

Warszawa, dnia 1 marca 2018 r.

ZNAK:OIGWM/24/18

Sz. P.
prof. Łukasz Szumowski
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

do wiadomości:

Sz. P.
Prezes Andrzej Jacyna
Narodowy Fundusz Zdrowia
ul. Grójecka 186
02-390 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

Działając w imieniu Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych „POLMED” (dalej jako: „Izba POLMED”), w związku z ogłoszeniem i planowanym wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (dalej: „Rozporządzenie”), zwracam się z uprzejmą prośbą o rozważenie poniższych uwag i wątpliwości praktycznych, dotyczących wejścia w życie Rozporządzenia.

Zgodnie z wcześniejszym stanowiskiem Izby POLMED w ramach konsultacji publicznych projektu, Izba popiera ogólny kierunek zmian zawartych w tym akcie prawnym. W świetle wielu wątpliwości i pytań zgłaszanych przez nasze firmy członkowskie, chcielibyśmy jednak zwrócić uwagę Pana Ministra na poważne wątpliwości związane z wprowadzeniem Rozporządzenia, w szczególności w odniesieniu do wyrobów wskazanych w lp. 100 i 101 wykazu wyrobów medycznych na zlecenie (środki chłonne). W ramach tych pozycji, Rozporządzenie zwiększyło miesięczny limit ilościowy dla tych środków (z 60 na 90 sztuk), przy zachowaniu dotychczasowego limitu finansowania ze środków publicznych. Powyższe może w praktyce powodować istotne problemy w odniesieniu do przedstawionych poniżej zagadnień.

- 1. Sytuacja pacjentów objętych regulacją ustawy „za życiem” (dzieci do 18. roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu)**

Zgodnie z art. 47 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzoną wspomnianą ustawą „za życiem”, pacjentom, na podstawie odpowiedniego zaświadczenia lekarskiego, przysługuje prawo do wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. O ilości miesięcznego zaopatrzenia w te wyroby decyduje każdorazowo osoba

uprawniona do wystawienia zlecenia. Celem tego przepisu jest umożliwienie zaopatrzenia pacjentów z ww. szczególnej grupy w większą niż standardowa liczbę wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych.

Niestety, zgodnie z informacjami będącymi w posiadaniu Izby POLMED, oddziały wojewódzkie NFZ w praktyce działają niezgodnie z prawem w odniesieniu do rozliczania środków chłonnych. Obecne przepisy stanowią, że limit finansowania wynosi 90 zł i odnosi się do grupy określonej przez prawo jako „do 60 sztuk materiałów chłonnych” (liczba porządkowa wykazu wyrobów: 101). Limitem finansowania jest zatem objęty pewien pakiet materiałów chłonnych (do 60 szt.), nie zaś sztuka wyrobu.

Oddziały NFZ dokonują jednak niezgodnego z prawem przeliczenia i ustalają limit finansowania dla pacjenta objętego ustawą „za życiem” na kwotę 1,50 zł za sztukę – dzieląc limit 90 zł przez 60 sztuk wyrobów medycznych a następnie mnożąc przez liczbę wyrobów określonych w zleceniu lekarskim. **Sytuacja jest tylko pozornie prawidłowa.** Po wejście w życie Rozporządzenia zwiększającego limit ilościowy (do 90 szt.) przy utrzymaniu obecnego limitu finansowania (90 zł), praktyka kalkulacyjna NFZ spowoduje gwałtowne pogorszenie sytuacji pacjentów objętych ustawą „za życiem”. Na skutek przyjętej nieprawidłowej metody kalkulacyjnej NFZ, pacjenci ci po 3 marca 2018 r. otrzymają finansowanie ustanowione na poziomie limitu 1 zł za sztukę wyrobu medycznego (90 zł podzielić na 90 sztuk). **Oznacza to realny spadek finansowania o 33,3%¹.**

W ocenie Izby POLMED, taka sytuacja byłaby nie do pogodzenia z celem przyjęcia Rozporządzenia, którym było zwiększenie dostępności wyrobów dla potrzebujących pacjentów. Aby uniknąć takiego efektu, konieczne w naszej ocenie jest przyjęcie racjonalnej interpretacji przepisów wobec pacjentów objętych ustawą „za życiem”.

