



Narodowy Fundusz Zdrowia  
Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie

## TRANSGRANICZNA OPIEKA ZDROWOTNA



### - DOŚWIADCZENIA MAZOWIECKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

▶ Warszawa, 18 czerwca 2015 r.



Narodowy Fundusz Zdrowia  
Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie

**PRAKTYCZNE ASPEKTY  
UDZIELANIA INFORMACJI OSOBOM ZAINTERESOWANYM  
LECZENIEM POZA GRANICAMI POLSKI**



Możliwość przeprowadzenia leczenia poza granicami Polski na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

<b>DYREKTYWA</b> <i>art. 42b ust.1</i>	<b>KOORDYNACJA</b> <i>art. 42i ust. 1</i>	<b>ZGODA PREZESA NFZ</b> <i>art. 42j ust. 1</i>
<p><b>na zasadzie zwrotu kosztów świadczeń udzielonych na terytorium innego państwa członkowskiego UE</b> (art. 42b ust. 9 wskazuje na konieczność uzyskania dla niektórych świadczeń uprzedniej zgody dyrektora OW NFZ – jest to warunek uzyskania zwrotu kosztów)</p>	<p><b>na podstawie zgody dyrektora właściwego OW NFZ na uzyskanie (wykonywanego w kraju) świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację na terytorium państwa członkowskiego UE/EFTA</b></p>	<p><b>na podstawie skierowania przez Prezesa NFZ na przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których aktualnie nie przeprowadza się w kraju pomimo, iż należą do świadczeń gwarantowanych</b></p>
<p>✓ konieczność samodzielnego opłacenia całości kosztów leczenia przez pacjenta</p>	<p>✓ konieczność spełnienia tzw. przesłanki kolejkowej</p>	<p>✓ konieczność wykazania, iż brak jest aktualnie możliwości wykonania świadczenia gwarantowanego w kraju</p>

- Podstawowe trudności w komunikacji z osobami zainteresowanymi leczeniem poza granicami kraju wynikają z **braku rozróżniania powyżej wskazanych trybów** .



**Zakres tematyczny najczęściej kierowanych zapytań o charakterze ogólnym:**

- pytania dotyczące tego, czy istnieje możliwość uzyskania zwrotu kosztów niesprecyzowanego bliżej leczenia, które zainteresowany planuje uzyskać poza granicami kraju,
- zapytania o udzielanie świadczeń, które nie należą do świadczeń gwarantowanych w Polsce (np. leczenie homeopatyczne, leczenia eksperymentalne opisywane przez media),
- duża ilość zapytań o warunki uzyskania leczenia na podstawie przepisów o koordynacji lub na podstawie skierowania Prezesa NFZ.

**Zakres tematyczny najczęściej kierowanych zapytań odnoszących się do zakresu leczenia na podstawie przepisów dyrektywy transgranicznej :**

- zapytania dotyczące dokumentów, jakie należy złożyć wraz z wnioskiem o zwrot kosztów leczenia (art. 42b),
- prośby o polecenie placówek udzielających świadczeń (operacje usunięcia zaćmy, lecznictwo uzdrowiskowe),
- zapytania o sposób finansowania leczenia w placówkach na terenie UE wynikające z braku wiedzy o konieczności samodzielnego opłacenia leczenia,
- zapytania o ceny świadczeń udzielanych przez placówki z terenu UE w tym o opłaty dodatkowe związane z transportem lub pobytem,
- niewielka ilość zapytań o szacunkowe kwoty zwrotu.



## Trudności związane z udzielaniem informacji:

- **czasochłonność** związana z bardzo ogólnymi zapytaniami zainteresowanych, jak również z obowiązkiem pełnego udzielania informacji (w tym o zasadach leczenia na podstawie przepisów o koordynacji),
- konieczność **wyjaśniania pojęć** takich jak świadczenie gwarantowane, przesłanka dotycząca dopuszczalnego czasu oczekiwania, lista oczekujących,
- brak wiedzy osób zainteresowanych o **zakresie i przebiegu planowanego leczenia** (brak informacji o trybie udzielania świadczeń, planowanych świadczeniach dodatkowych np. badaniach RM,PET) mogących mieć bezpośredni wpływ na:
  - ✓ **konieczność uzyskania uprzedniej zgody** dyrektora właściwego OW NFZ na świadczenia wskazane w wykazie przewidzianym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. z 2014 r. poz. 1551),
  - ✓ **konieczność uzyskania przed rozpoczęciem leczenia odpowiednich skierowań, zleceń, recept, kwalifikacji do programów lekowych.**



