

## Za granicą wyleczymy się na koszt NFZ

Kategoria: Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego

Opublikowano: sobota, 19, październik 2013 00:00

Grzegorz P. Kubalski

Odsłony: 1333

---

W celu realizacji zasady swobodnego przepływu usług na terytorium Unii Europejskiej w sferze opieki zdrowotnej dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej przewidziała możliwość uzyskania przez każdego pacjenta zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych uzyskanych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej od publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, któremu dana osoba podlega. Choć dyrektywa miała być wdrożona do dnia 25 października 2013 roku, to dopiero teraz projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw został skierowany do zaopiniowania przez Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Projekt przyjmuje (bo innego wyjścia nie ma), że pacjent podlegający polskiemu systemowi ubezpieczenia zdrowotnego będzie mógł otrzymać zwrot poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych uzyskanych w innym państwie członkowskim, według stawek stosowanych przez NFZ – bez potrzeby występowania o uzyskanie uprzedniej zgody na skorzystanie ze świadczeń za granicą, o ile świadczenie to jest objęte koszykiem świadczeń gwarantowanych. Świadczeniodawca będzie jednak musiał przed skorzystaniem ze świadczenia uzyskać odpowiednie skierowanie albo zlecenie na transport sanitarny. Zgoda będzie wymagana w odniesieniu do niektórych świadczeń – określonych rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wysokość należnego zwrotu będzie wynosiła, co do zasady, odpowiednio:

- kwocie finansowania danego świadczenia stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami – w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem wysokospecjalistycznych,
- kwocie finansowania z budżetu państwa – w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych,
- kwocie refundacji, którą otrzymuje apteka – w przypadku zakupu leków,
- kwocie finansowania ze środków publicznych – w przypadku wyrobów medycznych jednak nie więcej niż wydatki rzeczywiście poniesione.

Zwrot kosztów będzie dokonywany na pisemny wniosek świadczeniobiorcy, przez właściwy oddział wojewódzki Funduszu na podstawie decyzji administracyjnej dyrektora tego oddziału. Wniosek będzie musiał być złożony w sześciomiesięcznym terminie zawitym liczonym od dnia wystawienia rachunku za świadczenia objęte wnioskiem.

Projekt przewiduje wprowadzenie reguły ostrożnościowej, która ma pozwolić na uniknięcie nadmiernego obciążenia płatnika z tytułu zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Corocznie ustalana będzie maksymalna kwota wydatków Funduszu na ten cel – po jej osiągnięciu Fundusz będzie zawieszać wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca roku. Wypłaty zawieszane w danym roku będą realizowane w pierwszej kolejności ze środków przewidzianych w następnym roku na finansowanie świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej.