo jeden ustęp (ust. 3) przez pomyłkę nie został zamieszczony w treści projektu.
13. **W art. 23 ust. 7 ustawy** jest mowa o „*do żądania, o którym mowa w ust. 5, przepisu ust. 3 pkt 2 nie stosuje się*”. Należy zwrócić uwagę, że w ust. 3 nie ma wyodrębnionych punktów, zatem odwołanie do ust. 3 pkt 2 jest błędne.
14. **W art. 24 ust. 5 ustawy –** zastrzeżenia Naczelnej Rady Lekarskiej budzi rozwiązanie w myśl, którego w przypadku realizacji recepty, na której przepisano lek objęty refundacją, w części przekraczającej

ilość większą od odpowiadającej 60 dniom stosowania wyliczonym na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania, lek w tej części wydaje się za pełną odpłatnością. Rozumiejąc kierunkową intencję ustawodawcy, aby nie wykupywać nadmiernych ilości leków „na zapas" pozbawiając tym samym innych pacjentów możliwości wykupienia leków, które są trudno dostępne, wydaje się jednak, że rozwiązania przyjęte w tym przepisie jest nadmiernie rygorystyczne.

15. **W art. 28 ust. 4 ustawy** – błędne jest odwołane się w tym przepisie do art. 36 ust. 4. Kwestia tworzenia bazy numerów recept zablokowanych jest poruszona w art. 35 ust. 4 ustawy, zatem odwołane powinno być do art. 35 ust. 4 ustawy.
16. **W art. 28 ust. 5 ustawy** – błędne jest odwołanie do ust. 5 – powinno być odwołanie do ust. 3.
17. **W art. 30 pkt 4 ustawy** przewiduje się, że Minister Zdrowia wyda rozporządzenia określające m.in. dokumenty potwierdzające posiadanie przez osobę dla-, i na rzecz której wystawiono receptę, uprawnień dodatkowych. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że w toku prac Zespołu ds. Preskrypcji i Realizacji Recept oczekiwano, że uprawnienie dodatkowe zostaną zakodowane w systemie przy danych określonego pacjenta, tak aby nie było potrzeby każdorazowego weryfikowania uprawnień np. zasłużonego honorowego dawcy krwi, zasłużonego honorowego dawcy przeszczepu, inwalidy wojennego itp. Są to dane, którymi może dysponować system teleinformatyczny i nie powinny być pozostawione do każdorazowej weryfikacji lekarza wystawiającego receptę. W tym zakresie te szczególne uprawnienia refundacyjne powinny być trwale przypisane do pacjenta w ramach systemu teleinformatycznego.
18. **W art. 39 ust. 3 ustawy –** wskazano, że recepta wystawiona na lek zawierający środek odurzający lub substancję psychotropową, o których mowa w art. 51 ust. 1, określa sposób dawkowania tego środka lub substancji. Odwołanie do art. 51 ust. 1 jest błędne, ponieważ przepis art. 51 ust. 1 ustawy nie zawiera żadnej regulacji prawnej, która dotyczy poruszanej kwestii.
19. **W art. 41 ustawy** błędna jest numeracja ustępów – po ustępie 4 jest ustęp 2 i 3.
20. **W art. 41 ust. 2 –** odnośnie do recepty kontynuowanej w projekcie ustawy przyjęto zasadę, nie może ona być wystawiona tylko jeżeli lekarz zamieści w IKP lub w recepcie adnotację o braku możliwości

jej kontynuacji. Naczelna Rada Lekarska jest przeciwna takiemu rozwiązaniu – możliwość wystawienia recepty kontynuowanej powinna być uzależniona od adnotacji lekarza, który na to wyrazi zgodę, a nie od braku jego adnotacji wyrażającej sprzeciw.

21. **W art. 42 ust. 1 ustawy** błędne jest odesłanie do art. 4 ustawy. Chodziło prawdopodobnie o odesłanie do art. 4 ustawy – Prawo farmaceutyczne.
22. **W art. 43 ust. 4 ustawy -** Recepty na leki w ramach programów lekowych będzie „wystawiana na lek w ilości nieprzekraczającej jednego cyklu terapii, w ilości niezbędnej pacjentowi do kolejnego badania monitorującego bezpieczeństwo lub skuteczność lub w ilość odpowiadającej 30 dniom stosowania”. Jednocześnie w uzasadnieniu projektu zaznaczono, że "w celu zapewnienia bezpieczeństwa terapii wprowadzono ograniczenie ilości produktu leczniczego do jednego cyklu terapii, co odpowiada praktyce klinicznej, w której wydanie leku następuje do czasu kolejnej wizyty kontrolnej". Programy lekowe, np. w onkologii, obligują do wykonania badań kontrolnych co 3 miesiące, mimo że cykl terapii trwa 28 dni. Kluczowe jest uściślenie czy w takim wypadku można wydać lek na 3 miesiące ("kolejne badanie monitorujące bezpieczeństwo").
23. **W art. 44 ust. 1 ustawy,** w którym jest mowa o tym, że „*W celu realizacji recept, o których mowa w art. 54*” błędne jest odesłanie do art. 54 ustawy, ponieważ nie ma w nim regulacji dotyczącej poruszonej kwestii.
24. **W art. 46 ustawy –** w zmianie dotyczącej nowelizacji art. 86 ust. 8a i nast. Prawa farmaceutycznego Naczelna Rada Lekarska sprzeciwia się poszerzeniu zakresu świadczeń zdrowotnych udzielnych w aptekach poza dotychczasowe prawo do świadczeń zdrowotnych w ramach sprawowania opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty oraz przeprowadzania szczepień ochronnych. Nie znajduje uzasadnienia poszerzenie tego zakresu o realizowanie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych, programów pilotażowych oraz udzielanie innych (na razie bliżej nieokreślonych) świadczeń zdrowotnych, które zostaną wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.
25. Naczelna Rada Lekarska proponuje także dodanie do ustawy przepisów, które dawałyby osobom wystawiającym recepty informacje o ordynowaniu dla tego samego pacjenta (numeru PESEL)

leku uprzednio przepisanego pacjentowi, szczególnie z grupy beta-blokerów lub środków odurzających. Podobne uprawnienie do uzyskiwania informacji, że na dany nr PESEL pobrano w ostatnim miesiącu ilość danej substancji przekraczającą zalecone dawkowanie powinny otrzymać również osoby wydające lek.