SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Wspólne posiedzenie
Komisji Rodziny,
Polityki Senioralnej i Społecznej (**128.**)
oraz Komisji Zdrowia (**74.**)
w dniu 26 czerwca 2018 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Wyroby medyczne finansowane ze środków publicznych – ocena dostępności w kontekście zmian legislacyjnych w latach 2016–2018 i plany na przyszłość.

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczą przewodniczący Komisji Zdrowia Waldemar Kraska oraz zastępca przewodniczącego Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej Antoni Szymański)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Witam bardzo serdecznie na wspólnym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia, której jestem przewodniczącym, a także Komisji Rodziny i Polityki Senioralnej i Społecznej.

Na dzisiejszym wspólnym posiedzeniu mamy w porządku obrad jeden punkt zatytułowany: wyroby medyczne finansowane ze środków publicznych – ocena dostępności w kontekście zmian legislacyjnych w latach 2016–2018 i plany na przyszłość.

Bardzo serdecznie witam wszystkich państwa przybyłych na dzisiejsze posiedzenie. Szczególnie witam ministra zdrowia, pana Zbigniewa Króla, witam także jego współpracownika – panią Agnieszkę Ostrowską. Witam zastępcę prezesa PFRON, pana Tomasza Maruszewskiego razem z panem naczelnikiem Krzysztofem Kacą. Witam też przedstawicielkę Narodowego Funduszu Zdrowia, panią Agnieszkę Górską, starszego specjalistę w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Witam państwa prezesów wielu organizacji społecznych, ale także firm, które produkują sprzęt dla osób niepełnosprawnych. Cieszę się, że jesteście państwo na naszym spotkaniu.

Porządek naszego posiedzenia będzie następujący.

Po otwarciu posiedzenia głos zabierze pan senator Mieczysław Augustyn… Oczywiście witam także państwa senatorów, bo tego nie uczyniłem. Senator Mieczysław Augustyn, przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Opieki nad Osobami Niesamodzielnymi – „Znaczenie dostępności wyrobów medycznych z perspektywy osób niesamodzielnych i ich opiekunów".

Następnie głos zabierze pan senator Filip Libicki, przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Niepełnosprawnych – „Znaczenie dostępności wyrobów medycznych z perspektywy osób niepełnosprawnych". Myślę, że ta perspektywa będzie także bardzo osobista.

Następnie głos zabierze pan Witold Włodarczyk, dyrektor generalny Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych „PolMed" – „Kategoryzacja wyrobów medycznych – produkcja, dystrybucja i trzy systemy finansowania."

W następnym punkcie miało być wystąpienie pana prezesa NFZ Andrzeja Jacyny, ale wiemy, że go nie będzie.

Myślę, że połączymy to z wystąpieniem pana ministra Zbigniewa Króla, bo tematyka będzie mniej więcej podobna – „Ocena skutków zmian regulacyjnych w zakresie dostępności wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych w ostatnich dwóch latach".

Następne wystąpienie… Bo nie ma też pana Krzysztofa Michałkiewicza, pełnomocnika rządu do spraw osób niepełnosprawnych, ale będzie go reprezentował zastępca prezesa PFRON, pan Tomasz Maruszewski.

Potem pani Elżbieta Szwałkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" – „Ocena funkcjonowania systemu zaopatrzenia w refundowane wyroby medyczne. Czy potrzebne są zmiany?".

Mniej więcej o godzinie 15.00 przewidujemy półgodzinną dyskusję, a ok. godziny 15.30 zakończenie dzisiejszego posiedzenia.

Żeby nie przedłużać, oddaję głos panu senatorowi Mieczysławowi Augustynowi – „Znaczenie dostępności wyrobów medycznych z perspektywy osób niesamodzielnych i ich opiekunów".

Proszę, Panie Senatorze.

Senator Mieczysław Augustyn:

Dzień dobry państwu.

Na początek pozwolę sobie ucieszyć się, że partnerzy społeczni są dzisiaj wśród nas, bez perturbacji i problemów. Przy tym nie mamy cienia wątpliwości, że wydarzenia, które spowodowały, że nie mogliśmy się spotkać w poprzednim terminie, miały bezpośredni związek, odnosiły się do tematyki także dzisiejszego posiedzenia i znalazły swój wyraz później w propozycjach zmian dotyczących tej sfery. Poza sporem jest również to, że dostępność wszelkiego rodzaju wsparcia ma ogromne znaczenie dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, których nazywamy osobami niesamodzielnymi. W polskim orzecznictwie oznacza to przede wszystkim osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności. Te osoby mają zdecydowanie większe zapotrzebowanie na opiekę i wszystko to, co pomaga sprawować tę opiekę i utrzymać mobilność w jak największym stopniu, ma dla tych osób ogromne znaczenie. Oczywiście z tego powodu jest to sfera bardzo wrażliwa. Dlatego że dostępność środków prywatnych, które można by było przeznaczyć na te cele, jest bardzo ograniczona, a w perspektywie – ze względu na to, że ogromną część osób niesamodzielnych, aż 80%, stanowią osoby starsze, po sześćdziesiątym piątym roku życia – zdolność samodzielnego

zaopatrywania się w wyroby medyczne, bez jakiegokolwiek publicznego wsparcia, będzie coraz bardziej ograniczona. Mamy tego świadomość. Każdy, kto śledzi to, co się dzieje z systemem emerytalnym, zapewne z taką tezą się zgodzi.

A zatem wchodzimy w sferę wsparcia publicznego, jeśli chodzi o zaopatrzenie w wyroby medyczne. To bardzo trudna materia. Przekonaliśmy się o tym i ciągle przekonujemy w przypadku leków, ale tutaj sytuacja nie jest może tożsama, choć z punktu widzenia klienta – podobna. Dlatego wszyscy godzimy się na to, że dostępność wyrobów medycznych, w części finansowana z kilku źródeł ze środków publicznych, musi być regulowana. No, i o tych regulacjach będziemy dzisiaj mówić, dlatego że powodują one w dzisiejszym stanie rzeczy to, że ta dostępność jest na poziomie niezadowalającym. Ustawodawca ostatnio w wyniku protestów przyznawał rację nawet w większym stopniu, niż mogłoby się wydawać, wskazując na to, że braki w dostępie do wyrobów medycznych powinny pomóc osobom niesamodzielnym, także tym, które tutaj protestowały. To była jedna z części propozycji rządowych.

Parlamentarny Zespół ds. Osób Niesamodzielnych od dawna odbierał sygnały od interesariuszy, że w zakresie zwiększenia dostępności wyrobów medycznych toczą się prace w resortach i w NFZ, i że oni są zainteresowani tym, ażeby w tych pracach w jeszcze większym stopniu móc uczestniczyć. Chcieli – i stąd pomysł posiedzenia – większej transparentności w tym zakresie i możliwości wypowiedzenia zdań przez wszystkich tych, którzy są zainteresowani jak najkorzystniejszym rozwiązaniem problemów osób niesamodzielnych z punktu widzenia ich zdolności do zaopatrywania się w wyroby medyczne.

Dlatego dziękuję panom przewodniczącym za to, że spotykamy się nie tylko raz, ale po raz kolejny, by dokończyć dyskusję na ten temat. Ona jest już w innym kontekście, nie tylko społecznym – o czym już wspomniałem. Jesteśmy po proteście, ale również prawnym. Wtedy, kiedy mieliśmy się spotkać ponownie, takim problemem do przedyskutowania była kwestia tego, czy samo zwiększenie limitów – a ono nastąpiło – znaczące zwiększenie limitów, rzeczywiście zwiększy dostęp osób niesamodzielnych do wyrobów medycznych. Teraz przynajmniej w przypadku osób niesamodzielnych, czyli tych ze znacznym stopniem niepełnosprawności, te limity całkowicie zostają zniesione, ale pytanie dalej pozostaje otwarte. To pytanie zadawałem nie tylko ja zarówno na posiedzeniach komisji, jak i podczas obrad plenarnych, ponieważ niepokoiło nas to, że tak naprawdę nie ma to być znaczące zwiększenie finansowania ze środków pochodzących spoza NFZ, a jedynie w ramach jego budżetu, którego nie starcza na ogromną liczbę spraw pilnych do załatwienia w ochronie zdrowia. Stąd niepokój i pytanie, jak to naprawdę będzie wyglądało. Czy to nie będzie tak, że będziemy świadkami uruchomienia pewnego, w gruncie rzeczy niekorzystnego, mechanizmu? Czyli że mając dostęp do nielimitowanych świadczeń w postaci wyrobów medycznych, będziemy otrzymywać je np. coraz gorszej jakości. Bo w przypadku tej samej kwoty albo niewiele większej kwoty tak to się może zakończyć. A wtedy komfort tych, o których myślimy, na których nam chyba wszystkim absolutnie zależy, wcale nie musi być lepszy niż obecnie. Dlatego cieszę się, że są dzisiaj przedstawiciele resortów, że są przedstawiciele NFZ i że są przedstawiciele Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" – bo ja głównie stamtąd otrzymywałem te sygnały – żeby usiąść i dyskutować.

Ta dostępność środków medycznych – już kończę swoją wypowiedź – ma ogromne znaczenie dla wszystkich aspektów życia osób niesamodzielnych, dlatego że dane, zaprezentowane przez ministerstwo pracy na naszych posiedzeniach komisji razem ze sprawozdaniem, które po raz drugi otrzymaliśmy w związku z obowiązkiem, jaki nałożyła ustawa o osobach starszych, pokazują, że choć ta grupa osób, stanowiąca 80% osób niesamodzielnych per capita, jest nieraz w lepszej sytuacji niż osoby w rodzinie, to jednak, jeśli wziąć pod uwagę ich wydatki na leki i wyroby medyczne, jest znacząco uboższa niż inne grupy. To oznacza, że w sytuacji konieczności zapewnienia sobie nie tylko wyrobów medycznych i leków, ale także opieki osoby te stają częstokroć w bardzo trudnym położeniu i muszą dokonywać dramatycznych wyborów.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Panie Senatorze, prosiłbym już o konkluzję, bo czas…)

Dlatego uważam to posiedzenie za bardzo ważne i myślę, że jego konkluzje będą sprzyjać wypracowaniu dobrych rozwiązań, oczekiwanych przez osoby niesamodzielne. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Ja niestety, będę musiał pilnować dyscypliny czasowej. Może to nie jest elegancko, ale musimy dać szansę innym, bo jest zaproszonych wiele osób. Myślę, że państwo będziecie chcieli zabrać głos, więc to jest dla was także bardzo ważne.

Witam pana przewodniczącego Antoniego Szymańskiego, przewodniczącego Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej.

A teraz proszę o zabranie głosu pana senatora Jana Filipa Libickiego.

Panie Senatorze, 5 minut.

Senator Jan Filip Libicki:

Dziękuję bardzo.

Postaram się zmieścić w tym limicie, tym bardziej że wydaje mi się, że tutaj państwa głos jest istotniejszy, bo my jesteśmy ustawodawcami i mamy obowiązek, że tak powiem, starać się opisać to, co środowiska nam zasygnalizują.

Ja bym powiedział tak: ja nie będę mówił o znaczeniu wyrobów medycznych w życiu osób z niepełnosprawnościami, bo, powiem krótko, gdyby nie taki wyrób, przy pomocy którego się tutaj dostałem, to mnie tutaj by z państwem nie było. A więc, że tak powiem, to mówi jakby samo za siebie. Ja powiedziałbym o kilku problemach, które się z tym wiążą, może nie szeregując wedle ważności, tylko tak, jak mi przychodzi do głowy.

Powiedziałbym pierwszą rzecz, widząc przedstawicieli PFRON i Narodowego Funduszu Zdrowia: obie te instytucje finansują te wyroby oraz środki pomocnicze i często jest tak, że te instytucje dublują pewne rzeczy, które finansują.

Myśmy już w zeszłej kadencji jako Parlamentarny Zespół ds. Osób Niepełnosprawnych przy samym końcu kadencji podjęli pewne prace, żeby spróbować to rozdzielić, uporządkować, żeby była jasna sprawa, kto co finansuje, żeby właśnie tego dublowania nie było. No, z powodu końca kadencji nie doprowadziliśmy tego do końca, ale myślę, że warto się nad tym pochylić. I przynajmniej w zeszłej kadencji obie instytucje wyrażały chęć takiej pracy. Być może każda z nich uważała, że większy ciężar przesunie na tę drugą i może stąd ta chęć się brała – ja w to nie wchodzę, ale myślę, że warto by było się tym zająć. To jest pierwsza sprawa.

Myślę sobie, że jest druga sprawa, ściśle związana z pracami tego zespołu, na którego czele stoi pani prof. Uścińska, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, to jest kwestia orzecznictwa. Bo to jest tak naprawdę kwestia dopasowania wyrobu do realnych potrzeb osoby z niepełnosprawnościami. Ja mogę powiedzieć tak: ja się w swoim funkcjonowaniu spotykałem także z takimi sytuacjami, powiedziałbym, patologicznymi. Na przykład jest ktoś po amputacji, a tę amputację miał, powiedzmy, 2 czy 3 dni temu. I momentalnie pojawia się ktoś z obsługi szpitala, kto mówi: o, pan to potrzebuje wózek, pan to potrzebuje taką czy inną protezę, a my to wszystko załatwimy. I ta proteza się pojawia, ale osoba, która przychodzi z tą propozycją, że tak powiem, i sprawia wrażenie, że robi to z dobrego serca, jest tym zainteresowana w jakiś sposób. I okazuje się, że sprzedaje komuś wyrób, który akurat zupełnie nie pasuje do jego potrzeb. Myślę, że jeśli to będzie dobrze zrobione w ramach prac tego zespołu nad orzecznictwem – a ja za to trzymam kciuki – to ten element patologii uda się w jakiś sposób wyeliminować. To jest druga kwestia.

Trzecia kwestia. Mam nadzieję, że obecni tutaj producenci wyrobów medycznych się na mnie nie obrażą… Mówię szczerze: zwykle jest tak, że jak podnosi się limity, to i cena tego wyrobu idzie w górę, mniej więcej do wysokości limitu. I tak naprawdę jeśli zwiększa się środki finansowe, to środków medycznych niekoniecznie jest więcej. Powiem również szczerze, że z tym się już wielu ministrów borykało i nie udało się im do końca wprowadzić takiego mechanizmu, który by tej sytuacji przeciwdziałał. Myślę, że to jest ważny element, bo jeśli się tego w jakiś sposób nie uporządkuje i nie wyprostuje, to jakiekolwiek środki pojawią się na tego typu wyroby, dalej będziemy stali w miejscu w przypadku potrzeb.

I wreszcie, na koniec, chciałbym powiedzieć ostatnią rzecz, która się z tym wiąże. To prawda, że została przyjęta ustawa, która zniosła limity dla osób z niepełnosprawnościami w stopniu znacznym, ale ja mówiłem panu ministrowi Cieszyńskiemu, który ze strony Ministerstwa Zdrowia tę ustawę prezentował, że w moim przekonaniu to nie rozwiązuje problemu.

Ja tu zacząłem od swojego przykładu i kończę swoim przykładem. Ja do tej pory korzystałem z takiego sprzętu, jak osoba z niepełnosprawnością, refundowanego raz. Tak mi się ułożyło w życiu, że póki co stać mnie na to, żebym sobie ten sprzęt zapewniał we własnym zakresie. Jeśli przestanie mnie być na to stać, to ja realnie taki sprzęt potrzebuję raz do roku. Jak państwo zniesiecie limit na ten sprzęt, to ja, a jeśli nie ja, to na pewno wiele osób w podobnej sytuacji będzie sobie ten sprzęt, że tak powiem, fundować co pół roku. Bo dlaczego nie, jeżeli jest dostępność bez ograniczeń i ustawowo się, że tak powiem, gwarantuje, że ta dostępność bez ograniczeń jest.

Kończąc, myślę sobie tak: jeśli przynajmniej na niektóre albo przynajmniej na jedno z tych pytań i z tych kwestii, które tutaj zarysowałem, dzisiejsza konferencja, dzisiejsze spotkanie da nam jakąś odpowiedź albo przynajmniej przybliży nas do tej odpowiedzi, to z całą pewnością to nasze spotkanie będzie miało głęboki sens. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Też mam taką nadzieję, że dzisiejsze spotkanie zakończy się jakimiś wnioskami, których skutkiem będzie polepszenie sytuacji osób niepełnosprawnych.

Teraz bym prosił o zabranie głosu pana Witolda Włodarczyka, dyrektora generalnego Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych „PolMed" – „Kategoryzacja wyrobów medycznych – produkcja, dystrybucja i trzy systemy finansowania".

Panie Dyrektorze,10 minut.

Dyrektor Generalny Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych „PolMed" Witold Włodarczyk:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Witam pana, witam państwa.

Dziękuję za ten głos. Pozwolicie państwo, że, pomimo że mam 10 minut, jednak nawiążę do słów pana senatora Libickiego sprzed chwili i powiem: my jako izba „PolMed" bardzo mocno walczymy z patologiami. Ja podam przykład bardziej mrożący krew w żyłach. Pan senator powiedział o sytuacji, kiedy ktoś przychodzi do szpitala – ta miła osoba, w cudzysłowie, oczywiście – 2 dni po amputacji. Ja znam przypadek, że ktoś przyszedł do szpitala dzień przed amputacją i chodząc sobie z chirurgiem po sali, mówił, gdzie najlepiej uciąć, żeby pasowało do protezy, którą ma akurat w sklepie. Są również takie sytuacje. Z tym absolutnie należy walczyć. I my jako izba „PolMed" będziemy wspierali wszystkich tych państwa, którzy będą walczyli z patologiami.

Przechodząc już do mojego krótkiego wystąpienia… Proszę państwa, wyroby medyczne to jest tak złożona materia, że można by dyskutować długo o tym, jak to podzielić, ale z punktu widzenia pacjenta te wyroby medyczne możemy podzielić na 3 grupy.

Pierwsza grupa to są wyroby do zaopatrzenia indywidualnego. To są te wyroby, które kupujemy na ogół w sklepach medycznych lub w aptekach, takie jak środki chłonne, jak wózki inwalidzkie, jak ortezy i protezy. Części z tych wyrobów – jak państwo wiecie, bo w aptece każdy pewnie jest przynajmniej raz na 2 tygodnie – w aptece nie dostaniecie, one są dystrybuowane w zasadzie tylko w sklepach medycznych, a środki chłonne są i tu, i tu.

Druga grupa to są wyroby wydawane z aptek na podstawie recepty. To jest ta dosyć wąska grupa wyrobów me-

dycznych, która działa w zasadzie w tym samym systemie, co leki. W tej grupie mamy przede wszystkim opatrunki specjalistyczne czy paski do glukometrów.

I wreszcie trzecia grupa, z punktu widzenia wartości i wielkości rynku jest to grupa zdecydowanie największa. To są te wyroby, które stosowane są w świadczeniach szpitalnych – począwszy od jednorazówek czy drobnego sprzętu aż po tomografy itd.

I te 3 grupy w zasadzie należy traktować rozdzielnie. My dzisiaj na tym spotkaniu z racji tematyki i krótkiego czasu skupimy się na pierwszej grupie wyrobów, do zaopatrzenia indywidualnego.

Odnosząc się do produkcji… To też jest zawarte w temacie, ale ja oczywiście nie będę państwu opowiadał o produkcji wyrobów medycznych, bo domyślacie się zapewne, że inaczej produkuje się wózek inwalidzki, a inaczej produkuje się strzykawkę, a jeszcze inaczej – tomograf, a to wszystko są wyroby medyczne. Mogę jednak powiedzieć rzecz, myślę, dużo ciekawszą: otóż większość firm działających w sektorze wyrobów medycznych – niezależnie od tego, czy są to firmy produkcyjne, czy dystrybucyjne – to są małe i średnie przedsiębiorstwa, w przeciwieństwie np. do farmacji, gdzie właściwie 100% stanowią duże koncerny. To pierwsza rzecz.

I druga rzecz, która się z tą pierwszą wiąże – bardzo duża część tych firm, szczególnie tych najmniejszych, to są w 100% polskie przedsiębiorstwa. W związku z tym ten przemysł wyrobów medycznych, chodź znacznie mniejszy od farmaceutycznego, powinien być pod pewnego rodzaju opieką rządu, bo mamy tam często do czynienia z rodzinnymi przedsiębiorstwami, które w zasadzie żyją… Ich wyłącznym źródłem dochodu jest np. sklep medyczny i wszelka zmiana przepisów może spowodować, że albo ten sklep będzie dalej funkcjonował, albo nie. I takie zagrożenie mieliśmy chociażby w 2017 r.

Proszę państwa, przechodząc teraz do wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na wyroby medyczne… Ja przede wszystkim chciałbym powiedzieć bardzo dobrą informację. Może państwo widzicie albo nie – bo ten ekran jest ogromny, a cyfry są małe – ale to jest tylko 1,4% budżetu NFZ. To może się wydawać mało, ale z pewnego punktu widzenia jest też dobra wiadomość. Ja mam przyjemność od 10 lat kierować izbą „PolMed". Pamiętam, że jak przyszedłem 10 lat temu do izby, to było 1%. Wydaje się, że 0,4% to jest niedużo, ale w liczba bezwzględnych to jest duża kwota. A więc naprawdę duże brawa dla wszystkich tych, którzy zdecydowali o tym, że ta kwota nominalna na wyroby medyczne z roku na rok rośnie.

No, sytuacja wygląda troszkę gorzej, jeżeli spojrzymy na wyroby medyczne z punktu widzenia innych państw, czyli jeżeli spojrzymy na to, ile wynoszą wydatki per capita w Polsce i chociażby w krajach sąsiednich. Ja nie podaję jakichś tam państw, które są dużo bogatsze od nas, tylko z Grupy Wyszehradzkiej. Jak państwo widzicie, jeszcze mamy dużo do zrobienia, ale ten słupek całkiem niedawno wyglądał gorzej. Z czego to wynika? Czasami te różnice są tak duże, że ja rzadko tego slajdu w ogóle używam, żeby nie szokować. Na to wpływa kilka elementów. Na pewno pierwszy jest taki, że wyższe są kwoty limitów i często lepszy jest sprzęt w krajach sąsiednich, a druga, i chyba ważniejsza, kwestia jest taka, że sprzęt medyczny, który w Polsce nie jest refundowany, w tych krajach jest refundowany, więc ta baza jest dużo szersza.

Niemniej jednak, proszę państwa, my w izbie „PolMed", zastanawiając się, w jaki sposób zwiększyć dostęp pacjentów do wyrobów medycznych, nie skupiamy się na zwiększeniu finansowania, bo to się w jakiś sposób dzieje, jak pokazałem na pierwszym slajdzie. Jeżeli ten przyrost będzie sukcesywnie taki co roku – oczywiście uwzględniając starzenie się społeczeństwa – jeżeli rząd polski utrzyma ten wzrost, to ja myślę, że damy radę. Ale problem jest zupełnie gdzie indziej. Problem w tym, że samo zwiększenie finansowania niewiele zmieni, jeżeli nie unowocześnimy struktury limitów wyrobów medycznych. Przykład: kilka lat temu skokowo, o 20%, wzrosła wartość budżetu NFZ na wyroby medyczne. To dobra wiadomość. Ale co się wtedy stało? Stała się jedna bardzo dobra rzecz. Otóż zniknęły tzw. kolejki do zaopatrzenia. Czyli jeszcze parę lat temu było tak, że jeżeli ktoś chciał się zaopatrzyć w określony wyrób medyczny, to przychodził do oddziału NFZ, aby potwierdzić zlecenie, a tam dostawał informację: proszę przyjść za 3 miesiące, bo w tej chwili nie mamy środków. Ten problem całkowicie zniknął, jego nie ma i, mam nadzieję, nigdy już nie będzie. To jest bardzo dobra wiadomość, ale tylko takie problemy możemy rozładować poprzez zwiększenie finansowania, jeżeli nie zmienimy struktury limitów zaopatrzenia, które są dzisiaj. I ta zmiana limitu jest przede wszystkim z korzyścią nie tylko dla pacjenta, ale również dla budżetu państwa. Bo jeżeli mówimy o patologiach, to mamy dzisiaj również takie sytuacje, że… Ja mogę nawet, jeżeli starczy nam czasu, podać parę przykładów, że grupy limitowe są źle ułożone, że można by było je skonstruować bardziej bezpiecznie z punktu widzenia finansowego dla budżetu państwa.

I teraz, my oczywiście jako branża, ale również pacjenci nie jesteśmy od tego, żeby mówić, ile dany sprzęt ma kosztować w limicie. Pan senator wspomniał o tym, że jak się zwiększa limit, to na ogół ta kwota dochodzi do kwoty. No właśnie, gdybyśmy zrobili więcej grup limitowych, mówiąc kolokwialnie, bardziej poszatkowali te wyroby medyczne – a do tego trzeba mieć wiedzę, i my oczywiście tę wiedzę możemy państwu dać, nie jedyni, bo również pacjenci, w ramach jakichś wspólnych komisji – to wszyscy na tym zyskają.

Pierwsza rzecz. Panie Senatorze, na podstawowy wózek jest limit 600 zł. To ja pytam tutaj wszystkich – mamy lato – kto kupi rower za 600 zł, który się szybko nie rozpadnie? Nie jakiś szajs, przepraszam za słowo, w markecie, który długo nie pojeździ. Wózek jest dużo bardziej skomplikowany, a przynajmniej ma 4 koła, nie 2. W związku z tym za 600 zł naprawdę ciężko jest dzisiaj cokolwiek sprzedać o takiej jakości, żeby to wytrzymało te 4 czy 5 lat, w czasie których pacjent ma z tego sprzętu korzystać. No, bo jeżeli kupimy wózek za 600 zł, to on po pół roku się rozleci, a pacjent potem za 600 zł musi kupić sam, bo nie dostanie drugiego w dofinansowaniu. W związku z tym mądre podzielenie tych limitów będzie, myślę, pierwszym kluczem do sukcesu.

Druga rzecz… Żałuję, że dzisiaj nie ma pana prezesa Jacyny.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Limity czasowe zostają, tak, ale one też się zmieniły w niektórych przypadkach – odpowiadam panu senatorowi.

Druga rzecz, która bardzo ułatwi dostęp pacjentów do wyrobów medycznych, to jest kwestia e-zlecenia. Nie wiem, jak wielu z państwa, ale na pewno ci, którzy tutaj reprezentują pacjentów, spędzili pewien czas w kolejkach w Narodowym Funduszu Zdrowia, aby potwierdzić zlecenie. Te kolejki mają swoją specyfikę. W normalnej kolejce, jeżeli ta kolejka składa się z kulturalnych ludzi, to kiedy podchodzi niepełnosprawny i mówi „jestem osobą niepełnosprawną", słyszy „bardzo proszę, bez kolejki". Ta sytuacja tam nie zajdzie, bo tam w zasadzie wszyscy są niepełnosprawni. W związku z tym na Chałubińskiego w Warszawie… Ja jak jestem w centrum, to zawsze tam przychodzę i pytam ludzi, jak długo czekali. Z reguły dwie, dwie i pół godziny, szczególnie w czwartki, nie wiem dlaczego, ale tak mi powiedziano. Wtedy jest dłużej otwarte, to powinno być krócej. Tyle czeka się na to, żeby potwierdzić zlecenie. Widzę tam często bardzo ciężko chorych ludzi i chore dzieci, które czekają z rodzicami. W związku z tym gdyby rzeczywiście się udało zrealizować ten postulat, który mówi o tym, że pacjent nie będzie musiał już potwierdzać, chodzić z tą upokarzającą misją do oddziału NFZ i stać tam kilka godzin, to będzie to ogromny krok naprzód. Szczególnie że, proszę państwa, „PolMed" jest zrzeszony w europejskiej organizacji MedTech Europe. Tam jest 27 państw i 27 dyrektorów bierze udział w takim spotkaniu. Ja jakiś czas temu zadałem pytanie na mitingu. Opisałem ten system w Polsce i poprosiłem, żeby podniósł rękę ten, kto ma podobny system, że musi być takie potwierdzenie. Wynik głosowania był 21:1. Ja jeden podniosłem rękę, wszyscy pozostali powiedzieli, że w ogóle to jest dla nich dziwne, że w dzisiejszym świecie elektroniki to nie ma sensu. Jednak mam nadzieję, że dojdziemy do tej dyskusji – nie dzisiaj, ale w NFZ. Ja nie widzę wcale takiego jasnego światła w tunelu, jeżeli chodzi o możliwość wprowadzenia tego tak szybko, jak pan prezes by chciał to zrobić. Mamy 2 systemy informatyczne w NFZ. Ja nie jestem informatykiem, ale to będzie trudne – tyle wiem. Życzę szczęścia. My będziemy też starali się pomagać, zadeklarowaliśmy, że w naszych sklepach medycznych, wśród naszych członków, możemy przeprowadzić test, nawet ryzykując, że jak coś się nie uda, to będziemy mieli problemy. Ale ważne, żeby to jakoś weszło.

