

***Funkcjonowanie dyrektywy o  
transgranicznej opiece zdrowotnej  
w warunkach polskich***

***I Krakowski Kongres Turystyki Medycznej***

***CENTRUM KONGRESOWE ICE KRAKÓW  
Kraków, 13 – 14 października 2016***

***radca prawny Tomasz Pęcherz  
Prezes Zarządu Fundacji Watch Health Care***

## **Stan prawa po roku obowiązywania dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r.**

Implementacja do prawa polskiego postanowień dyrektywy nastąpiła w drodze ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2014 r. poz. 1491)

Ustawa weszła w życie z dniem 15 listopada 2014 r. i objęła swoją regulacją również przypadki leczenia transgranicznego rozpoczętego przed tym dniem.

# Stan prawa po roku obowiązywania dyrektywy

Ustawa implementująca wprowadza w Polsce, w sprawach dotyczących zwrotu kosztów leczenia transgranicznego, procedurę dwuinstancyjnego postępowania administracyjnego.

Tym samym wyłączona jest droga przed sądem powszechnym

# **Szanse dla Polaków po wejściu w życie ustawy implementującej dyrektywę**

Zgodnie z zapowiedziami Państwo Polskie skorzystało ze wszystkich możliwych (na gruncie dyrektywy) ograniczeń w zakresie prawa polskich pacjentów do korzystania z refundowanej transgranicznej opieki zdrowotnej

## **Portal Rynek Zdrowia, 29 listopada 2014 r., „Polscy pacjenci zamiast czekać w kolejkach jeżdżą do Czech”**

*„Od 15 listopada, czyli od momentu wejścia w życie przepisów ustawy o leczeniu transgranicznym, w czeskich klinikach okulistycznych telefony od polskich pacjentów nie przestają dzwonić. - Wcześniej też zgłaszało się dużo polskich pacjentów, ale w minionym tygodniu kontaktów było więcej o ok. 30 proc. Nie dziwi nas to. Zaćmę usuwamy taniej niż w Polsce i nie czeka się w kolejce 3 lata, tylko niecały miesiąc. Teraz, jeśli NFZ zwraca polskim pacjentom nawet cały koszt zabiegu, nie ma już żadnych ograniczeń - powiedział prof. Pavel Stodulka - szef czeskiej sieci klinik okulistycznych Gemini, znajdujących się niedaleko polskiej granicy. Przedstawiciele czeskiej sieci odnieśli wrażenie, że wielu Polaków czekało na wejście w życie nowych przepisów. Sami też się na to przygotowali - pacjent otrzymuje dokumentację w języku polskim, na miejscu cały czas można korzystać z pomocy mówiącego po polsku personelu.”*

# Stan prawa – główne zasady ustawy implementującej dyrektywę

Zasada – zwrot kosztu świadczenia po cenach, które za tego rodzaju leczenie płaci NFZ, ale nie więcej niż rzeczywiście poniesiony przez pacjenta koszt leczenia za granicą.

Wyjątek – uprzednia zgoda NFZ na leczenie.

# Stan prawa – główne zasady ustawy implementującej dyrektywę

Warunki zwrotu kosztów świadczenia (bez uprzedniej zgody):

- 1) świadczenie musi być świadczeniem gwarantowanym według prawa polskiego,
- 2) Pacjent musi posiadać odpowiednie skierowanie, zlecenie, receptę lub wniosek,
- 3) Pacjent musi dokonać zapłaty za leczenie za granicą,
- 4) Pacjent musi złożyć kompletny wniosek do NFZ,
- 5) wniosek do NFZ musi zostać złożony w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie.

