

Jak starać się o bezpłatne świadczenia zdrowotne w innych państwach Unii?

Polscy pacjenci mogą ubiegać się o wyjazd na planowe leczenie do zachodnich klinik i szpitali. Aby leczenie było bezpłatne, niezbędne jest jednak uzyskanie zgody prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Od 1 stycznia 2008 roku zgodę na przeprowadzenie planowego leczenia za granicą, czyli na terenie innego państwa, wydaje wyłącznie prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Wcześniej taką zgodę wyrażał również minister zdrowia.

Prezes NFZ może wydać zgodę na przeprowadzenie leczenia za granicą tylko w dwóch przypadkach:

- jeżeli dane świadczenie w ogóle nie jest wykonywane w Polsce albo
- gdy jest one udzielane w polskich szpitalach, ale czas oczekiwania na nie jest zbyt długi dla konkretnego pacjenta (np. jego stan zdrowia ulega pogorszeniu, a nie ma możliwości przyspieszenia wyznaczonego terminu operacji).

Potrzebny druk E112

Zaświadczeniem uprawniającym do uzyskania w innym państwie leczenia lub badań diagnostycznych jest formularz E112. Jego uzyskanie jest jednoznaczne z wyrażeniem przez prezesa NFZ zgody na przeprowadzenie planowego leczenia za granicą. Są dwie drogi uzyskiwania formularza E112. Wybór jednej z nich jest uzależniony od tego, czy osoba składająca wniosek o jego wydanie aktualnie przebywa na terytorium Polski czy też na obszarze innego państwa członkowskiego (o ile druk E112 nie mógł być wystawiony przed wyjazdem z przyczyn niezależnych od chorego). Warto pamiętać, że wniosek o leczenie lub przeprowadzenie badań diagnostycznych poza granicami kraju powinien być wypełniony drukowanymi literami.

Pacjent mieszka w Polsce

Starający się o zgodę na leczenie za granicą pacjent wypełnia tylko I część wniosku. Następnie przekazuje ją lekarzowi sprawującemu nad nim opiekę. Lekarz ten musi być specjalistą właściwej dziedziny medycyny i posiadać tytuł naukowy profesora lub doktora habilitowanego. Do niego należy wypełnienie II i III części wniosku, w którym:

- potwierdza konieczność niezwłocznego przeprowadzenia leczenia,
- opisuje aktualny stan zdrowia chorego i przewidywalny dalszy przebieg choroby,
- określa czas oczekiwania uzyskania niezbędnego leczenia w kraju,
- wskazuje zagraniczną placówkę medyczną, gdzie konkretny zabieg powinien być przeprowadzony.

Część wniosku (III) wypełniona przez lekarza musi być przetłumaczona na język angielski lub na język urzędowy państwa, w którym pacjent ma skorzystać z określonego świadczenia medycznego. Należy pamiętać, aby zostało to zrobione przez tłumacza przysięgłego. Do wniosku należy dołączyć wstępny kosztorys leczenia. Następnie wniosek wraz z jego tłumaczeniem oraz kopią dokumentacji medycznej jest

przekazywany do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wniosek ocenia Fundusz

Po otrzymaniu dokumentacji fundusz ma obowiązek jej niezwłocznego sprawdzenia. Jeżeli będą w niej jakieś nieprawidłowości lub braki (np. odpowiednia część wniosku nie została przetłumaczona, lekarz zapomniał uzasadnić wybór placówki medycznej, w której zabieg może być wykonany) otrzymaną dokumentację NFZ odeśle z powrotem do lekarza w celu jej uzupełnienia.

Fundusz może zwrócić się także do konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny z prośbą o zaopiniowanie wniosku. Może on np. wskazać inną zagraniczną placówkę medyczną, w której ma być przeprowadzony zabieg. Brak opinii konsultanta wojewódzkiego nie wstrzymuje rozpatrywania wniosku.

Oddział NFZ ma trzy dni na przekazanie wniosku do prezesa Funduszu. Ten natomiast w ciągu pięciu dni wydaje (lub nie) zgodę na przeprowadzenie leczenia poza granicami Polski. Jeżeli odpowiedź prezesa jest pozytywna, to właściwy oddział Funduszu wypełnia i poświadcza to na dwóch egzemplarzach druku E112. Jeden trafia do pacjenta, którego sprawa dotyczy. O decyzji prezesa jest także informowany lekarz wypełniający wniosek.

Również w przypadku braku zgody na wyjazd informacja o tym jest przekazywana przez NFZ osobie, która złożyła wniosek, oraz lekarzowi.

Pacjent już jest w Unii

Obywatel polski, który w chwili ubiegania się o zgodę na przeprowadzenie planowego leczenia znajduje się już na terenie Unii, składa wniosek o wydanie formularza E112 do wybranego przez siebie oddziału NFZ. Do wniosku powinien dołączyć kopię dokumentacji medycznej przygotowaną przez zagraniczną placówkę medyczną, w której ma być leczony. Powinny się w niej znaleźć takie informacje, jak:

- szczegółowe rozpoznanie kliniczne,
- aktualny stan zdrowia pacjenta,
- przewidywalny rozwój choroby,
- zakładany okres i zakres leczenia,
- wstępny kosztorys.

Wybrany przez wnioskodawcę oddział Funduszu dokonuje oceny wniosku. Jeżeli nie ma do niego żadnych zastrzeżeń, wniosek wraz z dokumentacją medyczną jest przekazywany do konsultanta wojewódzkiego.

Następnie wniosek trafia do prezesa NFZ. Ten ma pięć dni na wydanie decyzji (pozytywnej lub negatywnej) o przeprowadzeniu leczenia poza granicami kraju. Jeżeli prezes pozytywnie opiniuje wniosek, to oddział Funduszu poświadcza to na dwóch egzemplarzach E112 (jeden trafia do pacjenta) oraz informuje o wydanej zgodzie zagraniczną placówkę, w której chory ma być leczony.

Transport też bezpłatny

Od tego roku pacjent, który ma zgodę prezesa Funduszu na leczenie w innym państwie, może również starać się o pokrycie przez NFZ kosztów transportu sanitarnego. Dotychczas koszty te pacjent pokrywał we własnym zakresie. Należy jednak pamiętać, że wykorzystany zostanie najtańszy środek transportu dostosowany do stanu zdrowia pacjenta.

Aby koszty transportu zostały pokryte przez Fundusz, pacjent musi złożyć wniosek do dyrektora regionalnego oddziału NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Do wniosku należy dołączyć dokumentację zawierającą:

- szczegółowe rozpoznanie kliniczne,
- opis aktualnego stanu zdrowia pacjenta,
- prawdopodobny zakres i czas trwania leczenia,
- wstępny kosztorys leczenia,
- wskazanie dopuszczalnego środka transportu sanitarnego.

Dyrektor oddziału NFZ ma trzy dni na wydanie decyzji o pokryciu kosztów transportu za granicę.

Czasami dodatkowe opłaty

Pacjent ponosi jednak wydatki związane z udzielonym mu świadczeniem zdrowotnym w takim zakresie, jak osoba ubezpieczona w kraju, do którego przyjechał na kurację. Jeżeli np. w państwie tym jest pobierana opłata za każdy dzień pobytu w szpitalu, to także polski pacjent musi ją zapłacić. Dopłaty różnego rodzaju do leczenia (np. za leki, dodatkowe badania, koszt wyżywienia) funkcjonują w większości krajów UE. Te wydatki obciążają bezpośrednio kieszeń pacjenta i nie są zwracane przez NFZ.

Pacjent skierowany na leczenie poza granicami kraju we własnym zakresie pokrywa także koszty:

- wystawienia paszportu i wizy,
- pobytu pozaszpitalnego pacjenta i jego opiekuna.

Ważne!

Udając się do innego państwa UE lub EOG na planowe leczenie, pacjent musi zabrać ze sobą oryginał formularza E112 wraz z tłumaczeniem jego III części. W przypadku zaginięcia lub uszkodzenia tego druku należy niezwłocznie skontaktować się w oddziałem NFZ. Zostanie wystawiony duplikat formularza

ETS O PRAWIE ZWROTU KOSZTÓW LECZENIA

Orzeczenie z 28 kwietnia 1998 r. (sprawa C-120/95): Nicolas Decker przeciwko Kasie Chorych Pracowników Prywatnych na temat interpretacji artykułów 30 i 36 Traktatu Europejskiego - swobodny przepływ towarów. W tej sprawie Trybunał przyznał obywatelowi Luksemburga prawo do zwrotu kosztów świadczeń medycznych poniesionych na terytorium innego państwa członkowskiego Unii (Belgii), mimo że nie uzyskał on wcześniej od kasy chorych, w której był ubezpieczony, zgody na zakup

świadczeń za granicą. Zwrot kosztów odbył się na podstawie taryf państwa, w którym był on ubezpieczony, czyli Luksemburga.

