

Wrocław, 13.07.2026 r.

Pan Mateusz Oczkowski
Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Dotyczy: stanowiska Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Farmacji Klinicznej w sprawie projektu ustawy o receptach oraz o zmianie niektórych innych ustaw, praktyki zawodowej farmaceuty oraz finansowania świadczeń udzielanych przez farmaceutów

Znak pisma: PLPR.0210.3.2026.MI

Szanowny Panie Dyrektorze,

w odpowiedzi na pismo Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji z dnia 3 lipca 2026 r. Polskie Towarzystwo Farmacji Klinicznej (PTFK) oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie Farmacji Klinicznej (KKFK) przedstawiają stanowisko dotyczące projektowanych zmian w obszarze recept, praktyki zawodowej farmaceuty oraz finansowania świadczeń udzielanych przez farmaceutów.

Dziękujemy Ministerstwu Zdrowia za włączenie nas do dalszych prac oraz za otwartość na rozwiązania, które mogą służyć pełniejszemu wykorzystaniu kompetencji farmaceutów w całym systemie ochrony zdrowia. Pozytywnie oceniamy zasadniczy kierunek projektu i traktujemy go jako możliwość konsekwentnego rozwijania rozwiązań przyjętych w ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty oraz rekomendacji zawartych w Raporcie Ministerstwa Zdrowia z 2022 r.

Mając na uwadze objętość i wielowątkowość zagadnienia, w pierwszej części przedstawiamy najważniejsze wnioski i postulaty PTFK oraz KKFK. Część druga zawiera ich szczegółowe uzasadnienie oraz możliwe kierunki dalszych prac legislacyjnych i wdrożeniowych.

CZĘŚĆ I. KLUCZOWE STANOWISKO I REKOMENDACJE PTFK oraz KKFK

Kluczowy postulat PTFK i KKFK

Projekt ustawy powinien z jednej strony rozwiązywać aktualne problemy związane z wystawianiem i realizacją recept, z drugiej zaś tworzyć otwarte i przyszłościowe podstawy rozwoju świadczeń farmaceutycznych w całym systemie ochrony zdrowia, w szczególności w aptekach, szpitalach, podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), opiece długoterminowej oraz w praktykach zawodowych. Zakres uprawnień powinien być określony przede wszystkim przez kwalifikacje farmaceuty, charakter danego świadczenia oraz relację terapeutyczną z pacjentem, a nie wyłącznie przez miejsce wykonywania zawodu.

Kluczowa kwestia	Stanowisko PTFK
1. Kierunek systemowy	PTFK i KKFK popierają rozwój recepty kontynuowanej, praktyk zawodowych i publicznego finansowania świadczeń. Regulacje powinny jednak obejmować nie tylko aptekę ogólnodostępną, lecz cały system ochrony

Kluczowa kwestia	Stanowisko PTFK
	zdrowia i pozostawiać przestrzeń dla przyszłych modeli opieki.
2. Usługi farmacji klinicznej	Należy wprowadzić delegację do określenia minimalnych standardów organizacyjnych, dokumentacyjnych, jakościowych i kompetencyjnych realizacji usług farmacji klinicznej, zwłaszcza finansowanych ze środków publicznych lub wdrażanych w ramach pilotażu. Rozporządzenie powinno standaryzować sposób realizacji usług, a nie tworzyć zamkniętego katalogu dopuszczalnych aktywności.
3. Dostęp do dokumentacji	Prawo dostępu do danych i dokonywania wpisów powinno przysługiwać farmaceucie realizującemu konkretne świadczenie, niezależnie od tego, czy pracuje on w aptece, szpitalu, POZ, AOS, opiece długoterminowej czy w praktyce zawodowej.
4. Recepta poza apteką	Możliwość wystawienia recepty przez farmaceutę powinna obejmować także podmiot leczniczy i praktykę zawodową, w szczególności w zakresie wypisu ze szpitala, opieki ambulatoryjnej oraz kontynuacji terapii zgodnie z ustalonym planem leczenia.
5. Model protokołowy	Warto stworzyć ustawową podstawę do wykonywania przez odpowiednio wykwalifikowanego farmaceutę określonych czynności dotyczących farmakoterapii na podstawie indywidualnego zlecenia lekarza albo zatwierdzonego protokołu.
6. Etapowe wdrażanie	Ograniczona liczba uprawnionych farmaceutów uzasadnia wdrożenie etapowe, ale nie trwałe ograniczenie dostępu. Pierwszy etap może objąć szpitale III poziomu i ośrodki ogólnopolskie albo obszary priorytetowe, przy zastosowaniu obiektywnych kryteriów oraz harmonogramu rozszerzania.
7. Programy lekowe i „Lek specjalistyczny”	Decentralizacja wydawania leków powinna mieć charakter selektywny i być poprzedzona oceną kliniczną oraz organizacyjną. Jednocześnie należy szerzej wykorzystać farmaceutów w szpitalach do wydawania leków, edukacji pacjenta, oceny adherencji, interakcji i bezpieczeństwa, rozwijając usługę „Lek specjalistyczny”.

