



HELŚIŃSKA FUNDACJA PRAW CZŁOWIEKA
HELSINKI FOUNDATION for HUMAN RIGHTS

RADA FUNDACJI

Halina Bortnowska-Dąbrowska
Jerzy Ciemniowski
Janusz Grzelak
Michał Nawrocki
Marek Antoni Nowicki
Teresa Romer
Stefan Starczewski

ZARZĄD FUNDACJI

Prezes: Danuta Przywara
Wiceprezes: Adam Bodnar
Sekretarz: Maciej Nowicki
Skarbnik: Elżbieta Czyż
Członek Zarządu: Janina A. Kłosowska

350.../2011/AB/MSZ

Warszawa, 7 grudnia 2011 r.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
ZARZĄD KRAJOWY
Wpłynęło dnia 15.12.11
Nr 350

załącznik

Szanowny Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

Helsińska Fundacja Praw Człowieka (dalej: HFPC) pragnie wyrazić zaniepokojenie w związku z przepisami ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122 poz.696; dalej: ustawa refundacyjna), a także Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 poz.484; dalej: Rozporządzenie), w zakresie w jakim wprowadzają one utrudnienia w wystawianiu przez lekarzy recept na leki refundowane. Może to skutkować w przyszłości pozbawieniem pacjentów prawa do bezpłatnych leków, a tym samym – naruszeniem prawa do opieki zdrowotnej.

Jedną z krytycznie ocenianych przez HFPC zmian wprowadzanych przez ustawę refundacyjną jest wprowadzenie nowych zasad wystawiania recept na leki refundowane i związane z tym rozszerzenie odpowiedzialności z tytułu błędnego ich wystawienia. Dotychczas, zgodnie z art. 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.; dalej: ustawa o świadczeniach zdrowotnych), receptę taką mógł wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub inny lekarz, o ile podpisał z NFZ umowę na wystawianie recept refundowanych. Po 1 stycznia 2012 r., w myśl przepisów ustawy refundacyjnej, każdy lekarz chcący wystawiać recepty na leki refundowane zobowiązany będzie do podpisania stosownej umowy z NFZ (por. art. 48 ustawy). Co za tym idzie, to na wszystkich lekarzach wystawiających tego typu recepty ciążyć będzie odpowiedzialność za ewentualne błędy przy ich wystawianiu – sytuację tę normuje art. 48 ust. 8 ustawy refundacyjnej, zgodnie z którym w przypadku wypisania recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi, niezgodnej z uprawnieniami

świadczeniobiorcy lub niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniu o wykazie leków refundowanych, osoba wystawiająca receptę obowiązana będzie do zwrotu NFZ kwoty stanowiącej równowartość kwoty należnej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji. NFZ może kontrolować wystawianie recept do 5 lat wstecz. Przez taki okres recepty są przechowywane w aptece – por. art. 43 ust. 1 pkt 7 ustawy refundacyjnej. Oznacza to, że tego rodzaju sankcja może być bardzo dotkliwa finansowo, zwłaszcza że zgodnie z art. 48 ust. 3 pkt 3 lekarzowi może być wymierzona również kara umowna przewidziana w kontrakcie zawartym z NFZ. Jest to sytuacja dalece mniej korzystna dla lekarzy niż ta wynikająca z przepisów obowiązujących do końca 2011 r. Dotychczas, w przypadku popełnienia błędu przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego odpowiedzialność spadała na podmiot zatrudniający lekarza. Podmiot ten mógł dochodzić od lekarza odszkodowania na drodze sądowej. W przypadku zatrudnienia w ramach umowy o pracę jest ono jednak ograniczone do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia (art. 119 i 120 kodeksu pracy), o ile nie zostanie udowodniona wina umyślna. Inaczej prezentowała się odpowiedzialność lekarzy wystawiających recepty w ramach własnej praktyki na podstawie umowy z NFZ. Odpowiedzialność lekarza regulowały wówczas zapisy umowy zobowiązujące lekarza do zwrotu kosztów refundacji leków w przypadku braku albo błędnych danych dotyczących pacjenta, dla którego wypisana została recepta; braku pełnych danych wystawionej recepty w dokumentacji medycznej pacjenta; wystawienia recepty niezgodnie z przepisami lub wystawienia recepty dla osoby nieobjętej ubezpieczeniem zdrowotnym.

