**Warsztaty Edukacyjne** – **prawa pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej**

**9 października 2024 r., 9:00**–**16:00**

***Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia ul. Rakowiecka 26/30 02-528 Warszawa,***

***Aula im. prof. dr. A. Kleszczyńskiego***

9 października 2024 r. Polska była gospodarzem szóstych unijnych warsztatów, organizowanych i finansowanych w ramach programu EU4Health, poświęconych edukacji i podnoszeniu świadomości w zakresie praw pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej oraz w obszarze Europejskich Sieci Referencyjnych (ERN).

W wydarzeniu wzięło udział ponad 200 uczestników, zarówno stacjonarnie, jak i online, w tym przedstawiciele Komisji Europejskiej, Ministerstwa Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Dziecka, Naczelnej Izby Aptekarskiej, organizacji pacjentów i świadczeniodawców, w tym członków Europejskich Sieci Referencyjnych. Obecni byli również pacjenci oraz przedstawiciele mediów.

Moderator - **Katarzyna Głuchowska**

***Plan wydarzenia:***

Warsztaty rozpoczęły się od powitania uczestników i przedstawienia agendy. Następnie odbyły się trzy sesje plenarne. Pierwsza sesja była poświęcona przepisom dotyczącym transgranicznej opieki zdrowotnej oraz prawom pacjentów przysługującym na ich podstawie. W drugiej sesji omówiono praktyczne aspekty leczenia transgranicznego, w tym procedury zwrotu kosztów, recepty i e-recepty transgraniczne, a także zagadnienia związane z pośrednikami usług medycznych. W trzeciej sesji skupiono się na Europejskich Sieciach Referencyjnych i leczeniu chorób rzadkich z perspektywy unijnej i krajowej. Po każdej z sesji przewidziano czas na pytania i odpowiedzi.

***Wystąpienia otwierające:***

**Marek Augustyn**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Pan Marek Augustyn, powitał uczestników konferencji i wprowadził ich w tematykę wydarzenia. Podkreślił, że Polska ma zaszczyt być gospodarzem szóstych z serii dziesięciu warsztatów organizowanych przez Krajowe Punkty Kontaktowe we współpracy z Komisją Europejską w ramach programu EU4Health. Przypomniał, że Komisja Europejska sfinansowała już podobne spotkania we Włoszech, Estonii, Irlandii, Grecji oraz na Malcie, a kolejne konferencje odbędą się wkrótce w Finlandii, a następnie w Belgii i na Węgrzech.

Pan Prezes podkreślił, że projekt, w którym Polska bierze udział, realizowany jest w 2024 roku, który jest wyjątkowy, ponieważ obchodzimy 20-lecie członkostwa Polski w Unii Europejskiej. Członkostwo to przynosi nam wymierne korzyści, takie jak udział we wspólnych programach zdrowotnych, lepszy dostęp do leczenia za granicą oraz możliwość korzystania z europejskich doświadczeń w podnoszeniu jakości opieki zdrowotnej. W tym roku świętujemy również 10-lecie uchwalenia przepisów wdrażających dyrektywę w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Przepisy te umożliwiają pacjentom korzystanie z opieki zdrowotnej w innych krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego, co przyczynia się do budowania bardziej zintegrowanego systemu ochrony zdrowia dostępnego dla wszystkich obywateli Europy. Dzięki dyrektywie transgranicznej pacjenci zyskali większą swobodę w wyborze miejsca leczenia, a systemy ochrony zdrowia państw członkowskich zaczęły ze sobą ściślej współpracować.

Następnie Pan Prezes podkreślił, że wśród zaproszonych prelegentów są eksperci, którzy pracowali przy wdrażaniuustawy implementującej przepisy dyrektywy i zachęcił uczestników do zadawania pytań, zarówno podczas sesji pytań i odpowiedzi, jak i na czacie.

Zwrócił również uwagę na drugi z kluczowych tematów konferencji – Europejskie Sieci Referencyjne, które odgrywają szczególną rolę w opiece nad pacjentami cierpiącymi na rzadkie i skomplikowane choroby. Dzięki współpracy między specjalistami z różnych krajów, Europejskie Sieci Referencyjne pozwalają na dostęp do wiedzy i doświadczeń najlepszych ekspertów z całej Europy, w tym z Polski. Jest to szczególnie ważne w przypadku chorób, które są trudne do zdiagnozowania i leczenia.

**Sandra Gallina** Dyrektor Generalny DG SANTE

W nagranym przemówieniu Pani Dyrektor akcentowała rolę Europejskich Sieci Referencyjnych oraz starania Komisji Europejskiej na rzecz intensyfikacji ich działań w tym obszarze, ponieważ na choroby rzadkie cierpi aż 36 milionów obywateli Unii Europejskiej. Pani Gallina zaznaczyła, że szeroko zakrojona współpraca jest kluczowa — w projekt ERN zaangażowane są wszystkie państwa członkowskie UE i Norwegia. Wspomniała o uruchomionych na ten cel bezpośrednich dotacjach o wartości ponad 77 milionów euro. Ważnym elementem projektu jest integracja Sieci działających w szpitalach z krajowymi systemami opieki zdrowotnej – na ten cel KE przeznaczyła 18 mln euro.

Życząc uczestnikom owocnych obrad, pani Gallina podkreśliła, że każdy obywatel powinien mieć dostęp do najlepszego możliwego leczenia, bez względu na miejsce zamieszkania czy występujące schorzenie.

**Alina Senn** Policy Officer DG SANTE (B3)

Pani Senn podziękowała organizatorom wydarzenia za zaangażowanie i profesjonalizm, a następnie nakreśliła ogólny kontekst europejski warsztatów. Najważniejsze akcenty, które wybrzmiały, to powody, które doprowadziły do wydania dyrektywy transgranicznej, nowe obowiązki, jakie dyrektywa nałożyła na państwa członkowskie, oraz konieczność zachowania ducha współpracy i dialogu przy realizacji jej założeń. Przedstawicielka Komisji Europejskiej zwróciła również uwagę na materiały informacyjne przygotowane na warsztaty jako przykład, w jaki sposób KE zamierza przekazywać pacjentom i środowisku medycznemu informacje o transgranicznej opiece zdrowotnej.