Kluczowa kwestia	Stanowisko PTFK
8. Finansowanie	Podstawowe świadczenia związane z bezpieczeństwem i ciągłością farmakoterapii powinny docelowo podlegać finansowaniu publicznemu. PTFK i KKFK nie przesądzają jednego modelu finansowania: możliwe są płatności za epizod, pakiety, współczynniki jakościowe, włączenie do istniejących produktów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz finansowanie pilotażowe.
9. Praktyka zawodowa	PTFK i KKFK popierają indywidualną i grupową praktykę farmaceutyczną jako dodatkową formę wykonywania świadczeń. Nie powinna ona jednak stanowić warunku realizacji usług przez farmaceutę zatrudnionego w podmiocie leczniczym.

Najważniejsze decyzje legislacyjne rekomendowane przez PTFK i KKFK:

1. Uzupełnienie ustawy o zawodzie farmaceuty o delegację ustawową do wydania rozporządzenia określającego minimalne standardy organizacyjne, dokumentacyjne, jakościowe i kompetencyjne realizacji usług farmacji klinicznej, w szczególności usług finansowanych ze środków publicznych lub wdrażanych pilotażowo, przy zachowaniu otwartego charakteru ustawowej definicji tych usług;
2. Rozszerzenie możliwości realizacji uprawnień receptowych przez farmaceutę również w podmiocie leczniczym i praktyce zawodowej, pod warunkiem posiadania danych niezbędnych do oceny terapii oraz odpowiedniego udokumentowania udzielonego świadczenia;
3. Wprowadzenie ustawowej podstawy do wykonywania przez farmaceutę określonych czynności dotyczących farmakoterapii na podstawie indywidualnego zlecenia lekarza albo zatwierdzonego protokołu;
4. Powiązanie dostępu do dokumentacji medycznej oraz prawa dokonywania wpisów z realizacją konkretnego świadczenia, a nie wyłącznie z wykonywaniem zawodu w aptece ogólnodostępnej;
5. Stworzenie podstaw prawnych do publicznego finansowania usług z możliwością stosowania zróżnicowanych mechanizmów rozliczania oraz etapowego wdrażania w obszarach o największej potrzebie zdrowotnej.

CZĘŚĆ II. UZASADNIENIE SZCZEGÓŁOWE

1. Projekt jako kolejny etap wdrażania ustawy o zawodzie farmaceuty

PTFK i KKFK pozytywnie oceniają zasadniczy kierunek projektowanych zmian oraz dążenie Ministerstwa Zdrowia do uporządkowania systemu recept, praktyki zawodowej i finansowania świadczeń. Projektowane regulacje mogą stanowić praktyczne rozwinięcie ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, która określa farmaceutę jako samodzielny zawód medyczny oraz wyodrębnia usługę farmacji klinicznej.

Ustawa definiuje usługę farmacji klinicznej funkcjonalnie: jako działania zmierzające do zwiększenia skuteczności, bezpieczeństwa i zasadności, w tym ekonomicznej, stosowania produktów leczniczych

oraz wsparcia lekarza w zakresie farmakoterapii. Definicja ta ma charakter celowo szeroki i powinna pozostać podstawą dalszego rozwoju zawodu.

Raport Ministerstwa Zdrowia z 2022 r. dotyczący farmacji klinicznej i działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych wskazał już potrzebę standaryzacji usług, zapewnienia dostępu do dokumentacji, rozwoju kadr, pilotażowego wdrażania oraz wypracowania mechanizmów finansowania. Obecne prace legislacyjne umożliwiają przejście od rekomendacji do rozwiązań operacyjnych, bez potrzeby tworzenia odrębnego, konkurencyjnego modelu.