# Wysokość zwracanej kwoty – przypadki szczególne

W przypadku gdy procedura medyczna wykonana na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej mieści się w zakresie świadczeń gwarantowanych, nie mając dokładnego odpowiednika wśród procedur medycznych wykonywanych w kraju, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się kwotę finansowania procedury medycznej, mieszczącej się w zakresie tych świadczeń, **najbardziej zbliżonej pod względem medycznym do procedury wykonanej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej.**



# Wysokość zwracanej kwoty – przypadki szczególne

W przypadku gdy dla danego świadczenia gwarantowanego istnieje na terenie kraju **zróżnicowanie wysokości kwot finansowania** stosowanych w rozliczeniach między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcami, **podstawą zwrotu kosztów jest średnia ważona kwoty finansowania obliczona dla tego świadczenia gwarantowanego według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów.**

# Odmowa zwrotu kosztów świadczenia – ciekawsze przypadki

- 1) brak stosownego skierowania lub zlecenia,
- 2) świadczeniobiorca nie przedstawił dokumentów zawierających wystarczające dane dotyczące procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, pozwalające na zidentyfikowanie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wnioski o zwrot kosztów,
- 3) świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wnioski o zwrot kosztów, zostały zakwalifikowane przez Fundusz do rozliczenia na podstawie przepisów o koordynacji.

# Upřednia zgoda na leczenie

Warunkiem zwrotu kosztu świadczenia udzielonego za granicą jest posiadanie upředniej zgody NFZ w przypadkach:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń;**
- 2) leczenie w ramach programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków ....,
- 3) terapia izotopowa;
- 4) teleradioterapia stereotaktyczna;
- 5) teleradioterapia hadronowa wiązką protonów;
- 6) terapia hiperbaryczna;

(Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających upředniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

# Uprzednia zgoda na leczenie – cd.

- 7) wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne;
- 8) badania genetyczne;
- 9) pozytonowa tomografia emisyjna;
- 10) badania medycyny nuklearnej;
- 11) tomografia komputerowa;
- 12) rezonans magnetyczny.

*(Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)*

# Zawieszenie przez NFZ wypłat

W przypadku gdy koszty realizacji zadań wynikających z art. 42b w danym roku kalendarzowym osiągną kwotę limitu, stanowiącą sumę rezerw (...) **Fundusz zawiesza wypłatę kwot** należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca tego roku kalendarzowego.

Wypłat zawieszonych dokonuje się do dnia 31 stycznia roku następnego, w ramach limitu.

Świadczeniobiorcy nie przysługują odsetki z tytułu zawieszenia wypłaty kwoty należnej z tytułu zwrotu kosztów.

# Zawieszenie przez NFZ wypłat

Limit przewidziany na realizację prawa do zwrotu kosztów świadczeń udzielonych za granicą w ramach uprawnień do opieki transgranicznej został ustalony na poziomie:

**a) 940 mln 727 tys. zł – na rok 2014,**

**b) 1 mld 44 mln 967 tys. zł – na rok 2015,**

**c) 1 mld 78 mln 593 tys. zł – na rok 2016.**

*Dane ze strony internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia i Krajowego Punktu Kontaktowego.*

**Z preambuły do Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady  
2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw  
pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej**

*Celem niniejszej dyrektywy jest ustanowienie zasad **ułatwiających dostęp** do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości w Unii, **zapewnienie mobilności pacjentów** zgodnie z zasadami ustalonymi przez Trybunał Sprawiedliwości i **promowanie współpracy** w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji państw członkowskich w zakresie określania świadczeń zdrowotnych z tytułu zabezpieczenia społecznego, organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej i medycznej oraz organizacji i udzielania świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego, w szczególności świadczeń chorobowych.*

# Jak główne cele Dyrektywy zostały wprowadzone w praktyce ...

W dalszej części prezentacji zostaną przedstawione dane o skali, w jakiej obywatele polscy skorzystali z praw wynikających z Dyrektywy – dane pochodzą ze sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2015 r. *(opublikowane na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia)*

(sprawozdanie uwzględnia również sprawy o zwrot kosztów lub wyrażenie zgody na leczenie po dniu wejścia w życie ustawy implementującej dyrektywę, tj. po dniu 15 listopada 2014 r.).