Pani Senn podkreśliła, że europejski pacjent, który jest świadomy swoich praw za granicą, ma większe szanse na uzyskanie skutecznego leczenia, jeśli zajdzie taka potrzeba. Zaznaczyła również kluczową rolę Krajowych Punktów Kontaktowych, które zapewniają pacjentom terminowy dostęp do informacji oraz wsparcie w pokonywaniu barier biurokratycznych, gdy leczenie za granicą zostaje już podjęte.

**Sesja plenarna 1: Transgraniczna opieka zdrowotna** – **uporządkujmy wiedzę**

* *Wdrożenie dyrektywy transgranicznej w Unii Europejskiej i jej implementacja w Polsce - rys historyczny.*

**Rafał Bułanowski** Departament Lecznictwa, Ministerstwo Zdrowia

*Radca w Wydziale Regulacji Ubezpieczenia Zdrowotnego, specjalista w zakresie systemu ubezpieczeń zdrowotnych oraz kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem sieci szpitali. Ekspert w dziedzinie koordynacji zabezpieczenia społecznego, obejmującej świadczenia zdrowotne oraz transgraniczną opiekę zdrowotną.*

Prezentacja koncentrowała się na kluczowych etapach przyjęcia dyrektywy transgranicznej w Unii Europejskiej oraz jej implementacji w Polsce. Prelegent przedstawił tło historyczne, zaczynając od 2008 roku, kiedy Komisja Europejska zaprezentowała projekt dyrektywy, do roku 2011, gdy Parlament Europejski i Rada UE ją przyjęły, wyznaczając termin implementacji do 2013 roku. Polska wdrożyła dyrektywę w 2014 roku, wprowadzając odpowiednie przepisy do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wyjaśnione zostały również przyczyny i kontekst opóźnionego wdrożenia dyrektywy w Polsce.

Główne rozwiązania polskiej ustawy przewidują możliwość zwrotu kosztów leczenia za granicą na podstawie opłaconych rachunków z zagranicznych placówek medycznych. Zwrot, obliczany według stawek obowiązujących w Polsce, obejmuje również koszty leków zakupionych w krajach UE/EOG. Wnioski o zwrot należy składać do odpowiedniego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, a w przypadku niektórych kosztownych i specjalistycznych badań diagnostycznych lub zabiegów terapeutycznych, takich jak badania genetyczne czy terapie izotopowe, wymagana jest uprzednia zgoda Prezesa NFZ.

Pan Bułanowski omówił także ustawową rolę Krajowego Punktu Kontaktowego, funkcje którego w Polsce pełni Narodowy Fundusz Zdrowia.

* *Transgraniczna opieka zdrowotna i prawa pacjentów - możliwości leczenia za granicą w świetle dwóch odrębnych instrumentów prawnych. Przepisy i dane statystyczne.*

**Jarosław Malik, Kamila Madajczyk-Kopeć** Departament Współpracy Międzynarodowej, Krajowy Punkt Kontaktowy, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

**Jarosław Malik:** *Od kilkunastu lat zawodowo związany z obszarem ochrony zdrowia; obecnie zatrudniony na stanowisku głównego specjalisty w Departamencie Współpracy Międzynarodowej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.*

Prezentacja pana Malika objęła trudną tematykę rozróżnienia dwóch odrębnych instrumentów prawnych – przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, które zawarte są głównie w rozporządzeniach unijnych stosowanych bezpośrednio, oraz przepisów wynikających z dyrektywy transgranicznej, które wdrożono do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Prelegent omówił szczegółowo zawiłe aspekty obu regulacji, takie jak obszar ich obowiązywania, rodzaje podmiotów, w których pacjent może się leczyć, osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń, zakres przysługujących świadczeń na terenie państwa leczenia, dokumenty uprawniające do ich uzyskania oraz odpowiedzialność za pokrycie kosztów udzielonych świadczeń.

**Kamila Madajczyk–Kopeć:** *Od blisko 10 lat pracownik Wydziału Leczenia za Granicą w Departamencie Współpracy Międzynarodowej Centrali NFZ z doświadczeniem w prowadzeniu postępowań z zakresu leczenia planowanego poza granicami kraju. Obecnie realizuje zadania w obszarze dyrektywy transgranicznej.*

W swoim wystąpieniu pani Madajczyk-Kopeć skupiła się na przedstawieniu interesujących statystyk dotyczących zwrotu kosztów w ramach dyrektywy transgranicznej oraz refundacji kosztów na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Poinformowała, że w Polsce większość wniosków o zwrot kosztów dotyczy planowanych zabiegów jednodniowych przeprowadzonych w innym państwie UE/EOG, a w 2023 roku 93% z tych wniosków zostało rozpatrzonych pozytywnie, co oznacza, że NFZ wydał decyzje przyznające zwrot kosztów. Z kolei wnioski o refundację kosztów dotyczą głównie przypadków, gdy osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych w Polsce skorzystały z nieplanowanego, medycznie niezbędnego leczenia podczas pobytu w innym kraju UE/EFTA lub Zjednoczonym Królestwie, opłacając rachunki wystawione przez tamtejsze placówki publicznej opieki zdrowotnej. Prelegentka omówiła również wpływ pandemii COVID-19 na liczbę składanych i rozpatrywanych wniosków. Zaprezentowane statystyki wskazują, iż wnioski o zwrot kosztów dotyczą najczęściej świadczeń związanych z zabiegiem usunięcia zaćmy (99% tych zabiegów wykonywanych jest w Czechach), zabiegów ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym, iniekcji doszklistkowych preparatów anty-VEGF i operacji żylaków z safenektomią. Inne popularne destynacje, do których polscy pacjenci wyjeżdżają na leczenie w ramach dyrektywy transgranicznej, to Niemcy i Litwa, a największą liczbę wniosków o zwrot kosztów obsługuje Śląski Oddział Wojewódzki NFZ – w 2023 roku rozpatrzono tam aż 12 431 wniosków, wypłacając pacjentom ponad 34 mln zł.

Na zakończenie prelegentka przedstawiła statystyki dotyczące karty EKUZ i wskazała okresy ważności karty dla poszczególnych grup pacjentów.