2. Delegacja do określenia standardów realizacji usług farmacji klinicznej

Ustawa o zawodzie farmaceuty zawiera szeroką, funkcjonalną definicję usługi farmacji klinicznej oraz określa kwalifikacje wymagane do jej świadczenia, nie przewiduje jednak delegacji do wydania rozporządzenia określającego minimalne standardy organizacyjne, dokumentacyjne, jakościowe i kompetencyjne realizacji tych usług. Z tego względu PTFK i KKFK rekomendują uzupełnienie ustawy o taką delegację, przy jednoczesnym zachowaniu otwartego charakteru ustawowej definicji usług i bez tworzenia zamkniętego katalogu czynności dopuszczalnych wyłącznie po ich enumeratywnym wskazaniu w rozporządzeniu.

Rozporządzenie powinno określać w szczególności:

- minimalne elementy i standardy realizacji usług przeznaczonych do jednolitego wdrożenia, w szczególności finansowanych ze środków publicznych lub wdrażanych w ramach programów pilotażowych;
- kryteria kwalifikacji pacjentów oraz poziomy złożoności świadczeń;
- wymagane kwalifikacje i zasady nadzoru;
- warunki organizacyjne, informatyczne i dokumentacyjne;
- zasady komunikacji z lekarzem, pielęgniarką oraz pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego;
- wskaźniki jakości, bezpieczeństwa i efektów zdrowotnych;
- warunki realizacji części świadczenia na odległość;
- zasady postępowania w przypadku leków wysokiego ryzyka oraz specjalistycznych technologii lekowych.

Rozporządzenie powinno służyć zapewnieniu jakości, porównywalności oraz możliwości finansowania usług, a nie przesądzać o zakresie ustawowej definicji farmacji klinicznej. Standardy poszczególnych usług mogą odnosić się w szczególności do działań o udokumentowanej skuteczności i korzyściach w innych systemach ochrony zdrowia, takich jak koncyliacja lekowa, przegląd farmakoterapii, monitorowanie leków wysokiego ryzyka, wsparcie przejścia między poziomami opieki, edukacja pacjenta, racjonalizacja antybiotykoterapii, terapia monitorowana stężeniem leku oraz usługa „Lek specjalistyczny”. Brak odrębnego standardu dla danej aktywności nie powinien być utożsamiany z zakazem jej wykonywania, jeżeli mieści się ona w ustawowej definicji usługi farmacji klinicznej oraz w kompetencjach zawodowych farmaceuty.

3. Etapowe wdrażanie przy zachowaniu zasady równego dostępu

PTFK i KKFK dostrzegają, że liczba farmaceutów spełniających wymagania do samodzielnego świadczenia zaawansowanych usług farmacji klinicznej jest obecnie ograniczona. Wprowadzenie obowiązku zapewnienia pełnego zakresu tych usług we wszystkich podmiotach w trybie

natychmiastowym mogłoby prowadzić do regulacji niemożliwej do wykonania oraz do jedynie pozornego zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń.

Jednocześnie etapowe wdrażanie nie powinno prowadzić do trwałego ani arbitralnego zróżnicowania dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Etap wdrożeniowy powinien być oparty na obiektywnych kryteriach, ograniczony czasowo, objęty jednolitymi standardami, wskaźnikami oceny oraz harmonogramem stopniowego rozszerzania zakresu dostępności.

Pierwszy etap może obejmować w szczególności:

- szpitale III poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz ośrodki ogólnopolskie, kliniczne i instytuty;
- podmioty dysponujące odpowiednią infrastrukturą, dokumentacją elektroniczną oraz wykwalifikowaną kadrą;
- obszary priorytetowe wskazane na podstawie potrzeb zdrowotnych i ryzyka występowania problemów lekowych, niezależnie od formalnego poziomu referencyjności podmiotu.

Do obszarów priorytetowych mogą należeć w szczególności: stosowanie leków wysokiego ryzyka, programy lekowe, onkologia, geriatrya i wielolekowość, opieka okołoperacyjna, terapia przeciwwkrzepliwa, niewydolność nerek, antybiotyko-terapia oraz przejście pacjenta ze szpitala do opieki ambulatoryjnej. Wyliczenie to powinno mieć charakter otwarty, a wybór obszarów powinien następować na podstawie danych systemowych.

Równolegle należy rozwijać miejsca specjalizacyjne, szkolenia, modele regionalnych konsultacji oraz – w przypadkach, w których jest to bezpieczne - telekonsultacje. Celem docelowym powinno być stopniowe zwiększanie dostępności usług na obszarze całego kraju.

4. Uprawnienia związane ze świadczeniem, a nie wyłącznie z miejscem pracy

PTFK i KKFK podzielają stanowisko Naczelnej Izby Aptekarskiej (NIA), że wystawienie recepty kontynuowanej stanowi świadczenie wymagające oceny klinicznej oraz ponoszenia odpowiedzialności zawodowej. Jednocześnie należy rozważyć, aby możliwość jej wystawienia nie była ograniczona wyłącznie do apteki ogólnodostępnej.

Farmaceuta powinien być uprawniony do wystawienia recepty również w szpitalu, poradni szpitalnej, podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, opiece długoterminowej, hospicjum lub w praktyce zawodowej, o ile dysponuje danymi niezbędnymi do oceny terapii, dokumentuje udzielone świadczenie oraz zapewnia przekazanie informacji do lekarza prowadzącego.

Rozwiązanie to ma szczególne znaczenie w przypadku wypisu ze szpitala, po przeprowadzeniu koncyliacji i przeglądu farmakoterapii, przy kontynuacji leczenia zgodnie z planem terapeutycznym oraz w ramach opieki nad pacjentem wymagającym monitorowania terapii.

5. Czynności dotyczące farmakoterapii na podstawie zlecenia lub protokołu

W czasie hospitalizacji podstawowym instrumentem zarządzania farmakoterapią jest zlecenie lekowe w dokumentacji medycznej, a nie recepta. Z tego względu samo rozszerzenie uprawnień receptowych nie pozwala na pełne wykorzystanie kompetencji farmaceuty klinicznego w zespole terapeutycznym.

PTFK i KKFK proponują rozważenie ustawowego modelu wykonywania przez odpowiednio wykwalifikowanego farmaceutę określonych czynności dotyczących farmakoterapii na podstawie indywidualnego zlecenia lekarza albo zatwierdzonego protokołu postępowania farmakoterapeutycznego.

W granicach określonych ustawą i protokołem czynności te mogłyby obejmować w szczególności zamianę produktu leczniczego, dostosowanie postaci, mocy, ilości, dawki, częstotliwości albo drogi podania, a także kontynuację, czasowe wstrzymanie lub zakończenie terapii oraz zlecenie wskazanych badań monitorujących. Rozpoczęcie terapii lub dodanie leku powinno być dopuszczalne wyłącznie w ściśle określonych przypadkach protokołowych, przy zachowaniu jasnych kryteriów i zasad komunikacji z lekarzem.

Inspirację może stanowić § 36a austriackiego Apothekengesetz. Polski model powinien zostać dostosowany do krajowych warunków, przy czym maksymalny zakres uprawnienia powinien wynikać z ustawy, natomiast protokół lokalny powinien określać wyłącznie praktyczne zasady jego stosowania w danym podmiocie i obszarze klinicznym.

Odpowiedzialność powinna zostać przypisana do własnych czynności poszczególnych uczestników procesu: lekarza w zakresie rozpoznania i celu terapii, farmaceuty w zakresie dokonanej oceny i modyfikacji oraz podmiotu leczniczego w zakresie organizacji, zatwierdzenia protokołów i zapewnienia systemów dokumentowania.

6. Dostęp do dokumentacji medycznej i interoperacyjność

Realizacja recepty kontynuowanej, przeglądu lekowego, konsultacji farmakoterapeutycznej lub usługi farmacji klinicznej wymaga dostępu do danych wykraczających poza historię realizacji recept. Zakres ten może obejmować w szczególności rozpoznania, zlecenia lekowe, wyniki badań, informacje o alergiach i działaniach niepożądanych, dokumentację wypisową, plan terapii oraz dane z Internetowego Konta Pacjenta i elektronicznej dokumentacji medycznej.

PTFK i KKFK podzielają uwagi Naczelnej Izby Aptekarskiej dotyczące potrzeby jednoznacznego uregulowania zasad dostępu do dokumentacji oraz interoperacyjności systemów teleinformatycznych. Prawo dostępu powinno być powiązane z realizacją konkretnego świadczenia oraz rzeczywistą relacją terapeutyczną, niezależnie od miejsca wykonywania zawodu przez farmaceutę. Dostęp ten powinien być proporcjonalny, audytowalny i ograniczony do zakresu niezbędnego do udzielenia świadczenia.

Równocześnie farmaceucie powinno przysługiwać prawo dokonywania wpisów do dokumentacji. Informacje o koncyliacji, przeglądzie lekowym, problemach lekowych, rekomendacjach oraz dokonanych modyfikacjach powinny być dostępne dla innych członków zespołu terapeutycznego.

7. Usługi w szpitalu, POZ, AOS i opiece długoterminowej

7.1. Szpitale

W warunkach szpitalnych farmacja kliniczna powinna być traktowana jako integralny element procesu leczenia i systemu bezpieczeństwa farmakoterapii, a nie wyłącznie jako działalność pomocnicza apteki szpitalnej. Zakres świadczeń powinien wynikać z profilu podmiotu, potrzeb pacjentów i dostępnych kompetencji kadrowych.

Do świadczeń tych mogą należeć w szczególności: koncyliacja, przegląd farmakoterapii, udział w obchodach i konsyliach, monitorowanie leków wysokiego ryzyka, optymalizacja dawkowania, wsparcie racjonalnej antybiotykoterapii, edukacja pacjenta oraz przygotowanie bezpiecznego planu leczenia po wypisie. Wyliczenie to powinno mieć charakter przykładowy a nie zamknięty.

7.2. POZ i AOS

W podstawowej opiece zdrowotnej farmaceuta może wspierać opiekę nad pacjentami wielolekowymi, osobami po hospitalizacji, pacjentami przyjmującymi leki wysokiego ryzyka oraz osobami wymagającymi uporządkowania zaleceń od różnych świadczeniodawców – szczególnie w ramach

Opieki Koordynowanej. Świadczenia te mogą być realizowane przez farmaceutę zatrudnionego w podmiocie leczniczym, w ramach praktyki zawodowej albo w modelu regionalnych konsultacji.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej usługi farmacji klinicznej mogą być włączane do istniejących ścieżek specjalistycznych, opieki kompleksowej oraz programów lekowych. Rozwiązanie to umożliwia wykorzystanie kompetencji farmaceuty bez konieczności każdorazowego tworzenia odrębnego produktu rozliczeniowego.

7.3. Opieka długoterminowa, hospicyjna i domowa

Pacjenci objęci opieką długoterminową są szczególnie narażeni na problemy lekowe z powodu wielochorobowości, wielolekowości, zmian funkcji narządów, zaburzeń poznawczych oraz częstych przejść między miejscami opieki. W tym zakresie farmaceuta może wspierać okresową ocenę terapii, identyfikację leków potencjalnie nieadekwatnych, depreskrypcję we współpracy z lekarzem, monitorowanie leczenia oraz edukację personelu i opiekunów.

8. Programy lekowe i usługa „Lek specjalistyczny”

PTFK i KKFK podzielają stanowisko, że w odniesieniu do części programów lekowych można rozważyć ułatwienie pacjentowi odbioru produktu leczniczego bliżej miejsca zamieszkania. Rozwiązanie takie nie powinno jednak mieć charakteru automatycznego ani obejmować wszystkich produktów i wszystkich programów bez uprzedniej oceny.

Decyzja w tym zakresie powinna być podejmowana indywidualnie, z uwzględnieniem w szczególności profilu bezpieczeństwa produktu leczniczego, drogi podania, konieczności przygotowania produktu, warunków przechowywania, wymaganego monitorowania, ryzyka ciężkich działań niepożądanych, stabilności pacjenta, odpowiedzialności ośrodka oraz zapewnienia ciągłości dostaw i przepływu informacji.

Jednocześnie potencjał farmaceutów zatrudnionych w szpitalach oraz w ośrodkach realizujących programy lekowe pozostaje niewystarczająco wykorzystany. Wydanie produktu leczniczego ze szpitala może być powiązane z ustrukturyzowaną oceną farmakoterapii, edukacją pacjenta, oceną interakcji, adherencji, sposobu stosowania, warunków przechowywania oraz działań niepożądanych.

