

Warszawa, 25.10.2013

Sz. P. Minister
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia
Ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Dotyczy: konsultacji społecznych projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, mających na celu transpozycje do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/ UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Szanowny Panie Ministrze,

W nawiązaniu do przedstawionego do konsultacji społecznych projektu zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 3 października 2013, w związku z transpozycją do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/ UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, w imieniu Fundacji MY Pacjenci przedstawiam następujące uwagi:

1. Siedmiodniowy termin na zgłaszanie przez partnerów społecznych uwag do projektu tak ważnej ze społecznego punktu widzenia zmiany w dostępie do świadczeń jest niezgodny z prawem i jest pogwałceniem zasad dialogu społecznego. Tak istotne dla obywateli i pacjentów zmiany prawne wymagają dotrzymania 30 dniowego czasu trwania konsultacji społecznych.
2. Intencją Dyrektywy jest wprowadzenie w krajach UE zasady swobody świadczenia usług zdrowotnych poprzez danie wszystkim obywatelom Unii takich samych zasad swobodnego wyboru miejsca świadczenia opieki zdrowotnej i ujednolicenie zasad pokrywania kosztów tych świadczeń przez narodowych płatników. Fundacja MY Pacjenci stoi na stanowisku, że polscy pacjenci powinni mieć prawo do leczenia za granicą i zwrotu kosztów tego leczenia przez narodowego płatnika w takim samym zakresie, jak nabędą je pacjenci innych państw członkowskich przyjeżdżający na leczenie do Polski. Dyrektywa powinna być implementowana w Polsce w pełnym zakresie, ponieważ tylko wtedy prawa pacjentów polskich do leczenia za granicą i prawa pacjentów innych państw członkowskich do leczenia w Polsce zostaną w pełni zrównane i nie będzie zachodziło ryzyko nierówności podmiotów wobec prawa prowadzące do dyskryminacji którejkolwiek ze stron. Ograniczona implementacja Dyrektywy pogłębi chaos w krajowym systemie ochrony zdrowia i pogłębi

jego problemy tj. ograniczenie dostępu do świadczeń pod postacią wydłużonych kolejek i limitów przyjęć, które obejmą pacjentów zagranicznych.

3. Planowane przez Ministerstwo Zdrowia ograniczenia implementacji Dyrektywy pod postacią stworzenia listy procedur, które mogą być świadczone za granicą po uzyskaniu zgody Dyrektora NFZ, limitowania środków przeznaczonych przez NFZ na zwrot pacjentom kosztów leczenia zagranicznego czy uwarunkowania tego zwrotu od przedstawienia przez Pacjentów skierowań, zaświadczeń czy zleceń od lekarza publicznej służby zdrowia stwarza wysokie i uzasadnione ryzyko ograniczenia polskim pacjentom praw do leczenia za granicą w porównaniu praw, jakie w wyniku Dyrektywy nabędą do leczenia w Polsce pacjenci zagraniczni.
4. 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. Należy więc te same wyłączenia zastosować do pacjentów zagranicznych (ta sama lista procedur na które potrzebna jest zgoda Dyrektora NFZ powinna dotyczyć pacjentów zagranicznych, powinni oni posiadać skierowania, recepty lub zalecenia z publicznej ochrony zdrowia w Polsce, powinni przebyć proces diagnostyki i leczenia zgodny z systemem skierowań i organizacją systemu opieki zdrowotnej w Polsce, powinni zostać objęci tym samym systemem limitów świadczeń i kolejek, co pacjenci polscy). W każdym ww przypadku pacjent zagraniczny powinien otrzymywać od Dyrektora Oddziału NFZ zgodę na leczenie w Polsce, czekać w tych samych kolejkach, w których czekają polscy pacjenci na diagnostykę, terapię, posiadać skierowania, recepty czy zlecenia od lekarza publicznej służby zdrowia w Polsce.
5. Nie ma uzasadnienia w Dyrektywie warunek przedłożenia jako warunek zwrotu kosztów łącznie z wnioskiem i rachunkiem od zagranicznego świadczeniodawcy dodatkowo skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zaświadczenia czy zlecenia niezbędnego do otrzymania świadczenia w polskim systemie ochrony zdrowia. Ten zapis rodzi ryzyko uznaniowości rozpatrywania przez Dyrektora Oddziału NFZ wniosków o zwrot kosztów opieki zdrowotnej za granicą i zwiększa ryzyko, że z powodu niedopełnienia tego nieracjonalnego wymogu (skierowanie od lekarza publicznej służby zdrowia w Polsce nie jest potrzebne pacjentowi, żeby się leczyć u zagranicznego specjalisty) płatnik odmówi pacjentowi zwrotu kosztów świadczenia .
6. Kryterium wyceny kwot należnej pacjentowi refundacji kosztów świadczeń w oparciu o średnią kwotę refundacji w oddziale wojewódzkim NFZ rodzi ryzyko wystąpienia dużej rozpiętości stawek pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ z uwagi na zróżnicowaną wycenę punktu dla świadczeniodawców czy zróżnicowanie stawek kapitacyjnych. Należy określić oparty na średniej wycenie świadczeń ogólnopolski jednolity i wiarygodny cennik usług medycznych, ogólnodostępny, transparentny, zatwierdzony i

okresowo waloryzowany, w drodze obowiązkowych społecznych konsultacji ze środowiskami pacjenckimi, podobnie jak określone są limity finansowania farmakoterapii.

7. Dopuszczalny czas oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, uwzględniający aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych wiedzę i praktykę medyczną nie może być przedmiotem decyzji administracyjnych. Czas ten jest w stanie określić lekarz indywidualnie dla każdego pacjenta w czasie badania i próba określania go administracyjnie jest nieporozumieniem. Odmowa wydania przez Dyrektora Oddziału NFZ zgody na leczenie za granicą z powodu dostępności w Polsce świadczeń w dopuszczalnym czasie oczekiwania rodzi ryzyko uznaniowości interpretacji i stwarza kolejne pole do nadużyć po stronie płatnika.
8. Wykaz świadczeń który ma stworzyć Minister Zdrowia i na których realizację za granicą potrzeba będzie zgoda Dyrektora Oddziału NFZ, jeśli musi istnieć, powinien obejmować jedynie najbardziej kosztowne dla systemu terapie w przypadku chorób rzadkich lub przeszczepów, które i tak są wyłączone z Dyrektywy. Wykaz ten powinien powstać w mechanizmie obowiązkowych konsultacji społecznych ze środowiskami pacjenckimi.
9. Należy rozważyć zasadność tworzenia Krajowego Punktu Konsultacyjnego w Centrali NFZ wobec oczywistego konfliktu interesów, w jakim znajdzie się publiczny płatnik. Będzie tworzył bariery i ograniczenia dla polskich pacjentów chcących się leczyć za granicą i jednocześnie będzie zachęcał pacjentów zagranicznych do leczenia się w Polsce w warunkach narastających utrudnień dostępu do świadczeń medycznych.

Należy zagwarantować pełen udział organizacji pacjenckich w procesie podejmowania decyzji dotyczących implementacji Dyrektywy. Należy powołać Zespół Roboczy ds. implementacji Dyrektywy z udziałem pacjentów i głównych interesariuszy systemu ochrony zdrowia tj. pielęgniarek, lekarzy, świadczeniodawców publicznych i prywatnych. Pacjenci jako współpłacący za usługi zdrowotne świadczone za granicą powinni mieć w zespole roboczym istotne przedstawicielstwo z prawem głosu. Powinni brać udział w określaniu zasad implementacji Dyrektywy i w tworzeniu aktów wykonawczych dotyczących cennika usług, zasad zwrotu kosztów, zasad procesu odwoławczego oraz wykazu świadczeń wymagających zgody Dyrektora Oddziału NFZ.

Z poważaniem,

Ewa Borek,

Prezes Fundacji MY Pacjenci