* *Leczenie planowane za granicą z perspektywy Polski.*

**Magdalena Karwowska, Urszula Zahaczewska** Departament Współpracy Międzynarodowej, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

**Magdalena Karwowska*:*** *Od ponad 30 lat zawodowo związana z obszarem ochrony zdrowia. Od 20 lat pracownik Narodowego Funduszu Zdrowia, od 8 lat naczelnik Wydziału Leczenia za Granicą Departamentu Współpracy Międzynarodowej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.*

**Urszula Zahaczewska:***Główny Specjalista w Wydziale Leczenia za Granicą w Departamencie Współpracy Międzynarodowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, od 15 lat zawodowo związana z obszarem ochrony zdrowia.*

Prezentacja dotyczyła tematyki planowanego leczenia poza granicami Polski oraz zasad i procedur związanych z ubieganiem się o finansowanie takiego leczenia lub badań diagnostycznych ze środków publicznych będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. Prelegentki omówiły warunki, jakie muszą zostać spełnione, aby pacjent mógł ubiegać się o zgodę Prezesa NFZ na leczenie poza Polską, której uzyskanie jest konieczne przed rozpoczęciem leczenia. Przedstawiono szczegółowo dwie sytuacje, w których jest to możliwe: zbyt długi czas oczekiwania na leczenie w kraju (tzw. przesłanka kolejkowa) oraz brak możliwości leczenia w kraju.

Pani Karwowska omówiła proces uzyskiwania zgody, która wydawana jest w formie decyzji administracyjnej na wniosek zainteresowanego, a także przedstawiła podstawowe elementy procedury rozpatrywania takiego wniosku, jak opiniowanie wniosku przez konsultantów w ochronie zdrowia lub innych osób posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie, którego dotyczy wniosek, jak również prowadzenie korespondencji z ośrodkiem zagranicznym w zakresie ustalania kosztów wnioskowanego leczenia. Przedstawiła również statystyki dotyczące decyzji Prezesa NFZ wydanych w ostatnich latach, podając liczbę pozytywnych i negatywnych rozstrzygnięć oraz przykładowe zakresy świadczeń orzekanych decyzjami Prezesa NFZ. Ponadto omówione zostały podstawowe zasady ubiegania się o sfinansowanie ze środków publicznych leczenia/badań diagnostycznych poza granicami kraju w poszczególnych trybach. Pani Karwowska omówiła poszczególne tryby zwracając uwagę na to, co je rozróżnia – leczenie w ramach przepisów o koordynacji może zostać przeprowadzone wyłącznie w placówkach publicznych w krajach UE/EFTA oraz w Zjednoczonym Królestwie, w ramach przepisów dyrektywy transgranicznej pacjenci mogą korzystać z opieki zdrowotnej zarówno w placówkach prywatnych jak i publicznych, ale tylko w krajach UE/EOG. Natomiast gdy podstawą wydania decyzji są przepisy krajowe, leczenie może zostać przeprowadzone w dowolnym państwie na świecie.

Omówiono również kwestie dotyczące finansowania leczenia w zależności od podstaw prawnych udzielonych świadczeń. W przypadku przesłanki kolejowej przedstawiono przepisy o koordynacji (rozliczenie kosztów leczenia między państwami, konieczność poniesienia przez pacjentów kosztów współpłacenia, możliwość pokrycia kosztów transportu w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia) oraz przepisy wynikające z dyrektywy (konieczność pokrycia kosztów leczenia przez pacjenta i możliwość uzyskania zwrotu kosztów do wysokości odpowiadającej stawkom krajowym, brak możliwości pokrycia kosztów transportu). W przypadku drugiej przesłanki – braku możliwości leczenia w kraju – omówiono odpowiednie przepisy regulujące ten tryb.

Uczestnicy dowiedzieli się także, jak wygląda współpraca pomiędzy ośrodkami krajowymi i zagranicznymi w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Prezentacja zakończyła się informacjami o dostępnych źródłach informacji dla pacjentów planujących leczenie za granicą – pani Karwowska wskazała adresy odpowiednich stron internetowych oraz link do webinaru „Leczenie planowane za granicą – prosto i przystępnie”.

* ***Q&A po sesji plenarnej 1:***

Równolegle do spotkania stacjonarnego dla uczestników online udostępniono monitorowany czat, w którym mogli zadawać pytania.

**Przykładowe pytania uczestników:**

* *Jakie kryteria musi spełniać wniosek o leczenie planowane za granicą dla pacjenta z rzadką chorobą?*
* *Co dokładnie oznacza, że warunkiem pozytywnego rozpatrzenia wniosku o leczenie za granicą lub zwrot kosztów jest to, że dana procedura musi być gwarantowana?*
* *Jakie kryteria muszą zostać spełnione, aby wnioski były uwzględnione?*

**Odpowiedź Magdaleny Karwowskiej**: Każde państwo członkowskie ma określony zakres świadczeń, które są gwarantowane, czyli finansowane przez jego ustawodawstwo. Kiedyś Polska miała tzw. koszyk świadczeń negatywnych – do 2010 roku obowiązywał załącznik do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, który wymieniał 12 świadczeń, które nie były finansowane ze środków publicznych. Po 2010 roku zostały wydane rozporządzenia wykonawcze do nowej ustawy, w których pojawił się wykaz świadczeń gwarantowanych w konkretnych zakresach. Aby wniosek o leczenie za granicą mógł zostać pozytywnie rozpatrzony, wnioskowane świadczenie musi należeć do listy świadczeń gwarantowanych w Polsce, czyli finansowanych lub współfinansowanych ze środków publicznych.

**Sesja plenarna 2: Transgraniczna opieka zdrowotna** – **od teorii do praktyki**

od 11:45 równolegle spotkanie robocze praktyków ERN z Aliną Senn

* *Opłaciłem leczenie za granicą* – *jak uzyskać zwrot kosztów? Praktyczne wskazówki.*

**Katarzyna Sajkowska, Izabela Cyndel** Wydział Współpracy Międzynarodowej, Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

**Katarzyna Sajkowska**: *Od 15 lat pracownik Wydziału Współpracy Międzynarodowej Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach. Od 2020 roku Naczelnik Wydziału Współpracy Międzynarodowej. Posiada 10 lat doświadczenia w rozpatrywaniu wniosków o zwrot kosztów z zakresu dyrektywy transgranicznej.*

**Izabela Cyndel:** *Od 14 lat pracownik Wydziału Współpracy Międzynarodowej Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach. Od 2018 roku kierownik sekcji ds. dyrektywy transgranicznej z wieloletnim doświadczeniem w tematyce zwrotu kosztów.*

Prelegentki z Oddziału, w którym w samym 2023 roku rozpatrzono ponad połowę wniosków o zwrot kosztów złożonych w Polsce, przedstawiły kluczowe kroki niezbędne do ubiegania się o zwrot kosztów leczenia za granicą. Szczegółowo wyjaśniły, o czym należy pamiętać przed wyjazdem na leczenie, podkreślając, jak istotne jest zapoznanie się z przepisami dyrektywy transgranicznej oraz sprawdzenie, czy dane państwo jest objęte przepisami dyrektywy i czy zwrot za konkretne świadczenie jest możliwy. Zwróciły uwagę na konieczność wyboru odpowiedniej placówki medycznej i zgromadzenia wymaganych dokumentów, takich jak skierowanie, zlecenie, recepta lub recepta transgraniczna. Zwróciły również uwagę na to, że w niektórych przypadkach konieczne będzie uzyskanie uprzedniej zgody Prezesa NFZ na leczenie poza granicami kraju. Następnie omówiły warunki, które należy spełnić w przypadku chęci uzyskania zwrotu kosztów w ramach dyrektywy transgranicznej, w tym obowiązek uzyskania rachunku i potwierdzenia zapłaty. Podkreśliły także znaczenie dokumentacji medycznej oraz przestrzegania zaleceń lekarskich.

W kolejnej części prelegentki przedstawiły kroki, jakie pacjent powinien podjąć po zakończeniu leczenia. Uczestnicy dowiedzieli się, jak złożyć wniosek o zwrot kosztów do odpowiedniego oddziału wojewódzkiego NFZ (właściwego ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta) i w jakim terminie – w ciągu 6 miesięcy od daty wystawienia rachunku, oraz jakie dokumenty należy dołączyć. Podkreślono, że Fundusz rozpatruje wnioski w terminie od 30 do 60 dni od daty wpływu. Zostało wskazane, że kwota zwrotu kosztów leczenia za granicą nie może przewyższać stawek obowiązujących w Polsce ani kwoty faktycznie zapłaconej przez pacjenta.

Na zakończenie prelegentki omówiły przyczyny, które mogą skutkować wydaniem przez Prezesa NFZ decyzji o odmowie zwrotu kosztów. Są to m.in. sytuacje, gdy wniosek dotyczy świadczenia, które nie należy do świadczeń gwarantowanych w Polsce lub nie zostały do niego dołączone wymagane dokumenty ((przykładowo brak przedstawienia dowodu zapłaty na leczenie). Uczestników warsztatów poinformowano o możliwości zaskarżenia niesatysfakcjonującej ich decyzji do sądu administracyjnego.

* *Pośrednicy usług medycznych* – *pomagają czy szkodzą?*

***Barbara Szymańska, Katarzyna Wesołowska*** Departament Współpracy Międzynarodowej Krajowy Punkt Kontaktowy, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

**Barbara Szymańska:***Od 10 lat pracownik Departamentu Współpracy Międzynarodowej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, od 2018 roku Kierownik Działu Zwrotu Kosztów. Posiada wieloletnie doświadczenie w zakresie dyrektywy transgranicznej, w tym w realizacji zadań wynikających z pełnienia przez Centralę NFZ funkcji Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej.*

**Katarzyna Wesołowska:***Starszy specjalista w Departamencie Współpracy Międzynarodowej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, odpowiedzialna za kontakty z Komisją Europejską, Krajowymi Punktami Kontaktowymi w innych państwach UE/EOG oraz Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia w Ukrainie.*

Prezentacja dotyczyła roli pośredników usług medycznych w procesie ubiegania się o zwrot kosztów leczenia za granicą. Zwrócono uwagę, że w latach 2019-2024 ponad 85% wniosków o zwrot kosztów zostało złożonych przez pośredników działających jako pełnomocnicy pacjentów. Pośrednika zdefiniowano jako przedstawiciela firmy zajmującej się tzw. „turystyką medyczną”, która nie posiada umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług zdrowotnych ani nie współpracuje z NFZ w zakresie organizacji leczenia za granicą. Pani Barbara Szymańska podkreśliła, że pośrednicy nie mają prawa używać logotypu NFZ.

Następnie prelegentka omówiła zalety i wady korzystania z usług pośredników w kontekście leczenia i zwrotu kosztów. Pośrednicy kontaktują się z zagranicznymi placówkami w imieniu pacjenta, zapewniają transport i usługi tłumacza oraz oferują pożyczki na sfinansowanie zabiegu. Z drugiej strony działalność pośredników ogranicza wpływ pacjenta na wybór placówki (co jest szczególnie ważne w przypadku powikłań), elastyczność podróży oraz możliwość uzyskania pełnego zwrotu kosztów (marża za pośrednictwo).

W procesie zwrotu kosztów pośrednicy mogą wspierać pacjentów w uzyskaniu niezbędnych dokumentów i reprezentować ich w kontaktach z NFZ. Jednakże ich zaangażowanie może również ograniczać wpływ pacjentów na przebieg postępowania oraz dostęp do informacji o wydanych decyzjach. Zaznaczono, że chociaż to pacjent jest stroną postępowania, zgodnie z ustawą Kodeks postępowania administracyjnego wszelkie pisma i decyzje wydane przez organy NFZ są kierowane na adres pełnomocnika.

Konkludując wskazano, że decyzję o skorzystaniu z usług pośrednika należy zawsze poprzedzić sprawdzeniem wiarygodności firmy, w tym jej wpisów do rejestrów, kwalifikacji lekarzy oraz posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Ważne jest także dokładne ustalenie kosztów leczenia oraz procedur postępowania w przypadku komplikacji. Po zakończeniu leczenia pacjent powinien zadbać o uzyskanie wszystkich niezbędnych dokumentów finansowych i medycznych oraz upewnić się, że rachunek wyraźnie rozgranicza koszty leczenia i pośrednictwa. Pani Szymańska podkreśliła, że należy zażądać przesłania przez pośrednika ostatecznej decyzji administracyjnej lub innego rozstrzygnięcia kończącego sprawę przed NFZ, aby mieć pełną kontrolę nad przebiegiem postępowania.

Na zakończenie pani Wesołowska omówiła zagadnienie turystyki medycznej z perspektywy unijnej. Wskazane zostało, że podczas ostatniego spotkania Krajowych Punktów Kontaktowych w listopadzie 2023 roku, w ramach wymiany dobrych praktyk w zarządzaniu nadużyciami, państwa członkowskie podzieliły się swoimi doświadczeniami w tej dziedzinie. Ze wspólnych obserwacji wynika, że zdarzają się sytuacje, w których pacjenci, mimo że nie potrzebują konkretnego leczenia, są namawiani do skorzystania ze świadczeń przez firmy oferujące usługi medyczne. Niekiedy świadczeniodawcy współpracujący z pośrednikami wykonują bardziej skomplikowane zabiegi, aby uzyskać wyższą refundację z systemu, mimo że prostsze rozwiązania byłyby wystarczające, a ograniczyłyby ryzyko ewentualnych powikłań. Zdarzały się również przypadki fałszowania dokumentacji medycznej i finansowej przez firmy, a pacjenci, zwłaszcza starsi, nie byli świadomi, jaki zabieg został u nich wykonany, a nawet czy w ogóle doszło do zabiegu. Ponadto pojawiły się wątpliwości co do standardów higieny i bezpieczeństwa – zdarzało się, że pacjenci podróżowali ciasnymi busami, bez odpowiednich warunków do odpoczynku po zabiegu, a narzędzia i sprzęt były właściwie sterylizowane.

Prelegentka podkreśliła, że takie nieuczciwe praktyki muszą być zdecydowanie eliminowane, aby stworzyć przestrzeń dla firm działających w dobrej wierze.

* *Recepta transgraniczna* – *niezbędnik dla osoby planującej wyjazd za granicę.*

***Elżbieta Kozłowska*** Departament Gospodarki Lekami, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

**Elżbieta Kozłowska***:**Od kilkunastu lat zawodowo związana z rynkiem farmaceutycznym. Obecnie jako główny specjalista zajmuje się refundacją apteczną w Departamencie Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia.*

Prelegentka omówiła akty prawne regulujące prawa pacjentów do otrzymania leku w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż to, w którym została wystawiona recepta (dyrektywy unijne oraz ustawę Prawo farmaceutyczne). Przepisy przewidują, że recepta transgraniczna może być wystawiona w formie elektronicznej lub papierowej i musi być realizowana na zasadzie pełnej odpłatności, z możliwością ubiegania się o zwrot refundacji, a przy jej realizacji wymagane jest okazanie dokumentu tożsamości.

W przypadku braku możliwości realizacji e-recepty transgranicznej (jeżeli dane państwo nie realizuje e-recept transgranicznych i w przypadku pacjentów pediatrycznych), pacjent musi korzystać z tradycyjnej recepty papierowej. Wykaz państw, które nie realizują e-recept transgranicznych, dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Pani Kozłowska zwróciła uwagę na wyłączenia – recepta transgraniczna nie obejmuje preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, recepturowych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych o kategorii dostępności "Rpz".

Prelegentka szczegółowo omówiła wymagania dotyczące danych, które muszą znaleźć się na prawidłowo wystawionej recepcie transgranicznej, oraz przedstawiła różnice między receptą krajową a transgraniczną. Kolejna część prezentacji skupiła się na zasadach zwrotu kosztów za leki zakupione za granicą. Podkreślono, że prawo do refundacji przysługuje pacjentom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych, niezależnie od posiadania karty EKUZ. Leki należy opłacić z własnych środków, a zwrot kosztów możliwy jest do wysokości limitu refundacji po złożeniu wniosku do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Do wniosku należy dołączyć rachunki lub faktury, potwierdzenie ich zapłaty, kopię recepty lub zlecenia oraz dokumentację medyczną, a w razie potrzeby również inne dokumenty związane z leczeniem. Zwrot środków następuje na wskazane konto bankowe.

Na zakończenie pani Kozłowska przedstawiła statystyki dotyczące wniosków o zwrot kosztów za leki zakupione w krajach UE/EFTA w latach 2019–2023. Uczestnicy otrzymali również dane kontaktowe do Krajowego Punktu Kontaktowego ds. transgranicznej opieki zdrowotnej oraz odnośniki do źródeł informacji dotyczących recept transgranicznych.

* *Elektroniczna recepta transgraniczna* – *korzyści i wyzwania*

***Magdalena Lebiedziewicz*** Departament Rozwoju SIM, Centrum e-Zdrowia

**Magdalena Lebiedziewicz:** *Od 2018 pracownik Centrum e-Zdrowia, obecnie kierownik Wydziału Rozwoju oraz kierownik Krajowego Punktu Kontaktowego w zakresie usługi Patient Summary. Odpowiada z ramienia Centrum e-Zdrowia za uruchomienie e-recepty transgranicznej. Koordynator projektów unijnych.*

Prezentacja pani Magdaleny Lebiedziewicz dotyczyła wprowadzenia w Polsce elektronicznej recepty transgranicznej, czyli usługi umożliwiającej wymianę recept w formie elektronicznej poprzez przesyłanie danych medycznych między Polską a innymi państwami członkowskimi UE/EFTA. Proces ten rozpoczął się w Polsce w 2018 roku, w roku 2021 uzyskano zgodę na testy produkcyjne, a w roku 2022 rozpoczęto wymianę e-recept z innymi państwami. Polska była jednym z pierwszych państw, które uruchomiły wymianę e-recept transgranicznych.

Pani Lebiedziewicz omówiła wyzwania związane z wdrożeniem tego systemu, w tym konieczność przejścia kontroli zgodności dopuszczającej jednostkę do rozpoczęcia wymiany danych transgranicznie, zaprezentowała zagadnienia związane z ochroną danych osobowych (RODO) w kontekście tej usługi, oraz wyjaśniła rolę Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej w zakresie usługi e-recepty transgranicznej, który, zgodnie z unijnymi przepisami, każde państwo członkowskie musi wyznaczyć. W Polsce funkcję tę pełni Centrum e-Zdrowia.

Prelegentka podkreśliła korzyści e-recepty transgranicznej, tj. możliwość wykupienia leku za granicą w państwie pobytu (pełnoletni pacjenci polscy mogą realizować e-recepty transgraniczne w Finlandii, Łotwie, Litwie, Czechach, Chorwacji, Estonii, Grecji, Portugali i w wybranych regionach Hiszpanii) oraz możliwość zawnioskowania o zwrot refundacji po powrocie do Polski.

Prelegentka udzieliła też szeregu praktycznych wskazówek potencjalnym użytkownikom usługi – mówiła o konieczności wyrażenia zgody na obsługę e-recept za granicą na Internetowym Koncie Pacjenta, wykupieniu wszystkich leków z recepty jednocześnie, ponieważ częściowa realizacja nie jest możliwa, konieczności realizacji recepty osobiście po okazaniu w aptece dowodu tożsamości ze zdjęciem, oraz o włączeniach (np. leki psychotropowe). Słuchacze poznali również procedurę wnioskowania o zwrot refundacji. Wskazała, że ograniczenia w korzystaniu z usługi w pozostałych państwach UE/EFTA wynikają z braku uruchomienia wymiany e-recept transgranicznych w tych państwach.

Na zakończenie przedstawiono plany rozwoju usługi, w tym rozszerzenie wymiany e-recept transgranicznych na Węgry i Cypr, oraz wprowadzenie możliwości wyrażenia zgody na obsługę e-recept za granicą w aplikacji mobilnej mojeIKP.

* ***Q&A po sesji plenarnej 2:***

Równolegle do spotkania stacjonarnego dla uczestników online udostępniono monitorowany czat, w którym mogli zadawać pytania.

**Przykładowe pytania uczestników**:

* *Jakie dokumenty są wymagane, aby uniknąć komplikacji przy realizacji recepty transgranicznej dla dziecka?*

**Odpowiedź Magdaleny Lebiedziewicz**: E-recepta transgraniczna może być wystawiona wyłącznie dla osoby dorosłej – usługa ta nie obejmuje dzieci. Małoletni muszą posiadać transgraniczną receptę w formie papierowej. Ponadto, każde dziecko musi mieć przy sobie dokument potwierdzający tożsamość.

* *Czy istnieją statystyki dotyczące pacjentów małoletnich korzystających ze świadczeń za granicą?*

**Odpowiedź Barbary Szymańskiej**: Sprawdzenie takich danych jest możliwe na podstawie numeru PESEL podanego we wniosku o zwrot kosztów. W przypadku przepisów dyrektywy transgranicznej wnioski o zwrot za leczenie małoletnich pacjentów najczęściej dotyczą świadczeń z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne – gorsetów ortopedycznych oraz protez oka.

* *Co można zrobić, gdy czas oczekiwania na świadczenie się wydłuża? Jak pacjent może zostać poinformowany o możliwości skrócenia tego czasu?*

**Odpowiedź Magdaleny Karwowskiej**: Narodowy Fundusz Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby dostarczać jak najbardziej rzetelne informacje. W pierwszej kolejności sprawdza możliwość wykonania świadczenia w kraju. Dopiero kiedy nie jest to możliwe, proponuje leczenie transgraniczne. Zazwyczaj pacjent otrzymuje informacje o placówkach, które mogą wykonać daną procedurę, a następnie te placówki przekazują terminy realizacji leczenia.

**Sesja plenarna 3: Europejskie Sieci Referencyjne i Choroby Rzadkie**

* *Europejskie Sieci Referencyjne i inne działania Komisji Europejskiej w zakresie chorób rzadkich.*

**Alina Senn** DG SANTE

**Alina Senn:** *Od października 2007 roku pracuje jako urzędnik w Komisji Europejskiej, obecnie w Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności (DG SANTE) w Dziale B3 ‘Health Monitoring and Cooperation, Health Networks’. W ramach swoich obowiązków zajmuje się Europejskimi Sieciami Referencyjnymi oraz współpracą z innymi działami Komisji Europejskiej, które pracują nad tematyką związaną z chorobami rzadkimi.*

Przedstawicielka Komisji Europejskiej przedstawiła szczegółowe informacje na temat działalności KE w zakresie chorób rzadkich, zauważając, że od czasu przyjęcia dyrektywy transgranicznej w 2011 r. działalność ta nabrała tempa. Prelegentka omówiła kluczowe aspekty prawodawstwa dotyczącego chorób rzadkich – rozporządzenie z 2000 r. o sierocych produktach leczniczych, komunikat Komisji z 2008 r. i zalecenie Rady z 2009 r. dotyczące chorób rzadkich, oraz dyrektywę 2011/24/UE, która ustanowiła 24 europejskie sieci referencyjne w formie, w jakiej funkcjonują dzisiaj (art. 12). Zaprezentowała również przegląd projektów badawczych dotyczących chorób rzadkich, takich jak SOLVE-RD, ERICA czy ERDERA, finansowanych zarówno w przeszłości, jak i obecnie, za pośrednictwem różnych instrumentów finansowych Komisji Europejskiej oraz przez zaangażowanych beneficjentów.

Następnie pani Senn omówiła szczególne cechy Europejskich Sieci Referencyjnych, zakres ich działalności i zasięg. Wymieniła również wspólne działanie finansowane przez KE na rzecz integracji Europejskich Sieci Referencyjnych z krajowymi systemami opieki zdrowotnej. Na projekt, w którym uczestniczą wszystkie państwa członkowskie i do którego przystąpiły również Norwegia i Ukraina, KE przeznaczyła prawie 15 milionów euro.

Kolejne zagadnienie objęło znaczenie rejestrów z danymi pacjentów z chorobami rzadkimi, których rozległy wykaz można znaleźć w ERDRI, oraz Orphanetu – europejskiego portalu poświęconego chorobom rzadkim i lekom sierocym.

