



Minister Zdrowia

DLU.704.366.2026.AR
Warszawa, 14 września 2026

Pan
Andrzej Sokołowski
Prezes Zarządu
Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Szanowny Panie Prezesie,

w odpowiedzi na pismo z dnia 27 lipca 2026 r. dot. propozycji zmiany zasad rozliczania kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W swoim piśmie proponuje Pan ograniczenie możliwości korzystania z mechanizmu zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej przewidzianego w dyrektywie 2011/24/UE¹ poprzez wyłączenie możliwości dokonywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia zwrotu kosztów leczenia na rachunki inne niż należące do świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych poza granicami Polski.

W tym kontekście warto zauważyć, że zmiana brzmienia art. 42d ust. 4 pkt 9 i 10 ustawy o świadczeniach² zawarta w projekcie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD428) ma na celu przede wszystkim dostosowanie terminologii do obowiązujących przepisów prawa (zmiana „rachunek bankowy” na „rachunek płatniczy”) oraz objęcie zakresem regulacji szerszej kategorii rachunków wykorzystywanych do dokonywania rozliczeń i przelewów. Projektowane rozwiązanie ma służyć w szczególności ułatwieniu uzyskiwania zwrotu kosztów osobom posiadającym rachunki prowadzone przez spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe.

Dodatkowo projektowana zmiana art. 42d ust. 4 pkt 10 ustawy o świadczeniach rozszerza katalog danych identyfikujących posiadacza rachunku o przypadki, w których rachunek należy do podmiotu niebędącego osobą fizyczną, poprzez wprowadzenie obowiązku wskazania jego nazwy oraz adresu. Celem tej zmiany jest doprecyzowanie zakresu

¹ Dyrektywa PE i Rady (WE) nr 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)

² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.)

wymaganych danych oraz zapewnienie możliwości prawidłowej identyfikacji wszystkich kategorii posiadaczy rachunków wykorzystywanych do dokonywania zwrotu kosztów.

Zmiany te mają charakter porządkujący i doprecyzowujący oraz co do zasady nie zmieniają istoty obowiązującego mechanizmu zwrotu kosztów. Warto również zauważyć, że możliwość dokonania zwrotu kosztów na rachunek inny niż rachunek należący do świadczeniobiorcy funkcjonuje w obowiązujących przepisach od wejścia w życie art. 42d ustawy o świadczeniach, tj. od 15 listopada 2014 r. W tym znaczeniu projektowana regulacja nie przewiduje zasadniczo nowego rozwiązania.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia istnieją argumenty przemawiające za tym, że przepisy dyrektywy 2011/24/UE nie wykluczają możliwości dokonywania zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na rachunek wskazany przez świadczeniobiorcę, należący do podmiotu trzeciego.

Przed wszystkim warto zauważyć, że dyrektywa 2011/24/UE nie zawiera wyraźnych regulacji odnoszących się do udziału podmiotów trzecich w organizacji procesu leczenia za granicą ani nie wskazuje wprost, że zwrot kosztów powinien następować wyłącznie na rachunek bankowy świadczeniobiorcy. Przepisy dyrektywy określają warunki uzyskania prawa do zwrotu kosztów, zakres świadczeń podlegających finansowaniu oraz maksymalny poziom refundacji, nie harmonizując natomiast krajowych zasad dotyczących technicznego sposobu wykonania świadczenia pieniężnego ani relacji prawnych pomiędzy pacjentem a podmiotami wspierającymi go w organizacji leczenia.

Należy również zauważyć, że podnoszony argument dotyczący wykształcenia się modelu biznesowego polegającego na finansowaniu leczenia przez wyspecjalizowane podmioty pośredniczące nie musi sam w sobie oznaczać, że model taki pozostaje niezgodny z celami dyrektywy. Z perspektywy pacjenta działalność takich podmiotów polega przede wszystkim na zapewnieniu wsparcia organizacyjnego lub logistycznego. W praktyce podmioty te mogą przyczyniać się do ułatwienia korzystania z praw przewidzianych w prawie Unii Europejskiej, zwłaszcza w sytuacjach, gdy samodzielna organizacja procesu leczenia za granicą byłaby dla pacjentów znacząco utrudniona.

Jednocześnie należy podkreślić, że z punktu widzenia Ministra Zdrowia kluczowe znaczenie mają bezpieczeństwo pacjenta oraz zapewnienie mu rzeczywistego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Jeżeli funkcjonujące na rynku podmioty prywatne oferują pacjentom pomoc w uzyskaniu świadczeń zdrowotnych, organizacji procesu leczenia czy kontaktach z zagranicznymi świadczeniodawcami, działalność taka może w określonych przypadkach stanowić istotne wsparcie w wykonywaniu przysługujących pacjentom praw.

Dyrektywa została przyjęta w celu umożliwienia pacjentom korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innych państwach członkowskich przy zachowaniu prawa do zwrotu kosztów w granicach przewidzianych przez państwo ubezpieczenia. W tym świetle mobilność pacjentów można postrzegać jako jeden z przewidywanych efektów funkcjonowania przyjętych rozwiązań.

Co istotne, wysokość środków podlegających refundacji pozostaje taka sama niezależnie od tego, czy zwrot następuje bezpośrednio na rachunek pacjenta, czy na rachunek wskazanego przez niego podmiotu. Nie zmienia się ani zakres świadczeń objętych finansowaniem, ani wartość świadczeń pokrywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z tego względu

trudno jednoznacznie przyjąć, że samo wskazanie innego odbiorcy płatności prowadzi do zwiększenia obciążeń po stronie publicznego płatnika.

Należy ponadto zwrócić uwagę, że dyrektywa przewiduje szereg instrumentów służących ochronie stabilności krajowych systemów ochrony zdrowia, w tym możliwość wprowadzenia systemu uprzedniej zgody, limitowania zwrotu kosztów do poziomu obowiązującego w państwie ubezpieczenia czy odmowy finansowania w przypadkach wyraźnie wskazanych w jej przepisach. Może to przemawiać za wnioskiem, że prawodawca unijny przewidział określone mechanizmy równoważące interes pacjentów oraz państw członkowskich. W związku z tym zasadność wprowadzania dodatkowych ograniczeń w zakresie sposobu przekazywania zwrotu kosztów wymagałaby odrębnej oceny.

W konsekwencji można uznać, że sam fakt funkcjonowania podmiotów wspierających pacjentów w organizacji leczenia transgranicznego, w tym finansujących część kosztów leczenia oraz otrzymujących zwrot kosztów na podstawie odpowiedniego umocowania udzielonego przez pacjenta, nie musi prowadzić do obejścia celu dyrektywy 2011/24/UE.

Należy również zauważyć, że wydatki związane z realizacją praw pacjentów wynikających z dyrektywy transgranicznej pozostają marginalne w relacji do całkowitych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia opieki zdrowotnej. Ze sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 r. wynika, że w ramach mechanizmu zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej wpłynęło 15 692 wniosków o refundację na łączną kwotę 60,6 mln zł, natomiast faktycznie dokonane zwroty objęły 14 346 wniosków na łączną kwotę 45,9 mln zł. Oznacza to, że wydatki związane z realizacją praw pacjentów wynikających z dyrektywy transgranicznej stanowiły około 0,03% wydatków przeznaczonych przez NFZ na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazuje to na relatywnie niewielką skalę tego zjawiska w ujęciu całego systemu.

Należy również podkreślić, że z rozwiązań przewidzianych w dyrektywie 2011/24/UE mogą korzystać również podmioty lecznicze wykonujące działalność na terytorium Polski, udzielając świadczeń pacjentom ubezpieczonym w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej. Tym samym dyrektywa stwarza polskim podmiotom leczniczym możliwość pozyskiwania pacjentów z zagranicy i funkcjonowania na rynku usług zdrowotnych całej Unii Europejskiej. Nie można zatem pomijać, że regulacje te tworzą również szanse rozwojowe dla podmiotów leczniczych działających w Polsce.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Karaszewski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	4996098.19275922.20769154
Nazwa dokumentu	Odpowiedź Ministra Zdrowia.pdf
Tytuł dokumentu	Odpowiedź Ministra Zdrowia
Sygnatura dokumentu	DLU.704.366.2026
Data dokumentu	2026-09-14
Skrót dokumentu	D55A198F5E26A4AB5D12679A07CB65856D82B772
Wersja dokumentu	1.10
Data podpisu	2026-09-14 11:03:41
Podpisane przez	Maciej Karaszewski Dyrektor
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego

EZD 3.136.31.31.

Data wydruku: 2026-09-14

Autor wydruku: Rusiecka Anna (Radca)