

Sabotaż dyrektywy transgranicznej



© Illustration Works/Corbis

Kij w szprychach

Rząd, NFZ i Ministerstwo Zdrowia stają na rzęsach, by polscy pacjenci nie mogli skorzystać z pełni dobrodziejstw, jakie daje im europejska dyrektywa transgraniczna. Mnożą się utrudnienia, dodatkowe warunki, wręcz szykany. Czy to próba sabotażu dyrektywy? Czy coś za to grozi? Prezentujemy komentarz prawny Edyty Barteli.

15 listopada 2014 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw implementująca dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE w sprawach stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Celem tej ustawy – zgodnie z art. 42a – jest finansowanie przez NFZ kosztów świadczeń opieki zdrowotnej będących świadczeniami gwarantowanymi, a udzielanych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie decyzji wydanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego albo prezesa NFZ.

Co nie gra w polskich przepisach

Na pierwszy rzut oka idea wprowadzenia tejże zmiany wydaje się korzystna i długo oczekiwana przez pacjentów. Kto bowiem nie chciałby się leczyć za granicą, gdy koszty tej terapii pokryje NFZ ze składki na ubezpieczenie? Przyglądając się zmianie bliżej, można jednak dostrzec wiele jej mankamentów.

Przede wszystkim systematyka rozdziału 2a wprowadzonego do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pozostawia wiele do życzenia. Nie ułatwia bowiem zrozumienia przepisów prawa dzielenie artykułów na dwadzieścia pięć ustępów, punktów czy podpunktów. Wracając

jednak do bardziej merytorycznych uwag, należy zauważyć, że art. 42c wskazanej ustawy precyzuje, iż NFZ wprawdzie dokonuje zwrotu kosztów, ale tylko do wysokości odpowiadającej kwocie finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to w rzeczywistości często tylko częściowy zwrot poniesionych kosztów. Niejednokrotnie świadczenia udzielane przez inne kraje UE są po prostu droższe niż w Polsce.

Dodatkowo w ustawie znajduje się zastrzeżenie, że zwrot kosztów nie może przekraczać wydatków rzeczywiście poniesionych przez świadczeniobiorcę z tytułu uzyskania danego świadczenia, co w tym wypadku wydaje się jednak zasadne, bo uniemożliwia bezpodstawne wzbogacenie się wnioskodawcy. Co ważne, zwrotu kosztów dokonuje się w walucie polskiej, przy czym nie zapisano w ustawie, według kursu z jakiego dnia Fundusz powinien dokonać przeliczenia, co również może oznaczać, że z powodu wahań kursowych w różnych województwach praktyka ustalenia tej daty będzie odmienna, co z pewnością nie sprzyja pacjentom.

Dodatkowe obostrzenia

Kolejnym wymogiem stawianym wnioskodawcy przez ustawę jest złożenie wniosku w odpowiedniej formie i odpowiednim terminie. Pod rygorem odrzucenia powinien on zostać złożony do 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy. Ponadto ustawa nakazuje, że w razie gdy dokumenty dołączone do wniosku sporządzone są w języku obcym, należy przedłożyć również ich tłumaczenie przysięgłe. Ustawodawca nie doprecyzował kwestii kosztów z tym związanych, a zatem należy uznać, że koszt takiego tłumaczenia spoczywa również na wnioskodawcy – pacjencie.

Dalej w art. 42d ust. 2 ustawy zawarte są enumeratywnie wskazane przyczyny wydania przez dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ decyzji o odmowie zwrotu kosztów. Teoretycznie zatem w razie niespełnienia którejkolwiek z przesłanek tam wymienionych wnioskodawca powinien uzyskać decyzję pozytywną. Postanowienie powyższe, dość czytelne, nie jest jednak precyzyjne i często może się okazać, że tożsama przesłanka będzie odmiennie interpretowana w innym województwie.

Kolejnym utrudnieniem wprowadzonym przez ustawodawcę jest art. 42f ust. 4 pkt 2 lit. h ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakładający na lekarza wypełniającego część wniosku (w zakresie przeznaczonym do wypełnienia przez personel medyczny) obowiązek określenia dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek. W razie braku takich danych,

zgodnie z treścią art. 42f ust. 2 pkt 2 ustawy, dyrektor wojewódzkiego oddziału Funduszu może odmówić wydania zgody na zwrot kosztów. Powyższe oznacza, że lekarze muszą niejako przewidzieć skutki prognozy oraz kierunek postępu choroby, czego po prostu często nie da się ocenić. Trudno bowiem oczekiwać od lekarza, aby wiedział, jak rozwinie się choroba u konkretnego pacjenta oraz jak zadziała na niego terapia.

Odnosząc się natomiast do techniki wypełniania wniosków, należy zauważyć, że ustawa wymaga, aby wniosek wypełnił lekarz ubezpieczenia zdrowotnego posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycz-

