

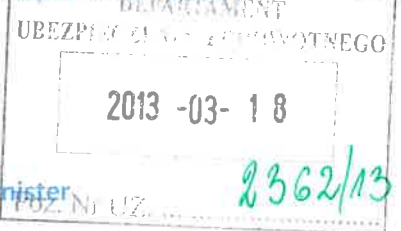


**Fundacja MY Pacjenci**  
ul. Łabędzia 61, 04-806 Warszawa  
NIP 9522119578, REGON 146134960  
KRS 0000420212  
tel./fax: 22 615 57 10

2013 -03- 15

*DWZ*  
**SEKRETARZ STANU**  
w Ministerstwie Zdrowia

Warszawa, 11 marca 2013 r.



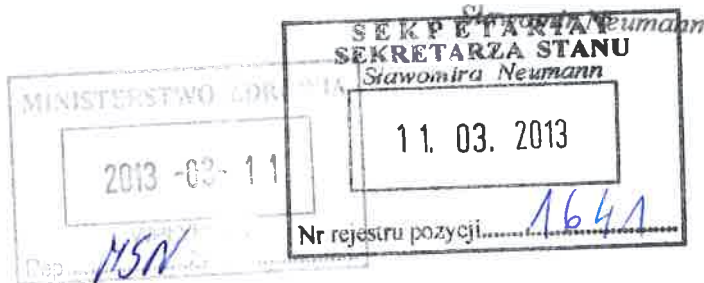
Szanowny Pan Minister

Bartosz Arłukowicz

Minister Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa



Dotyczy: konsultacji społecznych założeń projektów zmian ustaw w związku z transpozycją Dyrektywy o trans granicznej opiece zdrowotnej.

*Szanowny Panie Ministrze,*

W imieniu Fundacji MY Pacjenci, po dokonaniu analizy projektu założeń projektu ustawy o zmianie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (w związku z transpozycją dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej), przekazanego do uzgodnień zewnętrznych w dniu 8 lutego 2013 r. niniejszym zgłaszam uwagi do przedstawionego projektu i proszę o ich uwzględnienie.

Dokonując analizy przedstawionych założeń należy mieć na uwadze rzeczywisty zamiar ustawodawcy wspólnotowego, określony w Dyrektywie 2011/24 jakim jest zniesienie barier w dostępie do ochrony zdrowia dla obywateli krajów członkowskich przemieszczających się w krajach Unii Europejskiej poprzez ustanowienie zasad zapewniających równy, niedyskryminujący dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości oraz zapewnienie pacjentom zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskanej w innym kraju członkowskim.

Konieczność implementacji Dyrektywy do krajowego porządku prawnego rodzi po stronie polskiego ustawodawcy obowiązek uwzględnienia i zabezpieczenia interesów grup podmiotów, których zmiana przepisów spowodowana implementacją będzie bezpośrednio dotyczyć, ze szczególnym uwzględnieniem praw polskich pacjentów, które trzeba należyście zabezpieczyć.

Zdaniem Fundacji MY Pacjenci część rozwiązań przyjętych w omawianym projekcie założeń różni się z określonym wyżej zamysłem ustawodawcy wspólnotowego, będącego jednocześnie celem uchwalonej Dyrektywy 2011/24. W związku z powyższym Fundacja MY Pacjenci zgłasza następujące uwagi do założeń projektu ustawy:



1. Zgodnie z przedstawionymi założeniami zwrotem kosztów nie będą objęte leki zakupione w innym niż RP państwie członkowskim Unii Europejskiej (a także w polskich aptekach na podstawie recepty wystawionej w innym państwie członkowskim), które w kraju są refundowane za środków publicznych tylko w ramach programów lekowych. Takie rozwiązanie jest niewątpliwym naruszeniem art. 1 ust. 3 Dyrektywy, który wyłącza jej zastosowanie tylko w stosunku do opieki długoterminowej, przydziału narzędzi przeznaczonych do przeszczepu oraz programów powszechnych szczepień przeciwko chorobom zakaźnym. **Wspomniany artykuł nie przewiduje żadnego wyłączenia stosowania dyrektywy w stosunku do leków.** Ponadto rozwiązanie przyjęte przez resort zdrowia w tym zakresie kłóci się z ogólną ideą dyrektywy, gdyż ogranicza, a w pewnych wypadkach wręcz uniemożliwia realizację jej podstawowego celu, jakim jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie krajów wspólnoty. Należy bowiem zauważyć, że farmakoterapia (stosowana zarówno przez podmiot leczniczy jak i przez samego pacjenta na podstawie przepisanej mu recepty) jest integralnym i nieodłącznym składnikiem udzielanego świadczenia opieki zdrowotnej. Zatem powyższe wyłączenie stanowi w rzeczywistości pozbawienie pacjenta prawa do uzyskania skutecznego świadczenia.

2. Zgodnie z art. 7 ust. 6 dyrektywy „państwa członkowskie muszą mieć przejrzysty mechanizm obliczania kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, które mają być zwrócone ubezpieczonemu przez państwo członkowskie ubezpieczenia. Mechanizm ten musi być oparty na obiektywnych, niedyskryminujących, znanych z góry kryteriach i stosowany na odpowiednim (lokalnym, regionalnym lub krajowym) poziomie administracyjnym.” Założenia przedstawione przez resort zdrowia pozostają w sprzeczności z powyższą zasadą, gdyż przewidują zwrot kosztów w wysokości wynikającej z **zastosowania średniej kwoty refundacji przewidzianej dla danego świadczenia w umowach zawartych przez dany oddział wojewódzki NFZ.** Przyjęte rozwiązanie w żaden sposób nie zapewnia realizacji zasad dotyczących wysokości kwoty zwrotu określonych w art. 7 ust. 6 dyrektywy, a rodzi jedynie ryzyko wystąpienia dużej rozbieżności wysokości stawek zwrotu pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ z uwagi na stosowaną przez nie zróżnicowaną wycenę stawek kapitałowych czy punktów dla świadczeniodawców. Ryzyko to wydaje się jeszcze bardziej realne w świetle planowanej reformy systemu ochrony zdrowia, zgodnie z którą zakłada się utworzenie niezależnych oddziałów NFZ, których prezesi mogą prowadzić własną, niezależną od pozostałych politykę kontraktową.

W związku z powyższym niezbędnym rozwiązaniem w tym zakresie jest określenie ogólnopolskiego, jednolitego, wiarygodnego, dostępnego publicznie i okresowo waloryzowanego cennika usług medycznych, pozwalającego na określenie obiektywnych stawek zwrotu dla pacjentów z całego kraju. Należy przyjąć podobne rozwiązanie, jakie istnieje już w odniesieniu do określenia limitów finansowania farmakoterapii, cyklicznie publikowanych w Obwieszczeniach Ministra Zdrowia.



