



Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej
i Farmacji

Warszawa, 2018 -07- 04

PLW.4650.122.2018.AO

Pani

Szanowna Pani

W związku z Pani petycją z 18 kwietnia 2018 r. w sprawie zmiany przepisów dotyczących osób niepełnosprawnych, Departament Polityki Lekowej i Farmacji (DPLiF) prosi o przyjęcie poniższego.

W zakresie pkt 7 petycji dotyczącego refundacji m.in. soczewek okularowych, protez, aparatów słuchowych DPLiF informuje, że *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie* (Dz.U. poz. 1061, z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem”, definiuje katalog wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wraz z określeniem limitów ich finansowania ze środków publicznych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w tym limicie, kryteriów ich przyznawania oraz osób uprawnionych do wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne w poszczególnych grupach. Obecnie w wykazie znajduje się 136 grup wyrobów medycznych, które obejmują zarówno wyroby wykonywane na indywidualne zamówienie jak i produkowane seryjnie.

Zasady refundacji w zakresie soczewek okularowych, aparatów słuchowych oraz protez zostały opisane odpowiednio w lp. 71-74, lp. 84 i 85 oraz lp. 1-27 załącznika do rozporządzenia.

Zgodnie z rozporządzeniem dla jednej soczewki okularowej określono limit finansowania ze środków publicznych na poziomie od 25 zł do 50 zł, bez dopłaty dla dzieci do 18. roku życia, a dla pozostałych pacjentów z 30% odpłatnością. Okres użytkowania dla pierwszej

grupy określono według wskazań medycznych, nie częściej niż raz na 6 miesięcy, a dla dorosłych pacjentów raz na 2 lata.

W odniesieniu natomiast do aparatów słuchowych na przewodnictwo powietrzne limit finansowania określono dla pacjentów do 26 r.ż. w wysokości 2 000 zł za sztukę bez odpłatności pacjenta, a dla pozostałej grupy 1 000 zł za sztukę, przy odpłatności 30%. W przypadku aparatów słuchowych na przewodnictwo kostne limit finansowania określono na poziomie 1 800 zł za sztukę z tym, że dla pacjentów powyżej 26 r.ż. obowiązuje odpłatność 30%.

W zakresie refundacji protez DPLiF informuje, że w załączniku do rozporządzenia określono wyroby medyczne wykonywane na zamówienie po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy (grupa A lp. 1-3) z limitem finansowania od 200 zł do 1800 zł; protezy kończyn dolnych w obrębie podudzia (grupa B lp. 4-11) z limitem finansowania od 500 zł do 3500 zł; protezy kończyn dolnych w obrębie uda (grupa C lp. 12-17) z limitem finansowania od 500 zł do 5500 zł; protezy kończyn dolnych, po wyłuszczeniu w stawie biodrowym lub w przypadku wrodzonego braku lub niedorozwoju kończyn (grupa D lp. 18-20) z limitem finansowania od 2000 zł do 7500 zł. W zakresie natomiast protez kończyn górnych wykonywanych na zamówienie po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku lub niedorozwoju w obrębie kończyn górnych (grupa E lp. 21) limit finansowania wynosi 800 zł, protezy kończyn w obrębie: przedramienia od 1200 do 2800 zł, ramienia od 2400 zł do 4600 zł. Wszystkie protezy znajdujące się w rozporządzeniu nie wymagają udziału finansowanego pacjenta.

Intencją wykazu jest zabezpieczenie potrzeb pacjentów w jak największym stopniu, przy uwzględnieniu możliwości finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia, dlatego też nie wszystkie postulaty nawet jak najbardziej słuszne mogą być zrealizowane.

Jednocześnie informujemy, że od 1 lipca 2018 r. wchodzi w życie *ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności* (Dz. U. poz. 932) przyznająca osobom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności uprawnienia m.in. do zaopatrzenia w wyroby medyczne określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie* bez stosowania okresów użytkowania, ale z zachowaniem limitu finansowego, w tym odpłatności pacjenta, według wskazań medycznych oraz zaopatrzenie w ponadstandardową ilość wyrobów medycznych wydawanych comiesięcznie.