# Liczba i wartość wniosków za 2015 r.

W 2015 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożone zostały 4872 wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach.

Łączna kwota, na jaką opiewały wnioski, to:

**17.741.922,46 PLN**

(w przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku)

# Liczba i wartość decyzji o zwrocie kosztów świadczeń za 2015 r.

W 2015 roku zakończonych zostało **4100** postępowań w sprawie zwrotu kosztów, w tym 134 postępowania, które dotyczyły spraw prowadzonych na podstawie wniosków o zwrot kosztów złożonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu w okresie od 15 listopada 2014 r. do 31 grudnia 2014 r.

Decyzje pozytywne w sprawie zwrotu kosztów, wydane w 2015 roku, opiewały na łączną kwotę **9.272.145 zł**, co stanowi 70,50% wnioskowanej przez pacjentów kwoty, tj. 13.151.318,16 zł.

# Struktura rodzajowa decyzji w sprawie zwrotu kosztów

Liczba i procentowy udział poszczególnych rozstrzygnięć w sprawach o zwrot kosztów świadczeń

Sposób zakończenia postępowania	Liczba wniosków	Udział %
Decyzja pozytywna w sprawie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach)	3 747	91,40%
Decyzja o odmowie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 2 ustawy o świadczeniach)	82	2,00%
Decyzja o umorzeniu postępowania	28	0,68%
Pozostawienie sprawy bez rozpoznania	231	5,63%
Postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania	5	0,12%
Odesłanie do właściwego oddziału	6	0,15%
Wycofanie wniosku przez stronę	1	0,02%
<b>ŁĄCZNIE</b>	<b>4 100</b>	<b>100,00%</b>

## Dane statystyczne

Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń w przeliczeniu na jeden wniosek o zwrot kosztów w 2015 r. wyniosła **2477,75 zł.**

**95,53%** zwróconych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy zostało zakwalifikowanych do zakresu leczenia szpitalne – oddziały (zgodnie z podziałem przyjętym przez NFZ w planie finansowym)

# Zabiegi usunięcia zaćmy

Najczęściej udzielanym świadczeniem, za które NFZ w 2015 roku dokonał zwrotu kosztów, były operacje usunięcia zaćmy – dotyczyło ich **3133** wniosków o zwrot kosztów (na ogólną liczbę 4 872 wniosków).

Średnia wysokość wypłaconego w 2015 roku zwrotu kosztów za operację usunięcia zaćmy w przeliczeniu na jedno świadczenie wyniosła **2210,93 zł**.

Skuteczność wniosków o zwrot kosztów operacji usunięcia zaćmy - **94,14%** wniosków rozparzonych pozytywnie

Niejednokrotnie jeden wniosek dotyczył dwóch zabiegów usunięcia zaćmy (oko prawe i oko lewe), stąd łączna **liczba sfinansowanych świadczeń** usunięcia zaćmy **była wyższa niż liczba wniosków** i wyniosła **3271**.

# Czechy liderem

Aż **87,65%** (2917 wniosków) wszystkich dokonanych przez NFZ zwrotów kosztów w 2015 roku dotyczyło świadczeń udzielonych na terenie Czech

Udział zwrotów odnoszących się do wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie Czech stanowił **83,47% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2015 roku**

Średnia wysokość zwrotu w odniesieniu do świadczeń udzielonych na terenie Czech w przeliczeniu na jeden wniosek o zwrot kosztów wyniosła **2359,50 zł**

# Beneficjenci środków NFZ – w podziale na państwa

Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone przez NFZ w 2015 r. w podziale na państwo pochodzenia wykonawcy usługi

Państwo UE	Liczba zwrotów	Udział %	Łączna kwota zwrotów w PLN	Udział %
Austria	6	0,18%	19 754,78	0,24%
Belgia	2	0,06%	372,05	0,00%
Cypr	1	0,03%	2 207,37	0,03%
Czechy	2 917	87,65%	6 882 663,60	83,47%
Francja	6	0,18%	86 560,39	1,05%
Hiszpania	5	0,15%	6 450,60	0,08%
Holandia	2	0,06%	228,4	0,00%
Niemcy	381	11,45%	1 225 739,99	14,86%
Rumunia	1	0,03%	4 674,14	0,06%
Słowacja	4	0,12%	14 157,85	0,17%
Wielka Brytania	3	0,09%	3 130,00	0,04%
<b>ŁĄCZNIE</b>	<b>3 328</b>	<b>100,00%</b>	<b>8 245 939,17</b>	<b>100,00%</b>

# „Liderzy zwrotów” wśród OW NFZ

**Nr 1.** Śląski Oddział Wojewódzki NFZ – zwrot dotyczył **1142** wniosków na łączną kwotę **2.703.093,68 zł** (32,78% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez NFZ w 2015 r.)

**Nr 2.** Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ – zwrot dotyczył **957** wniosków na łączną kwotę **2.155.609,25 zł** (26,14% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez NFZ w 2015 r.)

**Nr 3.** Opolski Oddział Wojewódzki NFZ (11,13% łącznej kwoty zwrotu)

**Nr 4.** Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ (8,19% łącznej kwoty zwrotu)

- wszystkie ww. oddziały są „granicznymi” oddziałami NFZ, z czego Śląski i Dolnośląski Oddziały Wojewódzkie NFZ „graniczą” z Czechami



## **Decyzje Prezesa NFZ oraz Dyrektorów OW NFZ wydane w zakresie planowanego leczenia poza granicami kraju**

W 2015 roku Prezes Funduszu wydał 173 decyzje w sprawie wniosków o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju (leczenie niemożliwe do zrealizowania w placówkach krajowych).

Wszystkie decyzje dotyczyły świadczeń, których nie można uzyskać na terenie kraju.

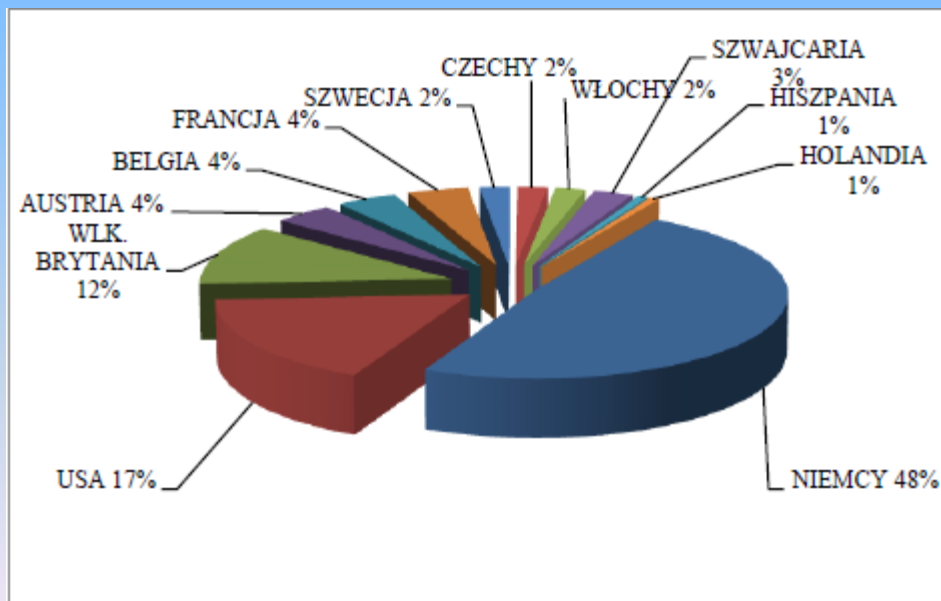
Decyzje Prezesa NFZ:

- 1)146 zgód (84%),
- 2)22 odmowy (13%)
- 3)5 umorzeń (3%).