W uzasadnieniu do projektu ustawy, Minister Zdrowia przedstawiał nowe rozwiązania jako korzystne i pożądane: „(...) wprowadzono jednoosobową odpowiedzialność osoby uprawnionej za ordynacje leków. W dotychczasowym porządku osoby upoważnione do wystawiania recept z tytułu bycia pracownikami podmiotu, który zawarł umowę na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, nie ponosiły bezpośredniej odpowiedzialności, a ciężar zwrotu kwot z tytułu nienależnej refundacji przeniesiony był na pracodawcę. Rozwiązanie to jest analogiczne do ustalenia jednoosobowej odpowiedzialności za wystawianie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, i jest oczekiwane zarówno przez pracodawców jak i Narodowy Fundusz Zdrowia.”. HFPC zdaje sobie sprawę z konieczności wzmożenia nadzoru nad wystawianiem recept na leki refundowane. Dostrzegamy jednak liczne zagrożenia związane z przyjętymi przepisami ustawy, zwłaszcza biorąc pod uwagę inne regulacje ustawy refundacyjnej i aktów podustawowych. Nakładają one na lekarza liczne obowiązki, w związku czym powstaje duże ryzyko ich niedopełnienia oraz poniesienia z tego tytułu negatywnych konsekwencji przez lekarza. Przykładowo, zgodnie z przywoływanym już art. 48 ust. 8 pkt 3 na lekarzu ciążyć będzie odpowiedzialność za wypisanie recepty niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia o wykazie leków refundowanych. Odnosi się to zatem do sytuacji, w której recepta zostanie wystawiona np. z błędnie określonym poziomem odpłatności. Lekarz będzie więc zmuszony do sprawdzania w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w jakim stopniu dany lek jest refundowany. W przeciwnym razie czekać go będą dotkliwe konsekwencje finansowe w postaci konieczności zwrotu kwoty stanowiącej równowartość kwoty należnej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi oraz uiszczenia kary umownej ustalonej w kontrakcie z NFZ. Co gorsza, poziom refundacji ulega zmianie stosunkowo często – zgodnie z art. 36 ust. 6 ustawy refundacyjnej obwieszczenie będzie ogłaszane co dwa miesiące w dzienniku urzędowym Ministra Zdrowia. W takiej sytuacji nietrudno o pomyłkę – zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, iż lekarze pracujący w przychodniach lekarskich niejednokrotnie mają bardzo ograniczony czas na przyjęcie poszczególnych pacjentów. Z naszych informacji wynika, iż zazwyczaj jest to ok. 10-15 min. Może się okazać, że będzie to czas niewystarczający na dokładne zbadanie pacjenta, sprawdzenie jego ubezpieczenia i gruntowne przeanalizowanie obwieszczenia z bardzo

obszernym wykazem leków. Przykładowo, obecne załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2011 r. w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające (Dz. U. Nr 241, poz. 1440) zawierają listę 503 leków podstawowych, 516 leków uzupełniających wydawanych za odpłatnością 30% ceny oraz 827 leków wydawanych za odpłatnością 50%.

Presja czasu będzie tym większa, że na lekarzu ciążyć będą jeszcze liczne inne obowiązki niemające związku z procesem leczenia, a przybierające bardziej charakter administracyjny. Na przykład, obowiązek zwrotu NFZ kwoty stanowiącej równowartość kwoty nienależnej refundacji może powstać wtedy, gdy lekarz wystawi receptę na lek refundowany osobie nieubezpieczonej. Tym samym, wystawiający receptę będzie musiał poświęcić dodatkowy czas na weryfikację aktualności przedstawionego dokumentu ubezpieczenia. Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, iż zgodnie z art. 49 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, *„Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiającym potwierdzanie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego”*, podczas gdy do chwili obecnej NFZ nie wydał ubezpieczonym tych kart. W związku z tym, należy stosować art. 240 ww. ustawy, w myśl którego: *„Do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne”*. Zdaniem HFPC w pełni uzasadnione jest zatem krytyczne stanowisko środowiska medycznego¹ wobec nowowprowadzonych zasad odpowiedzialności lekarzy, iż przerzucanie na lekarzy coraz większej ilości obowiązków administracyjnych (w tym konieczności weryfikacji dokumentów przedstawianych przez pacjentów) i obarczanie ich odpowiedzialnością z tytułu ich niedopełnienia, jest sprzeczne z podstawową misją zawodu medycznego, a więc leczeniem pacjentów.