W podsumowaniu prelegentka podkreśliła, że działania Komisji Europejskiej koncentrują się na wsparciu pacjentów z chorobami rzadkimi poprzez tworzenie odpowiednich regulacji prawnych, wspieranie badań naukowych oraz rozwój Europejskich Sieci Referencyjnych. Celem tych działań jest zapewnienie lepszej opieki zdrowotnej i szerszego dostępu do skutecznego leczenia dla pacjentów w całej Unii Europejskiej.

* *Rozwój oraz kierunek rozszerzania Europejskich Sieci Referencyjnych w Polsce.*

***prof. dr hab. n. med. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak*** Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

**prof. dr hab. n. med. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak:** *Specjalistka w dziedzinie neurologii i neurologii dziecięcej, kierownik Kliniki Neurologii i Epileptologii Instytutu „Pomnik — Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Zastępca Przewodniczącego Rady Naukowej w Instytucie Zdrowia Dziecka (CMHI) w Warszawie, który jest referencyjnym szpitalem pediatrycznym dla Polski. Przedstawiciel Polski w Zarządzie Państw Członkowskich UE do spraw Europejskich Sieci Referencyjnych oraz członek zarządu Europejskiej Sieci Referencyjnej EpiCARE.*

Prof. Kotulska-Jóźwiakzwróciła uwagę na pierwotny cel Komisji Europejskiej, który zakładał jeden ośrodek opieki zdrowotnej na 10 mln mieszkańców w każdej sieci. Dla Polski oznaczałoby to około 4 ośrodków w każdej z 24 sieci, jednak w trzech sieciach Polska nie ma żadnego ośrodka, a w żadnej z nich nie osiągnęła liczby czterech. Profesor podkreśliła pilną potrzebę wsparcia finansowego i administracyjnego dla ośrodków uczestniczących w sieciach ze strony Ministerstwa Zdrowia, zwracając uwagę na wycofanie się jedynego polskiego ośrodka zajmującego się rzadkimi chorobami skóry z powodu braku zasobów finansowych i organizacyjnych. Zaznaczyła, że zespoły ekspertów w ERN nie otrzymują wsparcia finansowego od Komisji Europejskiej. Powinny je otrzymywać lokalnie, Komisja Europejska finansuje głównie zarządzanie sieciami.

Prelegentka nakreśliła długotrwały proces dochodzenia do koncepcji Sieci, poczynając od roku 2004, kiedy powstała pierwsza Grupa Robocza ds. Chorób Rzadkich. Następnie omówiła szczegółowo zakresy działania i zasady działania sieci (koordynatorzy, zarząd, grupy robocze), kryteria naboru (wspólne i specyficzne dla sieci), statystyki oraz wyniki ewaluacji przeprowadzonej po 5 latach funkcjonowania sieci.

Kolejna część prezentacji została poświęcona analizie polskich ośrodków w ERN oraz ich liczebności na tle innych państw, z konkluzją, iż jest ich zbyt mało w przeliczeniu na populację kraju (jedna sieć bez polskiego ośrodka – BOND, jedna sieć z ośrodkiem stowarzyszonym w Polsce – CRANIO, w niektórych sieciach tylko ośrodek dla dorosłych lub tylko dla dzieci).

Na zakończenie prof. Kotulska-Jóźwiak omówiła rolę ERN w Planie dla Chorób Rzadkich oraz plany rozwoju ERN (nowy konkurs dla ośrodków prawdopodobnie w 2025/2026, premiowany udział państw niedostatecznie reprezentowanych, konieczność udziału Ministerstwa Zdrowia w procesie identyfikacji potencjalnych ośrodków). Podsumowała również przeszkody dla rozwoju ERN w Polsce, wymieniając m.in. niedobory kadrowe, brak krajowego finansowania,

brak przekonania, że członkostwo w ERN przynosi realne korzyści dla systemu opieki zdrowotnej, brak jasnych ścieżek pacjentów i systemu referencyjnego oraz przekonanie, że członkostwo w ERN wiąże się jedynie z dodatkowymi obowiązkami.

Wykład pokazał, że koniecznymi warunkami dla członkostwa w ERN są świadczenie wysokiej jakości usług medycznych oraz aktywność naukowa, ale kluczowe są również odpowiednie zasoby ludzkie i finansowe. Zespoły ekspertów w ERN nie otrzymują wsparcia finansowego od Komisji Europejskiej, co stawia wyzwania przed krajami członkowskimi. Podkreślono, że ERN mają na celu równy dostęp do usług medycznych dla pacjentów w różnych krajach i regionach, zmniejszanie różnic klinicznych, opracowywanie standardów oraz nowych terapii, a także gromadzenie wiedzy i optymalizację kosztów, a ich rozwój w Polsce ma potencjał poprawy jakości opieki nad pacjentami, jednak wymaga wsparcia ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz zwiększenia przekonania, że członkostwo w ERN przynosi realne korzyści dla systemu opieki zdrowotnej.

* *Udział Polski w Europejskich Sieci Referencyjnych na przykładzie Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka”.*

**Prof. Dr Hab. n. med. *Sergiusz Jóźwiak*** Instytut „Pomnik *–* Centrum Zdrowia Dziecka”

**Prof. dr hab. n. med. Sergiusz Jóźwiak:** *Ekspert w dziedzinie neurologii dziecięcej, padaczki wczesnodziecięcej, stwardnienia guzowatego i stwardnienia rozsianego. Od roku 1997 kierownik Kliniki Neurologii i Epileptologii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, od 2015 roku objął kierownictwo Kliniki Neurologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kierownik Projektu EPISTOP w ramach 7.Programu Ramowego UE oraz EPIMARKER w ramach konkursu Strategmed. Edytor ponad 30 podręczników i monografii, ponad 100 rozdziałów i ponad 300 prac opublikowanych w recenzowanych czasopismach.*

Prof. Jóźwiak przypomniał definicję Europejskich Sieci Referencyjnych – są to ponadnarodowe zrzeszenia europejskich klinik specjalizujących się w badaniu i leczeniu chorób rzadkich o niskiej częstości występowania, oraz skomplikowanych schorzeń, które wymagają wysoce specjalistycznej opieki zdrowotnej. Sieci pełnią rolę forów, na których europejscy specjaliści mogą omawiać wspólnie przypadki konkretnych pacjentów, aby postawić trafną diagnozę i zalecić najlepszą dostępną formę leczenia. Podkreślił, iż sami pacjenci nie mają bezpośredniego dostępu do ERN, jednak za ich zgodą lekarze, na mocy krajowych przepisów w zakresie opieki zdrowotnej, mogą za zgodą pacjenta poprosić o konsultację członka Sieci właściwej dla konkretnego przypadku.

Na przykładzie Instytutu „Pomnik *–* Centrum Zdrowia Dziecka”, który jest członkiem 7 Europejskich Sieci Referencyjnych, prelegent omówił praktyczne aspekty członkostwa w poszczególnych sieciach – TRANSPLANTCHILD (ERN ds. transplantacji u dzieci), ITHACA (ERN ds. wad wrodzonych i rzadkich niepełnosprawności umysłowych), MetabERN (ERN ds. dziedzicznych zaburzeń metabolicznych), PaedCan-ERN (ERN ds. nowotworów u dzieci i młodzieży), RARE-LIVER (ERN ds. chorób hepatologicznych), RITA (ERN ds. niedoboru odporności, chorób autozapalnych i autoimmunologicznych) oraz EpiCARE (ERN ds. padaczki).

Kolejną część wystąpienia Prof. Jóźwiak poświęcił szczegółowej w prezentacji sieci EpiCARE, która działa od 2017 r., omówił jej strukturę, cele i zasady funkcjonowania (cykliczne spotkania kliniczne i neurochirurgiczne oraz otwarte webinary naukowe). Zakończył wykład podkreślając, że Sieć integruje i angażuje różne organizacje pacjenckie (Grupa Robocza Pacjentów, ePAG, Rzecznicy Pacjentów) oraz samych pacjentów w dążeniu do lepszej opieki zdrowotnej dla cierpiących na rzadką i złożoną padaczkę.

* *Udział Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w działalności ERN Transplantchild, dotychczasowe doświadczenia.*

**prof. dr hab. n. med. Piotr Kaliciński** Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”

**prof. dr hab. n. med. Piotr Kaliciński:** *Kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów w Instytucie* „*Pomnik — Centrum Zdrowia Dziecka”. Specjalizuje się w chirurgii wątroby, dróg żółciowych, trzustki i przewodu pokarmowego, chirurgii onkologicznej dzieci, chirurgii noworodka, chirurgii naczyniowej i transplantacjach narządów jamy brzusznej u dzieci. Członek i były przewodniczący Krajowej Rady Transplantacyjnej, były konsultant krajowy ds. chirurgii dziecięcej, członek Zarządu Europejskiej Sieci Referencyjnej TransplantChild. Należy do licznych krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych oraz komitetów redakcyjnych czasopism naukowych.*

Prof. Kaliciński omówił TransplantChild – Europejską Sieć Referencyjną ds. transplantacji u dzieci, koordynowaną przez szpital uniwersytecki La Paz w Madrycie, która zrzesza 33 ośrodki z pełnym członkostwem oraz 7 ośrodków stowarzyszonych i 1 ośrodek wspierający – z perspektywy członka jej zarządu. Prelegent przybliżył jej strukturę i cele, m.in. uzyskanie istotnego wpływu na jakość życia dzieci wymagających transplantacji, zapewnienie równego dostępu do najlepszych praktyk i procedur, oraz promowanie wymiany wiedzy i standaryzację opieki. Podkreślił, że osiągnięcie tych celów nie polega na leczeniu pacjentów poza granicami danego kraju, lecz na wyrównaniu standardów leczenia transplantacyjnego w całej Unii Europejskiej, tak, aby pacjenci nie musieli wyjeżdżać za granicę. Przedstawił metody realizacji, w tym dostęp do konsultacji ekspertów, edukację pacjentów, utworzenie rejestru transplantacji pediatrycznych oraz ciągłą współpracę między ośrodkami.

Prof. Kaliciński zwrócił szczególną uwagę na rolę Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” jako wiodącego i aktywnego członka sieci TransplantChild (ponad 1200 transplantacji nerki, niemal 1000 transplantacji wątroby, 3 transplantacje serca), który przeszedł z bardzo dobrym wynikiem szczegółowy audyt przeprowadzony zgodnie z prawodawstwem dotyczącym ERN w ośrodkach-członkach ERN które uczestniczą w sieciach od 5 lat. Podkreślił spektakularne osiągnięcia IPCZD w obszarze opieki zdrowotnej, edukacji, badań naukowych, współpracy międzynarodowej oraz realizacji wieloośrodkowych publikacji.

Zwrócił również uwagę na bliską współpracę IPCZD z Ukrainą, ukierunkowaną na pomoc w tworzeniu programu przeszczepiania narządów u dzieci w tym kraju oraz na inicjatywę stworzenia programów specjalistycznych szkoleń z zakresu transplantologii dla personelu medycznego z Ukrainy.

Prelegent wielokrotnie podkreślał pilną potrzebę zwiększenia finansowania omawianych działań, argumentując, że inwestycja Ministerstwa Zdrowia przyniesie korzyści nie tylko samej placówce, ale przede wszystkim pacjentom. Zaznaczył, że uczestnictwo w Europejskich Sieciach Referencyjnych to przede wszystkim transfer wiedzy, a nie pacjentów, więc jeśli środki z budżetu zamiast na wysyłanie pacjentów za granicę zostaną przeznaczone na rozwój Sieci, przyniesie to długofalowo znacznie większe korzyści.

***Uwagi końcowe oraz zamknięcie warsztatów***

**Barbara Szymańska,** zamykając wydarzenie, podkreśliła, że warsztaty koncentrowały się na dyrektywie transgranicznej oraz powiązanych zagadnieniach, takich jak przepisy o koordynacji, recepty transgraniczne, pośrednicy usług medycznych i Europejskie Sieci Referencyjne. Wszystkie te tematy mają na celu wspieranie europejskiej współpracy w dziedzinie opieki zdrowotnej. Zachęciła do zadawania pytań i kontaktu z Krajowym Punktem Kontaktowym poprzez dedykowaną stronę internetową.