ETS O UPRAWNIENIACH DO LECZENIA ZA GRANICĄ

Orzeczenie z 25 lutego 2003 r. (sprawa C-326/00): V. Ioannidis przeciwko IKA (Idryma Koinonikon Asfaliseon - Narodowa Służba Zdrowia w Grecji) na temat interpretacji artykułu 22¹ Rozporządzenia 1408/71. Pan Vasileios Ioannidis, emeryt grecki, wyjechał do RFN oficjalnie w odwiedziny do swojego syna i tam zgłosił się do szpitala z objawami nasilonej anginy pectoris, na którą chorował od dawna. W RFN wykonano zabieg operacyjny. Przed wyjazdem z Grecji pan Ioannidis pobrał formularz E111, uprawniający do rzeczowych świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym (jak w przypadku każdego wyjazdu turystycznego). Po zabiegu zwrócił się do niemieckiej kasy chorych o pokrycie kosztów leczenia, powołując się na uprawnienia wynikające z Rozporządzenia 1408/71. Kasa chorych odmówiła, twierdząc, że nie jest pewne, czy pan Ioannidis nie przybył do RFN z zamiarem uzyskania leczenia, a tym samym zażądała, by dostarczył on formularz E112, czyli promesę swojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego zezwalającą na leczenie planowe w Niemczech. IKA, grecki ubezpieczyciel pana Ioannidesa, odmówił, twierdząc, że choruje on na daną chorobę od dawna, a podobne leczenie mógłby uzyskać w Grecji. Ostatecznie pan Ioannidis pokrył koszty leczenia, a po powrocie do Grecji zażądał zwrotu tych kosztów od IKA. Sprawa trafiła do Trybunału, który przyznał panu Ioannidisowi prawo do odzyskania poniesionych kosztów, stwierdzając jednocześnie, że pan Ioannidis, jako emeryt posiada uprawnienia do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych za granicą własnego kraju na podstawie art. 31 Rozporządzenia 1408/71, co oznacza, że świadczenia mogą być wykonywane na koszt ubezpieczyciela nie tylko w przypadkach nagłych, które powstały niespodziewanie w trakcie jego pobytu za granicą, ale także w takich, które są skutkiem zaostrzenia stanów przewlekłych.

ETS O WYDANIU ZGODY NA LECZENIE W INNYM KRAJU UE

Orzeczenie z 12 lipca 2001 r. (sprawa C-368/98): Abdon Vanbrekel e.a. przeciwko Narodowemu Zjednoczeniu Chrześcijańskich Kas Ubezpieczeń Wzajemnych (Alliance nationale des mutualités chrétiennes - ANMC) na temat interpretacji artykułu 59 Traktatu Europejskiego (po modyfikacji art. 49 Traktatu Europejskiego) - swobodny przepływ usług. W sprawie Vanbreake belgijska kasa chorych odmówiła wydania zgody (wydania formularza E112) pani Descamps na operację ortopedyczną, która miała być wykonana we Francji, motywując, że prośba o wydanie zgody nie była wystarczająco umotywowana (nie była poparta opinią lekarza posiadającego stopień naukowy). Pomimo braku zgody na leczenie za granicą, pacjentka udała się do Francji i poddała się operacji, a następnie rozpoczęła starania o zwrot kosztów leczenia na drodze sądowej. Sąd belgijski uznał jej roszczenia o zwrot kosztów. Belgijska kasa chorych chciała dokonać zwrotu kosztów leczenia zgodnie z przedstawionymi rachunkami, tzn. według taryf obowiązujących we Francji, gdzie operacja była wykonana. Sprawa trafiła do Trybunału Europejskiego, który miał rozstrzygnąć, według jakiej taryfy miał nastąpić zwrot kosztów - francuskiej, czyli kraju, w którym była wykonana operacja, czy według taryfy obowiązującej w Belgii, w którym pacjentka była ubezpieczona. Należy zaznaczyć, że koszt operacji według taryf belgijskich był znacznie wyższy. Trybunał Europejski uznał, że zwrot kosztów ma nastąpić na podstawie cen obowiązujących w Belgii.

Podstawa prawna

- **Ustawa z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 166, poz. 1172).**
- **Rozporządzenie ministra zdrowia z 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. nr 249, poz. 1867).**