Proszę państwa, zaś w zakresie tych wyrobów medycznych, o których dzisiaj mówimy mniej – a przecież państwa one również dotyczą, bo bardzo często jesteście w szpitalach – jest kwestia tego, w jaki sposób innowacyjne wyroby medyczne powinny znaleźć się w szpitalach. Otóż, proszę państwa, nie może być tak, że w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wnioski nielekowe – w związku z tym, że nie ma ustawowo przydzielonego czasu na rozpatrzenie takich wniosków – oczekują czasami 2 czy 3 lata. Czyli jeśli jest jakaś innowacyjna procedura, która ma być wprowadzona do systemu, to najpierw musi uzyskać rekomendację od AOTMiT. Po 3 latach to już nie ma większego sensu, bo postęp w zakresie innowacji w naszej branży jest tak duży, że z reguły po 3 latach to już nie jest żadna innowacyjna procedura. W związku z tym tu jest bardzo prosta droga, żeby zmienić to w sposób prawny, żeby, podobnie jak w przypadku leków, w przypadku wniosków nielekowych był określony czas, w którym agencja musi je rozpatrzyć.

Ja nieraz rozmawiałem z prezesem AOTMiT, wcześniej jeszcze AOTM. On powiedział tak: „Jeżeli ja mam nakaz ustawowy, to ja zawsze zaczynam od farmacji. Po prostu tak to wygląda, że nie chcę złamać ustawy. W waszym przypadku niczego nie łamię, musicie czekać".

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Ostatnia minuta, Panie Dyrektorze.)

To w takim razie bardzo krótko o kategoryzacji. Proszę państwa, ta kategoryzacja, która miałaby doprowadzić do racjonalizacji zaopatrzenia indywidualnego… Czyli jeżeli mamy kwotę x na wydatki i ona się będzie zwiększała, to nie musimy jej więcej zwiększać, tylko ją zracjonalizujmy. Spowoduje to, że zyskają pacjenci, bo otrzymają lepszy, bardziej innowacyjny sprzęt, a państwo polskie zyska na tym, że znikną nam patologie, również te, o których mówił pan senator – to można w jednym pakiecie… My jako izba składaliśmy pewne propozycje, w jaki sposób można te problemy patologiczne rozwiązać. W związku z tym ja państwa bardzo zachęcam do pracy nad kategoryzacją. Półtora roku temu przy współudziale wspaniałych naukowców – część z nich siedzi na tej sali – została stworzona kategoryzacja wyrobów medycznych. Na niej się można oprzeć. Tam oczywiście nie ma mowy o limitach, bo ani naukowcy, ani my jako przedsiębiorcy nie jesteśmy uprawnieni do tego, żeby proponować limity, ale pełna baza jest zrobiona. Izba „PolMed" pomagała naukowcom, w tym eksperci izby „PolMed" z poszczególnych firm. To jest w Ministerstwie Zdrowia, to jest w NFZ. Wiele razy o tym rozmawialiśmy. W tej chwili wystarczy się tylko nad tym pochylić i, mówiąc w skrócie, dołożyć jedną kolumnę w zakresie tego, jakie powinny być limity i jaki powinien być czas na poszczególne wyroby medyczne. Wystarczy spróbować to zrobić. Jesteśmy otwarci, żeby w tym uczestniczyć. I serdecznie państwa do tego zachęcam.

Skoro czas mi się skończył – a ja jestem człowiekiem zdyscyplinowanym – to kończę. Bardzo państwu dziękuję. Jestem otwarty na pytania w przerwie. Do widzenia.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Dyrektorze.

Mamy spojrzenie od strony producentów wyrobów medycznych.

Teraz może bym poprosił pana ministra. Mam tak napisane w legendzie: ocena skutków zmian regulacyjnych w zakresie dostępności wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych.

Wiem, że miał być minister Marcin Czech, ale nie mógł być, więc w zastępstwie jest pan minister Zbigniew Król.

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Ja również się cieszę z tego spotkania, bo rzeczywiście sprawa osób niepełnosprawnych, sprawa osób niesprawnych z dużym stopniem niepełnosprawności jest przedmiotem zainteresowania ze strony resortu we współpracy z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ale również innych resortów oraz organizacji, które współpracują z nami na co dzień. Rzeczywiście mam pewien kłopot, ponieważ nie zajmuję się tym tematem w resorcie, ale postaram się przedstawić informacje od ministra Czecha w skondensowany sposób, a potem odniosę się do uwag i tez, które padały ze strony panów senatorów, jak również przedstawiciela organizacji producentów.

Ogólnie dostęp do tych środków, o których dzisiaj mowa, czyli wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych, reguluje rozporządzenie z dnia 29 maja 2017 r. Definiuje ono katalog wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz określa limity ich finansowania ze środków publicznych. I ten katalog, i te limity muszą po prostu współgrać. I m.in. dzięki takiemu skatalogowaniu, byliśmy w stanie zwiększyć budżet przeznaczony na środki pomocowe, wyroby medyczne, które tutaj były przedstawiane.

Sukcesywnie wprowadzamy zmiany w zakresie refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Od 1 stycznia 2017 r. ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" wprowadziła dodatkowe uprawnienia dla pacjentów do osiemnastego roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie lub nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w okresie prenatalnym. Na podstawie zaświadczenia od lekarza rodzinnego, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lub od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia albo tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii, można przyznać takie prawo do wyrobów medycznych, określonych w rozporządzeniu, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w tych przepisach. O ilości miesięcznego zaopatrzenia w te wyroby decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia tego zlecenia. Czyli odchodzimy tutaj od systemu, że tak powiem, narzucania czy weryfikacji i określania limitu, i w zasadzie nic poza tym. Pacjentom z uprawnieniami wynikającymi z ustawy „Za życiem" przysługuje ponadstandardowa liczba refundowanych wyrobów medycznych.

Od 1 czerwca ub.r. umożliwiono wystawianie zleceń przez lekarzy będących w trakcie specjalizacji, dodano w uzasadnionych medycznie przypadkach możliwość skrócenia okresu użytkowania wózków inwalidzkich przez dzieci oraz poszerzono katalog osób uprawnionych do wystawienia zlecenia na 54 grupy wyrobów medycznych. No, to też ma za zadanie zmniejszyć te kolejki. To znaczy, jest udrożnienie dostępu po stronie osób, które wystawiają takie skierowania, takie zlecenia, takie dyspozycje.

Od 3 marca tego roku w refundacji znalazły się 3 nowe wyroby medyczne, to jest: sensor do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym, transmiter do tego sensora oraz zbiornik na insulinę do osobistej pompy insulinowej. Wprowadzono również w uzasadnionych medycznie przypadkach możliwość skracania okresu użytkowania wózków inwalidzkich dla osób dorosłych oraz rozszerzono kryteria przyznawania wyrobów stomijnych o pacjentów z wyłonioną przetoką ślinową, a także zwiększono limity ilościowe na środki absorpcyjne. Prawie 20 lat, bo od 1999 r., limity zarówno ilościowe, jak i finansowe na środki absorpcyjne utrzymywały się na tym samym poziomie, dlatego też w zmienianym planie zdecydowaliśmy o zwiększeniu tego limitu w różnych pozycjach. W grupie tych środków znajdują się nie tylko pieluchomajtki, ale również pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady i wyroby anatomiczne. Limit finansowania został taki sam, na poziomie 77 zł i 90 zł miesięcznie, przy czym w ostatnim przypadku obowiązuje 30% odpłatność pacjenta.

Tutaj też zaobserwowaliśmy sytuację, która była zgłaszana, że po prostu zwiększanie limitów cenowych powoduje wzrost cen tych preparatów. Staramy się przeciwdziałać temu mechanizmowi. Rozporządzenie w zakresie środków absorpcyjnych nie wskazuje ceny jednostkowej za wyrób, a jedynie maksymalną liczbę wyrobów, które może przypisać lekarz, to jest do 90 sztuk, oraz limit finansowy. Pacjent może wykupić dowolny wrób medyczny wskazany w tej grupie w maksymalnej liczbie wskazanej w zleceniu wystawionym przez osobę uprawnioną.

Nowelizacja rozporządzenia miała na celu poprawienie sytuacji części pacjentów ze średnim stopniem nietrzymania moczu wymagających zaopatrzenia w materiały o niższej chłonności, np. wkłady anatomiczne.

Na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r. na wyroby absorpcyjne wydatkowano dla ok. 540 tysięcy pacjentów kwotę ponad 246 milionów zł, co stanowi blisko 1/4 budżetu NFZ przeznaczoną na ten rodzaj świadczenia. Resort obecnie pracuje nad rozwiązaniami, które poprawią dostęp pacjentów do środków absorpcyjnych, niemniej jednak należy zaznaczyć, że wymaga to przeprowadzenia analizy i konsultacji. Wystąpiliśmy w tej sprawie zarówno do konsultantów krajowych, jak i do organizacji pacjentów, stowarzyszeń, jak również producentów oraz dystrybutorów.

Od 1 lipca na mocy ustawy z dnia 17 maja 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności pacjentom posiadającym takie orzeczenie przyznaje się uprawnienia do zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie analogiczne jak pacjentom objętym ustawą „Za życiem".

Jeśli chodzi o kwoty… Bo też padało takie pytanie. Zmiany wprowadzone od 3 marca 2018 r. w zakresie zbiorników na insulinę, sensorów, transmiterów, wyrobów stomijnych dla pacjentów… Ogólna liczba pacjentów to jest blisko 13 tysięcy osób. Suma całkowita, łącznie z wózkami inwalidzkimi dla dorosłych przysługującymi w związku ze skróceniem okresu użytkowania, wynosi 2 miliony 786 tysięcy 245 zł. Zmiany wprowadzone od czerwca 2017 r. – tutaj chodzi o wózki inwalidzkie przysługujące dzieciom w związku ze skróceniem okresu użytkowania na podstawie ustawy „Za życiem" – objęły blisko 1 tysiąc osób, a kwota przeznaczona w ubiegłym roku wyniosła 2 miliony 853. Czyli można powiedzieć, że zdublowaliśmy kwotę wskazaną w ubiegłym roku. I tak: wydatki wynikające z prowadzonych w tych latach zmian – to stan na 19 czerwca – wyniosły łącznie 5 milionów 639 tysięcy 376 zł.

Planowane zmiany w systemie refundacji wyrobów medycznych, które powinny przemodelować system refundacji tych wyrobów, mają na celu zapewnienie pacjentom dostępu do jak najlepszej jakości wyrobów medycznych oferowanych w ramach refundacji oraz określenie jednolitych zasad dotyczących marż nakładanych przez świadczeniodawców na wyroby medyczne wydawane na zlecenie. W resorcie był już procedowany projekt ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz innych ustaw, który obecnie analizowany jest wewnątrz resortu. Możemy zadeklarować, że przepisy będą projektowane w taki sposób, aby w jak najszerszym zakresie uwzględnić uwagi i spostrzeżenia zgłaszane Ministerstwu Zdrowia, ponieważ nowe rozwiązania powinny służyć pacjentom i nie mogą w negatywny sposób wpłynąć na ich tak trudną sytuację życiową.

Odnośnie do elementów, które padły w dyskusji… Ustawa, która wchodzi w życie 1 lipca, że tak powiem, jest przypięta do NFZ. I rzeczywiście w innej sytuacji ona po prostu by nie mogła wejść w życie, jeżeli nie skonstruowalibyśmy systemu tak, jak jest. Tutaj te środki są zrealizowane, czyli dofinansowanie pochodzi z funduszu zapasowego NFZ. Po to, żeby przeprowadzić to jak najbardziej sprawnie i w bardzo szybkim tempie, te zmiany musieliśmy procedować w ten sposób.

Odnośnie do wątpliwości pan senatora Libickiego – rozumiem, że musiał wyjść… Potwierdzam, że kluczowym elementem zmiany, która jest aktualnie prowadzona, jest zmiana orzecznictwa. I tutaj rzeczywiście pani prezes Uścińska prowadzi zespół, który ma za zadanie zmodyfikować cały system orzeczniczy dotyczący osób niepełnosprawnych – z różnymi kategoriami niesprawności, z innym katalogiem. Chcemy wprowadzić katalog ICF. A jednocześnie w Ministerstwie Zdrowia pracujemy nad, że tak powiem, komplementarnym do tamtych zmian działaniem umożliwiającym wprowadzenie i modyfikację orzecznictwa, jeśli chodzi o dzieci, bo w przypadku osób niepełnoletnich również widzimy konieczność przeprowadzenia takich modyfikacji.

Mówiłem o pewnego rodzaju fenomenie – że podnoszenie stawek, podnoszenie, że tak powiem, wycen powoduje wzrastanie cen. Pewnie jest niesłychanie trudno ten mechanizm zmodyfikować w przypadku, kiedy rzeczywiście ten budżet jest szczupły. No, liczymy na to, że zwiększone będą wydatki również na wyroby medyczne, a w związku z tym będzie możliwe określenie takiego poziomu finansowania, że producentom, o których była mowa, po prostu w realny sposób będzie opłacało się przygotowanie różnego rodzaju wyrobów.

Troszczymy się też o limity i o zniesienie tych limitów wynikających z ustawy. Liczymy na to, że jednak jest to system, który odnosi się do osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Z jednej strony są te kolejki, czasami nieprzyjazne. Tak? No, trudno sobie wyobrazić, żeby po prostu z dnia na dzień takie kolejki zostały wyeliminowane. Z drugiej strony zmiany będą akcentowały status tych osób i uda się odpowiednio zorganizować dostępność tych świadczeń, które rzeczywiście są wymagane przez te osoby.

Co do wypowiedzi i prezentacji… Ja rzeczywiście sugerowałbym nieodnoszenie się do slajdu pokazującego wydatki refundacyjne, ponieważ dysponujemy różnymi katalogami w różnych krajach i one na pewno są, że tak powiem, poddane temu biasowi. Kiedy mamy możliwość współpracy z kolegami z Grupy Wyszehradzkiej, to widzimy dokładnie, w jaki sposób zróżnicowanie opisu tych wydatków wpływa na wartości kwotowe. Pomijam fakt, że oczywiście w dalszym ciągu procent PKB przeznaczany w tamtych krajach jest zdecydowanie większy. Niemniej jednak, tak jak tutaj było pokazane, w Czechach część wyrobów, których my nie wpisujemy do naszego katalogu, jest wpisywanych, np. urządzenia w szpitalach. A to, co jest u nas podane, to są wydatki NFZ przeznaczone bezpośrednio na osoby, które takie zlecenia otrzymują.