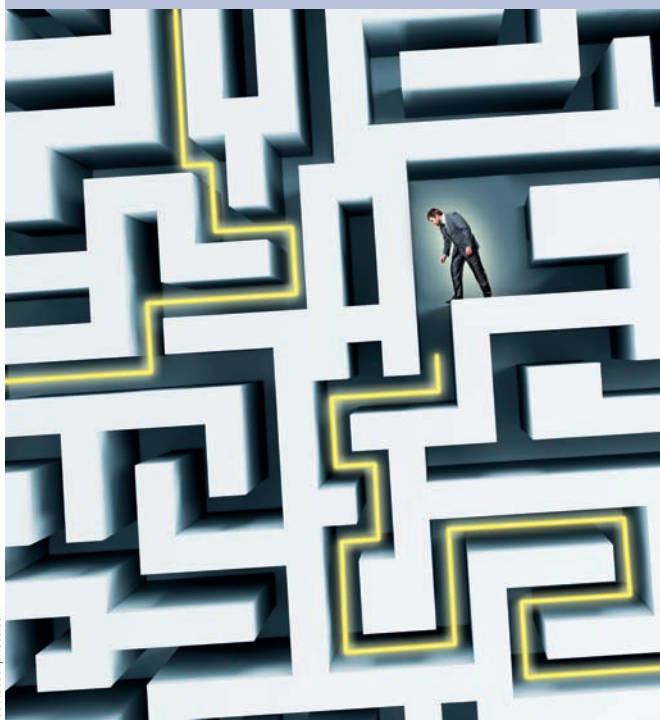
” W ustawie znalazło się postanowienie, że jeśli koszty zadań związanych z realizacją wniosków w danym roku osiągną kwotę limitu, NFZ zawiesza wypłatę zwrotu kosztów do końca roku kalendarzowego ”

nych. Na wniosku musi się również znaleźć rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego stanowiącego przyczynę złożenia wniosku oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, a także prognoza prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby. Na szczęście – dla pacjentów – wniosek taki może zostać złożony nie tylko przez wnioskodawcę, lecz także przez działające na rzecz niego osoby bliskie, pozostające we wspólnym pożyciu lub posiadające stosowne upoważnienie. Ustawodawca dostrzegł zatem, że ze względu na swój stan zdrowia wnioskodawca często nie będzie mógł samodzielnie uczynić zadość rygorystycznym wymogom formalnym ustawy.

Kodeks

Wniosek do dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu składa się w trybie kodeksu postępowania administracyjnego, co potwierdza ustawa, wprost wskazując, że organ wydaje decyzję administracyjną. Oznacza to, że wszelkie uprawnienia stron (z korzyścią dla nich) zawarte w procedurze administracyjnej (m.in. prawo do należytego i wyczerpującego informowania strony

„Nieliczne plusy regulacji przesłaniają liczne utrudnienia i skomplikowany charakter wprowadzonej procedury”



Fot. iStockphoto.com

„NFZ może zawiesić wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca roku kalendarzowego. Obowiązuje zatem zasada: kto pierwszy, ten lepszy”

o przebiegu postępowania, obowiązek zapewnienia czynnego udziału stronie w postępowaniu, obowiązek działania w sposób budzący zaufanie do władzy publicznej czy też obowiązek wyjaśniania stronom zasadności przesłanek i odpowiedniego ich zastosowania oraz zasada szybkości postępowania) będą aktualne w toku postępowania wywołanego wniesionym wnioskiem. Zgodnie z art. 42f ust. 7 ustawy odwołanie od decyzji wydanej przez dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu przysługuje prezesowi NFZ, który również jest organem merytorycznie rozpoznającym sprawę. Przy rozpatrywaniu wniosku – jak nakazuje ustawa – na-

leży uwzględnić pilność danego przypadku: aktualny stan zdrowia świadczeniobiorcy, stopień odczuwanych dolegliwości lub charakter niepełnosprawności, historię choroby i przewidywany jej rozwój. Nijak nie koresponduje to z postanowieniem, że wypłaty przez Fundusz dokonuje się do 31 stycznia roku następnego, w którym złożono wnioski. Może się zatem okazać, że pacjent na zwrot kosztów będzie oczekiwać niemal rok.

Niestety w ustawie znalazło się również postanowienie art. 42h ust. 1, który stanowi, że w wypadku gdy koszty zadań związanych z realizacją wniosków w danym roku kalendarzowym osiągną kwotę limitu – rezerwy – NFZ zawiesza wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca roku kalendarzowego. Obowiązuje zatem zasada: kto pierwszy, ten lepszy.

Obok celu

Mając na uwadze powyższe, po bliższym przeanalizowaniu przepisów prawa, które miały rozszerzyć rynek usług świadczeń zdrowotnych o kraje należące do Unii Europejskiej i jednocześnie przyczynić się do rozładowania kolejek oczekujących pacjentów, należy uznać, że choć cel przyświecający ustawodawcy (przede wszystkim unijnemu) jest zapewne szczytny, to sposób wprowadzenia tejże regulacji do porządku krajowego co najmniej budzi zastrzeżenia. Nieliczne plusy tej regulacji przesłaniają liczne utrudnienia i skomplikowany charakter wprowadzonej procedury. Nie ma również zasad udzielania przez Fundusz uprzedniej zgody na leczenie poza granicami Polski czy też zasad rozpatrywania odwołania od decyzji, a także sposobu udostępniania dokumentacji medycznej, co nasuwa myśl, że instytucje te będą iluzoryczne. Dodatkowo zastrzeżenia budzi możliwość wydania przez Fundusz decyzji odmownej dotyczącej zwrotu kosztów, gdy świadczenie może zostać udzielone w kraju przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielenie świadczeń zdrowotnych w terminie nieprzekraczającym maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenie opieki zdrowotnej w kraju świadczeniobiorcy. Tak sformułowana regulacja nie odzwierciedla implementowanej dyrektywy (art. 8 ust. 6 pkt d), w której wprost wskazano, że odmowa wydania uprzedniej zgody będzie dopuszczalna m.in. w wypadku, gdy świadczenie objęte wnioskiem może zostać udzielone w kraju przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w terminie nieprzekraczającym maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania w konkretnym przypadku, przy uwzględnieniu stanu zdrowia pacjenta oraz przewidywanego rozwoju choroby. Ta dość istotna dla pacjentów okoliczność warunkująca zasadność przyznanego zwrotu kosztów została pominięta przez polskiego ustawodawcę.

Edyta Bartela

Autorka jest ekspertem w Kancelarii Mariusz Wolski w Łodzi.