Odpowiedzialność lekarza może również wiązać się z faktem wypisania recepty na lek pacjentowi, który nie przedstawił informacji od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego leczącego go w poradni specjalistycznej o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Zgodnie z § 12 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) lekarz specjalista ubezpieczenia zdrowotnego jest zobowiązany do przedstawiania takiej informacji nie rzadziej, niż co 12 miesięcy (ust. 5), z kolei lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej tylko wtedy, gdy taka informacja została mu przedstawiona (ust. 6). Przepisy powyższe powodowały wątpliwość na tle możliwości wydawania tzw. recept zaocznych, tj. dla pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe, na podstawie dokumentacji medycznej i informacji, o której mowa powyżej, jednakże bez każdorazowego badania pacjenta – np. poprzez odebranie recepty przez członka rodziny chorego. Zdaniem NFZ (por. np. pismo Prezesa NFZ do Rzecznika Praw Pacjenta z 7 lutego 2011 r., znak NFZ/CF/DGL/2011/073/0048/W03055/JSA) taka sytuacja jest niedopuszczalna jako sprzeczna z art. 42 Ustawy z 5 grudnia 1986 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (*„Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach”*) i generuje nienależną refundację ze środków publicznych. Stanowiska takiego nie podzielił Minister Zdrowia, który

¹ „My leczymy – wy refundujecie” – Stanowisko Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” (<http://www.federacjapz.pl/aktualnosci/stanowisko-pz--my-leczymy--wy-refundujecie,59>)

w oficjalnym komunikacie uznał, iż „zaoczne recepty” nie naruszają przepisów prawa. Jednakże – z powodu braku jasno i precyzyjnie sformułowanych przepisów – w środowisku medycznym w dalszym ciągu nie ma pewności, czy taka praktyka nie będzie skutkowałą stwierdzeniem nieprawidłowości przez NFZ i odpowiedzialnością prawną lekarzy. Ponadto, w świetle ww. regulacji, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie może przepisać leku bez stosownego zaświadczenia od lekarza specjalisty ubezpieczenia zdrowotnego. W praktyce zdarza się, że chorzy zgłaszają się po leki w chwili, gdy do końca przepisanego opakowania pozostało już niewiele tabletek, a termin wizyty u specjalisty jest odległy – co wynika z obecnego w polskiej służbie zdrowia problemu kolejek do lekarzy specjalistów. Media wielokrotnie informowały o przypadkach konieczności oczekiwania na wizytę nawet do kilku miesięcy². Ze względu na zagrożenie zdrowia, a czasem życia chorego, lekarze wypisują leki, jednak w ten sposób narażają się na kary umowne i obowiązek zwrotu kwoty refundacji.

Inna wątpliwość związana ze stosowaniem przywołanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczy terminu „lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lecącego pacjenta w poradni specjalistycznej” uprawnionego do przedstawienia informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, na podstawie której lekarz podstawowej opieki zdrowotnej będzie mógł zdecydować o kontynuacji leczenia farmakologicznego. Stosownie do art. 5 pkt 14 ustawy o świadczeniach zdrowotnych pojęcie to obejmuje tylko tych lekarzy, którzy zawarli z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo są zatrudnieni lub wykonują zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł taką umowę. Oznacza to, iż lekarz opieki podstawowej nie może kontynuować leczenia farmakologicznego (tj. wystawić recepty) na podstawie dokumentacji przedstawionej przez np. lekarza świadczącego usługi medyczne w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej. Tym samym, pacjenci zmuszeni są oczekiwać na możliwość wizyty u lekarza specjalisty ubezpieczenia zdrowotnego. Co więcej, w wielu przypadkach ze względu na czas oczekiwania na wizytę dostęp do leków może się okazać utrudniony lub wręcz niemożliwy.

Wątpliwości wywołują również unormowania zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 97, poz. 646). Zgodnie z nimi leki można przepisać na maksymalny okres 3 miesięcy. W sytuacji, gdy np. opakowanie zawiera 100 tabl., a pacjent stosuje 1 tabletkę na dobę, lekarz musi skorzystać z opakowania zawierającego 50 tabletek, gdyż w przeciwnym razie ilość leków przepisana w receptce przekraczałaby okres trzymiesięcznej kuracji. Z drugiej strony, często również zdarza się, że leki pakowane są po 28 tabletek – aby wypisać je na receptce w ilości potrzebnej na 3 miesiące, lekarz musiałby przepisać 4 opakowania, jednak jest to niedopuszczalne, gdyż ponownie ich ilość przekraczałaby konieczną do kuracji. W związku z tym, lekarze zmuszeni są do przepisywania leków na krótsze okresy, co powoduje konieczność częstszych wizyt pacjentów, a tym samym – powstawanie kolejek.