W celu ułatwienia uzyskania zainteresowanym precyzyjnej informacji dotyczących prawdopodobnej kwoty zwrotu za świadczenia uzyskane w innym państwie członkowskim UE stworzono

### **FORMULARZ ZAPYTANIA O PRZYBLIŻONĄ KWOTĘ ZWROTU**

- Formularz zawiera pytania pozwalające osobie zainteresowanej opisać ogólnie planowane leczenie np.:
  - ✓ *Proszę podać nazwę choroby, której dotyczy zapytanie? (należy wpisać dane, które są znane: diagnozę lekarską, kod ICD-10).*
  - ✓ *Proszę wymienić inne znane choroby współistniejące, na które dana osoba się leczy (należy wpisać dane, które są znane: diagnozę lekarską, kody ICD-10).*
  - ✓ *Proszę podać przebieg planowanego leczenia, którego dotyczy zapytanie, w szczególności jeśli ma być ono wieloetapowe – o ile jest znany- z podaniem kodu ICD-9 - o ile jest znany.*
- W dalszych częściach znajdują się bardziej precyzyjne zapytania odnoszące się do poszczególnych rodzajów świadczeń np.:
  - ✓ *w odniesieniu do leczenia ambulatoryjnego prośba o wskazanie specjalność lekarza specjalisty, planowanych badań obrazowych lub laboratoryjnych,*
  - ✓ *w odniesieniu do leczenia szpitalnego pytania o przewidywaną długość pobytu w szpitalu, prośba o wpisanie nazwy lub substancji czynnej produktu leczniczego, jeżeli hospitalizacja ma się wiązać z jego podaniem,*
  - ✓ *w odniesieniu do leków dostępnych w programach lekowych lub stosowanych w chemioterapii prośba o wskazanie nazwy leku, kodu EAN lub innego kodu identyfikującego dany lek lub wskazanie nazwy substancji czynnej.*
- Wypełniony przez zainteresowanego formularz **stanowi podstawę do udzielenia odpowiedzi o szacowanej, przybliżonej wysokości kwoty zwrotu kosztów leczenia**, poniesionych w państwach członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z artykułem 42b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Dodatkowo, poprzez szeroki zakres danych jakie zainteresowanym może w nim zawrzeć, formularz często **umożliwia przekazanie ważnych informacji dotyczących wymaganych dokumentów, skierowań bądź uprzedzenie pacjenta o konieczności uzyskania zgody uprzedniej na leczenie.**

**Szacowanie przybliżonej kwoty zwrotu jak również dokonywanie zwrotu na rzecz świadczeniobiorców związane jest bezpośrednio z wykorzystaniem**

- **cennika świadczeń stosowanego w opiece transgranicznej.**

Finansowanie zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej, odbywa się bowiem **zgodnie z cenami świadczeń opieki zdrowotnej obowiązującymi w rozliczeniach z polskimi świadczeniodawcami** (wg stawek krajowych).

Konieczne jest więc uzyskanie aktualnych, ujednoczonych dla terenu całego kraju cen poszczególnych świadczeń.

**Zasady ustalania należnej kwoty zwrotu zostały szczegółowo uregulowane w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przede wszystkim w art. 42c. ustawy.**

Zwrot kosztów za świadczenia gwarantowane, w odniesieniu do których **nie istnieje zróżnicowana wysokość kwot finansowania** na terenie kraju, dokonywany jest co do zasady w wysokości odpowiadającej kwocie:

- 1) finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) finansowania danego świadczenia gwarantowanego – w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych, medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa;
- 3) limitu finansowania danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego zawartego w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, z uwzględnieniem odpłatności, o której mowa w art. 14 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, lub mającego w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji;
- 4) odpowiadającej wartości wyrobu medycznego nie wyższej niż limit finansowania ze środków publicznych dla danego wyrobu medycznego wynikający z przepisów wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, z uwzględnieniem przepisów art. 47 ust. 1-2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Dla świadczeń gwarantowanych, w odniesieniu do których **istnieje taka sama wysokość kwot finansowania na terenie kraju** podstawą zwrotu kosztów **jest wysokość kwoty finansowania** tego świadczenia gwarantowanego według stanu obowiązującego **na dzień 1 stycznia roku**, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów. W przypadku braku możliwości ustalenia kwoty finansowania na dzień 1 stycznia danego roku, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się wysokość kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem.

Dla świadczeń gwarantowanych, w odniesieniu do których **istnieje zróżnicowana wysokość kwot finansowania na terenie kraju** podstawą zwrotu kosztów **jest średnia ważona kwoty finansowania** obliczona dla tego świadczenia gwarantowanego według stanu obowiązującego **na dzień 1 stycznia roku**, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów. W przypadku braku możliwości ustalenia kwoty finansowania na dzień 1 stycznia danego roku, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się średnią ważoną kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem.

Dla świadczeń gwarantowanych **rozliczanych w formie ryczałtowej** podstawą zwrotu kosztów jest obliczona na terenie kraju **średnia kwota finansowania** świadczeń z danego zakresu, udzielonych jednemu pacjentowi, **w ostatnim pełnym kwartale poprzedzającym kwartał, w którym zakończono udzielanie tych świadczeń**, w szczególności średnia kwota finansowania:

1. świadczeń gwarantowanych udzielonych jednemu świadczeniobiorcy w szpitalnym oddziale ratunkowym albo w izbie przyjęć;
2. jednorazowej interwencji zespołu ratownictwa medycznego.

W przypadku **leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego** podstawą zwrotu kosztów **jest kwota finansowania** ze środków publicznych, ustalona zgodnie z art. 42c ust. 1 pkt 3 lub 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, **obowiązująca na dzień zakupu**.





Narodowy Fundusz Zdrowia  
Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie

**Cennik świadczeń stosowanych w opiece transgranicznej** tworzony i aktualizowany jest w Centrali NFZ w oparciu o dane pozyskiwane z systemu informatycznego Funduszu (CZS, Centr. Monitoring Umów, repozytorium obwieszczeń, chemioterapia, programy lekowe, grupery JGP, SLORT) i obejmuje następujące obszary:

- umowy ze świadczeniodawcami (rozliczane bez wykorzystania JGP),
- umowy ze świadczeniodawcami (rozliczane z wykorzystaniem JGP w tym szpitalne, AOS, rehabilitacyjne),
- refundację leków,
- programy zdrowotne i chemioterapie,
- świadczenia finansowane przez inne instytucje (MZ),
- zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne,
- ratownictwo medyczne – RTM,
- świadczenia rozliczane ryczałtem (inne niż RTM).



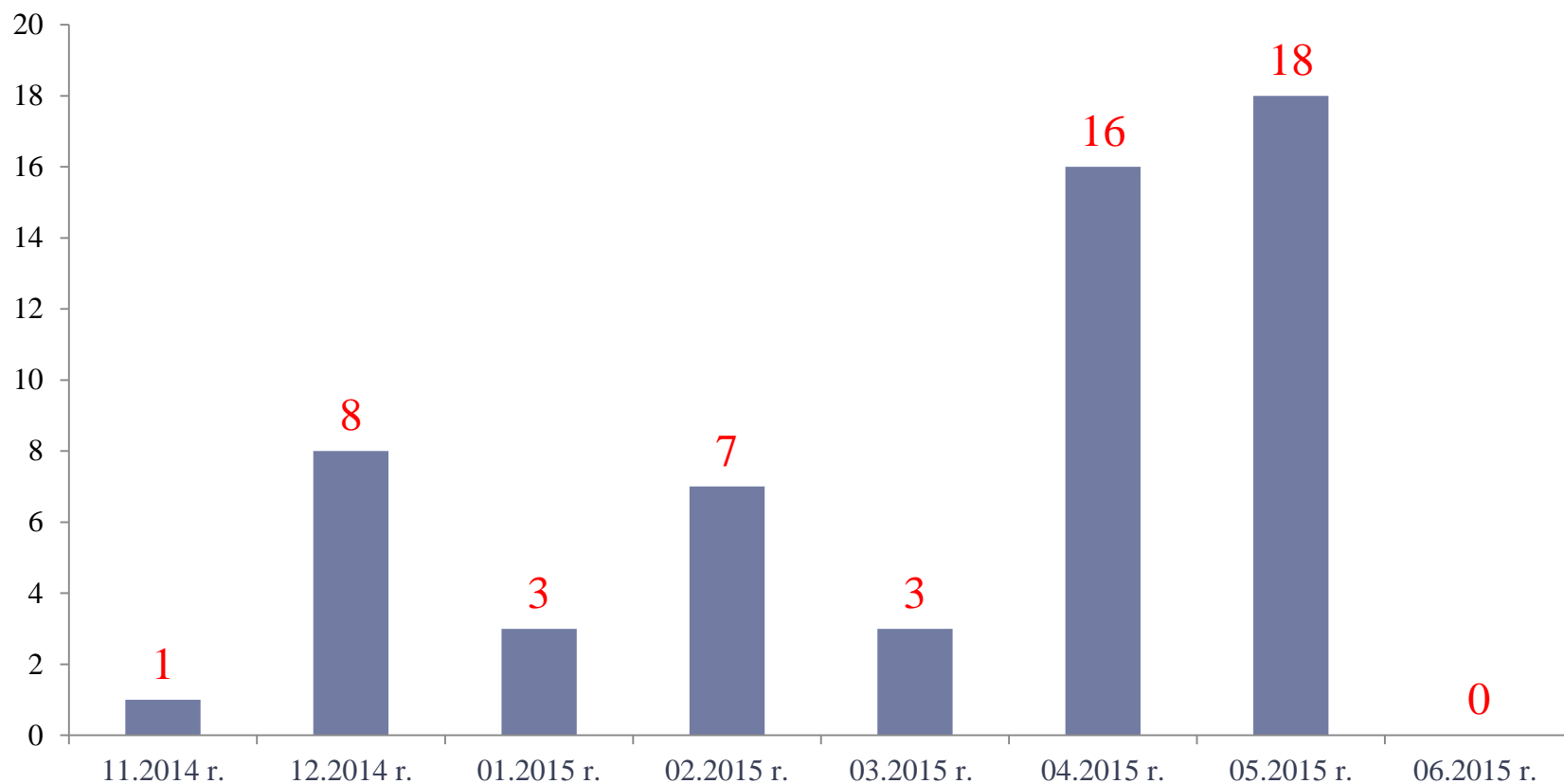
Narodowy Fundusz Zdrowia  
Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie

**WNIOSKI O ZWROT KOSZTÓW PROCEDOWANE  
W MAZOWIECKIM OW NFZ  
- STATYSTYKA ORAZ WYBRANE ZAGADNIENIA**





W okresie od 15 listopada 2014 r. do 12 czerwca 2015 r.  
w Mazowieckim OW NFZ złożono **56 wniosków o zwrot kosztów.**





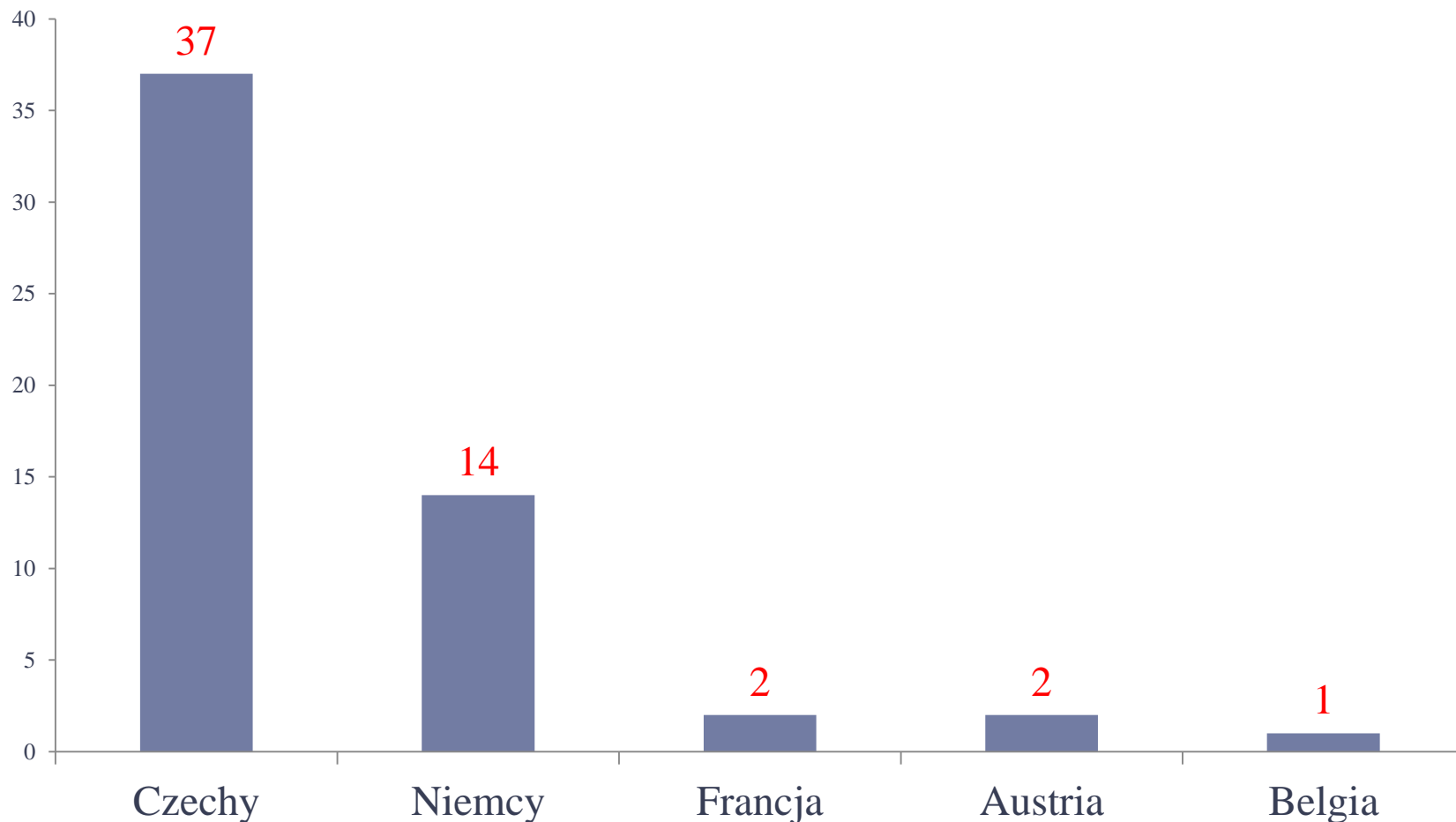
Narodowy Fundusz Zdrowia  
Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie

**Łączna wnioskowana kwota zwrotu  
w przeliczeniu na PLN wynosi:**

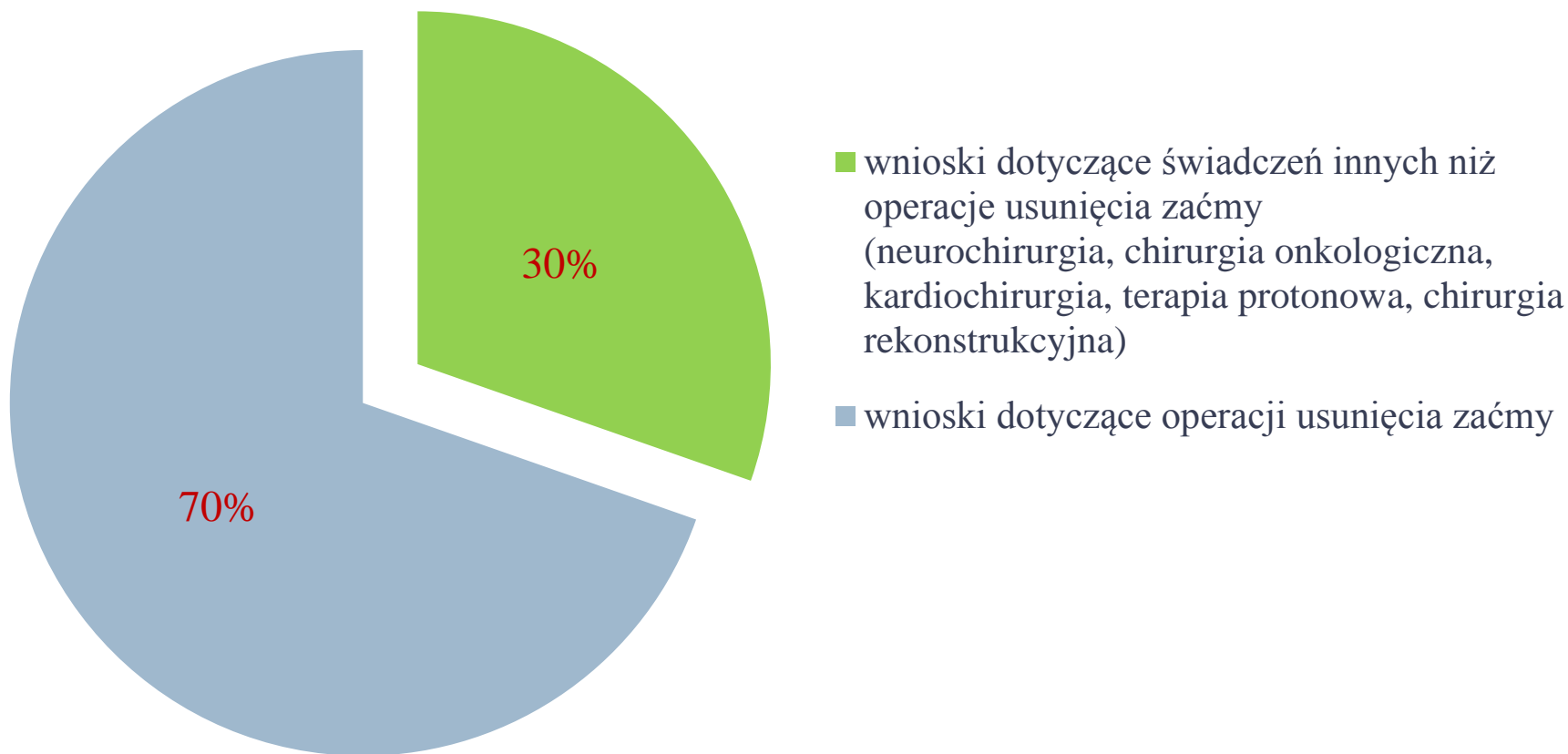
**▶ 901 378,17 zł**

- ▶ 1.025,78 zł - najniższa wnioskowana kwota zwrotu
- ▶ 98.689,76 zł - najwyższa wnioskowana kwota zwrotu

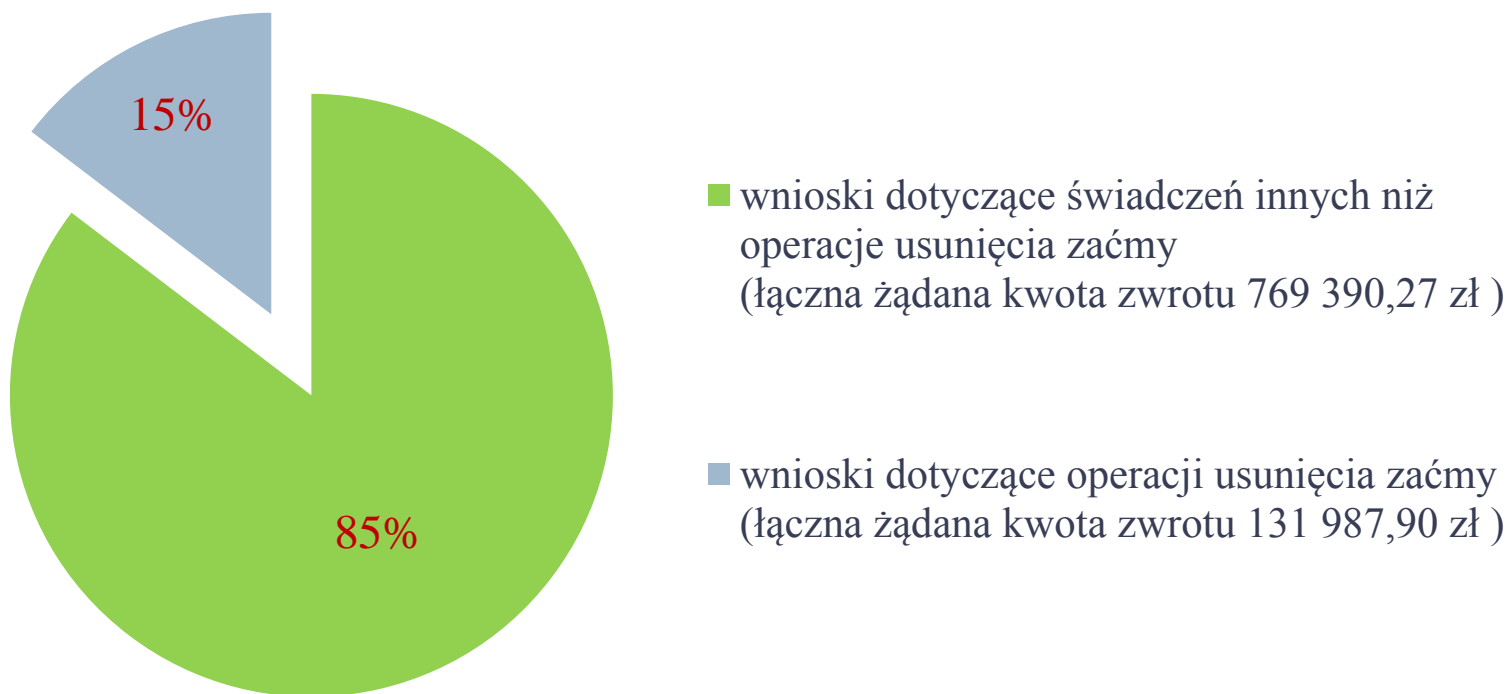
Państwa członkowskie Unii Europejskiej, w których udzielano świadczeń:



## Ilość wniosków o zwrot kosztów według rodzaju udzielonych świadczeń



## Wnioskowane kwoty zwrotu według rodzaju udzielonych świadczeń





Narodowy Fundusz Zdrowia  
Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie

**PROBLEMATYKA ROZPATRYWANIA WNIOSKÓW O ZWROT KOSZTÓW  
- ASPEKTY ZWIĄZANE Z WNIOSKAMI DOTYCZĄCYMI ŚWIADCZEŃ  
AKTUALNIE WYMAGAJĄCYCH UZYSKANIA UPREDNIEJ ZGODY  
DYREKTORA WŁAŚCIWEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NFZ**







- **Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw** (Dz.U. 2014 r. poz.1491), wdrażająca dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, wprowadziła w **art. 10** rozwiązanie polegające na możliwości stosowania przepisów dotyczących zwrotu kosztów, **w przypadku świadczeń, leków i wyrobów medycznych udzielonych lub zakupionych** w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej **po dniu 24 października 2013 r. i przed dniem 15 listopada 2014 r.** (tj. przed dniem wejścia w życie ustawy implementującej postanowienia dyrektywy).
- ▶ Wniosek o zwrot kosztów udzielonych we wskazanym przedziale czasowym należało złożyć **w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia 15 listopada 2014 r.**, tj. od daty wejścia w życie w/w ustawy.
- ▶ Do świadczeń okresu przejściowego **nie stosuje się przepisu art. 42b ust. 9** ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej **wprowadzającego wymóg uzyskania uprzedniej zgody** przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na świadczenia zawarte w wykazie przewidzianym w art. 42e.
- ✓ Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie ustalenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. 2014 r. poz. 1545) ustala aktualnie następującą listę:
  - 1) świadczenia opieki zdrowotnej wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń;
  - 2) leczenie w ramach programów lekowych;
  - 3) terapia izotopowa;
  - 4) teleradioterapia stereotaktyczna;
  - 5) teleradioterapia hadronowa wiązką protonów;
  - 6) terapia hiperbaryczna;
  - 7) wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne;
  - 8) badania genetyczne;
  - 9) pozytonowa tomografia emisyjna;
  - 10) badania medycyny nuklearnej;
  - 11) tomografia komputerowa;
  - 12) rezonans magnetyczny.



- **Wniosek o zwrot kosztów przeprowadzenia na terytorium Niemiec zabiegu operacyjnego - prostatektomii radykalnej z użyciem robota operacyjnego da Vinci**
- Do wniosku załączono wykaz kosztów za świadczenia związane z :
  - zabiegiem cyt.: *„dużej ingerencji w organy miednicy u mężczyzny, bez dużych nakładów i zużycia zasobów lub określonej ingerencji w organy miednicy”* w kwocie 30.796,53 EUR,
  - użyciem robota operacyjnego da Vinci w kwocie 8.684,55 EUR,
  - dodatkowymi opłatami systemowymi w łącznej kwocie 275,99 EUR,
  - opłatą za pobyt osoby towarzyszącej w kwocie 390,00 EUR.
- Jako świadczenia najbardziej zbliżone do świadczeń udzielonych na terenie Niemiec, przy rozpoznaniu ICD10 *C61 Nowotwór złośliwy stercza*, wskazano procedury ICD9:
  - 60.54 Wycięcie radykalne stercza (porstatektomia radyklana) z limfadenktomią zasłonową laparoskopowo lub
  - 60.55 Wycięcie radykalne stercza (porstatektomia radyklana ) z limfadenktomią miedniczą laparoskopoworozliczane w ramach JGP „L31 RADYKALNA PROSTATEKTOMIA”.
- Wskazać należy, iż w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego **brak jest wyróżnienia procedury wycięcia gruczołu krokowego z użyciem określonego narzędzia**, a metody wykonania operacji dzielone są na zabiegi otwarte i laparoskopowe. Zastosowanie podczas zabiegu robota operacyjnego nie jest natomiast samo w sobie świadczeniem finansowanym przez Fundusz.
- Rekomendacja nr 255/2014 z dnia 15 grudnia 2014 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych- leczenie chirurgiczne raka gruczołu krokowego z zastosowaniem systemu robotowego nie uzyskało pozytywnej rekomendacji.



- **Wniosek o zwrot kosztów przeprowadzenia na terytorium Niemiec radioembolizacji z zastosowaniem <sup>90</sup>Y SIR-Spheres guzów przerzutowych w wątrobie**
- Udzielone w dniach 10-16 października 2014 r. wnioskodawcy świadczenia zakwalifikowano jako procedurę medyczną o kodzie 33.991 „embolizacja narządowa bez użycia leków”, finansowaną w ramach JGP „Q45 – zabiegi endoskopowe”.
- Leczenie realizowane było w dwóch ośrodkach krajowych przy czym placówki, udzielając świadczeń w latach 2010 – 2014, każdorazowo korzystały z możliwości indywidualnego rozliczenia świadczenia z zastosowaniem produktu rozliczeniowego: 5.52.01.0001363 „Rozliczenie za zgodą płatnika”, po wyrażeniu indywidualnej zgody przez Dyrektora Mazowieckiego OW NFZ.
- Zagadnienie związane ze wskazanie kwoty finansowania w kraju:
  - na poziomie określonym dla grupy JGP „Q45 – zabiegi endoskopowe”,
  - na poziomie wyższym, wynikającym z dotychczasowego sposobu finansowania poprzez procedurę rozliczeń za zgodą płatnika.
- Zastosowano metodę ustalania wskazaną art. 42c ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, jako podstawę rozliczenia świadczenia przyjmując **wysokość kwoty finansowania** albo średnią ważoną kwoty finansowania **obliczoną według stanu obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów** tj. sfinansowanie świadczenia w dotychczas stosowanym algorytmie.
- Stanowisko Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia (UZ-AK.071.103.2015/RB z dnia 18.05.2015 r.) odnoszące się do świadczenia udzielonych po dniu 24 października 2013 r. i przed dniem 15 listopada 2014 r.:
  - *„Oczywistym jest, iż do takich wniosków nie może mieć zastosowania wymóg uprzedniej zgody”*
  - *„Nie może mieć w tym przypadku żadnego znaczenia fakt, iż świadczenie objęte wnioskiem o zwrot kosztów było poprzednio przedmiotem wniosku o wydanie zgody Prezesa Funduszu na podstawie dawnego art. 25 lub 26 tej ustawy”.*



### Wniosek o zwrot kosztów przeprowadzenia terapii protonowej

- Udzielone pacjentce świadczenia obejmowały zgodnie z rachunkiem i dokumentacją medyczną między innymi „ratującą życie radioterapię protonową” wykonaną w związku z rozpoznaniem wznowy raka migdałka podniebiennego (wznowa obejmowała lewy kąt żuchwy, podstawę języka oraz drogi odpływu chłonki I-V po stronie lewej).
- Zgodnie z wykazem świadczeń gwarantowanych, opisanych w podziale na świadczenia identyfikowane procedurami medycznymi tj. w część I załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, z kodem ICD-9: 92.288 znajduje się „Teleradioterapia hadronowa wiązką protonów”.
- Na terenie kraju powyższa procedura była jednakże **realizowana jedynie w odniesieniu do guzów gałki ocznej**, przy czym w tym zakresie opisano dodatkowe warunki realizacji świadczenia oraz wskazano, iż świadczenie dotyczy pacjentów, u których rozpoznano czerniaka błony naczyniowej.
- Pacjenci, którzy wymagali przeprowadzenia protonoterapii zmian nowotworowych innych okolic ciała, kierowani byli na leczenie poza granicami kraju na podstawie decyzji wydawanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Zgodnie z art. 42c ust. 2. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:  
*„W przypadku gdy procedura medyczna wykonana na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej mieści się w zakresie świadczeń gwarantowanych, nie mając dokładnego odpowiednika wśród procedur medycznych wykonywanych w kraju, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się kwotę finansowania procedury medycznej, mieszczącej się w zakresie tych świadczeń, **najbardziej zbliżonej pod względem medycznym** do procedury wykonanej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej.”*
- Zagadnienie wskazania procedury najbardziej zbliżonej pod względem medycznym, stanowiącej podstawę do ustalenia zwrotu kosztów, jest obecnie przedmiotem wystąpienia do Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej.



Narodowy Fundusz Zdrowia  
Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie

*Dziękujemy za uwagę!*