

## **ZWROT KOSZTÓW LECZENIA W KRAJU**

**Znak sprawy:**

Szanowny Panie,

W odpowiedzi na Pana petycję, którą otrzymaliśmy 27 grudnia 2021 roku, w sprawie zapewnienia pacjentom możliwości ubiegania się o refinansowanie kosztów leczenia prywatnego w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

W obecnym stanie prawnym pacjent korzystający w Polsce ze świadczeń zdrowotnych udzielanych poza systemem finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych, nie ma prawa do żądania zwrotu poniesionych kosztów leczenia od Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyjątkiem od tego jest sytuacja udzielenia mu świadczenia gwarantowanego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, w ramach tzw. opieki transgranicznej.<sup>1</sup> Wprowadzenie takiego uprawnienia było efektem implementacji prawa Unii Europejskiej. Zasadniczym celem opieki transgranicznej jest ustanowienie zasad ułatwiających dostęp obywatelom wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej do bezpiecznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości w obszarze Unii, poza krajem pochodzenia pacjenta. Prawodawstwo Unii Europejskiej nie nakłada na państwa członkowskie obowiązku wprowadzenia możliwości uzyskania przez pacjenta zwrotu kosztów leczenia w kraju jego pochodzenia. Każde państwo członkowskie może swobodnie ustalić system finansowania świadczeń udzielanych na jego terytorium.

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce odbywa się na podstawie umowy zawartej pomiędzy podmiotem leczniczym, a Narodowym Funduszem Zdrowia. Takie rozwiązanie pozwala Narodowemu Funduszowi Zdrowia na **koordynację i kontrolę** całego procesu udzielania tych świadczeń. W przypadku gdy podmiot leczniczy wykonuje powyższą umowę niezgodnie z jej

---

<sup>1</sup> Art. 42b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.).

postanowieniami, Narodowy Fundusz Zdrowia może podjąć odpowiednie działania, które mają na celu eliminację nieprawidłowości.

Podmiot leczniczy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy **w stanie nagłym**<sup>2</sup>. Stan nagły u pacjenta **nie może powodować żadnej zwłoki w udzieleniu mu świadczenia zdrowotnego**, w tym w szczególności w wyniku żądania od niego opłaty (wynagrodzenia) za udzielenie takiego świadczenia. Niezasadnym jest więc propozycja, aby pacjent mógł ubiegać się o zwrot kosztów leczenia przeprowadzonego w okresie, w którym jego stan zdrowia wymagał niezwłocznych czynności medycznych. Koszty te bowiem są pokrywane w całości przez podmiot leczniczy, który może następnie żądać ich zwrotu od Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania. Podmiot leczniczy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia **ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej** oraz informuje pacjenta w wybrany przez siebie sposób o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia tego świadczenia.<sup>3</sup> Pacjenta, który nie jest w stanie nagłym kwalifikuje się jako „przypadek pilny” bądź jako „stabilny”. W przypadku świadczeń szpitalnych kwalifikacja pacjenta odbywa się w podmiocie, w którym udziela się takich świadczeń. **Pacjent wpisany na listę oczekujących** pozostaje pod opieką podmiot leczniczego. W sytuacji pogorszenia się jego stanu zdrowia powinien poinformować o tym podmiot leczniczy, który ma obowiązek ustalić, czy pacjent wymaga udzielenia świadczenia zdrowotnego we wcześniejszym terminie. **Powyższe jest elementem prawa pacjenta do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.**<sup>4</sup> **Ma to na celu zapewnienie pacjentowi niedyskryminacyjnych zasad dostępu do świadczeń zdrowotnych.**

Ponadto, proponowana przez Pana zmiana **doprowadziłyby do nierównego traktowania pacjentów z uwagi na status materialny**. Pacjenci, których stać by było na opłaceniu świadczeń w podmiocie prywatnym, znaleźli by się w korzystniejszej sytuacji, niż ci, których nie stać i muszą oczekiwać w kolejce. Następnie, osoby korzystające ze świadczeń w trybie komercyjnym, zwracałyby się o zwrot opłat do Narodowego Funduszu Zdrowia, a pozostali pacjenci nadal oczekiwali na świadczenia.

Reasumując, w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta niezasadna jest zmiana przepisów prawa związana z implementacją prawa Unii Europejskiej polegająca na zapewnieniu pacjentom możliwość ubiegania się o refinansowanie kosztów leczenia prywatnego w Polsce. Obecnie obowiązujące przepisy prawa zapewniają pacjentowi równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Okoliczność, iż pacjenci mogą ubiegać się o zwrot kosztów leczenia za granicą nie może

---

<sup>2</sup> art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>3</sup> Art. 20 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>4</sup> Art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.).

stanowić o tym, że przepisy krajowe stanowią przejaw dyskryminacji korzystających ze świadczeń na terenie kraju.

Z poważaniem

*Jarosław Fiks*

Dyrektor Generalny

*Podpisano elektronicznie*

**Załącznik:** klauzula informacyjna.