Naszym zdaniem, w przypadku wystawienia zlecenia na liczbę wyrobów przekraczającą „standardową” liczbę, pacjentowi objętemu ustawą „za życiem” powinna zawsze przysługiwać pełna wielokrotność limitu określonego Rozporządzeniem na poziomie pakietów liczonych do 90 sztuk. Tylko takie podejście zapewni prawidłowe rozliczenie tej grupy pacjentów. Przy takiej rozsądnej interpretacji, jeżeli lekarz wystawi zlecenie na wyroby chłonne w ilości 100, 120 lub 250 sztuk, pacjent objęty omawianą ustawą „za życiem” będzie mógł skorzystać z przemnożonego limitu finansowania. tj.:

- a. w przypadku zlecenia zaopatrzenia w 100 sztuk materiałów chłonnych, świadczeniodawca oraz NFZ powinien uznać przepisaną liczbę wyrobów za 2 pakiety (90 szt. w pierwszym pełnym pakiecie + 10 szt. w drugim niepełnym pakiecie) i obliczyć limit finansowania za 2 pakiety na poziomie 180 zł (2 x 90 zł);
- b. w przypadku zlecenia zaopatrzenia w 120 sztuk materiałów chłonnych, świadczeniodawca oraz NFZ powinien również uznać przepisaną liczbę wyrobów za 2 pakiety (90 szt. w

¹ Sytuację dobrze ilustruje przykład pacjenta objętego ustawą „za życiem”, który nabywa pieluchomajtki (lp. 101 w wykazie) w cenie 1,60 zł brutto na podstawie zlecenia lekarskiego obejmującego 180 sztuk:

- W aktualnym stanie prawnym, przy łącznej cenie 288 zł (180 sztuk x 1,60 zł), pacjent może liczyć na finansowanie w kwocie 189 zł (tj. 3 x 63 zł [limit finansowania], bo 180/60 [aktualny limit ilościowy] = 3); oznacza to, że pacjent musi dopłacić 99 zł;
- Po wejściu w życie Rozporządzenia i utrzymania dotychczasowej interpretacji NFZ, przy łącznej cenie 288 zł (jw.), pacjent mógłby liczyć na finansowanie w kwocie 126 zł (tj. 2 x 63 zł, bo 180/90 [przyszły limit ilościowy] = 2); oznacza to, że pacjent musiałby dopłacić 162 zł, a więc aż o 63 zł więcej niż w aktualnym stanie prawnym.

pierwszym pełnym pakiecie + 30 szt. w drugim niepełnym pakiecie) i obliczyć limit finansowania za 2 pakiety na poziomie 180 zł (2 x 90 zł);

- c. w przypadku zlecenia zaopatrzenia w 250 sztuk materiałów chłonnych, świadczeniodawca oraz NFZ powinien uznać przepisaną liczbę wyrobów za 3 pakiety (90 szt. w pierwszym pełnym pakiecie + 90 szt. w drugim pełnym pakiecie + 70 szt. w trzecim niepełnym pakiecie) i obliczyć limit finansowania za 3 pakiety na poziomie 270 zł (3 x 90 zł).

Podkreślamy, że brak jest możliwości prawnej uproszczenia ww. obliczeń poprzez uznanie, że limit finansowania da się uprościć i zredukować do finansowania 1 szt. wyrobu chłonnego.

Wskazujemy przy tym, że przyjęta metoda wykładni nie zastąpi długookresowo reformy w omawianym zakresie i przepisy powinny zostać pilnie znowelizowane. Zwracamy uwagę, że problem ten był wskazywany przez Izbę Polmed w piśmie w konsultacjach publicznych. Prosty rozwiązaniem powyżej opisywanych problemów byłoby ustalenie w ramach Rozporządzenia limitu finansowania dla wyrobów chłonnych w lp. 100 i 101 odnoszącego się do jednej sztuki takich wyrobów.

2. Wejście w życie Rozporządzenia 3 marca 2018 r. a wystawianie i realizacja zleceń

Wejście w życie zmienionego wykazu wyrobów dostępnych w trybie zaopatrzenia („na zlecenie”) dnia 3 marca 2018 r., w trakcie trwania okresu rozliczeniowego z Narodowym Funduszem Zdrowia, doprowadzi do istotnych problemów praktycznych z rozliczaniem świadczeń wg starych i nowych zasad limitowych. Zgodnie z przekazanymi Izbie POLMED informacjami, w obecnej chwili system rozliczeniowy NFZ nie jest przygotowany na taką możliwość, co oznacza, że świadczeniodawcy będą mieli problem z rozliczeniem świadczeń dot. lp. 100 i 101 wykazu w ramach Rozporządzenia. Stoimy na stanowisku, że wprowadzenie tego typu zmian powinno być dokonywane w ramach możliwości od początku roku kalendarzowego lub co najmniej od początku miesiąca.

W ocenie Izby POLMED, w odniesieniu do powyższych problemów, zasadne byłoby jak najpilniejsze dostosowanie systemów rozliczeniowych, a dodatkowo wydanie jednolitej interpretacji nowych przepisów, dotyczących praktycznych kwestii, szczególnie, że część z nich bywa przez pojedyncze Oddziały Wojewódzkie NFZ interpretowane w odmienny sposób. W szczególności chcielibyśmy potwierdzić, że:

- a) sposób wyliczania refundacji dla środków chłonnych będzie odbywał się jak dotychczas tzn.

refundacja będzie wyliczana z całego limitu: czyli dla 60 sztuk pacjent ma do wykorzystania limit 90 zł a nie 60 zł;

- b) na obecną kartę 60 sztuk, lekarze będą mogli wypisywać 90 sztuk, natomiast jeśli lekarz (np. nieświadomy nowych przepisów) wypisze na zleceniu 60 sztuk, to pacjent nadal będzie mógł pobrać 90 sztuk, co naszym zdaniem jest zgodne z duchem Rozporządzenia, mającego polepszyć sytuację pacjentów.

Izba POLMED deklaruje pełne wsparcie eksperckie w tym zakresie. W szczególności jesteśmy otwarci na możliwość zorganizowania pilnego spotkania w tej sprawie.

3. Problem z wadliwą interpretacją zapisu lp. 130 i 131 wykazu (wózki inwalidzkie specjalne)

Zgodnie ze znowelizowanym brzmieniem lp. 130 wykazu, finansowaniem objęte są następujące wyroby: „wózek inwalidzki specjalny (np. wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym, wózek

stabilizujący plecy i głowę, wózek z funkcją pionizacji) z wyłączeniem wózka inwalidzkiego toaletowego”.

Pomimo tego, że już w sferze literalnej wykładni przepisu można stwierdzić, że zawiera on jedynie przykładowe, a nie wyczerpujące, wyliczenie kategorii wózków specjalnych objętych finansowaniem ze środków publicznych, to niektóre z Oddziałów Wojewódzkich NFZ (przykładowo Oddział Łódzki) stoją na stanowisku, że możliwe jest finansowanie w ramach lp. 130 wykazu jedynie wprost wskazanych trzech kategorii wózków specjalnych. Analogiczny problem występuje w przypadku lp. 131 (wózek inwalidzki specjalny dla dzieci).

Wobec powyższego, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wydanie stosownej interpretacji również w tym zakresie – wskazującej, że omawiane wyliczenie jest wyliczeniem jedynie przykładowym.

W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości, pozostajemy do Pańskiej dyspozycji.

Z poważaniem,



Witold Włodarczyk
Dyrektor Generalny
OIGWM POLMED