

STANOWISKO Nr 105/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 4 grudnia 2025 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 31 października 2025 r. (znak: DLU.0210.12.2024/2025.KS) przedstawia następujące uwagi.

Samorząd lekarski popiera zaproponowany kierunek zmian dotyczący uproszczenia i doprecyzowania zasad refundacji kosztów leczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (UE) lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG). Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przychyli się do projektowanej zmiany w art. 42b ust. 10 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zmiana w art. 1 pkt 6 projektu ustawy), polegającej na zastąpieniu recepty transgranicznej receptą uprawniającą do refundacji leku nabytego przez świadczeniobiorcę w aptece działającej w innym państwie Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, na podstawie polskiej recepty uprawniającej do refundacji, a nie jak dotychczas jedynie na podstawie recepty będącej receptą transgraniczną. Powyższe umożliwi pacjentom uzyskanie zwrotu kosztów zakupu każdego leku podlegającego refundacji, co wyeliminuje istniejące obecnie nieuzasadnione uzależnienie zwrotu kosztów od dysponowania przez pacjenta receptą transgraniczną.

Na poparcie zasługuje również zmiana dostosowująca polskie regulacje dotyczące wydawania zgody na leczenie w innych państwach Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego, umożliwiającą świadczeniobiorcom uzyskanie zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej

w sytuacji, gdy nie złożyli oni stosownego wniosku o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej przed udaniem się na leczenie do innego państwa EOG lub UE, a leczenie to wynikało z pilnej konieczności ratowania życia lub zdrowia (projektowany art. 42d ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Objęcie zwrotem kosztów leczenia nagłych i nieprzewidzianych przypadków bez konieczności uprzedniego złożenia wniosku do Prezesa NFZ eliminuje wykluczenie z jakim dotychczas stykali się pacjenci, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji

zdrowotnej za granicami RP. Zmiana stanowi pożądane dostosowanie polskich regulacji do orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, szczególnie że przedstawiony projekt ustawy, równocześnie zakłada uchylene art. 42h, który przewiduje limit wydatków na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Zniesienie limitu wydatków na zwrot kosztów leczenia uznać należy za krok wspierający świadczeniobiorców. Pozytywnie należy również zaopiniować zaproponowaną w art. 1 pkt 7 lit. e) gwarancję szybszego procedowania zwrotu kosztów leczenia transgranicznego, który ma nastąpić w terminie 7 dni.

Wątpliwości samorządu lekarskiego budzi natomiast zmiana art. 42f ust. 5 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zaproponowana w art. 1 pkt 8 projektu ustawy), polegająca na dodaniu możliwości załączenia do wniosku o wydanie zgody Prezesa NFZ na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie UE lub EOG, odpowiedniej opinii lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim wraz z jej tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego. Przewidziany w projekcie wymóg przedstawienia tłumaczenia na język polski sporządzonego przez tłumacza przysięgłego, należy uznać za nadmiernie wygórowany. W powyższym kontekście należy zwrócić uwagę na art. 42d ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wprost wskazuje, że tłumaczenie dokumentacji załączanej do wniosku o zwrot kosztów leczenia nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

Należy również zwrócić uwagę na techniczną kwestię zapisu zmiany zaproponowanej w art. 1 pkt 13. Dodawany art. 47j ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje, że *Warunkami nadania statusu OECR są: 1) liczba i kwalifikacje personelu medycznego; 2) potencjał diagnostyczno-terapeutyczny; 3) liczba oraz rodzaj wykonywanych procedur medycznych; 4) liczba świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej; 5) liczba oraz rodzaj badań klinicznych lub naukowych*. Wymienione w sposób ogólny pięć warunków, jakie będą brane pod uwagę przy nadawaniu statusu OECR, stanowi bliżej niedookreślone wymagania, które zostaną dopiero doprecyzowane w drodze rozporządzenia wydawanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie delegacji przewidzianej w ustawie.

W związku z tym, brzmienie powyżej przytoczonego przepisu powinno zamiast słów „warunkami nadania statusu OECR są” powinno wskazywać, że „Przy nadawaniu statusu OECR bierze się pod uwagę”.

Doprecyzowania wymaga również dodawany art. 47k ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wskazuje, że *Minister właściwy do spraw zdrowia nadaje*

i odmawia nadania statusu OECR w drodze decyzji administracyjnej. Ogólną zasadą prawa administracyjnego jest, że stronami postępowania administracyjnego mogą być jedynie osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. Jak wskazuje dodawany art. 47j ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – OECR są komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego podmiotu leczniczego. Co do zasady osobowość prawną, która umożliwia bycie stroną postępowania administracyjnego, posiada podmiot leczniczy, natomiast zakład leczniczy, będący jego jednostką organizacyjną, jak i komórka organizacyjna funkcjonująca w strukturze zakładu – nie posiadają osobowości prawnej. W związku z tym, że komórka organizacyjna nie posiada zdolności bycia stroną postępowania administracyjnego, należy doprecyzować, że stroną postępowania o nadanie statusu OECR jest podmiot leczniczy, w ramach którego funkcjonuje OECR jako komórka organizacyjna zakładu leczniczego utworzonego w podmiocie leczniczym.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski