



Minister
Zdrowia



DLU.050.26.2024.AR
Warszawa, 24 czerwca 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację Pani Posel Kingi Gajewskiej z 10.06.2024 r. nr 3262 uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Na wstępie należy wskazać, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych posiadają osoby, które są do tych świadczeń uprawnione na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2024 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), zwanej dalej ustawą o świadczeniach, przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego a także umów międzynarodowych, które swoim zakresem przedmiotowym obejmują udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec powyższego podkreślenia wymaga, że posiadanie przez daną osobę obywatelstwa polskiego nie jest jednoznaczne z posiadaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Instytucją odpowiedzialną za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie ustawodawstwa polskiego jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – w przypadku, gdy zostały one udzielone na podstawie ustawy o świadczeniach albo przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, albo Minister Zdrowia – w przypadku, gdy zostały one udzielone na podstawie postanowień umów międzynarodowych.

Kwestie związane z dostępem do opieki medycznej oraz potwierdzaniem prawa do świadczeń osób znajdujących się w sytuacji transgranicznej na terytorium państw

członkowskich UE/EFTA regulują unijne przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego¹.

Zgodnie z art. 19 ust. 1 i art. 27 (obnoszącym się do emerytów i rencistów) rozporządzenia 883/2004 ubezpieczony i członkowie jego rodziny przebywający w innym Państwie Członkowskim niż państwo właściwe są uprawnieni do świadczeń rzeczowych, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie ich pobytu, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu. Świadczenia te udzielane są w imieniu instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa tak jak gdyby zainteresowane osoby były ubezpieczone na mocy wspomnianego ustawodawstwa.

Natomiast, zgodnie z art. 25 ust. 1 i 2 rozporządzenia 987/2009 do celów stosowania art. 19 rozporządzenia podstawowego ubezpieczony przedstawia świadczeniodawcy w państwie członkowskim, w którym ma miejsce pobytu, dokument wydany przez swoją instytucję właściwą, potwierdzający jego uprawnienie do świadczeń rzeczowych. Jeżeli ubezpieczony nie posiada takiego dokumentu, instytucja miejsca pobytu, na wniosek lub z innych koniecznych względów, występuje do instytucji właściwej o wystawienie tego dokumentu. Dokument ten potwierdza, że ubezpieczony jest uprawniony do świadczeń rzeczowych na warunkach przewidzianych w art. 19 rozporządzenia podstawowego na takich samych zasadach, jakie mają zastosowanie do ubezpieczonych na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego, w którym ma miejsce pobytu.

Z przytoczonych przepisów wynika, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w czasie pobytu w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA posiadają osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 2 i 67 ust. 4-7 ustawy o świadczeniach podlegające ustawodawstwu polskiemu, jako właściwemu. Są to:

- osoby objęte obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym,
- świadczeniobiorcy nieubezpieczeni, tzn. posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Polski obywatele państw członkowskich i cudzoziemcy, którzy uzyskali tu status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w celu połączenia się z rodziną, o którym mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, jeżeli spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z 30.04.2004 r. s. 1, z późn. zm.), zwane dalej rozporządzeniem 883/2004, oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009 r. s. 1, z późn. zm.), zwane dalej rozporządzeniem 87/2009

dysproporcji między udokumentowaną wysokością dochodu a faktyczną sytuacją majątkową, albo są osobami, które nie ukończyły 18. roku życia albo kobietami w ciąży, porodu i połogu, oraz

- osoby, które posiadają prawo do świadczeń mimo wygaśnięcia ubezpieczenia, m.in. w związku z pobieraniem zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, czy w okresie trwania postępowania o przyznanie emerytury lub renty w związku ze złożeniem wniosku o te świadczenia.

Dokumentami potwierdzającymi prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w czasie pobytu ww. osób w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA jest Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) albo Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ (Certyfikat). Osobom objętym polskim ustawodawstwem dokumenty te wydawane są na ich wniosek przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Dokumenty należy okazać bezpośrednio świadczeniodawcy w państwie, w którym ma miejsce leczenie. Potwierdzają one, że osoba, której dany dokument został wydany ma prawo do świadczeń zdrowotnych, które są udzielane w państwie pobytu, zgodnie z jego ustawodawstwem, a które stają się niezbędne ze wskazań medycznych, z myślą o zapobieżeniu przymusowemu powrotowi ubezpieczonego do właściwego państwa członkowskiego przed końcem planowanego pobytu w celu uzyskania niezbędnego leczenia.

Należy wskazać, że zarówno karta EKUZ jak i Certyfikat mogą zostać wydane również świadczeniobiorcy nieubezpieczonemu, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy o świadczeniach. Przepis ten stanowi podstawę prawną do udzielania świadczeń i ich finansowania ze środków publicznych głównie na rzecz osób w kryzysie bezdomności, czy będących w innej trudnej sytuacji życiowej. Dokumentem potwierdzającym prawo tych osób do świadczeń jest, zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach, decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy w Polsce. Decyzję wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, po przedłożeniu przez niego wymaganych dokumentów i przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego. Wójt (burmistrz, prezydent) właściwej gminy może wszcząć postępowanie w celu wydania decyzji również z urzędu lub na wniosek Funduszu. Kopię decyzji, w terminie 7 dni od dnia jej wydania, organ zobowiązany jest dostarczyć Funduszowi. Na podstawie decyzji prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez okres 90 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest dzień złożenia wniosku chyba, że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. W przypadku wydania decyzji z urzędu przez wójta (burmistrza, prezydenta) właściwej

gminy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje od dnia określonego w decyzji przez okres 90 dni.

Ponadto uprzejmie informuję, że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego nie przewidują możliwości transportu sanitarnego pacjenta z innego państwa członkowskiego UE/EFTA do Polski. Oznacza to, że koszt transportu pokrywa pacjent. Na podstawie polskich przepisów NFZ może jednak pokryć koszty transportu sanitarnego pacjenta, który jest uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Polsce do kraju w ramach tzw. transportu ekonomicznego.

Zgodnie z art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach w przypadku gdy taka osoba przebywa w szpitalu na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego UE/ EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, korzystając ze świadczeń udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, Prezes Funduszu wydaje, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju - najtańszym środkiem transportu możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy, gdy przewidywane koszty dalszego leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.

Prezes Funduszu wydaje wskazaną decyzję na wniosek świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania albo instytucji miejsca pobytu w innym państwie członkowskim UE/EFTA lub Zjednoczonym Królestwie. W decyzji Prezes Funduszu wskazuje świadczeniodawcę, posiadającego umowę z NFZ, który przeprowadzi dalsze leczenie w kraju. Ustalenie placówki, która przyjmie pacjenta w Polsce należy do kompetencji oddziału, który rozpatruje wniosek lub do rodziny pacjenta, która we własnym zakresie organizuje miejsce w szpitalu. Zgoda na pokrycie kosztów transportu jest wydawana przed jego wykonaniem i dotyczy sfinansowania całości kosztów. Podkreślić należy, że NFZ nie organizuje transportu, a jedynie go finansuje.

Jeżeli natomiast chodzi o zasady potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz obywateli polskich uregulowane w umowach międzynarodowych to w na wstępie należy wskazać, że obecnie umowy, które swoim zakresem przedmiotowym obejmują świadczenia opieki zdrowotnej, obowiązują w stosunkach między Polską a Albanią², Bośnią

² Art. 7 Porozumienia między Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej RP a Ministerstwem Zdrowia Republiki Albanii o współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia i nauk medycznych, podpisanego w Warszawie w dniu 4 września 1991 r.

Hercegowiną, Serbią i Czarnogórą³, a także z Macedonią⁴. Postanowienia wskazanych umów uprawniają obywateli polskich do świadczeń w przypadkach nagłego zachorowania i wypadku z tym że umowa z Macedonią ogranicza to prawo wyłącznie do tych osób, które przebywają tam w związku z wykonywaniem pracy. Tylko w umowie z Macedonią został uregulowany sformalizowany sposób potwierdzania przysługujących uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, pozostałe umowy przewidują udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadzie wzajemności obywatelom jednego państwa przebywającym na terenie drugiego państwa. Żadna z umów nie przewiduje możliwości organizacji i finansowania kosztów powrotnego transportu sanitarnego.

W odniesieniu do zasad współpracy z polskimi służbami konsularnymi uprzejmie informuję, że wszystkie państwa członkowskie objęte unijną koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego zobligowane zostały do powołania instytucji łącznikowej w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych. Od dnia przystąpienia Polski do Unii Europejskiej zadania instytucji łącznikowej, w odniesieniu do udostępniania informacji w zakresie zasad dostępu do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na terytorium Wspólnoty oraz rozliczania powstałych kosztów tych świadczeń, realizowane są przez Departament Współpracy Międzynarodowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (DWM). DWM pełni również funkcję Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy⁵. Jednym z zadań realizowanych przez DWM jest obowiązek przeprowadzania szkoleń przedwyjazdowych dla pracowników delegowanych na placówki dyplomatyczno – konsularne. Szkolenia dla osób desygnowanych do pracy w polskich placówkach dyplomatycznych są obowiązkowe. Zakres przedmiotowego szkolenia obejmuje w szczególności:

- omówienie zasad dostępu do świadczeń zdrowotnych i ich zakres w poszczególnych państwach UE/EFTA;
- omówienie zasad korzystania z dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń zdrowotnych (EKUZ, Certyfikat, S1, DA1, S2);
- omówienie zasad postępowania w przypadku zgłoszenia do konsulatu konieczności udzielenia pomocy medycznej polskiemu obywatelowi nieposiadającemu dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń;
- omówienie zasad zwrotu kosztów leczenia udzielonego odpłatnie;

³ Art. 7 umowy o ubezpieczeniu społecznym między Rządem PRL a Rządem Federacyjnej Ludowej Republiki Jugosławii, podpisanej w Warszawie z dnia 16 stycznia 1958 r.

⁴ Art. 10 umowy między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Macedonii o zabezpieczeniu społecznym, podpisanej w Warszawie dnia 6 kwietnia 2006 r. (Dz.U. z 2007 r., nr 229, poz. 1686)

⁵ Przepisy rozdziału 2a ustawy o świadczeniach implementujące postanowienia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 4.04.2011 r. s. 45–65)

- omówienie zasad transportu między państwami członkowskimi;
- omówienie dostępnych procedur wnioskowania o dokumenty uprawniające do świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami o koordynacji;
- wyjaśnienie wątpliwości i udzielenie odpowiedzi na ewentualne pytania.

Osobie delegowanej do pracy w placówce konsularnej przekazywane są również dane kontaktowe do DWM, z informacją o możliwości skorzystania ze wsparcia merytorycznego, w indywidualnych przypadkach budzących wątpliwości co do właściwej ścieżki postępowania.

z upoważnienia Ministra Zdrowia z wyrazami szacunku

Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/