Wszystkie opisane powyżej mankamenty przepisów regulujących wystawianie recept na leki refundowane oraz odpowiedzialności lekarzy za błędne wypisanie recepty powodują uzasadnione obawy przedstawicieli środowiska medycznego przed wystawianiem tego typu recept. Obawy te są tym większe, że lekarze zdają sobie sprawę z restrykcyjnego podejścia NFZ do przeprowadzanych przez siebie kontroli, zaś przysługujące im środki prawne nie są wystarczająco efektywne. Kontrolowany może wprowadzić zastrzeżenia do protokołu

² Por. np. <http://www.podlasie24.pl//wiadomosci/biala-podlaska/biala-podl.-kolejki-do-lekarzy-specjalistow-8604.html> ; <http://www.tvp.pl/rzeszow/aktualnosci/spoleczne/dlugie-kolejki-do-lekarzy-specjalistow/5684598> ; <http://www.gazetalubuska.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20110617/POWIAT04/626881989>

kontroli i wystąpienia pokontrolnego (w terminie 7 dni od otrzymania każdego z nich) jednak po pierwsze – są one rozpatrywane przez ten sam podmiot kontrolujący, a po drugie – w przypadku ich nieuwzględnienia nie przysługuje żadna dalsza droga prawna, w szczególności postępowanie administracyjne lub sądownoadministracyjne. Podstawą kontroli jest bowiem umowa cywilnoprawna zawarta między lekarzem, a NFZ³. Lekarz może oczywiście odmówić zwrotu kwot ustalonych w wyniku kontroli, co zmusi NFZ do dochodzenia ich na drodze postępowania cywilnego, jednakże zgodnie z art. 48 ust. 10 ustawy refundacyjnej może to grozić rozwiązaniem przez NFZ umowy o wydawanie recept na leki refundowane. Dodatkowo, w przypadku przegranej przed sądem, lekarz będzie zmuszony do zwrotu kwoty wraz z odsetkami. Sytuacja ta, w połączeniu z obawami lekarzy, że „nieposłuszeństwo” wobec kontrolerów z NFZ może skutkować przeprowadzeniem kolejnych kontroli, praktycznie pozbawia lekarzy możliwości obrony swoich interesów.

Sytuację dodatkowo może pogorszyć wejście w życie nowego Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich w kształcie zaproponowanym przez Ministra Zdrowia w dniu 8 listopada 2011 r. Rozporządzenie to zobowiązywać będzie osoby wystawiające recepty do zamieszczenia w nich szeregu bardzo szczegółowych informacji, co może skutecznie utrudnić prawidłowe ich wystawienie w odpowiednim czasie, a tym samym narazić lekarzy na dotkliwe konsekwencje finansowe. Projekt rozporządzenia z niewiadomych przyczyn nie przewiduje także np. możliwości wystawiania recept wydrukowanych komputerowo, co zmusza lekarzy do ręcznego ich wypełniania⁴.

HFPC zdaje sobie sprawę z wagi przesłanek, którymi kierował się ustawodawca ustanawiając opisywane regulacje – tj. konieczności ochrony interesów majątkowych państwa przed marnotrawieniem w wyniku nadużyć środków przeznaczanych na refundację. Nie możemy jednak zaakceptować faktu, iż realne koszty reformy spadną na pacjentów, którzy mogą stracić dostęp do bezpłatnych lub częściowo odpłatnych leków. Jest to szczególnie dotkliwe w sytuacji osób mniej zamożnych cierpiących na choroby przewlekłe, dla których konieczność poniesienia wydatku na lek w wysokości 100% ceny może oznaczać po prostu niemożność jego zakupu. Taka sytuacja może naruszać art. 68 Konstytucji RP, zgodnie z którym „1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (...)”. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, cytowanego przepisu ustawy zasadniczej nie można pojmować jedynie jako deklarację, lecz ma on charakter gwarancji realnego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych: „świadczenia finansowane z wyżej wymienionych środków mają być dostępne dla obywateli (a więc już nie dla „każdego”), przy czym nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze „programowym”, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia (verba legis: „...władze publiczne [...] zapewniają...”). Sformułowanie Konstytucji jest kategoryczne i ma charakter gwarancyjny”⁵. Sytuacja, w której ustawodawca wprowadza przepisy *de facto* zniechęcające lekarzy do podpisywania umów z NFZ na

³ Zgodnie z art. 160 ustawy o świadczeniach zdrowotnych „świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje zażalenie na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące realizacji umowy” – w przypadku kontroli recept na leki refundowane, kontrola dotyczy umowy o wydawanie takich recept, nie zaś umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – por. także G. Machulak, *Komentarz do art. 160, art. 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Lex 2010.

⁴ http://katowice.gazeta.pl/katowice/1,35063,10706936,Zbliza_sie_koniec_szybkich_recept.html

⁵ Wyrok z dnia 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K 14/03); OTK-A 1/2004.

wydawanie recept na leki refundowane czy w ogóle wydawania recept na leki bezpłatne/częściowo odpłatne, redukuje prawo do bezpłatnego dostępu do opieki zdrowotnej jedynie do pustej deklaracji. Nakładanie na lekarzy nadmiernych obowiązków administracyjnych musi negatywnie odbić się na czasie poświęcanych przez nich na badanie i leczenie pacjentów, co jest przecież ich podstawowym zadaniem.

HFPC pragnie również wyrazić zaniepokojenie sytuacją, w której kolejne reformy systemu zdrowia przeprowadzane są bez należytej konsultacji ze środowiskiem lekarskim i farmaceutycznym. Powoduje to narastanie konfliktu między tymi środowiskami, a Ministerstwem Zdrowia. Ustawa refundacyjna była wielokrotnie przedmiotem krytyki na etapie postępowania legislacyjnego – nie tylko ze strony wspomnianych środowisk, ale i niezależnych ekspertów z Biura Analiz Sejmowych i prawników specjalizujących się w prawie medycznym i farmaceutycznym⁶. Mimo to, wiele kontrowersyjnych przepisów, krytykowanych jako niejasne lub niecelowe, ostało się w ostatecznej wersji ustawy w niezmiennym kształcie. Podobnie jest z regulacjami zawartymi w innych przywoływanych tutaj aktach prawnych – mimo że są one od wielu lat krytykowane jako utrudniające lekarzom wykonywanie ich pracy, a pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, Ministerstwo nie podejmuje wystarczających działań w celu ich zmiany.

Podsumowując, HFPC pragnie zaapelować do Pana Ministra o podjęcie działań zmierzających do zmiany ustaw oraz aktów podustawowych regulujących zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wystawiania recept na leki refundowane, w szczególności: ustawy refundacyjnej, ustawy o świadczeniach zdrowotnych, rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia w sprawie recept, uwzględniających postulaty przedstawione w niniejszym piśmie i wyrażane od wielu lat przez środowiska medyczne i farmaceutyczne. Waga problemu jest na tyle istotna, że postulowane reformy powinny być dokonane jak najszybciej – ustawa refundacyjna wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., w tym też dniu planowane jest wejście w życie nowego rozporządzenia w sprawie recept. Obawiamy się, że z dniem 1 stycznia 2012 r. znacząco pogorszyć się może sytuacja w zakresie przestrzegania praw pacjentów w Polsce.

W imieniu Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka,

Z wyrazami szacunku,



Bodnar
dr Adam Bodnar,
Wiceprezes Zarządu

⁶ Por. np. raport sporządzony przez Zespół Doradztwa dla Branży Medycznej i Biotechnologii Kancelarii Prawniczej Domański Zakrzewski Palinka sp. k. pod redakcją i kierunkiem naukowym prof. dr hab. M. Kuleszy; http://infarma.pl/fileadmin/stanowisko_infarmy/Zalacznik_3_Opinia_prawna_M_Kulesza.pdf

Do wiadomości:

1. Pan Bolesław Piecha, przewodniczący Komisji Zdrowia, Sejm RP,
2. Prof. Irena Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich,
3. Pan Krzysztof Bukiel, Przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy,
4. Pan Jacek Krajewski, Prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”,
5. Pan dr Grzegorz Kucharewicz, Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.