



Zielona Góra, dn. 22.04.2021 r.

BFPZ/184/04/2021

*Sz. P.*

*Adam Niedzielski*

*Minister Zdrowia*

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłasza uwagi:

1. We wszystkich miejscach, gdzie w opiniowanym rozporządzeniu (ale też w całym rozporządzeniu zmienianym opiniowanym rozporządzeniem) występuje zwrot "Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej" zamienić zmienić go na stosowany już przy receptach dla pacjentów 75+ zwrot "Lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej". Dzięki temu uniknie się problemów związanych z tym, że zastępujący lekarza POZ inny lekarz w podmiocie, nie może wystawić zlecenia np. na pieluchomajtki. W sytuacji niedoboru kadr medycznych należy ułatwiać pacjentom możliwość skorzystania ze świadczeń i uprawnień pacjenta.
2. W par. 1 pkt. 5) f) kryteria przyznawania pieluchomajtek lub zamienników z grupy oznaczonej w tabeli l.p. 101 należy rozszerzyć o inne nietrzymania moczu lub stolca. Opisane w aktualnej definicji są mało przejrzyste i pozwalają na różne interpretacje. Dzisiaj często lekarz stoi przed dylematem dowodowym, czy pacjentowi należy się zlecenie na refundowane środki, kryteria nie są jednoznaczne i często pacjent cierpi na tym, gdyż nie może skorzystać z refundowanych wkładek czy pieluchomajtek. W przypadku gdyby szacowane koszty wdrożenia takiej zmiany przekraczały możliwości ich finansowania proponujemy dodanie nowej grupy wskazań - "inne przyczyny nietrzymania moczu" i dopuszczenie refundacji na niższym poziomie niż w dotychczasowych grupach. Należy zwrócić uwagę, że koszty leczenia następstw nietrzymania moczu w sytuacji braku korzystania z wyrobów chłonnych mogą znacznie przewyższać koszt refundacji szerszej



grupy pacjentów z nietrzymaniem.

3. Należy poprawić zasady finansowania środków, które nie mają limitu na sztukę a limit kosztowy. System refundacji środków pomocniczych i wyrobów medycznych jest tak skonstruowany, że w przypadku części produktów dochodzi do konieczności wypisania innej (znacznie większej) ilości środków po to, żeby pacjent z niepełnosprawnością, który nie ma zgodnie z prawem ograniczenia w ilości możliwych do wypisania produktów, mógł kupić inne niż wypisane produkty (droższe, ale z tej samej grupy rodzajowej) w ilości odpowiadającej rzeczywistym potrzebom. Prowadzi to do wątpliwości interpretacyjnych i napięć pomiędzy lekarzem a pacjentem. W spór ten wchodzi również przedstawiciele NFZ oraz Rzecznika Praw Pacjenta często zajmując różne stanowiska.

Należy jednoznacznie rozstrzygnąć kierunek postępowania:

- Lekarz POZ wypisuje nierealne zużycie, ale ważne jest nie żeby ilość wypisana się zgadzała tylko ilość ostatecznie zakupiona – ta wersja uczyć będzie fałszowania dokumentów oraz spowoduje uratę kontroli nad ilością możliwą do zakupienia.
- Lekarz POZ postępuje zgodnie z logiką i wypisuje ilość racjonalną a pacjent droższe produkty kupuje w ten sposób, że dopłaca różnicę, często dość znaczną, ale jednoznacznie ustalana jest ilość produktu wypisanego.
- Następuje zmiana zasad obliczania odpłatności tak, żeby zlikwidować patologię.

Z poważaniem

Tomasz Zieliński

Wiceprezes Federacji PZ

/dokument podpisany elektronicznie/