

Leczenie w UE – kto płaci?

Marcelina Sosnowska-Rudnik

Kwestię zwracania przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) kosztów leczenia za granicą na terenie Unii Europejskiej reguluje ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W sytuacjach nagłych pacjenci uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mogą korzystać z takich świadczeń w innym kraju UE lub w Norwegii, Szwajcarii, Islandii, Lichtensteinie. Pacjent otrzymuje wówczas wszystkie świadczenia, które są niezbędne ze względu na stan jego zdrowia, i nie musi otrzymywać na ich przeprowadzenie uprzedniej zgody żadnego polskiego urzędu. Niezbędne jest jednak okazanie przez pacjenta, w momencie udzielania takiego świadczenia, ważnej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (wyrabianej w Polsce przez NFZ).

Na zasadach określonych w przepisach pacjenci uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mogą również korzystać z planowego leczenia za granicą w ramach tzw. transgranicznej opieki zdrowotnej. Polega to na tym, że – o ile zostaną spełnione określone warunki – pacjent może otrzymać świadczenie opieki zdrowotnej w innym kraju UE, a za jego udzielenie zapłaci w ostatecznym rozrachunku NFZ.

Pacjent co do zasady nie ma obowiązku informowania NFZ o tym, że planuje leczenie za granicą. Istnieją jednak przypadki, w których jeszcze przed rozpoczęciem takiego leczenia pacjent musi uzyskać wcześniejszą zgodę NFZ, aby następnie móc domagać się zwrotu



Aby koszt świadczenia udzielanego za granicą został zwrócony, musi ono należeć do koszyka świadczeń gwarantowanych.

kosztów (są to na przykład świadczenia opieki zdrowotnej wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego; badania genetyczne).

Jednym z warunków otrzymania zwrotu kosztów planowego leczenia za granicą jest uzyskanie przez pacjenta odpowiedniego skierowania (wystawionego przez lekarza z dowolnego kraju UE) lub zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego.

Kolejnym warunkiem jest to, aby świadczenie udzielane za granicą należało do

tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych przez NFZ w Polsce. Zakres owego koszyka został określony we wspomnianej ustawie oraz kilku rozporządzeniach Ministra Zdrowia i są to m.in. świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (np. USG płodu, sztuczna inseminacja), leczenia szpitalnego (np. poród samoistny, cesarskie cięcie), świadczeń wysokospecjalistycznych, programów zdrowotnych (np. program badań prenatalnych).

Zgodnie z procedurą to pacjent pokrywa koszty planowego leczenia zagranicznego, a następnie otrzymuje ich zwrot z NFZ, ale tylko do wysokości, w jakiej udzielone świadczenie jest refundowane w Polsce.

Aby móc domagać się zwrotu kosztów, pacjent musi przedstawić rachunek za przeprowadzone leczenie oraz potwierdzenie jego zapłaty, a także złożyć stosowny wniosek do NFZ. Czas na złożenie wniosku to 6 miesięcy, licząc od daty wystawienia rachunku za leczenie. Wniosek (istnieje jego urzędowy wzór) składa się do właściwego wojewódzkiego oddziału NFZ (co do zasady jest to oddział właściwy dla miejsca zamieszkania wnioskodawcy). Czas oczekiwania na wydanie decyzji o zwrocie kosztów jest różny i zależy od konkretnego przypadku, zazwyczaj jest to od 30 do 60 dni, ale w niektórych przypadkach proces może trwać nawet 6 miesięcy.

Należy także zauważyć, że istnieje grupa świadczeń, za których przeprowadzenie za granicą pacjent nie otrzyma zwrotu kosztów i są to m.in. szczepienia ochronne czy długoterminowa opieka. ■

Marcelina Sosnowska-Rudnik – adwokat.
Wspólnik w kancelarii SWKS.