



Warszawa, 11.03.2013 r.

Do: **Bartosz Arłukowicz**
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających - po dokonaniu analizy założeń do 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 konsultacji społecznych w dniu 8 lutego 2013 r. - niniejszym zgłasza uwagi do przedstawionego projektu i zwraca się o ich uwzględnienie.

Dokonując analizy przedstawionych założeń należy mieć na uwadze rzeczywiste intencje mające wyraz 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.**

W naszej opinii część rozwiązań przedstawionych w omawianym projekcie założeń różni się z określonym wyżej zamysłem ustawodawcy wspólnotowego, będącego jednocześnie celem uchwalonej Dyrektywy 2011/24. W związku z powyższym zgłaszamy następujące uwagi do założeń projektu ustawy:

Trudne do zaakceptowania jest podejście, że dla leków otrzymywanych w ramach programów lekowych – nie ma możliwości uzyskania refundacji takich świadczeń w ramach transgranicznej pomocy medycznej.

Podobnie jak nierzeczywiste wydaje się warunkowanie uzyskania refundacji porady specjalistycznej od posiadania skierowania od lekarza POZ.

Takie rozwiązania formalne i organizacyjne są specyficzne dla naszego systemu opieki zdrowotnej. Trudno oczekiwać podobnej maszyny biurokratycznej, procedur czy wymagań formalnych co w NFZ od innych europejskich systemów zdrowotnych. Ponadto dopuszcza się realizację świadczenia w UE również przez podmioty komercyjne, więc nie jest racjonalne warunkowanie refundacji posiadaniem skierowania.

Należy w naszej opinii traktować prawa nabywane ustawą funkcjonalnie, przez co rozumiemy transponowanie dyrektywy aby w przypadku gdy lek lub procedura medyczna jest finansowana z środków publicznych w kraju (na jakichkolwiek zasadach formalnych) to

chory miał również prawo skorzystać i mieć zrefundowane takie świadczenie w krajach EU, na zasadach i zgodnie z procedurami specyficznymi dla rozwiązań danego kraju.

Nie do przyjęcia jest w związku z tym przedstawiona w projekcie koncepcja, iż świadczeniem gwarantowanym jest udział chorego w programie lekowym a nie otrzymanie leczenia.

Wnoskujemy o usunięcie ograniczenia wyłączonego z refundacji świadczenia uzyskiwane w kraju w programach lekowych.

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.”

Przedstawione założenia 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.

Wnoskujemy o respektowanie zapisów dyrektywy i wskazanie spójnych w całym kraju, przejrzystych zasad obliczania kosztów np. w oparciu o średni – całkowity koszt danej procedury sfinansowanej w Polsce.

Nasze obawy budzi wskazane kryterium gospodarności oraz celowości przy wydatkowaniu środków publicznych zgodnie z którym Minister Zdrowia będzie rozpatrywać i realizować wnioski o zwrot kosztów leczenia poniesionych w innym kraju członkowskim. Tak ogólne kryterium nie jest dopuszczone w dyrektywie, zaprzecza również ideę, aby kryteria były obiektywne, mierzalne i pozbawione uznaniowości.

Wnoskujemy o wskazanie obiektywnych kryteriów do rozstrzygnięcia o zgodach na zwrot kosztów leczenia i wskazanie ścieżki odwoławczej od powyższej decyzji lub rezygnację z sfinansowania listy procedur wymagających zgody.

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. Powyższa regulacja jest niezgodna z dyrektywą gdyż art. 8 ust. 6 kryterium takiego nie przewiduje. Warto również zauważyć, iż obecnie w Polsce nie istnieją żadne przejrzyste mechanizmy, pozwalające określić maksymalny dopuszczalny czas oczekiwania na dane świadczenie.

W związku z powyższym postulujemy pominięcie powyższej okoliczności uzasadniającej odmowę wyrażenia uprzedniej zgody na leczenie w innym kraju członkowskim.

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 postulujemy zapewnienie na poziomie ustawy konieczności uzgodnienia szczegółowych przepisów wykonawczych z organizacjami zrzeszającymi chorych, oraz zapewnienia (wbudowania w uregulowania) realnych mechanizmów społecznego nadzoru nad właściwą realizacją ustawy. Na dziś w wielu obszarach obserwujemy bowiem tendencje odwrotne – systematycznej eliminacji nadzoru społecznego, unikania dialogu i lekceważenia głosu pacjentów. Powyższy postulat mógłby zostać zrealizowany przez ustawowe zagwarantowanie udziału Stowarzyszeń zrzeszających pacjentów w ciałach koordynujących i monitorujących system opieki zdrowotnej.

Zwracamy się o uwzględnienie naszej opinii w przedstawionym do konsultacji projekcie i deklarujemy zainteresowanie dalszym dialogiem mającym na celu pozytywne zmiany w systemie opieki zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku,



Krzysztof Kucharski
Prezes Stowarzyszenia Chorych na ZZSK
i Osób Ich Wspierających.