Pracujemy nad elektronicznym potwierdzeniem zlecenia. To rzeczywiście jest ogromny problem informatyczny. Jeśli uwzględni się różne przesunięcia terminów, to w tej chwili wydaje się, że termin 1 stycznia 2019 r. jest jak najbardziej realny. I tutaj w imieniu ministra Czecha taką deklarację łatwiej jest mi złożyć.

A jeszcze odnośnie do wpisania wyrobów medycznych na, że tak powiem, podobne ścieżki refundowania jak w przypadku leków… No, to jest taki obosieczny problem i m.in. dlatego tak długo trwa analizowanie dotychczasowego projektu ustawy. Wątpię, żeby większość producentów zrzeszonych w państwa firmie chciała przejść podobną procedurę jak producenci leków. To jest ten element, który po prostu musimy dopasować, pewnie głównie do rynku polskiego i polskich producentów, żeby po prostu nie przechodzić całej procedury HTA, z pełnym raportem HTA, który nie tylko jest kosztowny, ale również w przypadku kategoryzacji jest niesłychanie trudny do stworzenia, jeśli chodzi o porównywalne wartości tych produktów. Stąd też to nie wynika z jakiejś niechęci. Tak? To nie wynika z tego, co pan prezes tutaj powiedział, mówiąc o rozmowie z prezesem agencji. Po prostu skomplikowanie materii jest na tyle duże, że rzeczywiście musimy wypracować inny sposób refundowania i wpuszczania do systemu ogólnej refundacji wyrobów medycznych. Dziękuję bardzo.

(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępca przewodniczącego Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej Antoni Szymański)

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.

Proszę teraz o zabranie głosu pana Tomasza Maruszewskiego.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Przewidujemy dyskusję i w ramach dyskusji będziemy zadawać pytania, a teraz mamy jeszcze wypowiedzi zgodnie z planem. A więc wszystko zmierza ku temu, żeby dyskusja była o czasie, który jest w ramach programu. Tak że proszę o wstrzymanie się…

Teraz chciałbym udzielić głosu zastępcy prezesa PFRON, panu Tomaszowi Maruszewskiemu.

Bardzo proszę o utrzymanie tego 10-minutowego modułu.

Zastępca Prezesa Państwowego Funduszu ehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Tomasz Maruszewski:

Panie Przewodniczący, postaram się nie przekroczyć… A może nawet trochę zaoszczędzę na zapewne interesującą dyskusję.

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Wydatki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze są finansowane i dystrybuowane przede wszystkim przez samorządy powiatowe, które na podstawie algorytmu otrzymują środki finansowe na realizację swoich zadań. To jest ściśle określone w ustawie o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Art. 35 mówi o zadaniach powiatu. Tam właśnie jest wymienione dofinansowanie w zaopatrzenie właśnie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Wydatki na te cele co roku kształtują się na poziomie ok. 140 milionów zł. Ja mam te dane i zaraz je państwu przekażę. Jeśli chodzi o sprzęt rehabilitacyjny, to wydatki są daleko mniejsze i wynoszą 4–5 milionów – w roku 2014 niecałe 5 milionów zł, w 2015 r. ponad 7 milionów 300 tysięcy zł, w 2016 r. 6 milionów 200 tysięcy, a w roku 2017 6 milionów 61 tysięcy zł. To są wydatki na sprzęt rehabilitacyjny dla osób niepełnosprawnych, ale osób fizycznych. Mamy również wydatki – ale tu już są daleko mniejsze kwoty – na sprzęt dla osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej. One oscylują w granicach 300–400 tysięcy zł, jeśli chodzi o każdą z tych 4 prezentowanych przez nas na potrzeby dzisiejszego spotkania danych.

A jeśli chodzi o przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, to tutaj, tak jak już powiedziałem, kwoty te są daleko większe. One oczywiście są uzależnione od katalogu i limitów, które wynikają z rozporządzenia ministra zdrowia, ale też dodatkowo, jeśli chodzi o przyznanie dofinansowania z państwowego funduszu, ważny jest element dochodowości i to, czy to jest osoba niepełnosprawna samotna, czy w rodzinie. W roku 2014 te wydatki dofinansowaliśmy na poziomie ponad 133 milionów zł, w 2015 r. – na poziomie 153 milionów zł, a w roku 2016 i 2017, tak jak powiedziałem – na poziomie ok. 140 milionów, bo 139 milionów zł w 2016 r. i trochę ponad 141 milionów zł w roku 2017.

Jeśli chodzi o strukturę rodzajową, to największe wydatki są na aparaty słuchowe wraz z wkładkami usznymi, bo z kwoty ok. 140 milionów zł ponad 44% zostały na to wydatkowane. W następnej kolejności: na pieluchy anatomiczne i pieluchomajtki blisko 19%, na wózki inwalidzkie niecałe 10%, na protezy kończyn górnych i dolnych wraz z wyposażeniem też blisko 10%, na obuwie ortopedyczne niecałe 5%, a w końcu na balkoniki i podpórki do chodzenia 0,5% wydatków. I to jest jedna forma wydatkowania środków państwowego funduszu.

Drugą taką formą jest realizacja w ramach programu, zatwierdzonego przez radę nadzorczą państwowego funduszu w 2014 r., „Aktywny samorząd". Za tym pośrednictwem wydatkowaliśmy dosyć znaczne środki. Jest możliwość przystąpienia do tego programu wszystkich powiatów. I tutaj dobra wiadomość: wszystkie powiaty biorą w tym udział i mają z nami stosowne umowy w tym zakresie. Program jest wielomodułowy. Ten program, który dotyczy sprzętu ortopedycznego, w zasadzie jest umieszczony w module pierwszym w obszarze trzecim, nazwanym przez nas „C". Proszę państwa, szczególnym wyróżnikiem tego programu jest to – zresztą taka jest cała filozofia funduszu – że jest on skierowany do osób aktywnych zawodowo. Czyli niestety nie są nim objęte osoby niesamodzielne, powiedzmy, w wieku emerytalnym. Wyjątek jest w takiej sytuacji, gdy taka osoba, która jest w wieku emerytalnym, jest zatrudniona. Wtedy te środki są przekazywane. Mam dane za lata 2013–2016, a niestety nie mam jeszcze danych dotyczących roku 2017, bo powiaty jeszcze nam ich nie sprawozdały. Jeśli chodzi o zakup wózków inwalidzkich, to tych wózków dofinansowaliśmy od 1900 do 1500 w ciągu roku. Kwota to blisko 20 milionów zł rocznie. Średnia kwota dofinansowania do wózka o napędzie elektrycznym to 10–12 tysięcy zł w zależności od poszczególnych lat. W 2012 r. było to nieco ponad 10 tysięcy zł, a w 2014 r. – już prawie 12,5 tysiąca zł. Również dofinansowujemy utrzymanie sprawności technicznej wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym i wydatki to też 3–4 milionów zł rocznie. W 2012 r. były to ponad 4 miliony zł, w roku 2016 – 3 miliony 200 tysięcy zł. Co jest znamienne, wraz ze spadkiem pomocy udzielonej beneficjentom wzrasta… Bo z roku na rok, np. jeśli chodzi o zaopatrzenie w protezy, w których zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, mamy coraz mniej zawieranych w tym zakresie umów, ale rośnie pomoc udzielana na utrzymanie sprawności technicznej. Czyli w okresie wcześniejszym dofinansowywaliśmy więcej protez, a w tej chwili w większym stopniu dofinansowujemy utrzymanie sprawności technicznej tych protez.

No i wreszcie trzecia sprawa, o której chciałbym powiedzieć, i to jest w nawiązaniu do wystąpienia pana reprezentującego „PolMed", to to, że państwowy fundusz rehabilitacji uważa również, że dużą pomocą dla osób niepełnosprawnych jest skorzystanie z e-usług. I taki program, który jest nazywany programem wsparcia osób niepełnosprawnych, w lutym przyszłego roku – taką mamy nadzieję – zostanie uruchomiony. W tej chwili trwają spotkania konsultacyjno-informacyjne z przedstawicielami w szczególności samorządów powiatowych, bo one będą tym programem w zasadzie na bieżąco zarządzały. Ale dzięki temu właśnie ta osoba niepełnosprawna czy niesamodzielna będzie mogła z wszelkich form wsparcia oferowanych przez państwowy fundusz skorzystać zza klawiatury swojego komputera, bez konieczności udawania się czy do PCPR, czy do innej instytucji. Tak że myślę, że też jest tu duża poprawa, jeśli chodzi o dostępność tego rodzaju wsparcia. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Bardzo dziękuję panu prezesowi.

Proszę o zabranie głosu pana Sebastiana Migdalskiego, wiceprezesa do spraw wyrobów medycznych w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Bardzo proszę.

Wiceprezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Sebastian Migdalski:

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich.

Chciałbym tylko na wstępie powiedzieć, że urząd rejestracji nie finansuje wyrobów medycznych. My tylko pozwalamy na dopuszczenie ich do obrotu i do używania, tak żeby były one odpowiedniej jakości.

Ze swojej strony chciałbym tylko zakomunikować, że 2 rozporządzenia unijne, które już zostały opublikowane… Minister zdrowia, pan senator Radziwiłł, upoważnił prezesa urzędu rejestracji do przygotowania ustawy okołorozporządzeniowej. Ta ustawa jest skierowana przede wszystkim do producentów, dystrybutorów i importerów wyrobów medycznych, ale będzie miała także wpływ na jakość wyrobów medycznych. Te rozporządzenia dookreślają i uściślają wymagania zasadnicze dla wyrobów medycznych, które będą musiały być spełnione przy wytwarzaniu tych wyrobów. Oczywiście oprócz tego zwiększa też obowiązki przez obostrzenia, które będą wynikały dla jednostek notyfikowanych, które będą oceniały takie wyroby medyczne. Ze swojej strony chciałbym jeszcze państwa poinformować, że projekt tej ustawy ma być skierowany, jeżeli po drodze nie będzie jakichś perturbacji ze zgłoszonymi uwagami, pod koniec III kwartału, na początku IV kwartału do Stałego Komitetu Rady Ministrów. Z mojej strony to wszystko. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Bardzo dziękuję panu prezesowi za tę informację.

Proszę państwa przed dyskusją są jeszcze 2 wypowiedzi, w których będzie dominować tematyka oceny funkcjonowania systemu zaopatrzenia w refundowane wyroby medyczne i tego, jakie zmiany są potrzebne.

Proszę o zabranie głosu panią Elżbieta Szwałkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym". Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" Elżbieta Szwałkiewicz:

Dzień dobry. Dziękuję za możliwość wypowiedzenia się. Moja wypowiedź będzie bardzo krótka.

Ona dotyczy właściwie absolutnej potrzeby wyjścia z tego patologicznego myślenia, z całkowitej nieufności wobec użytkownika, wobec tej osoby, która musi funkcjonować dzięki wyrobom medycznym. I powiem o tym na przykładzie wyrobów chłonnych, które są niezbędne przy nietrzymaniu moczu.

Pan minister powiedział przed chwilą, że limit to 90 zł. To nieprawda. Limit to 63 zł, bo, owszem, 90 zł nazywamy limitem, ale osoba, która użytkuje pieluchomajtki, musi zapłacić 30% z własnej kieszeni. Więc to jest takie manipulowanie, takie traktowanie tych użytkowników tak, jakby byli trochę otępienni, trochę niezdający sobie sprawy z rzeczywistości. Druga gratka: 77 zł bez limitu, 100-procentowa refundacja do tej kwoty dla osób, które mają nietrzymanie moczu i są chore na choroby nowotworowe. Generalnie wychodzi na to samo, bo czy trzeba dopłacić 30%, bo tylko 63 zł jest w limicie, czy się otrzymuje tylko 77 zł, a pieluchomajtki kosztują, ile kosztują, od 1,50 zł w górę, ten człowiek musi dopłacić niemalże połowę ceny tego, co dostaje w tym limicie, oraz za drugą połowę tego, co potrzebuje faktycznie. Bo jakbyśmy patrzyli na biologię człowieka, funkcjonowanie pęcherza, liczbę mikcji w ciągu doby, czyli mniej więcej średnio 5–6, tobyśmy zobaczyli, że musi być zmiana produktów chłonnych co najmniej 4 razy na dobę. My bardzo dyskutowaliśmy w koalicji na ten temat ze względu na skalę problemu, bo ponad 300 tysięcy osób w Polsce ma nietrzymanie moczu znacznego stopnia. Rzeczywiście płatnika może to powalać na kolana. Bo jeżelibyśmy chcieli być uczciwi, to mówimy tak: jest limit 90 zł, średnio ministerstwo czy NFZ liczą, że jest 1 zł na produkt chłonny… Bo jakbyśmy popatrzyli na produkty chłonne, począwszy od wkładek urologicznych, a skończywszy na pieluchomajtkach zapinanych na rzepy, z tą bardzo dużą chłonnością, z dużą ilością superabsorbentu, to moglibyśmy powiedzieć, że średnia cena wszystkich produktów to ok. 1 zł. Okej. I teraz idąc logicznie dalej, mówimy: 90 sztuk, czyli to są 3 zmiany, i jedną człowiek musi pokryć we własnym zakresie. Okej. I dalej patrząc na to, mówimy sobie, że mamy prawie te 300 tysięcy osób, miesięcznie musimy na nich wydatkować 27 milionów zł, rocznie 324 miliony zł, a Narodowy Fundusz Zdrowia w tej chwili wydatkuje 244 miliony 823 tysiące zł. No, to są ogromne kwoty, to trzeba naprawdę rozsądnie do tego podchodzić. Zatem trzeba robić szacher-macher, mieszać tym ludziom w głowie ilością tabelek, ustaw, nazw: a tu znaczny stopień niepełnosprawności, a tu choroby onkologiczne, a tu ustawa „Za życiem". Jakbyśmy popatrzyli na tę tabelkę, w jaki sposób wyliczyć w przypadku, gdy bez limitów są pieluchomajtki, ile rzeczywiście ten człowiek tych pieluchomajtek kupi i za jaką cenę… No, konia z rzędem temu, kto to zrobi. To jest coś takiego jak te wzory na obliczanie norm zatrudnienia pielęgniarek w szpitalach, gdzie ciężko chorzy ludzie leżą i nie ma im kto szklanki wody podać. To tak samo wygląda.

Koalicja proponuje, żeby wreszcie potraktować ludzi poważnie, i żeby wreszcie pokazać świat, jaki jest. Okej, mamy 60 zł, żeby dać każdemu miesięcznie, i niech to będzie limit 60 zł, człowiek idzie i w ramach 60 zł kupuję to, co mu potrzeba. W ciągu dnia będzie miał wkładki i prowadził kontrolę mikcji, żeby mimo wszystko jak najczęściej korzystać z toalety, na noc będzie kupował duży produkt, np. pieluchomajtki zapinane na pasie biodrowym, żeby mógł je sam sobie założyć, i jakoś w tych 60 zł będzie próbował się mieścić, a resztę dopłaci z własnej kieszeni, jeżeli się nie zmieści. Jeżeli mamy przy nietrzymaniu moczu ciężki stopień niepełnosprawności – no, każdy z nas

rozumie, co to jest – to niech ten limit to będzie nie 60 zł, a 90 zł. I w ramach tego limitu, niezależnie od tego, czy to jest osoba z ustawy „Za życiem", czy to jest osoba z ciężkim stopniem niepełnosprawności, w ramach 90 zł niech sobie próbuje gospodarować tymi produktami chłonnymi. Gwarantuję na podstawie mojego doświadczenia, że każdy kupi produkt najlepszej jakości i adekwatnie do potrzeb. I w grę będą wchodziły 4 wiodące firmy na rynku, czyli TZMO z marką Seni, Essity z marką Tena, duńska Abena i Hartmann z MoliCare. Nikt nie kupi byle czego, bo będzie musiał bardzo dużo do tego dopłacać.

I tak jak patrzymy na wózki, na sprzęt do przemieszczania, na różnego rodzaju elementy, które osobie niepełnosprawnej umożliwiają życie… Słuchajcie, tak naprawdę każdy ze znacznym stopniem niepełnosprawności mieści się w ustawie „Za życiem" i kategoryzowanie ludzi jest bez sensu. Takie jest zdanie koalicji. Podobnie robienie zamieszania z tymi tabelkami, cenami, wyliczeniami też jest bez sensu, bo ludzie czują się po prostu, no, lekceważeni, tak bym powiedziała. Ja mówię o użytkownikach, czyli osobach niesamodzielnych i opiekunach. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Bardzo dziękuję prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym", pani Elżbiecie Szwałkiewicz, za zabranie głosu.

Proszę teraz o zabranie głosu pana Józefa Góralczyka, pełnomocnika do spraw zdrowia Zarządu Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych. Bardzo proszę.

Pełnomocnik do spraw Zdrowia Zarządu Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych Józef Górlaczyk:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Drodzy Państwo!

Ja reprezentuję małopolskie stowarzyszenie, które obejmuje ok. 40 organizacji. Od wielu lat zajmujemy się szczególnie sprawami zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Uważamy, że to są wyroby, które w wielu wypadkach decydują nie tylko o jakości życia osób niepełnosprawnych, ale o ich życiu w ogóle.

Chciałbym zacząć, mimo tego, że pan minister powiedział, że w innych krajach, sąsiednich jest inna kategoryzacja… Chciałbym za polską izbą wyrobów medycznych „PolMed" na podstawie opracowań z 2015 r. przedstawić państwu, ile środków dane kraje przeznaczają na wyroby medyczne.

Zacznę od Polski. Jest 38 milionów obywateli i przeznacza się 198 milionów euro… mógłbym podać dokładnie, ale to jest ok. 198 milionów euro na wyroby medyczne. Słowacja, która ma 5 milionów mieszkańców, przeznacza 192 miliony euro na wyroby medyczne, czyli tylko o 6 milionów mniej niż Polska, a ich jest 5 milionów, zaś nas jest 38 milionów. Czechy, które mają 10 milionów mieszkańców, przeznaczają 10 miliardów euro na wyroby medyczne. Węgry, mające 9 milionów mieszkańców, przeznaczają 166 milionów na wyroby medyczne. Dla przykładu powiem o Niemczech: 81 milionów mieszkańców, ale wydają 7 miliardów 630 milionów na wyroby medyczne.

Dlaczego o tym mówię? Żeby uzmysłowić, że jeżeli tego nie zrozumiemy, nie zrozumieją tego władze, to nie zrobimy ani jednego kroku do przodu. Nie zrobimy. Bo dzisiaj sprzęt dla osób niepełnosprawnych jest sprzętem kiepskim, byle jakim, najgorszym, niedającym szans życia zwłaszcza młodym niepełnosprawnym.

Druga sprawa, która jest bardzo istotna, to sprawa fachowców. Proszę państwa, ostatnie technikum ortopedyczne zostało zlikwidowane w 1969 r. Absolwenci tego technikum albo już nie żyją, albo są dawno na emeryturze. Nie ma szkolnictwa zawodowego w tym zakresie. Stwierdzamy, że nie ma w Polsce fachowców, którzy mogliby zrobić prawidłowo wykonaną protezę. Jest szkoła jakaś… przepraszam, nie jakaś. Jest szkoła na Wybrzeżu, 3-letnia, która szkoli ortopedów, ale niestety ci fachowcy natychmiast jadą do sąsiadów, do Niemiec i tam otrzymują za swoją pracę 3-krotnie wyższą pensję niż w Polsce. Tak że nie mamy żadnej korzyści z nich. Proszę państwa, to tyle. Nie mamy środków i nie mamy fachowców, czyli 2 podstawowych rzeczy, które decydują o sukcesie pomocy osobom niepełnosprawnym.

A teraz chciałbym przedstawić państwu, jak wygląda sytuacja, na przykładzie osoby, która w wyniku bardzo zaawansowanej cukrzycy straciła nogę na wysokości uda, czyli powyżej kolana, amputowano jej nogę powyżej kolana. Dzisiaj po amputacji i wstępnej, bardzo wstępnej rehabilitacji w szpitalu po 2 tygodniach wypisuje się pacjenta. Lekarz, który wykonał amputację, wypisuje wniosek na protezę i człowiek idzie do domu. Nie wie kompletnie nic, co ma robić, jak ma się zachowywać, jaką rehabilitację przeprowadzać. Bardzo często ten człowiek siedzi i z niewiedzy doprowadza do takich przykurczów, że nie da się go już zaprotezować, że powstaje tak utrwalony przykurcz, że tego człowieka nie da się zaprotezować, on jest już ubezwłasnowolniony do końca życia, wykluczony ze społeczeństwa.

Proszę państwa, same formalności, żeby zatwierdzić wniosek lekarza w NFZ… Pół biedy, gdy jest to Kraków, bo tam jest dzięki naszym staraniom bardzo wiele punktów ewidencyjnych. Ale jeżeli to jest człowiek, który mieszka na wsi w Pomorskiem, to zatwierdzenie tego wniosku jest wielkim przedsięwzięciem. To jest sprawa zatwierdzenia wniosku. A, proszę państwa, proteza uda, typowa, którą produkuje się u nas w Polsce, kosztuje ok. 15 tysięcy zł. To jest bardzo kiepska proteza, byle jaka jest stopa, bardzo często jest to stopa SACH, która jest konstrukcją sprzed 50 lat, bardzo często system nośny jest z rurek aluminiowych, bardzo często kiepski jest staw kolanowy i byle jaki jest lej protezy. Nawet jeżeli rodzina pomoże tak, że temu człowiekowi ktoś zrobi protezę, to on przychodzi do domu i nie wie, co ma z tym zrobić. On nawet nie jest w stanie stwierdzić, czy ta proteza została wykonana prawidłowo, bo żeby dostać się do lekarza ortopedy musi czekać 6 miesięcy w kolejce, a po 6 miesiącach to już jest na wszystko za późno. Nie wie, co ma zrobić z tą protezą, jak przygotować kikut do zaprotezowania, proszę państwa, nie wie nic. Bardzo często, zwłaszcza w przypadku osób

starszych, proteza idzie do szafy jako element żałosnej przyszłości, a on siada na wózku i kończy się jego egzystencja, bo zostaje w czterech ścianach na wózku inwalidzkim bez żadnej pomocy.

Proszę państwa, ja mówię o tym, co jest w rzeczywistości. Jaka jest rzeczywistość, zwłaszcza w przypadku osób starszych? Proszę państwa, 15 tysięcy zł za protezę to jest mało, to jest byle jaka proteza. NFZ zwraca limit 5 tysięcy 200 zł. Trzeba starać się o środki w państwowym funduszu rehabilitacji. Tu jest znów cały szereg kolejnych dokumentów. To jest faktura proforma. Trzeba najpierw zapłacić za tę protezę. Bardzo często człowiek nie ma tych pieniędzy. A, proszę państwa, średniej klasy proteza, którą można nazwać protezą, kosztuje 150 tysięcy zł i o taką protezę co 3 lata trzeba się starać, bo ona ulega zniszczeniu.

Nie zgadzam się z panem, chociaż go bardzo szanuję, senatorem Libickim. Nie można podchodzić do tego tak, że jak damy więcej środków, to będą więcej brali. Jest wiele metod, które można wprowadzić. Można wprowadzić kategoryzację, wyliczyć, że jest 6 rodzajów stóp i każda ma jakąś swoją cenę, jest 6 rodzajów kolan, 6 rodzajów konstrukcji nośnych, są różne rodzaje lejów kikutowych. Można ustalić bardzo precyzyjnie ile co kosztuje i powiedzieć, że limit dla człowieka, który jest młody i który powinien mieć dobrą protezę, dobre kolano, to powinno być tyle a tyle, wyliczyć, ile ta proteza kosztuje niezależnie od tego, kto ją wykona. Dlatego muszą być większe środki, jeżeli chcemy poprawić sytuację.

Ale, Panie Przewodniczący, żeby zakończyć sprawę… Małopolski sejmik proponował, i od lat proponuje, 2 rozwiązania. Pierwsze to wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego. Dzisiaj rozdajemy pieniądze na sprzęt, który jest kiepski, który nie służy, który trzeba bez przerwy wymieniać. Tak sobie dajemy pieniądze bez żadnej konsekwencji. A przecież powinniśmy wypożyczać, nie dawać ten drobny sprzęt, tylko wypożyczać. Powinniśmy stworzyć w każdym województwie profesjonalną wypożyczalnię sprzętu. W tej wypożyczalni będzie fachowiec, który potrafi utrzymać ten sprzęt na odpowiednim poziomie technicznym, i będzie dbał o niego. Taki sprzęt może być wykorzystywany przez wielu niepełnosprawnych, nie tylko jednego.

Jeszcze sekundę, dam kolejny przykład. Chorzy po zawałach i zatorach mózgu leżą w szpitalu, a gdy zostają wypisani, dostają wózek stabilizujący plecy i głowę. Bardzo często zdarza się, że po tak ciężkiej chorobie człowiek umiera. Rodzina kupuje ten wózek i po 2–3 miesiącach ma wózek prawie że nowy i nie wie, co z nim zrobić. Często chce sprzedać ten wózek, ale nie może go sprzedać, szuka, komu go dać, ale bardzo ciężko komuś podarować taki wózek. W końcu bierze ten wózek, idzie z powrotem do dystrybutora i za drobne pieniądze sprzedaje mu ten wózek. Tamten go tylko odkurza i jako nowy sprzedaje po raz drugi. A przecież ten wózek mógłby służyć nie tylko jednemu niepełnosprawnemu, ale większej liczbie osób, które mogłyby z niego korzystać. To jest pierwsza propozycja.

Druga propozycja. Żeby uniknąć tych wszystkich problemów osób niepełnosprawnych przy zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne, proponujemy zorganizowanie w każdym województwie wojewódzkich poradni zaopatrzenia w wyroby medyczne. Byłyby to poradnie, do których niepełnosprawny mógłby pójść, mógłby dostać wniosek, po wykonaniu protezy mógłby tam pójść, żeby specjalista, lekarz ortopeda sprawdził, czy ta proteza została wykonana prawidłowo, i w takich poradniach mógłby uzyskać rehabilitację, naukę chodzenia i wszystkie elementy, których dzisiaj nie ma, a które decydują, że dzisiaj prawie 40% osób niepełnosprawnych z powodu złego systemu jest wykluczone ze społeczeństwa. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Bardzo dziękuję panu Józefowi Góralczykowi, który reprezentował Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych.

Przechodzimy do dyskusji.

Czy pani podtrzymuje chęć zadania pytania?

Bardzo proszę i proszę również o przedstawienie się.

Poseł Kornelia Wróblewska:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Kornelia Wróblewska, poseł na Sejm.

Szanowni Państwo!

Chciałabym bardzo podziękować za wypowiedzi i pytania skierowane przede wszystkim przez państwa z organizacji. W zasadzie to, o co chciałam zapytać, powiedziała już pani przewodnicząca koalicji. Ja mam to samo doświadczenie. Ostatnio widziałam się z grupą rodziców osób bardzo mocno zależnych, Panie Ministrze, i chciałam dopytać w ich imieniu o te kwestie związane właśnie z limitami. Bo z jednej strony mówimy – jak mówię, to już tutaj padło – o tym, że te limity na pieluchomajtki zostały zwiększone z 60 do 90, a tak naprawdę rodzice faktycznie za te kolejne 30 płacą tak czy inaczej, więc gdzieś tutaj jest pewna nieścisłość, która być może jest formą pewnej manipulacji opinii publicznej. Bo jeżeli słyszymy, że rząd zwiększa limity i te osoby zależne dostają więcej, coraz więcej, a tak naprawdę za to płacą, to znaczy, że nic nie dostają.

Ale jest jeszcze jedna kwestia, którą chciałabym wyjaśnić. Nie sprawdzałam tego, nie miałam na to jeszcze czasu, bo tak jak mówię, dosłownie 2 dni temu widziałam się z grupą rodziców, ale jest taka… Być może państwo z koalicji będą mogli coś więcej na ten temat powiedzieć. W opinii rodziców pieluchy, które są na zlecenie, pieluchy, po które idą ze zleceniem do apteki, kosztują więcej niż te same pieluchy kupowane bez zlecenia z płatnością 100%. Podobno jest tak, że jakoś jest ustalone… Pan tutaj powiedział co prawda, że jest kwota, którą rodzice mogą wydać na dowolny produkt, ważne, żeby to były np. pieluchomajtki, ale może to być dowolny produkt, dowolna firma. A okazuje się, że to chyba nie do końca tak jest, ponieważ tak jak twierdzą rodzice, oni bardzo często wolą zamówić czy kupić nawet w tej samej aptece te same pieluchy bez zlecenia, bo one wychodzą po prostu taniej, już nie mówiąc o tym, że są różne apteki internetowe, w których również można zamówić z jeszcze większym rabatem ten sam produkt.

Jest więc pytanie, z czego to wynika, dlaczego coś, co jest finansowane de facto przez państwo, ma dużo wyższą cenę niż wtedy, kiedy nie jest finansowane przez państwo, tylko jest finansowane przez podatnika. Bardzo proszę

o odpowiedź na to pytanie, z czego wynikają te różnice i czy nie można… Bo w moim odczuciu to powinno być jeszcze tańsze, zwłaszcza że to są jakieś większe ilości, które są gdzieś gwarantowane, zabezpieczane. Płaci za to państwo, więc to powinno być jeszcze tańsze. Dlaczego to tyle kosztuje? Czy faktycznie jest tak, że te produkty bez zlecenia kosztują mniej? Czy państwo macie tę wiedzę? Bo być może są jakieś kolejne przekręty – ale nie chce mi się w to wierzyć – które moglibyśmy wyeliminować i zaoszczędzić spore pieniądze.

No i jak to jest z tymi limitami? Bo jeśli mówimy o nowej ustawie, która dotyczy wyrobów medycznych, nowej ustawie poświęconej osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności, to tam co prawda – pan senator Libicki o tym mówił – są zniesione limity, ale tylko tzw. limity ilościowe, nie zaś kwotowe. I znowu mamy taką sytuację, że niby możemy bez ograniczeń, ale do pewnej kwoty. W związku z tym co, weźmiemy – tutaj już była na ten temat mowa – produkt tańszy, żeby było więcej sztuk? Bo to też jest niestety niedoprecyzowana informacja, która może wprowadzać w błąd opinię publiczną, a przede wszystkim szkodzi osobom faktycznie tej pomocy potrzebującym. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Dziękuję, Pani Poseł.

Czy ktoś jeszcze chciałby zadać pytanie panu ministrowi? Bo może zbierzemy kilka pytań do pana ministra, gdyż zdaje się, będzie centralną osobą, która będzie pytana o pewne sprawy.

Pan senator. Prosiłbym o formułowanie możliwie krótkich pytań.

Senator Mieczysław Augustyn:

Tak, króciutko.

Nawiążę do tego, o czym wspominała pani doktor Szwałkiewicz. Mianowicie mamy sytuację, która budzi wątpliwości, jeśli chodzi o równy dostęp do świadczeń. To wprowadzanie uprzywilejowanych powoduje pytanie, które właśnie chcę zadać: a jak to się ma do dostępu do tego pozostałych grup? Czy te przywileje jednych grup nie są wprowadzane kosztem dostępu przez pozostałych, których przez ograniczenie dostępu prostą drogą prowadzimy do większej niepełnosprawności? Prosiłbym, żeby do tego się odnieść. Ta kwestia była poruszana w Senacie podczas procedowania ustawy, ale nie została wtedy wyjaśniona.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Jakieś jeszcze jedno pytanie do pana ministra zdrowia?

Pan był pierwszy, potem panią poproszę.

Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Związku Głuchych Krzysztof Kotyniewicz:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Krzysztof Kotyniewicz, prezes Zarządu Głównego Polskiego Związku Głuchych.

Szanowni Państwo!

Ja też chciałem zadać to pytanie, które pan senator przed chwileczką zadawał, o te grupy uprzywilejowane. Bo np. my reprezentujemy osoby głuche, a osoby głuche mogą mieć maksymalnie umiarkowany stopień niepełnosprawności, są wykluczone, jeśli chodzi o stopień znaczny. Niepełnosprawne w stopniu znacznym mogą być osoby, które mają sprzężoną niepełnosprawność. Zniesione limity mogą powodować to, że te osoby będą częściej korzystały z tych aparatów, które są limitowane, jeśli chodzi np. o PFRON, bo w NFZ jest tylko kwota ogólna. Ale może to spowodować taką sytuację, że te osoby, którym aparaty są niezbędne do funkcjonowania, będą wykluczone, bo po prostu się skończą środki. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa to kwestia wysokości dofinansowania do aparatów słuchowych. W tej chwili dla osób dorosłych to jest 1 tysiąc zł, dla dzieci to są 2 tysiące zł na jeden aparat. Cena jednego dobrej jakości aparatu to ok. 6, 8, 12 tysięcy zł. Założenie implantu to… Myślę, że koszt dla państwa to ponad 160 tysięcy zł. Pamiętajmy, że implanty są refundowane w 100%, a aparaty są refundowane kwotami 1 tysiąca i 2 tysięcy zł za jeden. I mamy taki efekt, że część osób po prostu nie stać na aparat słuchowy, więc wolą założyć implant, który mają za darmo. Uważam, że zmieniając dofinansowanie do aparatów słuchowych, robimy większą oszczędność dla budżetu państwa, ale też zwiększamy liczbę osób, którym pomożemy, czyli tych, które będą mogły normalnie funkcjonować, które dzięki aparatom będą mogły iść do pracy, będą mogły też płacić podatki do budżetu państwa.

To są te 2 najważniejsze sprawy, o które chciałem zapytać. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Bardzo dziękuję.

Panie Ministrze, były 3 pytania, dość szerokie. Potem jeszcze wrócimy do pytań, ale może dajmy szansę panu ministrowi odpowiedzieć na tym etapie…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Aha, dobrze. W takim razie bardzo proszę panią i pana jako następnego.

Bardzo proszę.

Wiceprezes Fundacji „STOMAlife” Magdalena Piegat:

Dzień dobry państwu.

Magda Piega, Fundacja „STOMAlife”.

My zajmujemy się osobami, które mają stomię, czyli wyłonione jelito na brzuch, zazwyczaj z powodu raka jelita grubego, czasem wad wrodzonych, czasem wypadków losowych, choćby bójek, bo wtedy są także rany kłute brzucha, które uszkadzają jelita. Takich osób w Polsce w tym momencie jest 55 tysięcy i jest tendencja wzrostowa. Trochę źle żyjemy, to jest jedna sprawa, czyli pacjenci

mają swoje za uszami, a trochę medycyna nam pomaga, bo stomia coraz częściej jest wyłaniana czasowo. I także i tutaj pojawia się pytanie o pewną sprawiedliwość. Mówimy o dostępie do wyrobów medycznych w kontekście niepełnosprawności, ale co ma zrobić osoba, która wcale niepełnosprawna nie jest, a potrzebuje wyrobów medycznych? A potrzebuje ich w tak dramatycznej sytuacji jak po prostu zaopatrzenie codziennej kupy. Bo my, jeśli jesteśmy zdrowi, o poranku odbyliśmy wizytę w toalecie, wiemy, jaki kupa ma kolor i konsystencję, i nie martwimy się o to, co będzie kolejnego poranka. A oni mają na co dzień tę codzienną troskę, czy worek jest, czy jest szczelny, jak długo będą mieli świeży ten worek. Bo limit jest, jaki jest, najmniejszy limit to 300 zł miesięcznie. NFZ mówi: do 90 sztuk miesięcznie. Proszę państwa, to jest limit sprzed 14 lat. Nie ma możliwości, żeby w tym roku dostać 90 sztuk worków i akcesoriów za 300 zł. W związku z tym mamy uprzejme pytanie, jak należy podejść do innych pacjentów, którzy muszą na co dzień korzystać ze środków pomocniczych.

Inną sprawą jest też zapewnienie jakości. Cały czas toczą się dyskusje na temat zmiany ustawy refundacyjnej. Ale jest pytanie, na ile możemy zagwarantować dostęp do sprzętu dobrej jakości i takiego, którego cena będzie jednolita niezależnie od tego, w którym miejscu w Polsce realizuje się to zlecenie. Bo jeżeli człowiek trafi do punktu w Warszawie i z tym samym zleceniem za miesiąc pojedzie do punktu w Krakowie, to niestety nie ma pewności, że ten sam sprzęt odbierze w tej samej cenie. W związku z tym chcielibyśmy też mieć pewność, że mówimy o tym, że tym pacjentom zapewni się kontynuację korzystania ze sprzętu, jaki mają sprawdzony, dobrej jakości i w długim okresie. Czyli musimy też myśleć o tym, żeby zabezpieczyć dostępność w perspektywie kilku lat. Bo ze stomią, jeśli jest czasowa, można żyć 3 miesiące, no ale nie oszukujmy się, w przypadku, gdy wyłoniono ją z powodu raka jelita grubego, pacjenci mają ją do śmierci. Cieszmy się, że jest rozwój medycyny i to życie coraz bardziej się wydłuża, niemniej jednak stomia temu człowiekowi towarzyszy przez cały czas i musi być zaopatrzona 24 godziny na dobę niezależnie od tego, co ten człowiek ma aktualnie w portfelu i jaki ma dystans do najbliższego sklepu. Musi po prostu być stale zabezpieczony dobrej jakości sprzętem, na którego wybór ma wpływ, i to jest to, co on wybierze, a nie to, co zostanie mu narzucone.

Tak więc w kontekście cyfr, które tutaj padały, chciałabym przypomnieć, że od 14 lat mamy ten sam limit. Mamy 55 tysięcy stomików i mniej więcej o 6% liczba tych stomików przyrasta z roku na rok. Jest to tendencja zauważalna od co najmniej 10 lat. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Dziękuję bardzo. Problem i pytania są jasne.

Pan prosił o udzielenie głosu. Proszę uwzględnić to, że jesteśmy w gronie, które generalnie zna problem, i chodzi o to, żebyśmy w miarę krótko zadawali pytania, co umożliwi udział w dyskusji większej liczbie osób. Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Organizacji Pracodawców Przemysłu Medycznego „Technomed" Wojciech Szefke:

Dziękuję bardzo.

Wojciech Szefke, organizacja pracodawców „Technomed". My zrzeszamy wytwórców i dużych dystrybutorów.

Ja chciałbym się odnieść do wypowiedzi i zadać pytanie panu ministrowi, a przez chwilę odniosę się do tego rynku środków chłonnych, który był wywołany.

Moje pytanie jest takie: czy w najbliższej przyszłości możemy liczyć na to, że Ministerstwo Zdrowia rozszerzy wykaz wyrobów na zlecenia o nowe grupy produktowe? W szczególności chodzi mi o cewniki hydrofilowe, których uwzględnienie od dawna jest postulowane. Czy państwo to analizujecie i czy w przyszłości będziecie to rozważać?

Drugie pytanie. Czy jest szansa na to, żeby pojawiły się zmiany w innych strukturach… Wiem, że dyskusja dotyczy wyrobów na zlecenie, ale korzystam z okazji. Przemysł też od dawna postuluje, żeby np. pojawiły się nowe grupy w wykazie opatrunków specjalistycznych. Chodzi mi tutaj w szczególności o zestawy do kompresjoterapii. No i czy ewentualnie będą jakieś ruchy w dostępie do nowoczesnych rozwiązań w grupach szpitalnych? To są pytania.

Po drugie, chciałbym się odnieść do mocno tutaj krytykowanej jakości produktów na zlecenie. No, Szanowni Państwo, nie jest aż tak źle, że te wszystkie produkty są tak dramatycznej jakości, bo jak tu mówiła przede mną pani Ela Szwałkiewicz, wszystko zależy od rynku. Na rynku środków chłonnych mamy jedne z dwóch najlepszych jakościowo produktów w Europie. I gwarantuję państwu, że jeśli państwo pojedziecie i nabędziecie te same środki chłonne np. u naszych kolegów z Niemiec, to będą one miały o oczko niżej. Jak ostatnio rozmawiałem z zarządem TZMO, to mówili, że nawet musieli zdecydowanie obniżyć jakość, żeby wejść na rynek Stanów Zjednoczonych. Nie każdy rynek jest taki sam. Mamy rynki naprawdę doskonałe, mamy rynki, powiedzmy, średnie.

Odnosząc się do kwestii tych dysproporcji cenowych, która tutaj padła, do tego, że są produkty tańsze w systemie internetowym, powiem, że ja sobie pozwoliłem prześledzić dane Narodowego Funduszu Zdrowia. Prześledziłem wszystkie podmioty kontraktujące środki chłonne do systemu refundacji w 2016 r. i 2017 r. Tam jest mniej więcej 50–55 tysięcy rekordów. Ceny zawyżane, to jest, powiedzmy, 0,1 promila, i to jest kilkadziesiąt podmiotów. A powodowane jest to tym, że rzeczywiście płatnik nie ma za bardzo możliwości kontroli ceny w systemie refundacji i opisanie grup limitowych, które jest, powoduje, że wrzucane są do systemu różnego rodzaju takie produkty, powiedzmy, z pogranicza. Mój kolega Włodarczyk mówił o tym, że bardzo chętnie zajmą się sytuacjami, w których podmioty, powiedzmy, nieetycznie zgłaszają produkty na rynku, więc ja, korzystając z okazji, zgłaszam firmę Welland, która wrzuca do systemu do limitu stomijnego pas przepuklinowy, co jest po prostu skandalem. Ale napiszemy też do państwa.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Darek Radzikowski? Nie jest.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Chciałem poprosić właśnie, żeby może nie prowadzić takiej dyskusji, bo w tej chwili kierujemy pytania od pana ministra.

Pani prosiła o udzielenie głosu. Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Osób z Nietrzymaniem Moczu „UroConti" Anna Sarbak:

Dzień dobry.

Stowarzyszenie Osób z Nietrzymaniem Moczu „UroConti".

Nasze stowarzyszenie skupia 1 tysiąc osób. Mówi się, że statystycznie w Polsce ok. 10% ludzi ma tę dolegliwość. I tutaj chciałabym do wypowiedzi pani poseł się odnieść. My nie potwierdzamy, że w marketach są niższe ceny, może są na wyroby, które nie zadowalają naszych członków.

Poza tym mam pytanie do pana ministra. Braliśmy udział w konsultacjach na temat wyrobów medycznych, limity się zmieniły, ale limity ilościowe, nie zmieniły się, jak tutaj wszyscy wiemy, limity wartościowe. I pytanie: czy te limity wkrótce się zmienią? Bo przypomnę, że ostatnia zmiana limitów wartościowych miała miejsce w 1999 r. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Dziękuję.

W kolejności, będę pamiętał… Pan się zgłaszał, potem pani doprecyzuje, a następnie pani. Bardzo proszę… Nie wszystkich znam niestety, tak że przepraszam, że tak wskazuję.

Proszę bardzo.