3. Obawy budzi zapowiedź, zgodnie z którą Minister Zdrowia rozpatrując i realizując wnioski o zwrot kosztów leczenia poniesionych w innym kraju członkowskim winien kierować się kryterium gospodarności oraz celowości przy wydatkowaniu środków publicznych. Jest to zapis, który daje Ministrowi Zdrowia duży stopień dowolności w zakresie rozpatrywania wniosków. Kryterium gospodarności jest kryterium niejasnym, niezgodnym z określoną w dyrektywie zasadą przejrzystości zasad zwrotu kosztów leczenia za granicą, a co najważniejsze jest kryterium nieprzewidzianym przez Dyrektywę, a przez to niedopuszczalnym. Z tego względu, przejrzyste i obiektywne, przede wszystkim w punktu widzenia pacjenta, kryteria oceny wniosków, wyłączające dowolność funduszu.
4. Za sprzeczne z dyrektywą należy uznać również założenie, zgodnie z którym odmowa wydania uprzedniej zgody na leczenie za granicą będzie dopuszczalna, gdy świadczenie objęte wnioskiem o udzielenie zgody może zostać udzielone w Polsce w terminie nieprzekraczającym maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania na to świadczenie w Polsce. Po pierwsze wskazać należy, że kryterium takiego nie przewiduje art. 8 ust. 6 dyrektywy, zatem jest ono niedopuszczalne. Stanowi o tym również art. 7 ust. 8 dyrektywy. Po drugie powyższe odnosi się do nieistniejącego warunku, bowiem obecnie w Polsce nie istnieją żadne przejrzyste mechanizmy, w parciu o które można by określić maksymalny dopuszczalny czas oczekiwania na dane świadczenia.  
W związku z powyższym postulujemy pominięcie powyższej okoliczności uzasadniającej odmowę wyrażenia uprzedniej zgody na leczenie w innym kraju członkowskim.
5. Niepokój budzi fakt, że Ministerstwo Zdrowia zamierza skorzystać w pełnym dopuszczalnym zakresie z przewidzianego w art. 8 ust. 6 dyrektywy prawa państw członkowskich do wprowadzenia ograniczeń w zakresie świadczeń zdrowotnych, z których polscy pacjenci będą mogli korzystać w innych krajach członkowskich bez konieczności uzyskania uprzedniej zgody. Należy przypomnieć, że jednym z celów dyrektywy jest zapewnienie pacjentom krajów członkowskich swobody w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Unii, w szczególności do świadczeń wysokospecjalistycznych, do których z różnych względów dostęp na terenie kraju ubezpieczenia jest ograniczony lub czas oczekiwania znacznie wydłużony. Implementacja dyrektywy ma również na celu zapewnić pacjentom krajów członkowskich dostęp do najnowocześniejszych metod udzielania świadczeń, często w ogóle niedostępnych na terenie kraju ubezpieczenia. Tymczasem rozwiązanie zaproponowane przez resort zdrowia powoduje, że polscy pacjenci będą mogli korzystać poza granicami kraju tylko w zakresie podstawowej opieki ambulatoryjnej, zaś w pozostałym zakresie będą musieli uzyskać zgodę, co w połączeniu z arbitralnymi zasadami rozpatrywania wniosków przez Fundusz zaproponowanymi w założeniach nie daje pacjentom jakiegokolwiek gwarancji uzyskania tych świadczeń.



Postulujemy zatem rezygnację lub ograniczenie katalogu świadczeń transgranicznych, na udzielenie których polscy pacjenci będą musieli uzyskać zgodę w kraju. W pozostałym zakresie (jeżeli takowy jest konieczny) **wykaz świadczeń określanych przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia powinien być obowiązkowo i każdorazowo konsultowany z przedstawicielami organizacji reprezentujących interesy pacjentów.**

Należy przy tym zauważyć, że partycypacja organizacji pacjenckich w procesie podejmowania przez władze publiczne decyzji mających bezpośredni wpływ na pacjentów jest z jednej strony prawem tych organizacji, a z drugiej – obowiązkiem władz publicznych do umożliwienia takiej partycypacji. Powyższe wynika z Zaleceń Rady Ministrów Rady Europy z dnia 24 lutego 2000 r., Rec. (2000) 5 o tworzeniu struktur dla udziału obywateli i pacjentów w decyzjach dotyczących ochrony zdrowia. Zgodnie z treścią tego dokumentu prawo obywateli i pacjentów do wpływu na decyzje dotyczące ochrony zdrowia, jeśli chcą tego, musi być uznane za fundamentalną i za integralną część każdej demokratycznej społeczności oraz integralną część systemu ochrony zdrowia i koniecznym elementem współczesnych reform służby zdrowia. Rządy krajów członkowskich natomiast, powinny rozwijać politykę i strategię, promującą prawa pacjentów i obywatelskie uczestnictwo w podejmowaniu decyzji dotyczących ochrony zdrowia, rozpowszechniając ją, monitorując i ulepszając. W związku z powyższym, zaleca się rządów krajów członkowskich, aby m.in.

- zapewniły uczestnictwo obywateli we wszystkich aspektach działania systemu ochrony zdrowia, na narodowym, regionalnym i lokalnym poziomie;
- utworzyły oficjalne struktury i taką politykę która promować będzie udział obywateli i prawa pacjentów;
- dostosowały swe działania tak by stwarzały warunki powstania i wzrostu w państwach członkowskich organizacji obywatelskich "użytkowników" ochrony zdrowia, jeśli jeszcze takie warunki nie są stworzone;

6. Niestety obecnie zaproponowany kształt i zakres implementacji dyrektywy przewiduje zbyt dużą uznaniowość NFZ w zakresie decyzji dotyczących zwrotu kosztów leczenia transgranicznego, a w szczególności zbyt wiele okoliczności dających podstawę do odmowy zwrotu poniesionych kosztów, jak np. gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.

Przedstawione założenia w sposób bardzo ogólny traktują o przysługującym prawie pacjenta dochodzenia swoich praw na drodze sądowej. Zdaniem Fundacji MY Pacjenci założenia powinny w sposób jasny, czytelny i wyczerpujący określać tryb odwoływania się od decyzji wydawanych przez Prezesa NFZ. Ponadto, ze względu na charakter roszczenia, założenia winny przewidywać zmiany innych aktów prawnych zapewniających pacjentowi wytaczającemu powództwo przeciwko NFZ o zwrot transgranicznej opieki zdrowotnej całościowe zwolnienie od kosztów sądowych.

Podsumowując, zdaniem Fundacji MY Pacjenci, przedstawione przez Ministra Zdrowia założenia **w części pozostają w sprzeczności z postanowieniami Dyrektywy i nie realizują jej celów w wystarczającym zakresie.** Po dokonaniu analizy założeń nasuwa się ogólne wrażenie, że przy wyborze sposobu i zakresu implementacji Dyrektywy, Minister Zdrowia kierował się głównie interesem NFZ i chęcią ochrony jego budżetu, zapominając przy tym o prawdziwym celu Dyrektywy –





czyli skonstruowaniu systemu zapewniającego swobodę przepływu pacjentów w pomiędzy krajami wspólnotowymi oraz swobodę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Unii.

Szczególny niepokój budzi fakt, że przy implementacji Dyrektywy Ministerstwo Zdrowia zamierza skorzystać w pełni z przysługującego krajom członkowskim prawa do wprowadzenia ograniczeń co do zakresu świadczeń jakie można uzyskać opieki transgranicznej bez konieczności uzyskania uprzedniej zgody. Wprowadzone ograniczenia będą tylko wtedy uzasadnione, o ile będą one dotyczyły w takim samym zakresie polskich pacjentów i pacjentów przyjeżdżających na leczenie do Polski z krajów członkowskich UE. Pacjenci ci podobnie powinni zostać objęci tymi samymi ograniczeniami do implementacji Dyrektywy jak pacjenci polscy podróżujący w celu leczenia za granicę. Istnieje duże ryzyko, że wprowadzenie założeń do wdrożenia Dyrektywy w proponowanym przez MZ kształcie, podczas gdy pozostałe kraje implementują Dyrektywę bez ograniczeń, doprowadzi do rażącej nierówności praw pacjentów polskich leczących się w Polsce i za granicą wobec praw pacjentów przyjeżdżających na leczenie z zagranicy do Polski. Wobec tego, zdaniem Fundacji MY Pacjenci opracowanie planu implementacji Dyrektywy powinna poprzedzać obszerna analiza zakresu i sposobu implementacji Dyrektywy przez pozostałe Państwa członkowskie, które miałyby na celu wyeliminowanie ograniczania pozycji i możliwości polskich pacjentów na arenie transgranicznej opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze powyższe, zwracam się z uprzejmą prośbą o uwzględnienie zgłoszonych uwag przy opracowywaniu projektu ustawy zmieniającej.

Z poważaniem,

Ewa Borek, MD, MBA

**Fundacja MY Pacjenci**  
ul. Łabędzia 61, 04-806 Warszawa  
NIP 952219578, REGON 146134960  
KRS 0000420212  
tel./fax: 22 615 57 10