Raport Ministerstwa Zdrowia z 2022 r. opisał usługę „Lek specjalistyczny”, obejmującą m.in. edukację, ocenę możliwości samodzielnego stosowania, monitorowanie adherencji i działań niepożądanych, przegląd farmakoterapii, kontakt z lekarzem oraz wydanie leku zgodnie z indywidualnym schematem leczenia. PTFK i KKFK rekomendują określenie minimalnego standardu realizacji tej usługi w rozporządzeniu oraz pozostawienie możliwości jej wykonywania w aptece szpitalnej, dziale farmacji szpitalnej, poradni, oddziale albo w praktyce współpracującej z ośrodkiem specjalistycznym.

Miejsce wydania produktu leczniczego nie powinno automatycznie determinować miejsca realizacji całej usługi klinicznej. W wybranych terapiach możliwe powinno być rozdzielenie nadzoru klinicznego prowadzonego przez ośrodek od dogodniejszego miejsca odbioru leku, pod warunkiem zapewnienia bezpieczeństwa terapii oraz ciągłości informacji.

9. Indywidualna i grupowa praktyka farmaceutyczna

PTFK i KKFK co do zasady popierają rozwiązania proponowane przez Naczelną Izbę Aptekarską w zakresie wprowadzenia indywidualnej i grupowej praktyki farmaceutycznej. Praktyka zawodowa może zwiększyć samodzielność wykonywania zawodu, umożliwić realizację świadczeń poza klasycznym modelem apteki oraz ułatwić podmiotom leczniczym pozyskiwanie niezbędnych kompetencji.

Jednocześnie praktyka zawodowa powinna stanowić jedną z dopuszczalnych form wykonywania świadczeń, a nie warunek ich realizacji przez farmaceutę zatrudnionego w szpitalu, POZ, AOS lub innym podmiocie. Należy dopuścić współpracę podmiotów leczniczych zarówno z praktykami indywidualnymi, jak i grupowymi, przy jednoznacznym określeniu zasad odpowiedzialności zawodowej, obowiązkowego ubezpieczenia OC, dokumentacji, dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej oraz nadzoru.

Wymagania lokalowe i organizacyjne powinny być proporcjonalne do charakteru oraz ryzyka świadczenia. Należy również umożliwić realizację odpowiednich usług w miejscu pobytu pacjenta oraz na odległość, o ile nie wpływa to negatywnie na bezpieczeństwo udzielanego świadczenia.

10. Finansowanie - publiczny kierunek i elastyczne mechanizmy

PTFK i KKFK podzielają stanowisko NIA, że powierzenie farmaceutom świadczeń wymagających oceny klinicznej i ponoszenia odpowiedzialności zawodowej wymaga stabilnego finansowania. Koszty realizacji zadań należących do publicznego systemu ochrony zdrowia nie powinny być w sposób niezamierzony przenoszone na farmaceutów, apteki ani podmioty lecznicze.

Podstawowe świadczenia niezbędne dla ciągłości i bezpieczeństwa farmakoterapii powinny docelowo podlegać finansowaniu ze środków publicznych. Finansowanie bezpośrednio przez pacjenta może dotyczyć świadczeń fakultatywnych, nieobjętych koszykiem świadczeń gwarantowanych, przy wyraźnym odróżnieniu tych świadczeń od świadczeń finansowanych publicznie.

Ze względu na różnorodność usług i miejsc ich realizacji PTFK i KKFK nie rekomendują jednego mechanizmu rozliczania. Możliwe powinny być w szczególności:

- płatność za udokumentowany epizod oceny klinicznej, a nie za samo wystawienie recepty;
- płatność pakietowa obejmująca cały proces opieki, w tym przejście ze szpitala do opieki ambulatoryjnej;
- włączenie usług do istniejących produktów hospitalizacji, opieki kompleksowej, programów lekowych, POZ, AOS lub opieki długoterminowej;
- współczynnik jakościowy lub organizacyjny dla podmiotu spełniającego standardy farmacji klinicznej;
- ograniczone finansowanie programu wdrożeniowego z zamkniętym budżetem i ewaluacją;
- mechanizm reinwestowania części udokumentowanych korzyści w dalszy rozwój usług.