W odniesieniu do pkt 25 petycji dotyczącego wczasów rehabilitacyjnych uprzejmie informujemy, że *ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach*

wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności wprowadza również szczególne uprawnienia w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmiany te dotyczą:

- dostępu poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach,
- dostępu do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania,
- zniesienia limitu finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

W odpowiedzi do pkt 34 petycji informujemy, zgodnie z *ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938), zwana dalej „ustawą o świadczeniach” podstawą finansowania ze środków publicznych (na terenie Polski), danego świadczenia opieki zdrowotnej, jest uwzględnienie tego świadczenia w wykazie świadczeń gwarantowanych. W tym miejscu należy dodatkowo podkreślić, iż zgodnie z brzmieniem ustępu 3§3 *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295), świadczenia gwarantowane udzielane są zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej. Zgodnie z informacjami przedstawionymi przez Panią w petycji wynika, że metoda ta nosi znamiona metody eksperymentalnej, co oznacza, iż nie są spełnione przesłanki, o których mowa powyżej. Leczenie przedmiotową metodą nie jest świadczeniem gwarantowanym, nie należy do standardu postępowania leczniczego i w związku z tym nie może być finansowana ze środków publicznych.

Terapie z wykorzystaniem komórek macierzystych stanowią przedmiot prowadzonych eksperymentów medycznych i badań klinicznych. Rekrutacja uczestników eksperymentów medycznych oraz badań klinicznych jest prowadzona przez ośrodki realizujące przedmiotowe badania.

Zgodnie z procedurą kwalifikacji świadczenia zdrowotnego jako świadczenie gwarantowane, opisanej w ustawie o świadczeniach do zakwalifikowania świadczenia jako świadczenie gwarantowane jest konieczne uzyskanie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wydanie rekomendacji jest poprzedzone analizą skuteczności i bezpieczeństwa terapii, a także jej opłacalności oraz wpływu na budżet płatnika.

Ponadto informujemy, że warunki udzielania, zakres, oraz zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa ustawa

o świadczeniach oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze. Zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, udzielane są według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę (szpital, przychodnię), który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo świadczeniodawca (przychodnie, szpitale):

1. ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorców;
2. informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu, przy czym dokonanie przez świadczeniodawcę tej czynności jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej. Ze względu na ograniczone środki finansowe, jakimi dysponuje NFZ, istnienie list oczekujących jest nieuniknione, mimo, iż świadczeniodawcy (szpitale, przychodnie) dysponują potencjałem pozwalającym na realizację większej liczby świadczeń niż określone w łączącej je umowie z NFZ. Jednocześnie informujemy, że projekt nowelizacji ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (opublikowany na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji) przyspiesza osiągnięcie 6% PKB na zdrowie do 2024 r, co w efekcie przełoży się na skrócenie kolejek oczekujących i zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Z poważaniem
DYREKTOR
Departamentu i Polityki Lekowej i Farmacji
Iga Lipska
2018-07-04

Informacja na temat przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, informuję, iż administratorem Państwa danych osobowych jest Minister Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.

W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzane są Państwa dane osobowe?

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania odpowiedzi udzielanych w zakresie art. 38 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.) oraz w zakresie ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211, z późn. zm.) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.

Komu przekazywane są dane?

W ramach realizacji obowiązków określonych w niniejszej informacji Minister Zdrowia może przekazać Państwa dane innym administratorom, którzy realizują swoje obowiązki takim jak: Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Jakie przysługują Państwu prawa w zakresie przetwarzania danych osobowych?

Przysługują Państwu prawa do kontroli przetwarzania danych, określone w art. 15-19 i art. 21 RODO, w szczególności prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu.

Ponadto, niezależnie od praw wymienionych powyżej mogą Państwo w szczególnych sytuacjach, w tym określonych w art. 21 ust. 1 RODO, w dowolnym momencie wnieść sprzeciw wobec przetwarzania przez Ministra Zdrowia Państwa danych osobowych. W takiej sytuacji, po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku, Minister Zdrowia nie będzie mógł przetwarzać danych osobowych objętych sprzeciwem na tej podstawie. Wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, w której Minister Zdrowia wykaże, iż istnieją:

- 1) ważne prawnie uzasadnione podstawy do przetwarzania danych, które według prawa uznaje się za nadrzędne wobec Państwa interesów, praw i wolności, lub
- 2) podstawy do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

Mają Państwo prawo wnieść skargę na Ministra Zdrowia w zakresie przetwarzania danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

Jak długo będą przechowywane Państwa dane?

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okresy wymagane ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r. poz. 217 i 650) i aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie.

Dane kontaktowe

Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

Inspektor Ochrony Danych Osobowych w Ministerstwie Zdrowia: iod@mz.gov.pl