# Decyzje w sprawie zgody na planowane leczenie poza granicami kraju

Zgody na planowane leczenie poza granicami kraju udzielone w 2015 r. – procentowy udział w podziale na państwo pochodzenia wykonawcy usługi



# Decyzje odmawiające zgody na planowane leczenie poza granicami kraju

W 2015 roku Prezes Funduszu wydał 22 decyzje odmawiające zgody na leczenie poza granicami kraju z powodu:

- 1)13 decyzji odmownych dotyczyło leczenia, które okazało się możliwe do zrealizowania w placówkach krajowych;
- 2)8 decyzji odmownych dotyczyło świadczeń nie wskazanych w wykazach świadczeń gwarantowanych,
- 3)1 decyzja odmowna dotyczyła sytuacji, w której nie uprawdopodobniono, że przeprowadzenie leczenia przyniesie poprawę stanu zdrowia wnioskodawcy.

## **Koszty leczenia na podstawie zgody wyrażonej przez Prezesa NFZ**

Ogółem wartość świadczeń, na realizację których Prezes Funduszu wyraził zgodę w 2015 roku, szacowana jest na kwotę **34.522.004,23 zł.**

Ogółem wartość transportu, na którego sfinansowanie Prezes Funduszu wyraził zgodę w 2015 r., szacowana jest na kwotę **250.163,35 zł.**

## Koszty leczenia na podstawie zgody wyrażonej przez dyrektorów OW NFZ

W 2015 roku do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wpłynęły zaledwie **72 wnioski** o leczenie planowane poza granicami kraju, z czego aż 52 wnioski (72 %) zostały odesłane do wnioskodawcy celem uzupełnienia braków formalnych.

# Koszty leczenia na podstawie zgody wyrażonej przez dyrektorów OW NFZ

Tylko w stosunku do 11 wniosków wydano decyzje w sprawie:

1)na podstawie przepisów dyrektywy transgranicznej wydano 4 decyzje odmowne (0 zł wydatków),

2)na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wydano 7 decyzji, w tym 4 pozytywne, 2 odmowy i 1 decyzję o umorzeniu postępowania.

# Koszty leczenia na podstawie zgody wyrażonej przez dyrektorów OW NFZ

Szacunkowy koszt planowanego leczenia poza granicami kraju, wynikający ze zgód dyrektorów OW NFZ, wyniósł **108.788,24 zł**

*- wyłącznie wydatki na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego*



## PODSUMOWANIE

łącznie, na leczenie poza granicami Polski w 2015 roku, na podstawie przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną, Narodowy Fundusz Zdrowia wydał (środki związane decyzjami o zwrocie kosztów lub wyrażeniu zgody na leczenie):

**44 mln 044 tys. 312 zł**

*- wobec 15 mln 575 tys. 658 zł wydatkowanych na analogiczne cele w roku 2014 – na podstawie sprawozdania z działalności NFZ za 2014 r.*

# WNIOSKI

1. Wątpliwa realizacja celów dyrektywy (ułatwienie dostępu do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej, zapewnienie mobilności pacjentów oraz promowanie współpracy).
2. Wydatki na realizację opieki zdrowotnej w ramach dyrektywy są znikome wobec wszystkich wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne (44 mln zł wobec 68 mld 480 mln zł kosztów świadczeń ogółem w 2015 r.).
3. Dotychczasowa praktyka pokazuje, że nie występują realne zagrożenia ze strony opieki transgranicznej dla systemu finansowania opieki zdrowotnej w kraju.
4. Niewystarczająca zamożność polskiego społeczeństwa i ograniczenia zakresu dopuszczalnej opieki w ramach dyrektywy stanowią wystarczającą tamę dla korzystania z tej opieki przez Polaków.

***Dziękuję za uwagę***

***radca prawny Tomasz Pęcherz***

*Fundacja Watch Health Care*

*Kancelaria Prawna Piotrowska i Wspólnicy w Krakowie*

[\*tpecherz@kancelariapiotrowska.pl\*](mailto:tpecherz@kancelariapiotrowska.pl)