Docelowym źródłem finansowania usług farmacji klinicznej powinny być środki Narodowego Funduszu Zdrowia. W fazie wdrożeniowej dopuszczalny może być model mieszany, obejmujący środki NFZ, czasową dotację celową, fundusze jakościowe i środki europejskie przeznaczone na cyfryzację oraz rozwój kompetencji. PTFK i KKFK nie rekomendują uzależniania trwałości systemu wyłącznie od instrumentów o charakterze czasowym.

Usługi powinny być wdrażane w pierwszej kolejności tam, gdzie przewidywana wartość kliniczna i systemowa jest największa. Ocena nie powinna ograniczać się wyłącznie do bezpośrednich oszczędności, lecz obejmować również liczbę problemów lekowych, zdarzenia niepożądane, jakość procesu wypisu, adherencję, długość hospitalizacji, wykorzystanie szpitalnych oddziałów ratunkowych, ponowne hospitalizacje, poziom wiedzy pacjenta oraz odciążenie lekarzy i pielęgniarek.

11. Proponowany kierunek delegacji do określenia standardów realizacji

Jako punkt wyjścia do dalszych prac PTFK i KKFK proponują rozważenie przepisu o następującej konstrukcji:

„Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, minimalne standardy organizacyjne, dokumentacyjne, jakościowe i kompetencyjne realizacji usług farmacji klinicznej, w szczególności usług finansowanych ze środków publicznych lub wdrażanych w ramach programów pilotażowych, w tym warunki ich realizacji, sposób dokumentowania i przekazywania informacji, wymagane kwalifikacje, zasady współpracy z osobami wykonującymi inne zawody medyczne oraz wskaźniki jakości i bezpieczeństwa, kierując się potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa farmakoterapii, ciągłości opieki, właściwego wykorzystania kompetencji zawodów medycznych oraz efektywności wydatkowania środków publicznych.”

W uzasadnieniu należy jednoznacznie wskazać, że rozporządzenie ma regulować sposób realizacji oraz zapewnienia jakości usług, a nie tworzyć zamknięty katalog wszystkich działań mieszczących się w ustawowej definicji farmacji klinicznej. Objęcie określonej usługi szczegółowym standardem powinno przede wszystkim umożliwiać jej jednolite wdrożenie, finansowanie oraz ocenę jakości.

12. Podsumowanie i deklaracja współpracy

PTFK i KKFK pozytywnie oceniają inicjatywę Ministerstwa Zdrowia i dostrzegają możliwość stworzenia regulacji, która nie tylko rozwiąże bieżące problemy związane z receptami, lecz także zapewni elastyczne podstawy rozwoju zarządzania farmakoterapią w kolejnych latach.

Podzielamy zasadnicze postulaty NIA dotyczące potrzeby finansowania świadczeń, dostępu do dokumentacji, praktyk zawodowych i jednoznacznego określenia odpowiedzialności. Proponujemy ich uzupełnienie o perspektywę szpitali, POZ, AOS, opieki długoterminowej i specjalistycznych technologii lekowych, z zachowaniem etapowego i opartego na dowodach modelu wdrażania.

PTFK i KKFK deklarują gotowość do dalszej współpracy z Ministerstwem Zdrowia, NIA, NFZ, AOTMiT oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych, w szczególności przy opracowaniu delegacji ustawowej, minimalnych standardów realizacji usług, protokołów współpracy oraz założeń programu wdrożeniowego i ewaluacyjnego.

Z wyrazami szacunku

Dokumenty i źródła stanowiące podstawę stanowiska

1. Pismo Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji z dnia 3 lipca 2026 r., znak PLPR.0210.3.2026.MI.
2. Projekt ustawy o receptach oraz o zmianie niektórych innych ustaw - wersja poddana prekonsultacjom.
3. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2025 r. poz. 608).
4. Ministerstwo Zdrowia, „Raport 2022. Rozwiązania w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych”.
5. Naczelna Izba Aptekarska, uwagi do projektu ustawy o receptach, maj 2026 r.
6. Propozycje dotyczące indywidualnej praktyki farmaceutycznej oraz finansowania recepty kontynuowanej i opieki farmaceutycznej przekazane przez Ministerstwo Zdrowia.
7. Austria, Apothekengesetz, § 36a, BGBl. I Nr. 100/2024.
8. AOTMiT, materiały dotyczące oceny świadczeń opieki farmaceutycznej, 2023 r.