Członek Rady Stowarzyszenia Osób z Nietrzymaniem Moczu „UroConti" Bogusław Olawski:

Dzień dobry państwu. Ja w nawiązaniu do mojej przedmówczyni… Moje nazwisko Olawski.

Proszę państwa, zrzeszamy osoby z problemami prostaty. Wiecie państwo, ja nie wiem… Mimo że posiadam cenzus naukowy, nie bardzo mogę zrozumieć sytuację, że ministerstwo zwiększyło limit środków chłonnych z 60 do 90, a ja jako były pacjent, a właściwie nadal pacjent, idę do apteki, chcę kupić te środki chłonne i teraz tak: albo kupię byle jakie i 6 razy dziennie wymieniam, albo kupię dobre i raz dziennie lub 2 razy dziennie je wymieniam. I nagle okazuje się, że te byle jakie są o wiele droższe od tych, które ja kupuję. I jeżeli przychodzi… Nasi członkowie mówią: prezesie, przychodzę do apteki, chcę kupić np. pieluchomajtki, bo te nie satysfakcjonują mnie, ale spełniają moje warunki… Proszę państwa, skończmy z satysfakcjonowaniem. Nie, one spełniają moje warunki, jestem bardziej sprawny w pracy, jestem bardziej sprawny w ogóle, sam siebie inaczej odczuwam, nie jest tak, że za chwilę mam problem i muszę szukać, gdzie jest jakaś toaleta, żeby je zmieniać. Idę do apteki i mówię tak: ponieważ nie mam za dużo pieniędzy, w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia ile sprzedacie mi tych pieluchomajtek? 28 – mówią. No a tutaj pięknie: 60, 90. Ja idę do apteki…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

No właśnie, idę do apteki i mówią: no, żeby pan nie dopłacał, bo pan mówi, że dzisiaj nie ma pan pieniędzy, to sprzedamy panu 28, bo to są nie wysokiej klasy, ale średniej klasy pieluchomajtki, które rzeczywiście spełniają swoje zadanie, nie powodują stresu w związku z tym, że ciągle muszę latać i szukać, gdzie znajduje się toaleta. Ja nie bardzo rozumiem politykę ministerstwa i nie bardzo rozumiem, że zwiększono liczbę z 60 do 90, kiedy ja mogę iść do apteki i kupić 500, wtedy wydaję własne pieniądze. A jakie ma to znaczenie, czy to jest 60, czy 90? W ogóle tego nie rozumiem, ale może nie dorosłem jeszcze do tej wiedzy.

Proszę państwa, szybciutko, żeby nie zajmować dużo czasu, przechodzę do drugiej sprawy. Mamy członków, którzy mieli operowaną prostatę. Jest pan, u którego po 12 latach jest wznowa, i okazuje się, że te leki, których w tej chwili używa, nie działają na niego. Otóż rak się przyzwyczaił do tych leków i one nie działają. Ale są nowe leki. Nie będę tu używał nazw, bo to chyba nie jest istotne, do panów ministrów pisaliśmy, ja osobiście się podpisywałem, było wiele pism. Okazuje się, że są leki, i człowiek pisze do mnie: „Leżałem, nie mogłem się ruszać. Zażyłem ten lek. W aptece musiałbym zapłacić 12 tysięcy zł, ale przez szpital był on sprowadzony – no, nie wiem, jak to się dzieje – płacę 8 tysięcy zł co miesiąc. I teraz, po 2 miesiącach zażywania tego leku, jeżdżę na rowerze, wróciłem do pracy". No więc widocznie to działa.

Zwracałem się parokrotnie do pana, do ministerstwa – szkoda, że nie ma pana ministra Czecha, który był w programie zapowiedziany – i odpowiadano mi, że niestety. Ostatnio zwróciłem się na spotkaniu „Dialog dla zdrowia" do pana ministra – pan minister też pędził do Sejmu – i oświadczył mi tak: proszę państwa, chciałbym, żeby sprawa, z którą pan się zwraca, została na dzisiejszym posiedzeniu załatwiona. I nie zgadniecie państwo, co gdy pan minister wyszedł do Sejmu, się stało, jak się zwróciłem do pań naczelnik i pani dyrektor. To było chyba ze 2 tygodnie temu, a do dzisiejszego dnia sprawa jest niezałatwiona. Na liście leków refundowanych są te leki, ale są pewne obwarowania. Są obwarowania takiego typu, że jedna firma, której lek tam jest, się nie zgadza, ministerstwo nie ma wpływu na to…

(*Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański*: Proszę o konkluzję pana pytania.)

No, zadałem pytania, proszę państwa, po pierwsze, o środki chłonne, a po drugie, o te leki, o to, jaka jest możliwość ulżenia tym osobom, żeby nie płaciły po 8 tysięcy zł miesięcznie. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Dziękuję bardzo.

Pani poseł chciała uzupełnić swoje pytanie.

Poseł Kornelia Wróblewska:

Tak, tak, tylko doprecyzuję.

Szanowni Państwo, była mowa o tych samych pieluchomajtkach tej samej firmy, nie mówiłam o różnych markach, tylko o marce tej samej firmy, o tym, że jest różna cena, i nie o kupowanych w markecie – może źle zostałam zrozumiana – tylko ewentualnie w aptekach internetowych, bo takie też funkcjonują. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani.

Wiceprzewodnicząca Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Helena Kładko:

Helena Kładko, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego – jestem wiceprezesem Rady Głównej – i jednocześnie członek Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym".

Ja, proszę państwa, reprezentuję grupę chorych, która jest taką dość dziwną grupą. Ponieważ to jest choroba centralnego układu nerwowego, jest to choroba sprzężona. To jest kwestia wzroku, słuchu, głosu, mowy, pęcherza neurogennego. Tak więc jestem zainteresowana pieluchomajtkami, ale jestem zainteresowana i cewnikami. Bo w tej chorobie różny jest przebieg tego schorzenia pęcherza. Jestem też zainteresowana środkami ortopedycznymi: to jest wózek, to są kule. Jestem zainteresowana… Moi chorzy korzystają z wielu programów, które są ustalane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, odgórnie i w wielu wypadkach na pewno przez ludzi zdrowych nierozumiejących problemu ludzi chorych tak właśnie centralnie.

Moje pytanie do pana ministra jest następujące. Panie Ministrze, jestem w budynku, w którym ustala się ustawy, podejmuje się uchwały, a Ministerstwo Zdrowia realizuje te uchwały. Proszę państwa, dlaczego nas kategoryzujecie? Jest ustawa „Za życiem", która obejmuje dzieci od urodzenia i… A wśród nas, w naszych organizacjach są dzieci, te już dorosłe. SM to jest choroba… Słownik generalnie mówi, że to choroba dotykająca osoby między osiemnastym a czterdziestym rokiem życia. To jest nieprawda. My w tej chwili mamy ponad 120 małych pacjentów leczonych przez Centrum Zdrowia Dziecka. Do nas przychodzą też pacjenci, u których chorobę rozpoznano po siedemdziesiątym roku życia. I jak w tej chwili podejść do tych ludzi? Dla młodych ludzi z czterokończynowymi niedowładami, leżących wcześniej były 2 pieluszki, później były 3 pieluszki. Ja już nie mówię o lekach, bo to jest wciąż nieuleczalna choroba. Są leki spowalniające, które rzeczywiście… Zażywanie tych leków zaraz po rozpoznaniu spowalnia proces niepełnosprawności…

(*Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański*: Proszę o pytanie.)

W związku z powyższym zwracam się tu do was wszystkich z prośbą nas wszystkich: nie kategoryzujcie nas, patrzcie na nas przez pryzmat człowieka, któremu rzeczywiście ta pielucha, ten sprzęt ortopedyczny, bez względu na wiek, są potrzebne. I to jest moja prośba i takie wołanie: proszę nas nie kategoryzować.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Bardzo dziękuję.

Proszę panią o zabranie głosu.

Prezes Zarządu Polskiej Fundacji Pomocy Dzieciom Niedosłyszącym „Echo" Aleksandra Włodarska vel Głowacka:

Aleksandra Włodarska vel Głowacka, Polska Fundacja Pomocy Dzieciom Niedosłyszącym „Echo", również członek Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu.

Wracam do sprawy niesłyszących i głuchych. Chciałabym zwrócić uwagę na nasze dzieci. Moje pytanie jest proste: czy będą dofinansowywane wszystkie aparaty, czy tylko z pewnej grupy? Jeżeli tylko z pewnej grupy, to nie bardzo dobrze, dlatego że naszym dzieciom, żeby się nauczyły mówić, a potem mogły żyć na równi z innymi, potrzebne są aparaty z górnej półki. To jest pierwsza sprawa. I bardzo bym chciała, żeby one były dofinansowane, i to jakby w dużej mierze, ponieważ jeżeli nie, to tak, jak powiedział pan prezes Krzysztof Kotyniewicz, będzie tak, że wszyscy będą się implantować, a nie dla każdego implant jest dobry i nie każdemu jest potrzebny, choć jest bardzo duża grupa implantowanych dzieci, które rzeczywiście idą wspaniale, były zupełnie głuche, a świetnie sobie radzą w szkołach masowych.

Jeszcze jedna sprawa, dotycząca dopasowania. Kupienie aparatu nie wystarczy. Czy w tym dofinansowaniu będzie też sprawa dopasowania aparatów? Co będzie, jeżeli aparat będzie niedużo kosztował… Żeby ten aparat dobrze działał, trzeba kilkakrotnie przyjść do protetyka słuchu i kilka razy skorzystać z jego usług. Do tej chwili było to jakby wliczone w koszt aparatów i w dofinansowanie tych aparatów, wszystkie aparaty są dofinansowane w pewnej wysokości. Jak będzie teraz? To jest moje pytanie. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antonii Szymański:

Dziękuję.

Było bardzo wiele pytań do pana ministra, ale to za zgodą pana ministra wszystkie pytania zbieramy.

Czy jeszcze ktoś ma pytanie do pana ministra? Nie.

Ja jestem świadomy tego, że pan minister jest w zastępstwie pana ministra, który głównie zajmuje się tą tematyką. Poproszę pana o odpowiedzi. A gdybym w zakresie jakiejś problematyki odpowiedź była trudna w tej chwili, tym bardziej że państwo domagali się bardzo szczegółowych informacji, oczekiwali takich, będę prosił o nadesłanie takiej informacji do komisji, a komisja przekaże odpowiedniej osobie czy organizacji taką odpowiedź.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Spróbuję, mimo tego, że tak jak było powiedziane, nie zajmuję się na co dzień tym tematem, odpowiedzieć na większość pytań.

Po pierwsze, chciałbym zwrócić uwagę… Bo nie za bardzo rozumiem, o co chodzi z tą kategoryzacją. To jakaś kość niezgody pomiędzy grupami czy o co chodzi? No bo generalnie w systemie mamy pewnego rodzaju orzecznictwo, już nawet w tej chwili w 3 różnych obszarach czy w 4, w zależności od jak gdyby wskazań. Ta ustawa, o której tutaj była mowa, mówiąca o systemie orzeczniczym, w której ujednolicamy… Znaczy pani prezes…

(*Głos z sali*: Uścińska.)

…ZUS wprowadza jak gdyby ten system ujednoliconego orzeczenia dla wszystkich w Polsce osób pełnoletnich, no bo to jest jak gdyby ten obszar. Tak jak mówiłem we wprowadzeniu, chcemy również spowodować pewnego rodzaju podział stopnia niesprawności u dzieci, bo tego nie mamy. Ustawa „Za życiem" nie odnosi się jak gdyby do tego podziału. Na świecie występują różnego rodzaju modyfikacje. Taką klasyfikacją, o której też wspominałem, jest ta klasyfikacja ICF, która odnosi się również do pewnych grup osób niepełnosprawnych, którym państwo – i to chcemy spowodować – daje określone wsparcie, określone w tym sensie, że w zależności od tej klasyfikacji czy kategoryzacji, jak tutaj państwo mówicie.

To, co tutaj na końcu wybrzmiało, to to, że w stanach wielochorobowych ten stopień niepełnosprawności, w zależności od procesu choroby, również ulega dynamicznym zmianom. Na etapie wczesnego rozpoznania jest inna potrzeba pomocy ze strony państwa – i tu chodzi o tę część zarówno medyczną, jak i społeczną – w zależności właśnie od potrzeby, niż na etapie późnego rozwoju choroby. To też jak gdyby było wymieniane. I o niczym innym nie mówimy, jeśli chodzi o stopień orzeczniczy. Chodzi o to, żeby po prostu wsparcie przygotować nie w zależności od jakiejś tabelki, jak tutaj było powiedziane, tylko w zależności od potrzeb danej osoby, której ta niepełnosprawność najbardziej dotyczy, której doskwiera, oraz jej opiekunów, bo to też jest jak gdyby w obrębie tego, czego byśmy chcieli.

Wiele pytań odnosiło się do tych limitów. No, zwiększyliśmy możliwą pulę, trochę licząc na to, że producenci czy dystrybutorzy po prostu ceną wypełnią ten limit. No, nie zadziało się tak. Pewnie okres jest zbyt krótki, żeby podejmować jakieś zmodyfikowane decyzje. Niemniej jednak w różnych zmianach planów finansowych NFZ chcemy uwzględnić tę sytuację. No bo rzeczywiście z jednej strony mamy tego typu obawę, że podniesiemy wycenę i znowu podniosą się ceny, a z drugiej strony ten mechanizm rynkowy powinien trochę nam, że tak powiem, to umożliwić. Czyli to 90, które tutaj zostało, że tak powiem, skrytykowane, odnosi się do tej gry, którą podjęliśmy. No, ktoś kto ma cenę swojego produktu, jeżeli chce więcej sprzedać, przy większych możliwościach… No, wydaje się, że jednak ta wycena powinna się zmienić. I to dotyczy generalnie większości produktów z tej kategorii, z tego rozporządzenia, o którym mówiłem na samym początku, dotyczącego wyrobów medycznych.

Szczegółowe pytanie odnosiło się do cewników urologicznych hydrofilowych. No, taka możliwość jest. Oczywiście te cenniki, czego jesteśmy świadomi, są zdecydowanie wyższe i żeby to pokryć z tego limitu, pewnie jest kłopot, ale taka możliwość jakby dystrybucyjna… jest to do, że tak powiem, refundowania. Podobne mechanizmy, proszę państwa, są w przypadku leków. Oczywiście w lekach są grupy terapeutyczne i my, wprowadzając nową cząsteczkę, odnosimy się do konkretnego zestawu. No ale leki, szczególnie te, które są wprowadzane pierwszy raz, przechodzą pełną procedurę oceny technologii medycznych. I jeżeli cewniki hydrofilowe są w tej chwili i chcemy doprowadzić do tego, żeby one po prostu były w tej samej grupie, to niestety ta wartość cenowa musi pokazywać również, za co pacjent albo państwo czy NFZ dopłacają odpowiednią kwotę. Tak że to są te elementy, które najprawdopodobniej przed nami przy okazji zmian w ustawie.

Teraz zwracam się do pani poseł. Nie mam takich sygnałów, że to, co jest refundowane, jest tańsze, jeżeli jest poza refundacją. Niemniej przywołam pewien przykład, chciałbym go podać, choć to już nie funkcjonuje, przykład leków za złotówkę czy leków za 1 gr. To była sytuacja, w której jako państwo w systemie refundowania daliśmy zbyt wielką dopłatę za określone cząsteczki w stosunku do ich wartości rynkowych. Rzeczywiście w sumie nieuczciwe praktyki… Bo nie chcemy, żeby środki były wydatkowane na przychody w tamtej sytuacji konkretnych hurtowni czy producentów w pełni, że tak powiem, z budżetu państwa w transferze zero-jedynkowym. Nauczeni tamtym doświadczeniem wprowadzamy takie rozwiązania, jakie wprowadzamy, one są czasami w rodzaju rozpoznawania bojem. Niestety trudno zaufać tego typu praktykom, bo już mamy niekorzystne doświadczenia. Dlatego próbujemy tych krytykowanych tutaj rozwiązań.

Odnośnie do tych protez, o których pan mówił, i kwot 15 tysięcy, 150 tysięcy… Jak wynika z naszej dyskusji, z wypowiedzi, na Mazowszu za 15 tysięcy można zakupić całkiem dobrą protezę nogi, jak rozumiem, ze stawem kolanowym. Oczywiście można też kupić protezy bioniczne z różnego rodzaju urządzeniami za 150 tysięcy, ale pewnie jeszcze nie na tym etapie nas jako państwo będzie stać na refundowanie wszystkim potrzebującym tych protez.

Unikałbym podawania w takim gronie danych z roku 2015, do tego jeszcze w porównaniu z różnymi krajami, bo – jak już mówiłem na wstępie – my w 2017 r. i 2018 r. łącznie dołożyliśmy do tego systemu prawie 6 milionów, więc te kwoty są zupełnie różne. Do tego – tak jak też już mówiłem – o czym wiemy po spotkaniach w ramach Grupy Wyszehradzkiej z kolegami z innych ministerstw, w ramach tego, co jest refundowane, są wprowadzane również sprzęty używane w szpitalu. My w naszym systemie tego nie mamy. Stąd też zwracam uwagę na to, że porównanie musi być wiarygodne. Jeżeli tego typu dane nie są w taki sposób zbierane, to możemy dyskutować na temat ich jakości, ale prawdopodobnie szkoda na to czasu nas wszystkich.

Jeśli chodzi o ustawę, która będzie obowiązywać od lipca, to ona nie dotyczy dotychczasowych dofinansowań.

Czyli ustawa obowiązująca od 1 lipca czy wchodząca w życie 1 lipca nie ma wpływu na państwa dotychczasowe uprzywilejowania czy dotychczasowe możliwości. Dofinansowujemy z rezerwy, z funduszu zapasowego określoną kwotę. Dzisiaj, akurat w tym czasie, gdy rozpoczęło się posiedzenie komisji, odbywało się i odbywa się prawdopodobnie do tej pory spotkanie kierownictwa, które ma doprecyzować, jakie to będą kwoty, w jakich kategoriach, ale to są dodatkowe pieniądze, które były przygotowane w ramach udrożnienia systemu dla osób szczególnie potrzebujących. Ta ustawa też była przywoływana, pan senator mówił na wstępie, że nareszcie możemy się spotkać, ale ona była przywoływana pod taką presją niemożności prowadzenia debat, prac itd., ze względu na ten protest, który się odbywał, więc też musimy mieć tego świadomość. Miejmy również świadomość pewnych niedoskonałości, które są w tym dokumencie, wobec tempa prac, które są konieczne do przeprowadzenia zarówno w naszym resorcie, w resorcie rodziny, jak i w NFZ. To jest niejako przed nami.

Jeśli chodzi o stomię, to te kwoty oscylują między 300 a 480. One są małe, one są od 14 lat. Te kwoty wzrastały, ale one być może nie wzrastały w tempie zapotrzebowania. W tej chwili jest to przedmiot prac. Jeżeli będą jakiekolwiek dodatkowe środki, to wtedy w ramach tych grup i w ramach tego całego rozporządzenia będziemy to modyfikowali.

Limity wartościowe. Ja już mówiłem o tych limitach przy okazji tej kwoty, która będzie zmieniana w momencie dokonywania zmiany planu finansowego funduszu. W każdym razie chcemy utrzymać jak gdyby kwotę ilościową i po prostu dofinansować większą kwotą, która będzie już niekoniecznie dopłatą pacjenta. To tyle. Myślę że większość tematów przedstawiłem.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.

Proszę państwa, kontynuujemy zadawanie pytań oraz dyskusję. Zgodnie z naszym programem mamy na to jeszcze 20 minut.

Pani zgłosiła się jako pierwsza.

Bardzo panią proszę.

Prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” Elżbieta Szwałkiewicz:

Ja mam takie pytanie. To ile osoba objęta ustawą „Za życiem” dostanie produktów chłonnych na dobę? Pytam o to, bo tam nie jest podane, ile konkretnie, tam nie ma limitów.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

W kolejności pan senator Augustyn prosił o głos.

Proszę.

Senator Mieczysław Augustyn:

Panie Ministrze, zmartwił mnie pan akurat tymi ostatnimi słowami, tą perspektywą. Ja z dzisiejszej dyskusji wyciągnąłem kilka konkretnych wniosków. Ten jeden, który mnie zmartwił, to akurat przeciwny temu, co pan mówi. Obecni tu, na sali, twierdzą, że raczej powinno się odchodzić od limitów ilościowych, a zmierzać do pozostawienia jakiejś kwoty do dyspozycji, do pozostawienia wyboru samym klientom. Tak przynajmniej zrozumiałem większość wypowiedzi. Oczywiście pewnie to nie jest wspólne stanowisko, ale w tym zakresie tak to zrozumiałem.

Dalej. Ażeby jakoś nad tym systemem i finansowaniem zapanować – tak mówił pan prezes izby „PolMed”, a do tego nie widziałem odniesienia – dobrze by było pomyśleć jednak nad ściślejszą kategoryzacją tych wyrobów. Pan dawał przykład tego, że to działało pozytywnie także na finanse. Tak więc może warto to przemyśleć. Moim zdaniem to jest bardzo ważny wniosek, chyba idący w kierunku wspólnych dążeń i możliwości.

Wniosek, który też był tu ważny, to jest kwestia tworzenia sieci wypożyczalni sprzętu. O ile mi wiadomo, są kraje, gdzie takie sieci funkcjonują. Można by było pójść m.in. tym tropem, oszczędzając pieniądze i zwiększając dostępność. Podobnie zresztą wielu nieporozumień można by uniknąć, gdyby ta sieć poradnictwa dla mających zaopatrywać się w sprzęty i wyroby medyczne funkcjonowała, nie wiem, czy na poziomie województw, czy w jakiejś strukturze. Wydaje mi się, że jest to bardzo dobry wniosek.

Wydaje się także, że kategoryzowanie grup dostępu do wyrobów medycznych budzi jednak poważne wątpliwości, bym powiedział, nawet konstytucyjne, dlatego że, jak widać, wśród osób o podobnych schorzeniach będą osoby, które będą miały przywileje, i takie, które ich nie będą miały. Tak więc uważam, że jest to wniosek bardzo ważny.

Ale nic nie zastąpi tego wniosku głównego, Panie Ministrze, tak mi się wydaje, że jest nie do utrzymania ten sam poziom finansowania od tak wielu lat, jeśli chodzi o limity. Tutaj padają daty, mówimy, od kiedy to nie było zmieniane. Tak więc zwiększanie poziomu, podkreślam, zwiększanie, nie mówię o zwiększeniu jednorazowym, ale dalsze zwiększanie i to znaczne zwiększanie poziomu finansowania jest konieczne. To powinno leżeć w interesie – moim zdaniem, choć są tu oczywiście fachowcy lepsi ode mnie – samej ochrony zdrowia i jej budżetu. Nie można patrzeć na tego rodzaju wydatki tylko przez pryzmat aktualnego stanu zdrowia. Jeśli to zaopatrzenie nie przyjdzie w porę, jeśli nie będzie właściwe, to prawdopodobnie będzie generowało dużo większe koszty w innych segmentach tego samego systemu. No, nie muszę chyba tego wątku rozwijać. Widzimy w perspektywie szpitale, oddziały, drogie leczenie itd. Wydaje mi się, że lepiej wydawać więcej na to, co zapobiega pogarszaniu stanu zdrowia i poprawia funkcjonowanie, aniżeli potem wydawać na twarde leczenie w klinikach, w szpitalach, na zabiegi, na operacje itd.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

To brzmiało jak głos podsumowujący, ale jeszcze mamy chwilę, jeśli więc ktoś z państwa chciałby zabrać głos, to bardzo proszę. Widzę, że nie ma chętnych.

Wobec tego ja ze swojej strony będę bardzo dziękował za tę dyskusję, która się odbyła, za to, że bardzo poważnie rozmawialiśmy o dostępności wyrobów medycznych, o tym, co należy zmienić.

Jest propozycja ze strony pana senatora Augustyna, żebyśmy jako komisje podjęli uchwałę, ale ponieważ żadna komisja nie ma tu kworum… Nie dlatego, od razu to zaznaczę, że nie interesujemy się problemem, tylko dlatego, że równolegle jest prowadzonych kilka innych posiedzeń komisji, a każdy z nas pracuje w kilku komisjach. Tak że tylko z tego powodu nie ma innych senatorów. Mówię o tym dlatego, że aby podjąć uchwałę, potrzebne jest kworum każdej z komisji. Wobec tego proponuję, żebyśmy podjęli taką uchwałę na odrębnym posiedzeniu komisji, gdy inni senatorowie będą mogli zapoznać się z dyskusją, z wnioskami, jakie tu były przedstawiane, z pytaniami. Wówczas w sposób odpowiedzialny będziemy mogli taką uchwałę podjąć.

Wydaje się, że ten wspólnie spędzony czas dał szansę na to, żeby zarówno przedstawiciele urzędów centralnych, Ministerstwa Zdrowia, funduszu osób niepełnosprawnych, jak i przedstawiciele innych urzędów mogli wzajemnie ze stroną społeczną, która ma tu naprawdę wiele, wiele uwag, wysłuchać swoich wypowiedzi. To jest bardzo istotne. Wobec tego w moim przekonaniu to wspólne posiedzenie Komisji Zdrowia i komisji rodziny jest bardzo istotnym posiedzeniem.

Bardzo proszę pana senatora Kraskę o zakończenie, zwieńczenie wspólnego posiedzenia komisji.

Proszę bardzo.

(Przewodnictwo obrad obejmuje przewodniczący Komisji Zdrowia Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo, jako szef Komisji Zdrowia chciałbym niejako połączyć to nasze spotkanie z poprzednim posiedzeniem naszej komisji, bo rzeczywiście dotknęliśmy bardzo ważkiego i, myślę, gorącego tematu. Służba zdrowia robi wszystko, aby pacjenta wyleczyć, choć niestety nie zawsze to się udaje. Choroby przewlekłe, o których tu państwo mówiliście, trwają niekiedy do końca życia, wymagają różnego zaopatrzenia, tak jak państwo mówiliście, czy to w cewniki, czy w stomie, czy w sprzęt ortopedyczny. I chciałoby się oczywiście każdemu pacjentowi, każdemu choremu dać to wszystko, na co zasługuje, czyli z najwyższej półki i w takiej ilości, w jakiej chce, tak aby jego życie codzienne było jak najbardziej komfortowe. Tyle że chyba nie ma takiego kraju na świecie, który by takie potrzeby mógł zaspokoić w 100%.

Przed posiedzeniem tej komisji odbyło się posiedzenie Komisji Zdrowia, na którym rozmawialiśmy o chorobach rzadkich, a nawet bardzo rzadkich czy ultrarzadkich, gdzie terapia jednego pacjenta rocznie waha się od 600 tysięcy do 800 tysięcy zł. Z jednej strony są to bardzo potężne pieniądze. Z drugiej strony jako lekarz pytam, dlaczego mamy odmawiać takiemu pacjentowi. Dlatego że dotknięty jest rzadką chorobą? Czasem jest to 70–80 osób w skali naszego kraju. Jednocześnie, o czym państwo wiecie, pewne rzeczy są ograniczone kwestiami budżetowymi i nie zawsze na wszystko nas stać, ale widzimy, że z roku na rok pieniędzy na te wydatki jest zdecydowanie więcej, i mam nadzieję, że z roku na rok to się będzie zwiększało.

Ostatnia rzecz, o której chcę powiedzieć, a która mnie cieszy po dzisiejszym posiedzeniu… Jesteśmy akurat w Sejmie, my jesteśmy komisjami senackimi, i tak jak u mnie, na posiedzeniach Komisji Zdrowia, myślę, że także na posiedzeniach komisji rodziny, od polityki na pewno nie uciekniemy, ale sądzę, że dzisiejsze głosy były dość wspólnie brzmiące, że nasza troska o pacjentów, o tych chorych, jest naszym dobrem wspólnym. Myślę, że jeśli będziemy pracować wspólnie, współpracować, to wypracujemy rozwiązania, bo tylko wspólna praca, jedność może doprowadzić do tego, że los pacjentów na co dzień borykających się czasem z bardzo prostymi czynnościami, które są ich kłopotami życiowymi, a na które my jako ludzie zdrowi, teoretycznie oczywiście, nie zwracamy uwagi… Dla tych ludzi jest to czasem być albo nie być w danym środowisku, to jest możliwość uczestniczenia w życiu.

Tak więc myślę, że nie jest to nasze ostatnie posiedzenie. Cieszę się, że w końcu się spotkaliśmy, mimo tych poprzednich perturbacji. Sądzę, że czy to przez komisję polityki senioralnej i rodziny, czy to przez Komisję Zdrowia ten temat będzie jeszcze podnoszony. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 19)

Kancelaria Senatu
Opracowanie:
Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów
Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii