



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Rodziny,
Polityki Senioralnej i Społecznej (95.)
w dniu 17 października 2017 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Dostęp osób chorych i niesamodzielnych do wyrobów medycznych.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Antoni Szymański)

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Szanowni Państwo, witam serdecznie wszystkich państwa w imieniu Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej.

Nazywam się Antoni Szymański i jestem senatorem, wiceprzewodniczącym komisji, która wszystkich państwa zaprosiła po to, żeby obradować i dowiedzieć się o dostępie osób chorych i niesamodzielnych do wyborów medycznych. Liczymy na to, że w wypowiedziach, ale również w dyskusji, która jest bardzo ważnym punktem naszego posiedzenia, będziemy oceniali tę rzeczywistość, prace, które trwają w związku z tymi ważnymi dziedzinami. Dyskusja pomoże nam zorientować się w tym, jak poszczególne środowiska tutaj obecne postrzegają problem, gdzie są słabości i co państwo w tej sprawie uważają.

Pan senator przewodniczący Jarosław Duda dołączy w trakcie posiedzenia naszej komisji, ponieważ teraz jest na ważnym spotkaniu z grupą polsko-niemiecką. Z uwagi na stan zdrowia nie jest również obecny na posiedzeniu komisji pan senator Mieczysław Augustyn, dla którego ta tematyka jest bardzo ważna.

Proszę państwa, nie będę może witał wszystkich obecnych osób z imienia i nazwiska, tym bardziej że większości z państwa udzielił głosu. Zakładam, że wszyscy wypowiedzą się w dyskusji. Osoby, które będą wypowiadały się w dyskusji, proszę, żeby się również przedstawiły, dlatego że nasze posiedzenie jest transmitowane, nagrywane, będzie na pewno przez nieobecnych senatorów potem odsluchiwane, zatem jest ważne, żeby wiedzieć, kto jak się wypowiedział.

Od razu przejdę do pierwszej osoby, która zabierze głos. Chodzi o pana senatora Jana Libickiego, który jest przewodniczącym Parlamentarnego Zespołu do spraw Osób Niepełnosprawnych.

Bardzo proszę, Panie Senatorze.

Senator Jan Filip Libicki:

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Mnie przypadł w udziale zaszczyt zabrania głosu otwierającego nasze dzisiejsze spotkanie, tym bardziej

że nie ma pana senatora Augustyna, który był jednym z inicjatorów tego, abyśmy to spotkanie, to tematyczne posiedzenie komisji odbyli dzisiaj, i nie ma, jak powiedział pan przewodniczący, pana senatora Jarosława Dudy. Na początek postaram się krótko zawrzeć to, co chcieli powiedzieć koledzy i co ja chciałbym powiedzieć jako przewodniczący Parlamentarnego Zespołu do spraw Osób Niepełnosprawnych.

Proszę państwa, jestem osobą niepełnosprawną od 46 lat, a parlamentarzystą od lat 12. Zwykle – nie mogę powiedzieć, że tak było zawsze, od kiedy jestem parlamentarzystą, ale częściej tak właśnie było – kiedy dochodziło do dyskusji o finansach, o tym, jak finansować wyroby medyczne i środki pomocnicze, to miałem wrażenie, że dyskutujemy w trzech obozach, a każdy obóz okopuje się na swoich pozycjach i komunikacja z innymi obozami jest bardzo nikła. Pierwszy obóz to było ministerstwo i płatnik, drugi obóz to byli lekarze i pacjenci, a trzeci obóz to byli producenci. Podkreślam – nie zawsze tak było, ale zdarzało mi się brać udział w takich pracach po stronie płatnika i ministerstwa, gdzie to odbywało się trochę w takiej atmosferze.

Z głosów, które teraz do nas docierają, wynika, że tym razem między tymi obozami rozpoczął się jakiś dialog i że jesteśmy w trakcie tego dialogu, tej rozmowy. To dzisiejsze posiedzenie tematyczne ma służyć właśnie temu, abyśmy wzajemnie poznali swoje stanowiska i uzasadnienia, dlatego mamy takie stanowiska, a nie inne. Chodzi o coś głębszego niż po prostu to, że np. nie ma środków finansowych, a zwykle jest to najprostsze i najkrótsze uzasadnienie. Wierzę – bo takie głosy do mnie docierają – że ta rozmowa, ten dialog trwa, a dzisiaj lepiej poznamy swoje stanowiska i to spotkanie pomoże nam w tym, abyśmy z mniejszymi perturbacjami i z większym spokojem niż do tej pory przyjęli te nowe rozwiązania i wdrożyli je w życie. Myślę, że jest to tym bardziej potrzebne... Nawiąże do tego, dlaczego jednym z inicjatorów był pan senator Augustyn. Otóż pan senator Augustyn jest przewodniczącym Parlamentarnego Zespołu do spraw Opieki nad Osobami Niesamodzielnymi. Wszyscy dobrze wiemy o tym, że jesteśmy społeczeństwem starzejącym się, że granica między niepełnosprawnością wynikającą z wieku a niepełnosprawnością nabytą nie jest wyznaczona w ścisły sposób. Ale to powoduje, że zapotrzebowanie na wyroby medyczne, środki pomocnicze będzie wzrastało. Dlatego tym bardziej ważne jest, abyśmy regulacje prawne dotyczące finansowania tych wyrobów przyjęli w atmosferze dyskusji. Pewnie nie we wszystkim będziemy się zgadzać, ale chodzi o to, żebyśmy też poznali wzajemne

stanowiska i żeby to, co tu wypracujemy, choć w drobnym stopniu wpłynęło na kształt przepisów, które wkrótce mają nam zostać przedstawione. To tyle z mojej strony.

Panie Przewodniczący, jeżeli potem będzie możliwość dyskusji czy zabrania głosu, to pewnie z niej skorzystam. Bardzo dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję panu senatorowi Janowi Libickiemu za wprowadzenie w to, co będzie tematem dzisiejszego posiedzenia komisji.

Przystępujemy do prac nad punktem, który zatytułowany jest: dostęp pacjentów, osób niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych do wyrobów medycznych w Polsce – perspektywa kreatora systemu.

Witam i proszę o zabranie głosu pana Marcina Czecha, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marcin Czech:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

System refundowania wyrobów medycznych w Polsce dotyczy 200 tysięcy wyrobów medycznych, które znajdują się na rynku, więc mamy do czynienia z bardzo złożonym i zróżnicowanym systemem i z grupą środków, co do których musimy podjąć decyzję.

Jeśli chodzi o regulacje prawne, to obecnie finansowanie czy refundację wyrobów medycznych reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – pozwolą państwo, że będę się odnosił do niej jako ustawy o świadczeniach – oraz ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, którą pozwolę sobie nazywać ustawą o refundacji, a także wszystkie akty wykonawcze, które związane są z tymi ustawami.

Szanowni Państwo, jeśli chodzi o dostępność wyrobów medycznych finansowanych ze środków publicznych, to są tu trzy tryby czy trzy drogi. Pierwszy tryb to refundacja całości lub części kosztów medycznych wyrobów wydawanych na zlecenie, w które pacjent zaopatruje się u świadczeniodawców – albo w aptece, albo w sklepie medycznym – na zasadach, które są określone w wymienionej przeze mnie ustawie o refundacji. Drugi tryb to refundacja całości bądź części kosztów wyrobów medycznych, które znajdują się w obwieszczeniach ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na zasadach określonych w ustawie o refundacji.

Trzeci tryb to jest nieodpłatny dostęp do wyrobów medycznych dla pacjentów w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. Chodzi o wszystkie te serwisy, które pacjenci otrzymują w szpitalu bądź ambulatoryjnej opiece specjalistycznej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach i stosownych rozporządzeń.

Jeśli chodzi o pierwszą grupę, czyli refundację wyrobów na zlecenie, to rozporządzenie definiuje katalog takich wyrobów medycznych wraz z określeniem limitów ich finansowania ze środków publicznych, a co za tym idzie – wysokości udziału własnego świadczeniodawcy w tym limicie, a także kryteriów ich przyznawania oraz osób uprawnionych do wystawienia zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne w poszczególnych grupach. Obecnie w polskim systemie są 133 grupy takich wyrobów medycznych, które obejmują zarówno wyroby wykonane na zamówienie, jak i wyroby, które produkowane są seryjnie, chodzi tu np. o protezy kończyn, ortezy, kule, wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, peruki, cewniki, materace przeciwoleżynowe. Warto powiedzieć, że od 2012 r. – pozwoliliśmy sobie przeanalizować te dane właśnie od tego roku – nakłady na refundację wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie systematycznie się zwiększały. Gdy popatrzymy na to w kontekście ilościowym, to w 2012 r. zrefundowano prawie 206 milionów sztuk wyrobów medycznych, a w 2016 r. było to ponad 251 milionów, co daje wzrost o 20%. Nastąpił również wzrost kwoty przeznaczonej na refundację wyrobów medycznych z 662 milionów do 930 milionów zł w 2016 r., co oznacza wzrost o 41%.

Należy zwrócić uwagę na to, że przy jednoczesnym wzroście nakładów na refundację wzrastała również dopłata pacjenta, choć w nieco mniejszym stopniu niż dopłaty ze środków publicznych. W 2012 r. były to 473 miliony... w zaokrągleniu 474 miliony – było tam jeszcze 600 tysięcy, mam dokładne liczby, ale myślę, że nie jest to aż tak ważne – a w 2016 r. było 657 milionów, co oznaczało wzrost o 39%.

Co więcej, zgodnie z planem finansowym – myślę, że pan prezes siedzący obok mnie powie o tym więcej – na realizację świadczenia gwarantowanego z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawy na 2017 r. przewidziano kwotę ponad 1 miliarda zł, co w odniesieniu do 2012 r. stanowi wzrost o prawie 53%. Zatem tak wyglądają te zmiany w takim kontekście historycznym, na osi czasu.

Szanowni Państwo, w 2016 r. z zaopatrzenia w wyroby medyczne skorzystało 1 milion 617 tysięcy 741 osób. Mówię, o tym, żeby państwu udowodnić, że mamy dokładne liczby.

Jeśli chodzi o charakterystykę wydatków NFZ w ramach zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie w 2016 r., to największą grupę, prawie 25%, stanowiły środki absorpcyjne, wyroby stomijne – 19%, aparaty słuchowe – 13%, ortezy – prawie 10% i wózki inwalidzkie – 9%.

Szanowni Państwo, jeśli chodzi o drugą grupę, o refundację wyrobów medycznych na receptę, to tak najogólniej mówiąc są to paski diagnostyczne do oznaczania poziomu glukozy we krwi, a także ciała ketonowych w moczu, różne grupy opatrunków, m.in. hydrokoloidowe, poliuretanowe, hydrożelowe, zawierające jony srebra, przyspieszające leczenie ran, opatrunki przeciwbakteryjne w postaci pasty, żelu itd.

Szanowni Państwo, od 2012 r. wydatki na tę grupę środków również się zwiększyły. W tymże roku zrefundowano prawie 11 milionów opakowań wyrobów medycznych na-

leżących do wymienionych grup limitowych, a w 2016 r. było to już prawie 17 milionów 678 tysięcy, co stanowi wzrost o 63%. Nastąpił również zdecydowany wzrost kwoty przeznaczonej na refundację wyrobów medycznych – z 342 milionów w 2012 r. do 495 milionów w 2016 r., co stanowi wzrost o 45%.

Szanowni Państwo, sukcesywnie zmniejszają się również kwoty dopłat pacjentów do wyrobów z tej puli. W 2012 r. było to 9,18 zł za opakowanie wyrobu medycznego, a w 2016 r. – 8,08 zł, co oznacza spadek nominalnie o 12%. Jeżeli na to nałożymy zmieniającą się wartość pieniądza w czasie, to ten wzrost jest jeszcze większy.

Średnia cena detaliczna za opakowanie zmniejszyła się o 11%, co dowodzi, że ten system, kiedy jesteśmy w stanie negocjować z producentami i mamy jeszcze mechanizm konkurencyjny, przynosi efekty.

Szanowni Państwo, nie wiem, czy o tym mówiłem, chyba nie, ale średnia kwota dopłaty pacjenta za opakowania spadła między rokiem 2012 a 2016 o 12%, a średnia cena detaliczna opakowania, jak już mówiłem, o 11%.

Szanowni Państwo, trzecia grupa to jest refundacja wyrobów medycznych w ramach świadczeń gwarantowanych, np. w szpitalu. Tutaj wycena świadczeń obejmuje koszt zabiegu, procedury wraz ze stosowanymi wyrobami medycznymi. Szanowni Państwo, to jest tak naprawdę główna pula środków, którą częściowo nasz płatnik, Narodowy Fundusz Zdrowia, przeznacza na refundację wyrobów medycznych, które, jak powiedziałem, zawierają się w wycenie procedur.

Szanowni Państwo, w Ministerstwie Zdrowia toczą się obecnie prace nad projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw. Te prace zostały rozpoczęte przez moich znakomitych poprzedników. Staramy się prowadzić je harmonijnie razem z innymi uczestnikami rynku, a także, może przede wszystkim, z odpowiedzialnymi podmiotami po stronie publicznej. Te prace będą kontynuowane, będą zmierzały do tego, żeby, tak jak my to nazywamy, w dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej minister miał większy wpływ na poszczególne grupy wyrobów medycznych i ich ocenę pod względem, powiedzmy, takiego standardu refundacyjnego, a także ich wstępnej wyceny. Jak mówiłem, prace prowadzimy w kooperacji z Narodowym Funduszem Zdrowia, którego rola jest tutaj bezsprzeczna. Będziemy również liczyć na zaangażowanie Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji i być może innych instytucji państwowych, tak żebyśmy mogli bliżej przyrzeć się tym grupom. Zadanie jest dość złożone, bo – jak państwu powiedziałem – tych wyrobów jest bardzo dużo i dość trudno jest to grupować, porównywać. Mamy wieloletnie doświadczenia dotyczące leków, jednak jeśli chodzi o wyroby medyczne to – ze względu na swoją specyfikę, ze względu na inny charakter badań, którymi dysponują producenci wyrobów medycznych – to podejście musi być inne. Pod względem choćby klasyfikacji tych wyrobów medycznych, podzielenia na grupy, kontroli ich jakości jest to dużym wyzwaniem nie tylko dla nas, lecz także dla Unii Europejskiej, która stara się harmonizować to między państwami członkowskimi. Dziękuję państwu bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Panie Ministrze, bardzo dziękuję.

Chciałbym zaproponować, żeby pytania do poszczególnych mówców padły wtedy, kiedy zacznie się dyskusja. A teraz witam pana Andrzeja Jacynę, pełniącego obowiązki prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, i proszę o zabranie głosu.

P.O. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzej Jacyna:

Proszę państwa, jeśli chodzi o koszty zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz o ich naprawy, to np. 10 lat temu, w 2007 r., było to 540 milionów zł. W tym roku, jak już wspomniał pan minister, wydajemy ponad 1 miliard, dokładnie 1 miliard 18 milionów zł. Tak więc w ciągu 10 lat podwoiliśmy te nakłady. Czy to jest wystarczające? To nie jest wystarczające i to jest temat dla rządu i polityków. Jako płatnik, jestem od kilkadziesiątu lat zwolennikiem systemu mieszanego budżetowo-ubezpieczeniowego i najwyższy czas, żeby poważnie podjąć debatę na temat tego, czy nakłady na ochronę zdrowia są wystarczające. Doskonale wiemy z osobistych doświadczeń, widząc, jaką gehennę przeżywają członkowie naszych rodzin czy znajomi, że te nakłady są zdecydowanie niewystarczające.

Nakłady powinny wzrosnąć z tej prostej przyczyny, że zarówno do tego rodzaju świadczeń, jak i do pozostałych rodzajów świadczeń ciągle są kolejki, a politycy ciągle obiecują skrócenie tych kolejek. Wolę mówić o realnych możliwościach. Jeżeli zwiększamy nakłady na dany zakres świadczeń w sposób celowy – w ostatnich miesiącach robimy to z zaćmą i z endoprotezami – to tam ta kolejka może się skrócić. Jeżeli nie będzie odpowiedniego wzrostu, to te kolejki się nie skrócą. W zależności od sytuacji budżetu państwa, możemy wybrać dwie drogi – albo zwiększyć nakłady budżetowe, albo zwiększyć nakłady ze strony obywateli. Wiemy doskonale, że Polska jest jedynym krajem w Europie, który tak mało na to przeznacza w kontekście indywidualnych dochodów obywateli. Większość państw, w tym wszyscy nasi sąsiedzi, przeznacza na to co najmniej 13% indywidualnego dochodu, gdy my próbujemy ten sam rodzaj medycyny, ten sam poziom medycyny osiągnąć przy 9%. To jest niewykonalne i jeżeli tej świadomości nie będzie wśród polityków, wśród rządzących, wśród społeczeństwa, to nie będzie postępu w tej sprawie.

Dlaczego system mieszany? Ponieważ on jest bezpieczniejszy dla nas wszystkich. W zależności od sytuacji budżetowej możemy zwiększać albo daninę osobistą obywatela, albo nakłady budżetowe – jeżeli w danym roku sytuacja budżetowa jest lepsza – przesuwać ciężar z płatnika na budżet państwa bezpośrednio z podatków. Jak to się działo do tej pory? Środki finansowe były takie, jakie były, rosły wolno, osiągnęliśmy te 9%, ale kolejne zakresy świadczeń przesuвано z ministra zdrowia na płatnika, tak się działo, kiedy były kasy chorych, tak się dzieje, kiedy jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Pierwszą jaskółką jest to, że w ostatnim czasie pan minister przejął finansowanie szczepionek.

Polski system udzielania świadczeń właśnie w tym zakresie jest dość skomplikowany i mało kompatybilny. Wiemy,

że co najmniej kilka instytucji ma w swoich kompetencjach zabezpieczenie kosztów wyrobów medycznych. Dla przykładu, realizuje to Narodowy Fundusz Zdrowia, a drugim głównym potentatem jest tu PFRON. Czy te instytucje coś o sobie wiedzą? Nie, my nie wymieniamy się danymi, nie wiemy, który pacjent uzyskał jakie świadczenie. Zagrożeniem jest więc podwójne finansowanie świadczeń, jak również brak ciągłości udzielanych świadczeń. Na początku tej kadencji były próby rozmów, jeszcze z poprzednikiem pani prezes, ale to były wstępne kontakty, które pokazały, że jest możliwość przesuwania niektórych rodzajów wyrobów medycznych pomiędzy tymi instytucjami. Myślę, że powinno się wrócić do rozmów na ten temat, powinniśmy się pochylić wspólnie nad tym, jak to zorganizować. Najważniejsze jest to, żeby była jedna baza danych: kto i jaki rodzaj świadczenia otrzymał. Chodzi o to, żeby instytucje nawzajem mogły się informować o tym, co pacjent uzyskał i od kogo. To na pewno pozwoli uniknąć podwójnego finansowania świadczeń i gromadzenia niektórych rodzajów sprzętów w domach obywateli, którzy traktują to trochę jako skarbonkę bez dna. To jest zadanie, które powinniśmy sobie postawić, i spróbować je zrealizować. Wymaga to zmian ustawowych, tak by ta wymiana danych była możliwa.

Następna sprawa to jest ułatwienie dostępu do wyrobów medycznych, skrócenie drogi pacjenta do wyrobów medycznych. Dzisiaj niestety to się odbywa na ścieżce administracyjnej z czynnym udziałem pacjenta – pacjent musi się pojawić w biurze Narodowego Funduszu Zdrowia i potwierdzić wnioski o refundację danego wyrobu medycznego. Moim zdaniem wobec dzisiejszych możliwości, programów informatycznych, drogi elektronicznej najwyższy czas, żebyśmy się uporali z tym problemem w kontekście niektórych usług. Te prace, które do tej pory były wykonywane w Narodowym Funduszu Zdrowia, przeszły do Ministerstwa Zdrowia, do CSIOZ i myślę, że trzeba je jak najbardziej kontynuować i zakończyć możliwie szybko, by pacjent nie musiał krążyć między instytucjami i żeby ten dostęp był możliwy w trybie elektronicznym.

Myślę, że to jest zadanie, którym jako urzędy zajmujące się dystrybucją wyrobów medycznych powinniśmy się zająć, być może powinna być to jedna droga dla obu instytucji. Widzę szansę na współpracę i zrobienie czegoś dobrego dla pacjentów, czegoś, co wreszcie dałoby nam szansę na kontrolę i unikanie podwójnego finansowania. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Dziękuję panu Andrzejowi Jacynie, prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, za wypowiedź.

Proszę o zabranie głosu pana Krzysztofa Kosińskiego reprezentującego Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Zastępca Dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Krzysztof Kosiński:

Dziękuję bardzo.

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Powiem bardzo ogólnie na temat tego, jakie zasady obowiązują w kontekście możliwości otrzymania wsparcia przez osoby niepełnosprawne, zaopatrzenia w wyroby medyczne i środki pomocnicze. Po mnie będą mówili przedstawiciele Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, którzy mają prezentację – na pewno będzie tam dużo danych szczegółowych, które także państwa interesują.

Jak już powiedział pan prezes, osoby niepełnosprawne mogą korzystać ze wsparcia w ramach rehabilitacji społecznej dofinansowanej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. To dofinansowanie i to wsparcie możemy podzielić na dwa rodzaje: jedno oparte na przepisach ustawy o rehabilitacji i związane strictly z realizacją przez samorządy powiatowe zadań własnych o wsparciu niepełnosprawnych mieszkańców i drugie, wynikające z programów Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która może tworzyć programy realizujące m.in. różnego rodzaju wsparcie dla osób niepełnosprawnych. W ramach jednego z programów takie wsparcie zaopatrzenia jest możliwe.

Tak jak powiedziałem, jeżeli chodzi o ten obszar wynikający wprost z przepisów ustawy, to wsparcie indywidualnych osób niepełnosprawnych jest w głównej mierze realizowane na poziomie samorządu powiatowego. PFRON rok rocznie dofinansowuje część zadań, które realizują samorządy powiatowe, jest to przekazywane w formie algorytmu i to rada powiatu dokonuje podziału środków otrzymanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, de facto dzieli je i decyduje o tym, na jakie cele te środki zostaną wydatkowane. Następnie, już na podstawie indywidualnego wniosku osoby niepełnosprawnej, na poziomie powiatowego centrum pomocy rodzinie, takie dofinansowanie może być udzielone.

Środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – w kontekście tego, czego dotyczy dzisiejsze posiedzenie komisji – mogą być przeznaczone m.in. na pokrycie do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonej na podstawie odrębnych przepisów, jeśli taki udział jest wymagany, albo do 150% sumy kwoty limitu, o którym była mowa, czyli tego limitu ceny ustalonej na podstawie drobnych przepisów oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeśli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit. To są kwoty maksymalne, jak powiedziałem, każdorazowo rozstrzygnięcie następuje na poziomie indywidualnego wniosku. Jest to wyłączna odpowiedzialność powiatowego centrum pomocy rodzinie, to ono ustala tę wysokość na podstawie bardzo ogólnych przepisów ustawy o rehabilitacji. Powinno ono dokonać oceny indywidualnej sytuacji osoby niepełnosprawnej, wziąć pod uwagę możliwości i potrzeby tej osoby oraz możliwości powiatu w tym zakresie.

Co roku sprawdzamy środki przeznaczone akurat na ten cel – to jest jeden z największych udziałów w wydatkach, które są realizowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez samorządy powiatowe. Dla przykładu, w 2015 r. – i od razu zastrzegę, że wtedy w sprawozdawczości przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze były uwzględniane również ze sprzętem

rehabilitacyjnym, który nie jest tożsamy ze sprzętem rehabilitacyjnym w rozumieniu stricte, przepraszam za kolokwializm, lekarskim, ale wchodzi tu najprzeróżniejsze sprzęty wykorzystywane w rehabilitacji domowej – ta kwota wynosiła ponad 161 milionów zł z algorytmu przekazanego z samorządu. W 2016 r., kiedy już ten sprzęt rehabilitacyjny włączyliśmy do odrębnej kategorii sprawozdawczej, było to prawie 140 milionów zł. W pierwszym półroczu 2017 r. jest ponad 85 milionów zł ze wszystkich środków przekazanych samorządom powiatowym przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Co istotne, jeśli chodzi o te środki i o to, jak wygląda ten system dofinansowania, to w pierwszej kolejności dana osoba musi uzyskać odpowiednie dokumenty czy odpowiednie zlecenie na podstawie zwykłych przepisów o ubezpieczeniu zdrowotnym i dopiero my, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, przepraszam za ten kolokwializm ... Te środki mogą być wykorzystywane na uzupełnienie tego, co tak naprawdę wypłaca Narodowy Fundusz Zdrowia, bo ten system oparty jest nadal na Narodowym Funduszu Zdrowia, tak jest konstruowany, tak funkcjonuje.

Jak powiedziałem, poza tymi zadaniami ustawowymi funkcjonują jeszcze programy Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W ramach programu „Aktywny samorząd” osoby niepełnosprawne mogą otrzymać dofinansowanie, wsparcie w zakresie, który nas dzisiaj interesuje. Na początek to tyle. Jak powiedziałem, na pewno Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – pan Krzysztof Kaca ze współpracownikami – przedstawi państwu szczegółowe dane dotyczące wysokości tych środków, tego, na co są przeznaczane. Jeżeli będą jakiegokolwiek pytania na temat ustawy, to pozostają do państwa dyspozycji. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję panu Krzysztofowi Kosińskiemu.
Proszę o zabranie głosu pana Krzysztofa Kacę z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Naczelnik Wydziału do spraw Projektów w Departamencie do spraw Programów w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Krzysztof Kaca:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym podziękować za zaproszenie na dzisiejsze spotkanie komisji. Jeżeli jest to możliwe, to chciałbym przedstawić prezentację dotyczącą działalności Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w obszarze dofinansowania do przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych oraz sprzętu rehabilitacyjnego.

Pan dyrektor Krzysztof Kosiński z Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych przedstawił zarys przepisów prawnych, na których podstawie Państwowy

Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych udziela wsparcia. Największe środki, na zaopatrzenie ortopedyczne, są przekazywane na podstawie algorytmu do powiatów. Jednym z zadań powiatów jest właśnie zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów. Te odrębne przepisy to przepisy Ministerstwa Zdrowia, zaś sposób przyznawania pomocy jest określony w stosownym rozporządzeniu ministra pracy i polityki społecznej – to jest rozporządzenie w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków funduszu. W tym zadaniu mieszczą się: sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Przy czym sprzęt rehabilitacyjny to jest po prostu sprzęt niezbędny do rehabilitacji ruchowej lub innej zleconej przez lekarza w warunkach domowych osobie niepełnosprawnej, nie ma tu zaś żadnego katalogu, wykazu sprzętu, którego może dotyczyć ta forma pomocy. Jak zresztą wspomniał pan dyrektor, chodzi o różne urządzenia, które po prostu mogą pomóc osobie niepełnosprawnej w utrzymaniu sprawności, chodzi o używanie tego sprzętu w domu.

Druga część tego zadania to już są przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W naszej ustawie utrzymana jest nomenklatura z poprzedniej ustawy, w przepisach Ministerstwa Zdrowia jest sformułowanie „wyroby medyczne”, ale prawdę mówiąc, odnosi się to do tego samego katalogu sprzętów. Pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia mówił o bardzo dużej liczbie osób, które korzystają z dofinansowania do wyrobów medycznych. W przypadku Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i realizatora tego zadania ze środków PFRON, czyli powiatów, ta grupa odbiorców pomocy jest znacząco niższa. Wynika to z tego, że osobami uprawnionymi do korzystania ze wsparcia w powiatowych centrach pomocy rodzinie są osoby o prawnie orzeczonej niepełnosprawności, a tych osób jest znacząco mniej niż osób po prostu ubezpieczonych.

Jest jeszcze jedna kwestia, która może ograniczać dostępność tej pomocy – zawarte w przepisach kryterium dochodowe. Z dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny i przedmioty ortopedyczne mogą skorzystać osoby, które legitymują się dochodem na poziomie 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym, i 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. Obecnie jest to odpowiednio 2 tysiące 176 zł i 2 tysiąc 829 zł. Są kryteria techniczne, ale jeżeli ktoś ma zaległości, jeżeli chodzi o tę pomoc, i nie może z niej skorzystać, to wnioski o dofinansowanie można złożyć w każdym czasie.

Wysokość dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego wynosi do 80% kosztów jego zakupu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia, a w przypadku przedmiotów ortopedycznych, jak już wspominał pan dyrektor, to odpowiednio 100% wkładu własnego i do 150% kwoty limitu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dane dotyczące sprzętu rehabilitacyjnego są z lat 2014–2016. Jeżeli chodzi o sam sprzęt rehabilitacyjny, czyli to, co jest oddzielone od zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, to liczba osób niepełnosprawnych, które

skorzystały z tej pomocy, wyniosła odpowiednio 4 tysiące 384 osoby w roku 2014, 4 tysiące 750 osób w 2015 r., 4 tysiące 531 osób w 2016 r. Kwoty wydatkowane na ten cel wahają się na poziomie od niespełna 5 milionów do 7 milionów 308 tysięcy zł. Są to podobne wielkości, zarówno jeżeli chodzi o osoby, które korzystają z pomocy, jak i kwoty wydatkowane na ten cel. Wysokość środków przeznaczonych na konkretne cele określa realizator zadania, jakim jest samorząd powiatowy; przeznaczenie tych środków jest określone w stosownych uchwałach rad powiatu.

Jeżeli chodzi o osoby prawne, to korzystanie z tej pomocy jest dużo rzadsze. Wnioskodawcy o takie dofinansowanie rzadko występują, tych podmiotów jest kilkadziesiąt, 50–63, a kwoty na ten cel nie stanowią jakichś poważnych wydatków, są to wydatki rzędu 300–400 tysięcy zł.

Inaczej jest, jeżeli chodzi o dofinansowanie do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Kwota przeznaczona na ten cel w latach 2014–2016 to grubo ponad 400 milionów zł, prawie 427 milionów zł. Jeśli chodzi o kwoty przeznaczone na to zadanie w poszczególnych latach, to nie ma tutaj dużej rozpiętości. W 2014 r. było to 133 miliony zł, w roku 2015 – 153 miliony, w roku 2016 – prawie 140 milionów. Liczba osób, które korzystają z tej pomocy, waha się między 180 a 200 tysięcy. Jednak jak wspomniał pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, sprawozdawczość z powiatów nie obejmuje szczegółowych danych dotyczących liczby osób objętych wsparciem, raczej są to liczby złożonych wniosków, a ponieważ wnioski mogą być złożone raz lub kilka razy, np. na zaopatrzenie w pieluchomajtki, to te osoby będą w tym przypadku multiplikowane. Pokazuje to jednak, że korzysta z tej pomocy stała grupa odbiorców. My w ramach badań czy też szacunków określamy, na jakie przedmioty osoby niepełnosprawne najchętniej składają wnioski i jaką otrzymują pomoc. Najwięcej jest aparatów słuchowych, potem są i pieluchomajtki, i wózki inwalidzkie, i protezy, i obuwie ortopedyczne, a dalej inne kategorie. Ale są to dane wyłącznie szacunkowe.

Sytuacja ta zmieni się niebawem, od lutego 2019 r., ale wdrożenie systemu nastąpi w IV kwartale 2018 r., czyli w przyszłym roku. Fundusz złożył projekt i projekt ten został objęty dofinansowaniem ze środków Unii Europejskiej, obecnie konstruujemy system obsługi wsparcia finansowanego ze środków PFRON, który obejmuje wszystkie zadania realizowane też przez samorządy wojewódzkie. Skutecznie udało się wyłonić wykonawcę, zostały określone wymagania dotyczące samego programu, a firma tworzy już oprogramowanie. Projekt został złożony w ramach Programu Operacyjnego „Polska cyfrowa” w II osi priorytetowej „E-administracja i otwarty rząd” w działaniu „Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych”. Zakończenie realizacji projektu jest przewidziane właśnie na 28 lutego 2019 r., jak na razie kamienie milowe nie są naruszone, wobec tego ten system w tym czasie powinien działać. Jest to spore przedsięwzięcie, ponieważ dotyczy wszystkich samorządów wojewódzkich, wszystkich samorządów powiatowych i sporej liczby wniosków, które w ramach tego systemu będą składane, bo ten system będzie obejmował zarówno programy Rady Nadzorczej PFRON, jak i zadania samorządów powiatowych i wojewódzkich,

a usługa ma umożliwić przeprowadzenie prawie całego procesu w formie elektronicznej na tyle, na ile przepisy prawa na to pozwalają. Jeśli chodzi o zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, to nie ma umowy, ale ogólnie ta usługa powinna pozwolić na pobranie, wypełnienie, odesłanie formularza wniosku, w tym dodanie wymaganych załączników, uzupełnienie wniosku, zapoznanie się ze wzorem umowy – jeżeli taka jest w tym zadaniu – podpisanie umowy, prowadzenie korespondencji z realizatorem i rozliczenie przyznanej pomocy finansowej. Cała obsługa powinna być możliwa za pośrednictwem systemu informatycznego.

Zaopatrzenie osób z niepełnosprawnościami w przedmioty ortopedyczne, wyroby medyczne realizuje program „Aktywny samorząd”. Na mocy ustawy o rehabilitacji zawodowej fundusz ma możliwość takie programy tworzyć. Program „Aktywny samorząd” został zatwierdzony w 2012 r., realizatorem tego programu jest również samorząd powiatowy. Wszystkie powiaty od 2013 r. realizują program, wydaje się, z dużą skutecznością. Jednostkami, w których osoby z niepełnosprawnością mogą składać wnioski, są powiatowe centra pomocy rodzinie czy też urzędy, które stanowią ich odpowiednik. Program jest dużo szerszy, fundusz wydaje rocznie na jego realizację ponad 100 milionów zł.

Jeżeli chodzi o ten obszar, który bezpośrednio odnosi się do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, to jest to obszar C programu. Są tam zawarte cztery zadania: pomoc w zakupie wózka o napędzie elektrycznym; pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka o napędzie elektrycznym; pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne; pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne. Moduł dotyczący protez był wprowadzony w 2013 r. i chciałbym się na nim zatrzymać, opowiedzieć, jak wygląda ścieżka przyznawania tej pomocy, ponieważ wydaje się ona ciekawa i spotkała się z uznaniem np. instytucji kontrolującej fundusz, jaką jest Najwyższa Izba Kontroli.

Chciałbym od razu dodać, że jeżeli chodzi o pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, to ten obszar programu nie jest od 2 lat uruchamiany, ponieważ w 2014 r. wózki o napędzie elektrycznym znalazły się w zmienionym rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie wyrobów medycznych i dofinansowanie do wózków... Wózki ręczne zostały zamienione na wózki specjalne, a pod nazwą wózków specjalnych są też wózki elektryczne, wobec tego limity Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczą teraz również wózków o napędzie elektrycznym i – jak widać z danych statystycznych, bo wymieniamy się danymi – stopniowo, choć może nie w jakimś astronomicznym tempie, się to zmienia, widać tu dynamikę. Jeśli chodzi o wzrost przyznawania wózków o napędzie elektrycznym, to mam te dane na odrębnym slajdzie, więc potem o tym trochę opowiem.

Jeśli chodzi o adresatów programów z modułu pierwszego, to wiadomo, że zarówno w przypadku wózków o napędzie elektrycznym, jak i protez są to osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu. Jeżeli chodzi o wózki elektryczne, to jest tu wymagany znaczny stopień niepeł-

nosprawności, jeżeli chodzi o protezy, to nie ma ograniczeń co do stopnia niepełnosprawności, ważna jest potrzeba zaopatrzenia w taką protezę.

Jest jeszcze jeden ważny element w kontekście przyznawania tej pomocy. Otóż fundusz – może w ogóle powinienem powiedzieć to na początku – działa na rzecz rehabilitacji zawodowej i społecznej głównie osób niepełnosprawnych. To jest jego główne zadanie. Rehabilitacja lecznicza zgodnie z ustawą odbywa się na podstawie odrębnych przepisów. Niemniej jednak w procesie kompleksowej rehabilitacji osoby niepełnosprawnej element umożliwienia jej odpowiedniej komunikacji, przemieszczania się czy też pomoc w usunięciu barier, na które napotyka, są niezwykle istotne. Fundusz udziela tego rodzaju wsparcia.

Jeżeli chodzi o obszar C, czyli protezy, to od razu mówię, że to są protezy o podwyższonej jakości; tak staraliśmy się to określić. Dążymy do tego, żeby te protezy pomagały także w rehabilitacji zawodowej. Zatem oceniamy możliwość powrotu osoby niepełnosprawnej do pracy, rozpoczęcia pracy czy też np. kontynuowania nauki. W przypadku protez w tym module pierwszym wnioski są przyjmowane – i to chciałbym szerzej omówić – do końca sierpnia danego roku; termin ich przyjmowania jest określony w warunkach brzegowych.

Jakie kwoty proponujemy na protezy? Zresztą nie tylko na nie, bo omówimy najpierw... Zadanie drugie dotyczyło utrzymania w sprawności technicznej wózka o napędzie elektrycznym – głównie na akumulatory czy też czasami na inne rzeczy fundusz daje dofinansowania rzędu 2 tysięcy zł. Jeżeli chodzi o zadanie trzecie, czyli protezę ręki, to określamy je na trzecim poziomie jakości. Potem wyjaśnię, czego dotyczą te cztery poziomy jakości. Jeśli chodzi o rękę, to dofinansowanie wynosi do 9 tysięcy zł, o przedramię – do 20 tysięcy zł, ramię z wyluszczeniem w stawie barkowym – 26 tysięcy zł. Jeżeli chodzi o nogę, to na podudzie jest 14 tysięcy, wysokość uda – 20 i na wyluszczenie w stawie biodrowym – 25 tysięcy. Jeżeli jest konieczność naprawy tego sprzętu, bo po 3 latach powoli pojawiają się pierwsze wnioski, najczęściej o wymianę lejóv, to kwota naprawy takiego sprzętu nie może przekroczyć 30% kwoty, o której mówiłem wcześniej. Fundusz też działa kompleksowo, czyli zapewnia możliwość dojazdu danej osoby na spotkanie z ekspertem, ponieważ nie ma możliwości przyznania tej pomocy bez spotkania z ekspertem, który w imieniu funduszu ocenia potencjał i możliwości osoby niepełnosprawnej, zakończenie procesu chorobowego i to, że ta proteza zadziała, a ta osoba ma szansę na powrót do normalnego życia i do swojej aktywności zawodowej.

Wnioski są składane w PCPR, które kieruje daną osobę na badanie do eksperta. Osoba ta powinna się tam stawić z pełną dokumentacją medyczną, powinna mieć też przynajmniej protezę tymczasową, żeby można było zobaczyć, jak ta osoba funkcjonuje. Ekspert wypełnia arkusz oceny i na tej podstawie jest udzielone dofinansowanie. Zawsze po udzielonym dofinansowaniu taka osoba musi się ponownie stawić u eksperta z wykonaną protezą, aby zostało zweryfikowane, czy np. prawidłowo z niej korzysta, na niej chodzi, czy ona została wykonana z komponentów, na które wnioskodawca umawiał się z wykonawcą. Staramy

się – i tak też eksperci to określają – żeby rekomendowany poziom dofinansowania tego sprzętu, bądź też naprawy, dotyczył protez na trzecim poziomie jakości.

Jest również możliwość wykonania protez na czwartym poziomie jakości, ale to są już te najbardziej zaawansowane. Z tego co pamiętam, wiele tych protez nie było dofinansowanych, ale jeżeli ekspert stwierdza, że proteza na poziomie trzecim jest niewystarczająca i nie ma możliwości jej zastosowania, tak aby dana osoba powróciła np. do pracy czy do ogólnej aktywności, to wtedy może się na to zdecydować. Teraz przypominam sobie chyba jedną taką osobę – studenta medycyny, który miał wyrwaną nogę w biodrze i ta bardzo droga proteza była konieczna i racjonalna.

Ponieważ fundusz nie ma kompetencji – a już tym bardziej nie mają jej powiatowe centra pomocy rodzinie – do wydawania opinii eksperckich, więc zdecydowaliśmy się na współpracę z ekspertami, którzy pełnią funkcję konsultantów wojewódzkich i zajmują się długotrwałą opieką protezytyczną. Jeżeli oni nie mogą wykonywać tych obowiązków, to wskazują takie osoby. Ten system działa całkiem niezłe, a osoby, które trafiają do tych konsultantów, są zadowolone z wysokiego poziomu obsługi. Są to ludzie, którzy bardzo dobrze znają się na swoim fachu. Fundusz musi za te usługi płacić. Każda wizyta – zarówno ta pierwsza, która służy weryfikacji tego, czego wnioskodawca chce i potrzebuje, jak i potem następna, sprawdzająca to, czy został on prawidłowo zaopatrzony – jest opłacana ze środków PFRON.

Już z własnego doświadczenia powiem, że wobec tysiąca kilkuset osób, które otrzymały wsparcie w obszarze C, przypominam sobie może dwa jakiegokolwiek pisma dotyczące tego, że ktoś jest niezadowolony czy też skarży się na eksperta. To pokazuje wysoką jakość tych usług.

Jak już powiedziałem, to są specjaliści wojewódzcy z dziedziny rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii. Na terenie województwa są jedna bądź dwie takie osoby. Wymaganiem jest też to, żeby te osoby nie były w żaden sposób zaangażowane w... Podpisują one deklarację bezstronności – że nie współpracują z firmami protezytycznymi czy też nie są członkami organów nadzorczych, zarządzających pracowni i protezowni. Dbamy o to, aby była tutaj pełna przejrzystość, zwłaszcza że te osoby mają możliwość rekomendowania protez także na czwartym poziomie, a te protezy mogą osiągać cenę grubo ponad 100 tysięcy zł. Co prawda bardzo rzadko się to zdarza, ale jest taka możliwość.

Podzieliliśmy te protezy, zresztą zgodnie z sugestiami ekspertów. Poziom pierwszy to jest prosta proteza o funkcji głównie kosmetycznej, z najprostszymi elementami. Ona może być wykonana całkowicie zgodnie z limitem, nie ma tu problemu. Poziom drugi to jest proteza z prostymi elementami mechanicznymi oraz standardowym zawieszeniem, np. w kikucie, mówimy tu o kończynie górnej. Też jest możliwa do wykonania w ramach limitu, z ewentualną małą dopłatą. Poziom trzeci to już jest proteza z precyzyjnymi elementami mechanicznymi oraz nowoczesnym zawieszeniem kikuta, z wykorzystaniem technologii silikonowej, z bardzo dobrym wykończeniem kosmetycznym. Ma ona uniezależnić pacjenta od otoczenia w stopniu umożliwiającym mu podjęcie aktywności zawodowej.

Poziom czwarty – jak mówię, przypominam sobie może jeden taki przypadek – to jest już proteza z elementami bioelektrycznymi lub elementami kombinowanymi, czyli bioelektrycznymi i mechanicznymi, tzw. hybrydowa proteza, w części bioelektrycznej sterowana impulsami, z zachowaniem grup mięśniowych. W znacznym stopniu pozwala na niezależnienia się od otoczenia. Jeśli chodzi o rękę, to też są takie przypadki, jeszcze cięższe. Ale na podstawie tego, co wskazują eksperci, przypadków wykorzystania takiej protezy chyba nie było. Jeżeli chodzi o kończynę dolną, to zasady są takie same – przyznajemy te na poziomie trzecim. Tych na poziomie czwartym praktycznie nie było, a są to protezy sterowane cyfrowo, mają wielowarstwowe leje, najłżejsze elementy nośne. Muszą być tu naprawdę bardzo poważne wskazania. Tak wygląda ten system. Nie chcę państwa zanudzać tym, jakie dokumenty są wypełniane. Wszystko to będzie w systemie informatycznym, który budujemy.

Jak wygląda kwestia przyznawania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd”? Mamy dane za lata 2013–2016. Na wszystkie obszary dotyczące zaopatrzenia ortopedycznego PFRON przeznaczył ponad 82 miliony zł. Liczba umów to blisko 11 tysięcy 100.

Jeżeli chodzi o wózki elektryczne – choć jak mówię, od 2 lat to tak nie działa – to w latach 2013–2014 było rozpatrzonych 2 tysiące 881 wniosków, jeżeli chodzi o pomoc w utrzymaniu sprawności wózka, czyli głównie są tu akumulatory. Skorzystało z tego około 6 tysięcy osób. Jeżeli chodzi o zakupy protez o podwyższonej jakości, to wbrew pozorom nie ma wzrostu liczby osób z tego korzystających.

Jeśli chodzi o „Aktywny samorząd”, to prawdę mówiąc zaspokajamy 100% potrzeb zawartych w złożonych wnioskach. To nie jest tak, że wydatki na sprzęt... Z reguły odpowiadają one temu, o co dane osoby wnioskują. Wniosków o protezy w 2013 r. było 577, w 2014 r. ta liczba wzrosła do 633, w 2015 r. były to 483 wnioski, w 2016 r. – było ich tylko 366. Mamy tutaj pewien poślizg, bo program musi być realizowany elastycznie – dajemy powiatom możliwości wydatkowania pieniędzy jeszcze długo w roku np. 2017, praktycznie do kwietnia... A ponieważ nie mamy systemu informatycznego, który dobrze obsługuje te dane, zatem weryfikacja zajmuje trochę czasu i ta liczba – teraz 366 osób – może być nieco wyższa.

Zaczynają się naprawy protez, ale ich liczba nie rośnie w jakiś dynamiczny sposób – było ich 18, 13, 58, a teraz jest 88...

(Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański: Chciałbym zaproponować, żeby pan zmierzał do konkluzji, a w dyskusji będziemy do pewnych wątków wracać i je pogłębiać...)

To już wszystko, co chciałem powiedzieć. Jeżeli chodzi o średnie kwoty dofinansowania, to pewnie państwo nie jesteście tym zainteresowani.

Na koniec tylko powiem, że od 2014 r. Narodowy Fundusz Zdrowia dofinansował zakup 731 wózków o napędzie elektrycznym. Widać tu dynamikę, bo jak się zaczynało od 100, a w następnym roku było 175, w kolejnym już 301, a w pierwszej połowie 2017 r. ta liczba wyniosła 155... Wydaje mi się, że dojdziemy do 400. Dziękuję państwu za uwagę i przepraszam, że było tak długo.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję panu Krzysztofowi Kacy. Jak powiedziałem, będziemy do tego wracać w dyskusji, będziemy pytać i pogłębiać temat.

Teraz proszę o zabranie głosu panią Małgorzatę Radziszewską z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jest pani zapisana, tak więc bardzo prosimy.

Główny Specjalista w Departamencie do spraw Programów w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Małgorzata Radziszewska:

Małgorzata Radziszewska. Jestem pracownikiem w departamencie, którego naczelnikiem jest pan Krzysztof Kaca, więc może tylko uzupełnić informacje, które zostały przedstawione bardzo obszernie.

Skupię się na wskazaniu pewnych problemów. Nie mam prezentacji – pewne sprawy były zawarte w tej prezentacji – ale skupię się na materiale, który mam ze sobą. Wskażę obszary, które wydają mi się istotne. Rozmawialiśmy z różnymi instytucjami właśnie o takim styku spraw, które niekoniecznie do siebie pasuje, mam na myśli kwestie instytucjonalne, w tym ustawodawcze. Podam przykład – w Ministerstwie Zdrowia jest mowa o wyrobach medycznych, w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest mowa o przedmiotach ortopedycznych i wyrobach pomocniczych. Jest to niespójne, nie wiadomo, czy PFRON wpisuje się w tę nomenklaturę prawną, czy nasze zadania odpowiadają zadaniom Ministerstwa Zdrowia i czy rzeczywiście tak powinno być to nazwane.

Drugi problem, nad którym chciałabym się tu szczególnie pochylić, to system patchworkowy, który jest bardzo niekorzystny czy problematyczny dla jego odbiorców, czyli osób niepełnosprawnych. Mówię o tym z własnej perspektywy, czyli osoby, która porusza się na wózku od wielu lat i która musi załatwiać sprawy w kilku instytucjach, co nie jest dla mnie wygodne – do każdej z tych instytucji muszę kogoś wysłać, bo np. nie mogę do niej dotrzeć. W Warszawie jest to trudne z uwagi na kwestie komunikacyjne. Jak mówię, chodzi o system patchworkowy. Dana osoba wychodzi ze szpitala i w zasadzie nie otrzymuje pomocy, ewentualnie poza zleceniem. I to też nie zawsze, ponieważ często lekarze mówią: to teraz pani pójdzie do specjalisty albo do lekarza pierwszego kontaktu i on pani wypisze zlecenie albo skierowanie. Tak więc jest to pierwsza bariera przedłużająca udzielenie wsparcia osobie, która tej pomocy wymaga od razu.

Kolejną barierą jest limit cenowy, który ustala Ministerstwo Zdrowia i który przeważnie jest niedostateczny oraz wymaga uzupełnienia. Dlatego jest to uzupełnienie PFRON. Żeby zaś skorzystać z pieniędzy PFRON, trzeba być orzeczoną. Wychodzimy ze szpitala, ale nie jesteśmy orzeczonej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pan naczelnik coś mi sugeruje, dobrze, ale ja powiem o tym pod kątem osoby niepełnosprawnej i jednocześnie pod kątem kwestii instytucjonalnych, o których mówiliśmy wcześniej, w Ministerstwie Zdrowia, na etapie prac zespołu, który najpierw był powołany, potem został niestety rozwiązany. Poruszaliśmy te kwestie w toku dyskusji...

(Rozmowy na sali)

Stopują mnie niestety...

Tak więc chodzi o system patchworkowy, który utrudnia funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej, o adekwatność nazewnictwa i o niejednorodność adresatów. Jeśli chodzi o kwestie NFZ, to są osoby ubezpieczone, jeśli chodzi o kwestie PFRON, to są osoby, które mają orzeczenie o niepełnosprawności. Niekoniecznie jedno uzupełnia drugie. Na razie się na tym zatrzymamy, ale może w dyskusji pojawią się inne problemy. Jesteśmy na to otwarci. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję pani Małgorzacie Radziszewskiej.

Będziemy rozmawiać – zresztą cały czas rozmawiamy – o koniecznych zmianach w dostępie osób niepełnosprawnych do wyrobów medycznych.

Proszę teraz o zabranie głosu pana Tomasza Michałka, dyrektora Biura Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

Dyrektor Biura Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” Tomasz Michałek:

Dzień dobry państwu.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Krótko pozwolę sobie odnieść się do tego, co do tej pory usłyszeliśmy. Państwa wystąpienia jeszcze bardziej utwierdzają mnie – i podejrzewam, że moich kolegów i koleżanki z koalicji – w przekonaniu, że te dwa systemy, system polityki społecznej i system polityki zdrowotnej, się nie widzą, co muszą stwierdzić z przykrością. Jest to szczególnie widoczne na poziomie konkretnej osoby, która korzysta z tych systemów.

Pan mówił bardzo dużo o programie „Aktywny samorząd”. Na końcu się okazało, że łącznie na ten cel poszło 85 milionów zł. Pan prezes NFZ mówi, że plan na przyszły rok zakłada ponad 1 miliard zł. Myślę zatem, że tych 85 milionów to na pewno bardzo istotna kwota, ale to jest kropla w morzu potrzeb, niestety. Pan minister raczył przytoczyć nam wydatki, które NFZ ponosił od 2012 r. do 2016 r., bo rozumiem, że takie są pełne dane. Jeśli chodzi o wyroby medyczne, to przez te 4 lata wydatki na zlecenie są na poziomie około 40%, taki jest wzrost. Nie jest to mały wzrost, to sporo, biorąc pod uwagę wydatki przed 2012 r., a to jeszcze dokładnie pamiętam. Problemem jest to, że my cały czas startujemy z bardzo niskiej bazy. Porównując to do jakiegokolwiek innego kraju Unii Europejskiej, mamy w przeliczeniu na jednego mieszkańca kilka lub kilkanaście razy mniejsze wydatki na refundację wyrobów medycznych. Taka jest niestety rzeczywistość.

Tak jak powiedziałem, ten system jest niekompatybilny. Być może gdybyśmy te wszystkie fundusze przeznaczone na osoby niesamodzielne i niepełnosprawne – mam na

myśli sprawę wyrobów medycznych – połączyli, lepiej to zgrali ze sobą, to nie odstawalibyśmy tam mocno od reszty Europy.

Ciekawostką było to, co pan minister powiedział o pro-
pos opatrunków, które są refundowane w trochę innym systemie – jak rozumiem, w systemie grup limitowych i negocjacji cen. Jeżeli dobrze zanotowałem, wspomniał pan, że w tym samym czasie, czyli w latach 2012–2016 r., wydatki wzrosły tu o 45%, czyli około 5 punktów procentowych więcej niż wyroby medyczne wydawane na zlecenie. Czyżby oznaczało to, że mimo negocjacji nie udało się, że tak powiem, utrzymać skali tych wydatków na podobnym poziomie, jak w przypadku wyrobów medycznych na zlecenie, które nie są, jak wiemy, negocjowane, tylko są limitowane pod względem ilości i ceny?

Myślę, że bardzo ważne byłoby, żeby przed planowaniem jakiegokolwiek reformy związanej z refundacją wyrobów medycznych wziąć pod uwagę wydatki PFRON, ale widzę, że nadal mamy ten sam problem – PFRON nie wie, ile wydaje na poszczególne wyroby medyczne, bo te dane, jak rozumiem, które zostały przytoczone, są wyłącznie szacunkowe. To bardzo niedobrze. Planując jakiegokolwiek reformę, należałoby dokładnie wiedzieć, ile pieniędzy publicznych jest wydawanych na poszczególne wyroby medyczne.

Ale zauważyłem, że największą część, największy odsetek wydatków PFRON stanowią te wyroby medyczne, które w NFZ są w największym stopniu współfinansowane przez pacjentów. Prawdopodobnie oznacza to, że pacjenci ratują się dofinansowaniem z PFRON, bo brakuje im pieniędzy, a żeby opłacić zakup poszczególnych wyrobów, bo są zbyt mało dofinansowane przez NFZ. Ale, jak rozumiem, NFZ ma po prostu tyle pieniędzy. Koniec i kropka. Baza, która jest kluczowa dla systemu finansowania wyrobów medycznych, wymaga w moim przekonaniu – a zajmuję się tą tematyką już kilkanaście lat – decyzji politycznej. Albo wchodzimy na inny poziom finansowania wyrobów medycznych, albo staramy się coś poprawiać w tym systemie, który jest. Czy należy robić taką rewolucję, jaką zapowiadał pan minister Łanda, wobec braku wzrostu dofinansowania w tym wypadku ze strony budżetu państwa, jak rozumiem, bo NFZ nie ma tych pieniędzy, musiałby zwiększyć składkę – mam duże wątpliwości, czy to jest bezpieczna droga.

Widzę, że w tym temacie jest coś takiego jak studium przypadku, więc pozwolę sobie przytoczyć studium przypadku pewnej pacjentki. Ci, którzy mnie znają, wiedzą, że akurat tą tematyką zajmuję się zawodowo od kilkunastu lat, więc jestem dobrze rozeznany w tej kwestii. Chodzi o pacjentkę z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, której nie należy się refundacja na środki absorpcyjne, bo jest literalnie wpisane, że ta refundacja wyklucza pacjentów z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Co więc ona robi? Szuka pomocy w szpitalu. Tam najczęściej lekarz oferuje jej zabieg z użyciem taśmy – jest to dobrze wyceniona procedura, szpitale chętnie oferują to pacjentkom. Problem tylko w tym, że ta taśma, czyli też wyrób medyczny, jest kupowana przez szpital w ramach tzw. przetargów i najczęściej, jak państwo możecie sobie wyobrazić, decyduje kryterium ceny. Zatem taśma jest słabej jakości. Jak popatrzymy historycznie, to zobaczymy, że te najlepsze pod

względem jakości taśmy już dawno zniknęły z polskiego rynku, bo producenci się wycofali z tego rynku, została tzw. chińszczyzna.

Efekt jest taki, że po założeniu tej taśmy pacjentka po 2–3 miesiącach – niestety jest to już, można powiedzieć, problem ogólnopolski – trafia do kolejnego lekarza z informacją, że to wcale nie pomogło, wręcz przeciwnie, jest coraz gorzej. Kolejny szpital mierzy się z tym problemem, dostaje jeszcze lepszą wycenę, bo procedura reoperacji jest wyceniana jeszcze lepiej. Żeby było zabawnie, ta pacjentka po wyciągnięciu taśmy, która przez ten czas skorodowała, kwalifikuje się już do refundacji środków absorpcyjnych, bo zgodnie z zapisem rozporządzenia po interwencji lekarskiej już można to zrobić. Tak.

Podając ten przykład, chciałem państwu pokazać, jak absurdalny mamy system – niestety kosztuje dużo pieniędzy, ale też dużo zdrowia z punktu widzenia pacjenta. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję panu Tomaszowi Michałkowi.

Proszę o zabranie głosu panią Elżbietę Szwalkiewicz, m.in. prezesa Polskiego Stowarzyszenia Opiekunów „Z nami łatwiej”. Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” Elżbieta Szwalkiewicz:

Dziękuję za umożliwienie mi zabrania głosu.

Oglądam ten problem z wielu perspektyw, bo z jednej strony szefuję Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” skupiającej bardzo wiele organizacji osób, które borykają się z niesamodzielnnością, z drugiej strony mam małe stowarzyszenie regionalne. A jestem też wiceprzewodniczącą Rady do spraw Polityki Senioralnej przy ministrze rodziny, pracy i polityki społecznej.

W 1992 r. zaczęłam bardzo intensywne działania na rzecz tworzenia w Polsce systemu opieki długoterminowej i zabezpieczenia osób, które z powodu urazu bądź choroby przewlekłej, postępującej czy bardzo podeszłego wieku stają się niesamodzielne w zaspakajaniu swoich podstawowych potrzeb życiowych.

I cóż się stało przez te kilkadziesiąt lat? Kompletnie nic, nawet nie podniesiono poziomu zużycia mydła w szpitalach, żeby tym ludziom pomóc utrzymać higienę. Nie ma absolutnie niczego – ani przestrzeni pielęgnacyjnej, ani właściwych technik pracy, ani sprzętu, ani refundacji sprzętu wspomagającego. Nie ma nic, jest ugor.

Jak to wygląda obecnie? 1 milion 200 tysięcy osób potrzebuje wsparcia bezpośredniego, opieki osobistej, opiekunów zewnętrznych. Mamy w rozsypce rodziny, które są niewydolne opiekuńczo, nie mają żadnego zabezpieczenia pod względem sprzętu, w szpitalach nie jest zabezpieczany wypis tych ludzi do domów, nie ma treningów samoobsługi, nie jest przygotowywane mieszkanie. To jest totalny dramat. Oceniam to na połowę XIX wieku – i ta ocena jest bardzo pozytywna... I oto stoimy wobec dylematu, bo nie

mamy opiekunów profesjonalnych, wszystko spoczywa na barkach opiekunów nieprofesjonalnych. Musimy zdać sobie sprawę z tego, że przynajmniej połowa tych opiekunów nieprofesjonalnych to są ludzie po siedemdziesiątym roku życia, którzy zajmują się swoimi krewnymi po dziewięćdziesiątym roku życia, bo nasze życie się wydłuża. Medycyna – lepiej czy gorzej, można tu dyskutować – zabezpiecza ratowanie życia, diagnozę, ustalenie leczenia, a nikt i nic nie zapewnia funkcjonowania człowiekowi niesamodzielnemu.

Jako wieloletni konsultant krajowy – byłam konsultantem przy kolejnych 16 ministrach zdrowia, jeżeli chodzi o pielęgniarstwo przewlekłe, chorych i niepełnosprawnych – od samego początku rekomendowałam powstanie w Polsce wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, wspomagającego, rehabilitacyjnego do użytkowania w domu. Mówiłam, że każdy sprzęt, który nie musi być indywidualnie dopasowany bądź nie jest jednorazowego użytku, powinien być w wypożyczalniach. W tak biednym kraju jak nasz refundowany powinien być tylko ten sprzęt, który nie jest dostępny w wypożyczalniach. Powinna być sieć kilku bądź kilkunastu wypożyczalni – może jedna na województwo – współpracujących z organizacjami pozarządowymi, które czuwałyby nad tym, jak ten sprzęt jest użytkowany, pomagały w dobieraniu sprzętu, uczyły samoobsługi.

PRFON miał kiedyś świetny program kompensowania utraconej sprawności, właśnie z wykorzystaniem wypożyczalni. Potem się okazało, że pomagać można tylko tym prawnie uznanym niepełnosprawnym, czyli mającym orzeczenie. A drugą połowę stanowią ci, którzy tracą sprawność po siedemdziesiątym roku życia, są dawno na emeryturze i nie chodzą po orzeczenie. Jest to zatem bardzo poważny problem, który należy rozwiązać. Ale jeżeli mówimy o reformie i o tym, jak to zrobić, to trzeba powiedzieć, że cała opieka długoterminowa, to kompensowanie utraconej sprawności, profilaktyka niesamodzielnności wymaga wreszcie międzyresortowego działania. Cały obszar opieki długoterminowej powinien być międzyresortowy.

Finansowanie może się odbywać z wielu źródeł, ale koordynacja działania musi być sensowna, oparta na jakimś orzekaniu i wspólnym języku, o czym na pewno powie pani profesor. W każdym razie jesteśmy teraz w sytuacji, która moralnie i etycznie stawia nas wszystkich, medyków, w takim rozkroku bliskim szpagatu, bo nie wystarczy być żywym, żeby żyć, nie wystarczy powiedzieć: życie za wszelką cenę. Za jaką cenę? Za cenę ciała, nad którym się nie panuje, za cenę umierania we własnym moczu, kale, wołania o szklankę wody, bo nie ma kto przyjść do domu i pomóc? Do tej pory nie dorobiliśmy się ani programu informatycznego, ani powszechnej teleopieki, ani powszechnej telepomocy. Nie dorobiliśmy się niczego, co jest tanie, proste i jasne. Jest mi bardzo przykro, że musiałam to powiedzieć, ale sprawozdania PERFON dotyczące tego, na co i ile wydano, bez odniesienia do sytuacji tych niesamodzielných osób... 1 milion 200 tysięcy osób jest totalnie zależnych od opieki zewnętrznej i zupełnie brakuje warunków do pielęgnowania tych ludzi w domach. Musimy wreszcie coś postanowić i rozpocząć tę reformę. Nie możemy omawiać, jaki sprzęt zrefundujemy indywidualnie, bo jeżeli wózek inwalidzki zostanie zrefundowany kobiecie

w schyłkowej fazie życia, która umiera po 3 tygodniach, a potem ten wózek inwalidzki trafia albo na Allegro, albo na targ, to świadczy to o tym, że jesteśmy wyjątkowo rozrzuconym narodem. Już nie mogę na to patrzeć. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję pani Elżbiecie Szwałkiewicz za ten głos. Proszę o zabranie głosu panią Krystynę Książepolską-Orłowską, konsultanta krajowego do spraw rehabilitacji medycznej.

Konsultant Krajowy do spraw Rehabilitacji Medycznej Krystyna Książepolska-Orłowska:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Chciałabym państwu uświadomić, co to jest rehabilitacja, bo nie wiem, czy wiele osób tu siedzących zdaje sobie z tego sprawę. Rehabilitacja to nie jest machanie ręką czy nogą, to nie są jakieś tam okłady. Rehabilitacja to jest przywrócenie człowieka społeczeństwu w pełnym znaczeniu tego słowa. Polska szkoła rehabilitacji – co było tu wspomniane i za co dziękuję – to jest rehabilitacja kompleksowa, czyli medyczna, społeczna i zawodowa. W zależności od etapu, na jakim znajduje się pacjent, odpowiednia powinna przeważać. Na pierwszym etapie choroby czy niepełnosprawności na pewno medyczna, a potem społeczna, zawodowa. Chciałabym zwrócić uwagę na to, że nie chodzi tylko o to, że społeczeństwo się starzeje, ale również o to, że już umiemy leczyć różne choroby, umiemy uratować pacjenta po wypadku, umiemy już ratować pacjentów z choroby nowotworowej. To wszystko powoduje, że wzrasta liczba osób niepełnosprawnych, którym możemy bardzo dobrze pomóc, jeżeli zrobi się to w mądry sposób, czyli, krótko mówiąc, od samego początku. Niestety z różnych powodów teraz nie jest to możliwe, ale pracujemy nad tym. Ministerstwo Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – wszyscy pracujemy nad tym, żeby tych ludzi natychmiast poddawać rehabilitacji, żeby oni nie czekali, tylko żeby można było to zrobić od razu. Badania naukowe wskazują bowiem na to, że każda złotówka włożona w pacjenta we wczesnym okresie choroby zwraca się wielokrotnie. I to ma również bardzo ścisły związek z zaopatrzeniem pacjenta w sprzęt ortopedyczny, w sprzęt pomocniczy. A tu zaczyna się problem. Otóż jak pacjent znajdzie się w oddziale rehabilitacji, to szpital musi mu sfinansować ten sprzęt, a on nie jest refundowany.

Dzięki temu, że toczyły się różne rozmowy w NFZ, w centrali, mamy trochę większe pieniądze na osobodzień w kontekście rehabilitacji w szpitalu, a do tej pory było to około 100 zł. Zatem uprzejmie pytam, czy jest w Warszawie hotel, w którym można by było za 100 zł dostać jedzenie, mieć spanie i jeszcze wysoko specjalistyczną rehabilitację. Myślę, że nie. Teraz tych pieniędzy jest trochę więcej, ale nie dla wszystkich. Dlatego o tym, żeby refundować zakupione pacjentowi przez szpital kule czy jakieś inne podstawowe sprzęty ortopedyczne, nie ma mowy. To jest bardzo duża przeszkoda, bo m.in. w czasie pobytu pacjenta

w oddziale rehabilitacji należy nauczyć go używania tego sprzętu. Chodzi nie tylko o to, że gdzieś tam się go kupi, że ktoś pokaże. Mózg jest plastyczny i trzeba wytworzyć w nim nowe drogi, w jaki sposób tego używać, a zgodnie z badaniami minimum 2 tygodnie potrzeba, żeby pacjent nauczył się porządnie chodzić z użyciem kul, używać wózka czy jakiegokolwiek innego sprzętu. Jest duża rezerwa w pacjentach z niepełnosprawnością – w sensie pracy zawodowej – jeżeli stworzy im się odpowiednie warunki do tego, żeby mogli pracować. Jeżeli pacjent przejdzie czy okresowo powtarza rehabilitację... Pacjent z SM profilaktycznie powinien przynajmniej raz w roku uczęszczać na taką rehabilitację, żeby móc funkcjonować i pracować. To są ludzie młodzi, to nie są ludzie, którzy czekają na emeryturę. Tak samo jak pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów czy zeszywniającym zapaleniem stawów. To są choroby na całe życie, postępujące, nieuleczalne – trzeba tym chorym stworzyć odpowiednie warunki.

Druga kwestia, którą chciałam poruszyć, to jest podwójne, a nawet potrójne finansowanie. Kto sprytniejszy, ten więcej może uzyskać w naszym systemie. Jak mówił pan prezes NFZ, trzeba ten system uszczelnić, trzeba stworzyć jakieś miejsce, w którym można by było zastanowić się nad tym, czego pacjent potrzebuje. Jeden pacjent pracuje i potrzebuje większego nakładu, inny pacjent nie pracuje, też potrzebuje nakładu, ale mniejszego. Jeden potrzebuje bardzo dobrej protezy, o czym dzisiaj była mowa, bo może się nią posługiwać i być użyteczny w społeczeństwie, innemu wystarczy proteza tania. W związku z tym bardzo potrzebne jest wprowadzenie jednolitego systemu oceniającego i temu służy ICF.

Pracujemy nad tym – te prace są już bardzo zaawansowane, popiera je pan minister, zresztą koleżanka też jest w tym zespole – żeby wdrożyć ocenę nie tylko stanu funkcjonalnego pacjenta, ale również jego możliwości, zdolności. Na tej podstawie będzie można dać tym pacjentom to, czego wymagają, w sposób sprawiedliwy i bardzo konkretny, a nie taki, jak teraz. Przepraszam, ale widzę to wśród moich pacjentów – kupuje się kolejną rzecz, którą odkłada się później na szafę, bo taka jest możliwość, bo można ominąć pewne sprawy.

Trzecia kwestia, którą chciałam poruszyć, to ocena sprzętu, wyrobów medycznych. Proszę państwa, na rynku jest bardzo dużo urządzeń niespełniających warunków. Kolega, pan Tomasz Michałek, mówił przede mną o tym, że jest niedopuszczalne, abyśmy refundowali coś, co za tydzień się rozpadnie, a tego jest bardzo... Może przy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powinien być powołany stały zespół – dopraszający innych w zależności od tego, co jest rozważane – tak żeby dopuszczać do refundacji sprzęt dobry. Nie możemy się kierować wyłącznie tym, że coś jest tanie, tylko tym, że coś jest użyteczne. Kolega podał przykład, co to znaczy, że coś jest tanie, na jakie ciernienia naraża się pacjenta i na jakie wydatki narażany jest NFZ. Taka jest prawda.

Myślę, że te trzy kwestie byłyby warte rozważenia. Chodzi o wdrożenie ICF po to, żeby można było oceniać i w słuszny sposób dzielić między ludzi te małe pieniądze, które są przeznaczone na zaopatrzenie. Chodzi też o ocenę sprzętu, który nabywa pacjent za, przepraszam, społeczne,

za nasze pieniądze, i który się rozlatuje po 5 minutach, a my nie możemy wypisać kolejnego wniosku o zaopatrzenie, bo jest problem.

Tak więc prosiłabym o to... Jeżeli te sprawy będą poruszane w naszym parlamencie, to może coś się zmieni. Trzeba po prostu zastanowić się nad tym, żeby naszym pacjentom, osobom niepełnosprawnym umożliwić funkcjonowanie, żeby jakość ich życia była lepsza. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego

Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję pani doktor Krystynie Księżopolskiej-Orłowskiej.

Dwie wypowiedzi będą dotyczyły głównie systemu dystrybucji wyrobów medycznych w Polsce.

Bardzo proszę o zabranie głosu pana Witolda Włodarczyka, dyrektora Biura Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych „Polmed”.

Dyrektor Generalny Biura Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych „Polmed” Witold Włodarczyk:

Dzień dobry państwu.

Panie Przewodniczący! Drodzy Państwo!

Przepraszam, mam techniczne problemy...

Odniosę się do słów pana posła, który nas na chwilę opuszcza, a który powiedział, że trochę rozmawialiśmy w trzech grupach – decydentów, pacjentów, producentów. Podobnie jak pan poseł mam wrażenie, że to się ostatnio bardzo zmieniło. Niech świadczy o tym chociażby fakt, że po wypowiedziach pana ministra, pana prezesa NFZ, państwa, którzy reprezentują pacjentów, w zasadzie nie mam nic do dodania, bo państwo skradliście mi show, okazało się, że wszyscy mieliśmy mówić o tym samym. W związku z tym pozwolę sobie jedynie to uzupełnić i trochę odnieść się do tych wcześniejszych wypowiedzi, do tego, o czym mówił pan minister, pan prezes NFZ i państwo siedzący po mojej lewej stronie. Prawdą jest to, że jeśli chodzi o wyroby medyczne dotyczące zaopatrzenia indywidualnego, to kwota refundacji w ostatnich latach wzrosła. Chwała tym, którzy to wprowadzali.

Prawdą jest również to, co powiedział pan Michałek, że wciąż bardzo daleko nam do tych kwot refundacji wyrobów medycznych, które zostały przeznaczone na pacjenta, już nawet nie w krajach Europy Zachodniej, ale w Grupie Wyszehradzkiej. Nie przytoczę państwu tych danych, bo mi nie uwierzycie, powiem tylko, że np. między Polską a Czechami jest różnica 1:7, czyli 1 euro u nas, 7 euro w Czechach. Mógłbym podać inne dane, gdzie te dysproporcje są jeszcze większe. To wynika z wielu elementów, również tego, że część wyrobów, która jest refundowana w tamtych krajach, w Polsce refundowana nie jest.

Jeśli chodzi o sam system dystrybucji i refundacji, to pan minister już o tym wspominał, że te wyroby medyczne dzielimy, mówiąc najkrócej, na te do zaopatrzenia indywidualnego i na część szpitalną. I trzeba je omawiać oddzielnie, bo to są trochę inne kwestie. Jeśli chodzi o wy-

roby zaopatrzenia indywidualnego, to ten rynek – wbrew temu, co tutaj słyszeliśmy – jest najtańszym rozwiązaniem w Europie. Dlaczego? Dlatego, że w kontekście administracyjnym on w zasadzie nie wymaga zbyt wiele wysiłku finansowego od tych, którzy tym rynkiem, skądinąd bardzo mocno regulowanym, zarządzają. W jakimś stopniu mamy wolny rynek, jeśli chodzi o limity, inaczej mówiąc, jeżeli wózek kosztuje kwotę x, to pacjent sobie wybiera z praktycznie nieograniczonej oferty ten wózek, który będzie wyglądał i sprawdzał się najlepiej.

Pani profesor mówiła przed chwilą o wyrobach niskiej jakości. Proszę państwa, wózek podstawowy ma limit 600 zł. Zapytam państwa: kto kupi dobry rower za 600 zł? Pewnie nikt. Tym bardziej nikt nie kupi dobrego wózka za 600 zł. Ale pojawia się drugie pytanie, i ta kwestia też była dzisiaj poruszana. Kto będzie tym odważnym, który powie starszej pani: droga babciu, moim zdaniem za 2 tygodnie umrzesz, wózek ci się nie należy. Jest to dylemat etyczny, ale jest to również dylemat ekonomiczny. Moim zdaniem ten wózek należy się każdemu, kto dostanie takie zlecenie od lekarza, ale oczywiście nie elektryczny. Zgadzam się z tym, że to powinno być dzielone. Osoby, które mają być aktywizowane zawodowo, muszą mieć sprzęt droższy, a te, które mają godnie funkcjonować, o czym mówiła pani Szwalkiewicz, mogą mieć sprzęt tańszy. Tylko Pan Bóg wie, kiedy kto z nas umrze, więc raczej nie próbowałbym go zastępować, mówiąc, że danej osobie coś się nie należy.

Teraz à propos zmian. Nie uważam, że nie powinno być zmian w tym systemie zaopatrzenia indywidualnego, bo jak powiedziałem, daleko nam do Europy, powinniśmy ją gonić. Nie powinniśmy mieć sprzętu niskiej jakości, w związku z tym zmiany są konieczne. Bałbym się zmian, które były proponowane wcześniej, bo one w pewnym sensie zrównują nas z lekami, a my jesteśmy totalnie różni. Moim zdaniem, ale też zdaniem wielu ekspertów z różnych dziedzin, z różnych stron, z różnych opcji politycznych, którzy się przez ten ostatni rok wypowiedzieli, te zmiany – choć mniejsze – mogłyby spowodować, że obsługa systemu wyrobów medycznych tak bardzo wzrosłaby pod względem kosztów, że ewentualne oszczędności płynące z zejścia z ceny, co odbija się na jakości, tak naprawdę zostałyby zniwelowane.

Co, naszym zdaniem, należałoby zrobić? Zmiany powinny być przeprowadzone w sposób najprostszymi z możliwych, czyli w rozporządzeniu. Należałoby – o czym państwo mówiliście – wprowadzić kryteria jakościowe. Zero tolerancji dla chłamu, tak bym to nazwał. I można by to zrobić w bardzo prosty sposób. Tak naprawdę większość z państwa, pacjentów, decydentów obecnych na sali, widziała kategoryzację wyrobów medycznych zaopatrzenia indywidualnego, opracowanie zrobione przez naukowców, również przez ekspertów z naszej izby, którzy w tym pomagali od strony technicznej, sprzętowej. Tam już są zawarte te kryteria jakościowe, więc można je rozwinąć. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa to uporządkowanie limitów. Zrobmy to tak, żeby to był dobry sprzęt, a jednocześnie wyeliminujemy patologię tam, gdzie refundacja jest źle określona.

Trzecia sprawa to kwestia wypożyczalni w sytuacji, kiedy refundacja jest niemożliwa. To jest bardzo dobry przykład. Osoby obłożnie chore powinny mieć specjalne łóżko rehabilitacyjne, ale bzdurą jest kupowanie łóżka za

3 tysiące zł, refundowanie go przez państwo osobie, której rokowania... Nie oszukujemy się, akurat w kontekście tych osób, które tego łóżka potrzebują, rokowania na ogół nie są najlepsze. Tak więc powinna istnieć wypożyczalnia. W wielu sąsiednich krajach są one refundowane, ale okej, jesteśmy krajem biednym, więc spróbujmy pomóc tym, którzy ten biznes chcą rozkręcać. Poprzedni pomysł – mam nadzieję, że trafił do lamusa – był taki, żeby zrobić w sklepach medycznych takie marże jak w aptekach. Te sklepy mają obroty miesięczne kilkanaście, a czasami kilkadziesiąt razy mniejsze niż apteki, więc ich po prostu nie będzie. Zatem to chyba nie jest ten kierunek. Jeśli chodzi o przedsiębiorców, to większość członków naszej izby pewnie sobie poradzi – otworzy w tym miejscu kwiaciarnię, drukarnię, piekarnię. Ale pacjenci sobie nie poradzą. Pacjenci z Koźmienia nie będą jeździli do najbliższego sklepu do Warszawy, po prostu będą leżeli, jak pani powiedziała, w tych odchodach i czekali na koniec. Nie o to chodzi.

Przejdę teraz do tematu sprzętu szpitalnego. Powiem trochę o dystrybucji. Możemy być dumni, bo jeśli chodzi o sprzęt w Polsce, to szpital w Zduńskiej Woli ma teoretycznie takie same możliwości zaopatrzenia, jak szpital w Tokio, w Nowym Jorku, w Johannesburgu. Są na sali przedstawiciele dużych firm i na pewno to potwierdzą.

Oddzielną kwestią jest to, co jest ostatecznie dostępne. Otóż jeden szpital, który sobie dobrze radzi w ramach tej procedury szpitalnej, będzie miał wyroby medyczne o najwyższej jakości – i tam pacjent będzie miał dużo szczęścia – ale w wielu miejscach będzie to sprzęt kupiony na 100% według kryteriów ceny, czyli najtańszy, o czym dzisiaj mówiliśmy, marnej jakości, z Dalekiego Wschodu, a wtedy tego szczęścia pacjent będzie miał trochę mniej. Szczególnie, jeżeli to będą wyroby medyczne wszczepialne lub takie wyroby, które decydują już nie tylko o operacji, ale o diagnostyce. Czy sprzęt o gorszej rozdzielczości wykryje nowotwór na takim etapie, że da się go wyleczyć, czy nie? To są kwestie etyczne. Kupujemy tańszy sprzęt, o gorszej rozdzielczości, który pokaże nowotwór na takim etapie, że już można się będzie pożegnać? Czy też może kupimy sprzęt o takiej rozdzielczości, że wskaże nowotwór w takiej fazie, że na 90% go wyleczymy? Decyzje nie są proste, bo czasami różnice w cenach są spore. Dzisiaj to musi być dostępne, o czym mówił prezes NFZ. Musi zaistnieć jakiś sojusz pieniędzy budżetowych i niebudżetowych. Współpłacenie w zaopatrzeniu indywidualnym istnieje od zawsze, prawie każdy dopłaca do środków chłonnych – było to podane – prawie każdy dopłaca do ortez, w zasadzie od razu 10%.

Czy w systemie szpitalnym współpłacenie jest dobrym pomysłem? Pewnie w kontekście niektórych rozwiązań tak. Jeżeli mówimy o soczewce multifokalnej – o ile państwo wiecie, o czym mówię – to na pewno fajnie byłoby, gdyby pacjent mógł taką soczewkę dostać, gdyby od razu po operacji zaćmy mógł zdjąć okulary i gdyby nie musiał tego robić w prywatnej klinice, tylko w naszej służbie zdrowia – po dopłacie do tej lepszej soczewki. To jest chyba dobry pomysł, ale w wielu innych bardziej skomplikowanych kwestiach to nie jest takie proste.

Pan minister jest człowiekiem dialogu, więc zakładam, że będziemy rozmawiali jeszcze nieraz o tym, czy to jest w ogóle dobry pomysł. Decyzja i tak jest przede wszystkim

polityczna, bo to jest naprawdę polityczna sprawa. Wcześniej potrzebna jest rekomendacja Ministerstwa Zdrowia. Są systemy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Trzeba myśleć o tym, że państwo nie da rady, żebyśmy mieli służbę zdrowia za darmo, jak to się mówi, chociaż nigdy to nie jest za darmo. Nasze społeczeństwo się starzeje, coraz mniej ludzi będzie pracowało, a coraz więcej będzie na emeryturze.

Biorąc pod uwagę te wszystkie czynniki, proponowałbym i rekomendował decydom jedno – nie róbmy rewolucji, bo na to nie mamy pieniędzy, a jeśli chodzi o wyroby medyczne, to nie ma takiej potrzeby. Działajmy ewolucyjnie. Tak jak powiedziałem, wprowadzamy zmiany rozporządzeniem czy innymi krokami, które będą powoli przybliżały nas do Grupy Wyszehradzkiej – to jest cel, który powinniśmy sobie postawić, bo w tym regionie Europy jesteśmy. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję panu Witoldowi Włodarczykowi.

Pan się zgłaszał, ale przed nami ostatnia wypowiedź zgodnie z programem, a potem otworzę dyskusję i w dyskusji udzielię panu głosu jako pierwszemu, jeśli pan pozwoli.

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

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

Szanowni Państwo, dziękuję za zaproszenie na to spotkanie.

Na wstępie od razu chciałbym powiedzieć, że prezes urzędu nie ma nic wspólnego z finansowaniem wyrobów medycznych. Prezes urzędu zajmuje się, można powiedzieć, bezpieczeństwem w kontekście nadzoru nad wyrobami, jakie są w obrocie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Miałem brać udział w dyskusji dotyczącej systemu dystrybucji wyrobów medycznych. Jeśli chodzi o planowane zmiany, to najświeższą wiadomością, którą chciałbym państwu przekazać, jest to, że prezes urzędu, jako organu nadzoru, 3 października tego roku dostał pełnomocnictwo od ministra zdrowia do rozpoczęcia prac nad nową ustawą, która będzie dotyczyła nadzoru nad rynkiem wyrobów medycznych w związku z opublikowaniem rozporządzeń unijnych zastępujących dyrektywy, które obecnie są transponowane do przepisów obowiązujących w Polsce, w ustawie o wyrobach medycznych z 2010 r.

W skrócie chciałbym powiedzieć, że większość tych przepisów zależy w dużej mierze od kształtu aktów delegowanych, nad którymi zaczyna pracę Parlament Europejski. Nie mogę zatem przybliżyć kształtu nowej ustawy ze względu na to, że pierwsze posiedzenia odbyły się 11 i 12 października i były to posiedzenia technicznych

grup, w których reprezentanci urzędu rejestracji będą pracowali nad aktami delegowanymi, które później przeniesiemy do nowej ustawy o wyrobach medycznych.

Co ja mogę jeszcze powiedzieć państwu zainteresowanym tym tematem, przede wszystkim wytwórcom? Ustawa, którą stworzy prezes urzędu, będzie przede wszystkim dotyczyła nadzoru nad rynkiem wyrobów medycznych, a będzie miała wpływ przede wszystkim na wytwórców wyrobów medycznych z terenu Polski.

(Rozmowy na sali)

(Głos z sali: I dystrybutorów.)

I dystrybutorów, którzy wprowadzają wyroby medyczne na teren Polski.

Zwiększy się przede wszystkim przejrzystość prawa i koordynowanie w zakresie bezpieczeństwa wyrobów, co jest postulowane przez wszystkie państwa Unii Europejskiej, ponieważ rynek wyrobów medycznych w Unii Europejskiej jest otwarty, więc wyrób wprowadzony do obrotu w jednym kraju, może swobodnie być w obrocie również w innym kraju.

Zmienia się system identyfikacji wyrobów medycznych. Będzie miało to wpływ na wydawanie certyfikatów jakości przez jednostki notyfikowane. Zostanie wprowadzona międzynarodowa kontrola jednostek notyfikowanych nad wyrobami medycznymi, która jest tak bardzo postulowana i dotyczy jakości. Będzie miało to wpływ na wydawanie certyfikatów dla wyrobów, które będą wprowadzane do obrotu. Mam nadzieję, że kontrole takich jednostek spowodują to, że te jednostki będą przykładały się do tej oceny w sposób rzetelny, co spowoduje, że z rynku wyrobów medycznych znikną wyroby o słabej jakości.

Na koniec powiem, że planujemy przekazanie informacji o tym, iż prezes urzędu zacieśnia współpracę z wytwórcami pod kątem udziału w pracach nad nową ustawą o wyrobach medycznych. Będzie opublikowany komunikat na ten temat. Po stworzeniu harmonogramu prac będziemy chcieli się z nimi spotkać, tak żeby czynnie brali udział w tworzeniu projektu. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję panu Sebastianowi Migdalskiemu.

Bardzo proszę o zabranie głosu pana... Przepraszam, nie znam pana nazwiska, więc proszę się przedstawić, ponieważ jest to nagrywane.

Pełnomocnik Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw Kontaktów z Organizacjami Pozarządowymi i Organami Władzy Publicznej Marek Woch:

Dziękuję, Panie przewodniczący.

Marek Woch, pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzeja Jacyny.

Chciałbym poruszyć dwie kwestie – jedna jest formalnoprawna, dotyczy dwóch źródeł finansowania, a druga jest metodologiczna i dotyczy liczenia kosztów na wyroby medyczne. Proszę państwa, powiem trochę o historii, bo mam

poczucie, że kiedy w dyskusjach – i to są moje subiektywne wnioski – są pokazywane dwie instytucje finansujące, to jest to postrzegane jako bałagan. Proszę państwa, nie zgadzam się z tym, takie były legislacyjne uwarunkowania w 1999 r., żeby rozdzielić zdrowie od opieki społecznej. Za tym poszły zmiany instytucjonalne, wydzielono to na poziomie i finansowania, i świadczenia poszczególnych usług. Jak słusznie zauważa pani profesor Księżopolska, ma to miejsce zarówno na poziomie wyższym, czyli rehabilitacji leczniczej, społecznej i zawodowej, jak i na poziomie wyrobów medycznych.

Proszę państwa, skąd to się wzięło? Powszechnie jest cytowany artykuł konstytucji dotyczący równego dostępu do świadczeń ze środków publicznych, ale jest tu zbiór przepisów, to nie jest tylko jeden przepis dotyczący, krótko mówiąc, dobrostanu społeczno-zdrowotnego naszych obywateli i nie tylko. Przepis wcześniejszy stanowi, że „obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego”. I z jednej strony realizuje to zadanie NFZ, z drugiej strony PFRON. Jeśli chodzi o konstrukcję tego, to faktycznie należy się zgodzić z państwem z PFRON, że dla pacjentów, dla organizacji pozarządowych, które ich reprezentują, jest to trochę niezrozumiałe. Bardzo często mówimy o wyrobie medycznym, ale nie skupiamy się na tym, z jakiego tytułu pacjent ma mieć dostęp do tego wyrobu medycznego, a to jest istotne. Osoba ubezpieczona ma do tego prawo właśnie z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, ale w kontekście polityki społecznej powód jest inny, jego podstawą jest dochód. Tak czy inaczej wspólnym mianownikiem jest tu wyrób.

Pacjenci nie rozumieją, że chodzi o jeden wyrób. Muszą to potwierdzić i u płatnika, i w PFRON, i może dlatego robi się zamieszanie. Wyszliśmy od konstrukcji instytucjonalno-prawnej, pytanie, czy to jest do utrzymania. Podzielię pogląd pana prezesa, że należy iść jednak w kierunku zmian legislacyjnych, chodzi tu chociażby o to, co podkreślała pani Małgorzata, o terminologię prawniczą. Nie jest bez znaczenia, jak nazywamy pewne uregulowania, jeśli chodzi o wyroby medyczne.

Jest jeszcze kwestia liczenia kosztów, a to nie padło – przynajmniej ja tego nie wyłapałem, a jeśli jest inaczej, to przepraszam. PFRON przez 3 lata nie wydał na wyroby medyczne 80 milionów, to jest inna pula. PFRON wydał przez 3 lata ponad 400 milionów zł, proszę państwa. To są setki milionów. Pozwoliłem sobie przeanalizować materiał instytucji, którą reprezentuje pan dyrektor Włodarczyk. Nie żebym się tym bardzo szczycił, ale jako człowiek nauki spojrzałem na to od strony metodologicznej i nie rozumiem, skąd bierze się 28 zł. Pan minister podał trzy źródła finansowania wyrobu medycznego – z jednej strony ten przeszło miliard, z drugiej strony pula na świadczenia medyczne, a z trzeciej strony pula na świadczenia indywidualne, czyli PRFON. Ale proszę państwa, wyroby medyczne występują w rehabilitacji KRUS czy ZUS. Jednostki samorządowe poprzez różne formy wsparcia, chociażby WTZ, ZPCh, ZAZ, również dofinansowują wyroby medyczne.

Dlatego, Panie Dyrektorze, jeśli chodzi o stronę metodologiczną, to bardzo mocno polemizowałbym z tymi wyliczeniami, tym bardziej że jeżeli weźmiemy pod uwagę

budżet NFZ, czyli ten 1 miliard zł, i podzielimy go przez liczbę obywateli, czyli 38 milionów... Obywateli, a nie pacjentów rzeczywiście z tego korzystających, bo jeżeli wziąłbym pod uwagę tylko ten 1 miliard, i podzieliłbym go przez liczbę pacjentów z tego korzystających, a nie liczbę populacji, bo pan nie wie, ilu Polaków jest dzisiaj...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jest to policzone statystycznie, ale dzisiaj, więc od strony...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie chcę w to wchodzić, mówię o...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chętnie wziąłbym pod uwagę każde źródło finansowania z jednostek publicznych i podzielił to przez liczbę pacjentów. Wówczas możemy próbować zestawiać to z innymi krajami od strony metodologicznej. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo panu dziękuję.

Pani prosiła o głos, bardzo proszę.

Dyrektor Instytutu Tyflogicznego Polskiego Związku Niewidomych Małgorzata Pacholec:

Bardzo dziękuję.

Małgorzata Pacholec, Polski Związek Niewidomych, ale też małe stowarzyszenie pacjentów Retina AMD Polska.

Bardzo dziękuję pani profesor, bo bardzo ważne jest, żebyśmy przestali myśleć o rehabilitacji w taki utrwalaony, ale myślę, że krzywdzący dla przyszłości, dla myślenia o polepszeniu systemu sposób. Mówię o tym w kontekście zaopatrzenia osób, które tego potrzebują, w sprzęt i pomoce ortopedyczne, ale nie tylko. Rehabilitacja to jest coś bardzo dużego, a rehabilitacja medyczna jest tylko jej częścią.

Chciałabym bardzo gorąco poprosić, żebyśmy w tej dyskusji, która będzie prowadziła z całą pewnością do zmian systemowych, nie zapominali, że jest coś takiego jak rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku. Jest to szerokie pojęcie, w którym zawiera się też m.in. zaopatrzenie w pomoce optyczne.

Posłużę się danymi gusowskimi, nie Polskiego Związku Niewidomych. Otóż prawie 1 milion Polaków deklaruje, że już nie czyta albo ma bardzo duże trudności z czytaniem zwykłego druku. Wiadomo, że jeżeli mają takie problemy, to nie pomogą zwykłe okulary. Myślę, że nikt nie ma tu wątpliwości – brak wzroku powoduje, że ludzie są niesamodzielni, że wypadają z systemu, że są biorcami, a nie dawcami, nie są aktywni.

Dlatego bardzo prosiłabym, żeby też nie traktować tego w ten sposób, że pomoce optyczne kupuje się w sklepie, jak leki, tylko indywidualnie dobierać do konkretnej osoby. Tu nie chodzi o chińszczyznę na bazarze, a niestety tak coraz częściej się zdarza, że ze względu na cenę ludzie ratują się kupowaniem na bazarze zwykłej lupki dwukrotnej, słabej. Ale to nie jest pomoc. A zgodnie ze współczesnymi osiągnięciami możemy zrobić bardzo dużo w tej materii.

Nie jestem wyznawcą teorii, że się nic nie dzieje, bo dzieje się bardzo dużo. I to, że my, jako interesariusze reprezentujący różne strony, spotykamy się przy jednym stole, to już jest dużo. Dlatego nie walczmy, ale zastanówmy się, jak to poprawić. Przestrzegam przed tym, żeby wrzucać to do jednego worka i jednym systemem uregulować wszystko, bo tak się nie da. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo pani dziękuję.

Bardzo proszę pana o zabranie głosu.

Przewodniczący Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Tomasz Połec:

Dziękuję bardzo.

Tomasz Połec, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego.

Szanowni Państwo!

Jeśli mówimy o zmianie systemu, to wydaje mi się, że musimy pójść troszeczkę dalej niż to, o czym teraz mówimy. To są sprawy bardzo ważne, ale to nie zmienia chyba postrzegania systemu. Zwiększanie środków przeznaczanych tylko na rehabilitację, na leczenie czy na inne świadczenia nie zmienia systemu. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego już od wielu lat próbuje przeforsować – może to niewłaściwe słowo, ale inne nie przychodzi mi teraz do głowy – a w każdym razie przekonać decydentów do tego, żeby inaczej lokować środki na leczenie.

Powiem o tym na przykładzie stwardnienia rozsianego. Jest wiele postaci tej choroby, a dzisiejsza farmakologia jest w stanie powstrzymać rozwój choroby, jest w stanie tego chorego utrzymać w sprawności. Jeżeli ten chory ma dostęp do leków – a są to drogie terapie, kosztujące od kilku do kilkunastu tysięcy miesięcznie, więc chory na pewno nie jest w stanie sam sobie tego opłacić – to on pozostaje sprawny, czyli pracuje, nie jest uzależniony od osób trzecich, może normalnie funkcjonować, założyć rodzinę, nie obciąża budżetu państwa. Ponieważ budżet jest taki, jaki jest, nie jest z gumy, więc trzeba dzielić te pieniądze na poszczególne ministerstwa. Do Ministerstwa Zdrowia trafia określona pula pieniędzy, nie za duża, wszyscy o tym doskonale wiemy, a na stwardnienie rozsiane jest przeznaczana już zupełnie mała pula pieniędzy. Tak więc tworzymy kryteria dostępu, żeby niektórych pacjentów nie wpuścić, czyli nie płacić za nich. Ci niewpuszczeni po kilku miesiącach... Są to młodzi ludzie, bo ta choroba atakuje najczęściej między dwudziestym a czterdziestym rokiem życia. Założmy, że mamy do czynienia z osobą 22-letnią, która ma zdiagnozowane stwardnienie rozsiane i nie jest w programie lekowym. Taka osoba staje się niepełnosprawna. W przypadku nieleczonego SM po roku taka osoba już nie ma szans zacząć pracować, samodzielnie się utrzymać, samodzielnie funkcjonować, przechodzi na rentę. Ma 22–23 lata. Mamy wśród swoich członków osoby ponad 70-letnie, więc założmy, że ta osoba będzie żyła do tych 70 lat. W takim wypadku przez 50 lat państwo będzie

utrzymywało tę osobę, bo nie chciało zapłacić za jej leczenie. Tak? A gdyby ta osoba była leczona, to pracowałyby, odprowadzałyby podatki, czyli jeszcze wspierałyby budżet państwa. Często jest tak, że są to osoby bardzo zdolne, pracowite, więc tworzą miejsca pracy, zakładają firmy, dodatkowo jeszcze wspierają budżet państwa. A co powodują te quasi-oszczędności w leczeniu? Powodują to, że państwo potem musi ponosić ogromne koszty tego, że nie leczyło. I to dożywotnio, bo innego wyjścia nie ma. Gdybyśmy przeznaczyci więcej środków na leczenie – a mamy cały czas ten sam budżet – to moglibyśmy dać mniej na renty. De facto, dysponując tymi samymi środkami, leczymy więcej ludzi. I co najważniejsze, tym leczonym, tym, którzy mogą pracować, być samodzielni, dajemy godność życia, a to jest wartość bezcenna. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa. Mówiliśmy tu trochę o rehabilitacji. W lecie tego roku byłem na fajnej konferencji – nie pamiętam, kto ją organizował – na której prezentowano, jak jest zorganizowana rehabilitacja w Niemczech. Pokazany był przypadek młodego człowieka – pracownika jakiejś firmy – który miał straszny wypadek samochodowy, auto rozbite okropnie. Trafił do szpitala, w szpitalu od razu się nim zajęto, podjęto tam rehabilitację. Mało tego, skontaktowano się z zakładem pracy i powiedziano: ten człowiek za kółko już nie usiądzie, ale czy macie jakieś stanowisko pracy, na którym mógłby pracować. Tak, mamy. Co zrobiono? Podjęto rehabilitację w kierunku przygotowania do tego nowego stanowiska pracy i ten człowiek chyba po roku – bo to był bardzo ciężki wypadek – wrócił do zakładu, do pracy i do życia. Jak powiedziała pani profesor Książkowska, rehabilitacja to nie jest tylko machanie rękoma, to jest przygotowanie tego człowieka do powrotu do życia. Tyle chciałem powiedzieć. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.
Pan Krzysztof Kaca chciał zabrać głos. Proszę.

Naczelnik Wydziału do spraw Projektów w Departamencie do spraw Programów w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Krzysztof Kaca:

Dziękuję bardzo.

Chciałbym się odnieść m.in. do kwestii dotyczących środków finansowych. Jak mówił kolega, fundusz wydał w tym okresie na te dwa tytuły łącznie 510 milionów zł, więc mówimy o zupełnie innych środkach.

Poruszono też kwestię braku wiedzy. Jeżeli chodzi o „Aktywny samorząd”, to fundusz ma bardzo dokładne dane potrzebne do przyznania każdej pomocy. W przypadku przedmiotów ortopedycznych, które również są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to są dokładnie te same przedmioty, nie ma mowy o żadnym podwójnym finansowaniu. To jest zastrzyk finansowy dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, żeby je aktywizować społecznie i zawodowo. Chodzi o to, żeby miały dofinansowanie w nieco większym zakresie.

Kolejna sprawa, która trochę mnie zabolala, dotyczy wózków elektrycznych, których notabene od 2 lat fundusz nie dofinansowuje. Jeżeli miały to robić, to już w zmienionej formule. Nie można jednak tego określać w ten sposób. Osoba poruszająca się na wózku o napędzie elektrycznym to jest naprawdę osoba bardzo mocno schorowana, której rokowania dotyczące dalszego funkcjonowania każdego dnia, każdego miesiąca mogą się zmieniać. Wobec tego pisanie jakichś scenariuszy dotyczących tego, czy ta osoba będzie funkcjonowała 10 lat czy rok czy kilka miesięcy, moim zdaniem jest mocno nietrafione, aczkolwiek fundusz wózków o napędzie elektrycznym teraz nie finansuje. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Dziękuję za to wyjaśnienie.
Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Związku Głuchych Krzysztof Kotyniewicz:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.
Krzysztof Kotyniewicz, Polski Związek Głuchych.

Chciałbym się odnieść do kwestii dofinansowań do aparatów słuchowych, które są w pierwszym koszyku świadczeń. Zaczynam obserwować niepokojące zjawisko. Otóż operacja wszczepienia implantu ślimakowego jest refundowana na poziomie 100%, czyli pacjent nie ponosi żadnych kosztów. Z kolei dofinansowanie do aparatów słuchowych dla osoby dorosłej po zsumowaniu dotacji ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Narodowego Funduszu Zdrowia wynosi około 1 tysiąca 900 zł, a dla dzieci to jest około 4 tysięcy 450 zł. Dobrej klasy aparat słuchowy, który pozwala dobrze funkcjonować, kosztuje od około 6 do 10 tysięcy zł. Tak więc ten rozstrzał jest bardzo duży. W efekcie zaczynamy zauważać, że coraz więcej dzieci jest implantowanych zamiast aparatu słuchowego. Operacja wszczepienia implantu kosztuje około 164 tysięcy zł, a koszt dwóch aparatów wynosi około 20 tysięcy. Rodziców nie stać na zakup aparatu słuchowego mimo tego dofinansowania, często więc decydują się na implant, który nie zawsze jest konieczny. Przy ubytku słuchu np. 50 decybeli w zupełności wystarczy aparat słuchowy. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa dotyczy osób w wieku aktywności zawodowej. Te, które np. zarabiają najniższą krajową, też nie są w stanie z własnych środków – pomimo dofinansowania na tym poziomie – kupić dobrego aparatu, który umożliwi im codzienne funkcjonowanie, rehabilitację. Jak powiedziała pani profesor, każda osoba ma inne potrzeby.

Chciałbym gorąco prosić zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, żeby trochę rozdzielić te dofinansowania, utworzyć osobną grupę dofinansowań dla dzieci, osobną grupę dofinansowań dla osób w wieku aktywności zawodowej i osobną grupę dla osób starszych, które też mają inne potrzeby.

Z niepokojem obserwuję zmiany ustawy refundacyjnej, które przygotowuje Ministerstwo Zdrowia. Z informacji, które przygotował poprzedni minister Krzysztof Łanda, wynika – nie wiem, czy ten plan nadal obowiązuje – że ministerstwo miało wybrać jedną grupę aparatów słuchowych, które będą finansowane; czytamy, będą dofinansowywane najtańsze aparaty słuchowe, a te droższe pacjent będzie musiał sam sobie kupić. Jestem przeciwnikiem takich zmian, ponieważ każdy pacjent, każda osoba ma inne potrzeby i każda z osób ma inny ubytek słuchu. Nie można dobrać jednego aparatu dla wszystkich.

Jak to będą najtańsze aparaty, to obawiam się, że koszt doboru i ustawienia aparatów będzie przerzucony na pacjenta, bo punkty, które sprzedają aparaty, też muszą zarobić, prawda? Na jednej, dwóch wizytach nie da się ustawić aparatu w taki sposób, żeby on spełniał swoją rolę. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.
Teraz pani, bardzo proszę.

Prezes Zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” Elżbieta Szwałkiewicz:

Chciałabym się odnieść do wypowiedzi na temat wózków, bo absolutnie się do tego przychyliam. To była świetna wypowiedź, która współgra z tym, co mówiłam. Ale obawiam się, że zostałam niezbyt dobrze zrozumiana. Mówiąc o wypożyczalniach sprzętu, mam na myśli stan bardzo dynamiczny, bardzo wielu pacjentów chorych na choroby przewlekłe. Chodzi mi o stan dynamiczny osób, które znajdują się w schyłkowej fazie życia, jak również stan dynamiczny wszystkich innych, żyjących z oprzyrządowaniem. W bardzo wielu przypadkach wypożyczalnia rozwiązałaby te dylematy, z którymi styka się większość osób niepełnosprawnych – że nie ma tego, czego potrzebują. Musimy sobie zdawać sprawę z tego, że w kontekście osób niesamodzielnych to nie jest kwestia wózka inwalidzkiego, to jest kwestia łóżka, aparatów słuchowych, a u osób niedowidzących – kwestia kompensowania upośledzenia wzroku. Jest bardzo dużo różnych przedmiotów potrzebnych w sypialni, kuchni, w pokoju, poza mieszkaniem. Nawet bogata osoba niepełnosprawna nie jest w stanie sobie tego kupić. Wypożyczalnia jest absolutnie niezbędna, żeby w ogóle mówić o kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej funkcjonowanie. Szpitale też muszą mieć możliwość skorzystania z wypożyczalni sprzętu, jeśli mają pacjentów bariatrycznych, zwykły podnośnik nie pomoże. Mówiąc to, nie miałam absolutnie na myśli wyłączenia ze wsparcia kogokolwiek ze względu na stan jego funkcjonowania, fazę życia czy stan chorobowy, tylko wręcz przeciwnie – chodzi o możliwość dopasowania tego do rzeczywistych potrzeb danej osoby. I tylko tyle. Ale absolutnie popieram wypowiedź pana przed chwilą.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.

Będziemy kontynuować dyskusję, ale ponieważ pan minister za chwilę musi wyjść na spotkanie do KPRM, to chciałbym powiedzieć kilka słów.

Po pierwsze, myślę, że komisja zbierze się w pełnym składzie albo na tym posiedzeniu albo na następnym i będziemy zastanawiać się, w jaki sposób ten niezwykle bogaty materiał, który dzisiaj uzyskaliśmy na podstawie państwa wypowiedzi, powinien zostać przez nas przerobiony, mówiąc nieładnie. Myślę, że będziemy się też zastanawiać nad ponownym spotkaniem, za jakiś czas, wspólnie z Komisją Zdrowia, ponieważ powinniśmy działać interdyscyplinarnie. Myślę, że Komisja Zdrowia powinna być żywo zainteresowana tą tematyką.

Chciałbym też zaproponować komisji – dzisiaj jesteśmy w niepełnym składzie, na początku posiedzenia było 6 senatorów, teraz jesteśmy tutaj we dwójkę, ponieważ różne komisje, rozmaite zespoły obradują w tym samym czasie – przyjęcie dezyderatu w sprawie, o której rozmawiamy. Chodzi nam o lepszy dostęp osób chorych i niesamodzielnych do wyrobów medycznych. A państwa, którzy zabierali głos, chciałbym prosić, jeśli byłoby to możliwe... Państwa wypowiedzi zostały nagrane, będziemy do tego wracać, są one zarchiwizowane, nie jest to kłopot, ale gdyby państwo zgodzili się napisać w kilku akapitach to, co państwo uważają za istotne, żeby zbudować lepszy system. Nasz dezyderat nie będzie wyglądał tak, że zrobimy „kopiuj i wklej” i zamieścimy tam wszystkie pomysły, czasami rozbieżne. To nam uświadomi, co państwo uważacie, i będzie przedmiotem naszej dyskusji, być może już wewnętrznej, a być może zaprosimy jeszcze państwa, aby omówić poszczególne kwestie.

Ułatwiłoby nam to przygotowanie takiego dezyderatu komisji, bo dzisiaj państwo wykonali swoją pracę znakomicie, wszystkie wypowiedzi były – jeśli wolno mi to ocenić – bardzo głębokie, bardzo dobrze przygotowane. A my powinniśmy dzisiaj wykonać swoją pracę niezależnie od tego, że daliśmy forum do dyskusji, że wysłuchaliśmy państwa. Powinniśmy skończyć pewnymi wnioskami. W związku z tym mam głęboką prośbę, żebyście państwo napisali na 3/4 strony to, co państwo uważają za najważniejsze na temat głównego przedmiotu naszego zainteresowania. Proszę pana sekretarza komisji o podanie e-maila komisji. Wprawdzie on jest na stronie, ale państwo sobie zanotują – to jest akronim od nazwy komisji krpss@senat.gov.pl, zresztą jest on na stronie internetowej Senatu. Taka jest moja gorąca prośba, to nam pomoże. Zastanowimy się, być może tego typu dezyderat będzie kierowany do pani premier, ale też chodzi o to, żeby niezależnie od tego, co jest nagrane, pozostał pewien ślad, który będzie wyznaczał kierunki naszego działania w tej sprawie.

Dziękuję, Panie Ministrze.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marcin Czech: Dziękuję państwu bardzo.*)

Dziękuję.

A my kontynuujemy dyskusję.

Pani prosiła o zabranie głosu, proszę.

**Wiceprezes
Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Stomijnego
„Pol-ilko” Dorota Kaniewska:**

Dzień dobry.

Dorota Kaniewska, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego Pol-ilko. Reprezentuję ponad 40-tysięczną rzeszę osób z wylonioną stomią jelitową albo moczową, głównie z powodu nowotworów, ale nie tylko.

Pan Andrzej Jacyna powiedział tutaj, że niektórzy gromadzą sprzęt. Stomicy nie mają szansy gromadzić, ponieważ limity określone dla stomii wynoszą: dla kolostomii – 300 zł miesięcznie, dla ileostomii – 400 zł i dla urostomii – 480 zł. Nie są one wystarczające. Nie mamy możliwości, żeby ten sprzęt gromadzić, zwłaszcza że w 2004 r., kiedy weszliśmy do Unii Europejskiej, dostaliśmy bonus od państwa w postaci 7% VAT na sprzęt stomijny, który po roku wzrósł do 8%. Te limity nie były waloryzowane od co najmniej kilkunastu lat, o tym wiadomo. Udawało nam się przez wiele lat pertraktować, rozmawiać z decydentami i zawetować zmiany odnośnie do propozycji współpłacenia za ten sprzęt stomijny. Proszę państwa, od 17 lat mam stomię. W lipcu odbierałam limit za kwartał, a ponieważ używam sprzętu dwuczęściowego, to było to 25 płytek, do tego 30 worków na 3 miesiące. I to ma mi wystarczyć. Mają mi wystarczyć zmywacze, ma mi to wystarczyć na zabezpieczenie skóry. Proszę sobie wyobrazić sytuację pacjenta, który od 40 lat ma stomię i przez te 40 lat kilka razy dziennie musi zrywać ten worek i przyklejać świeży. Jak ta skóra ma wyglądać, jeżeli nie możemy w ramach limitu – ponieważ nam na to nie wystarcza – odbierać środków do pielęgnacji stomii? Musimy za to dodatkowo zapłacić.

Odniosę się też do tego, co powiedziała pani profesor Krystyna Księżopolska, że jedni potrzebują taniego sprzętu, a inni bardzo drogiego. W naszej sytuacji to jest niemożliwe. My musimy ten sprzęt dobrać indywidualnie, do rodzaju stomii, do wyglądu tej stomii. A 90% stomii jest powikłanych z powodu przepukliny okołostomijnej. Osoby z przepuklinami bardzo ciężko zaopatrzyć w sprzęt stomijny, ponieważ ten sprzęt, krótko mówiąc, się nie trzyma. Dzieje się tak również wtedy, kiedy pacjent przechodzi kolejną chemioterapię. Właśnie walczę z trzecim nowotworem, jestem w trakcie chemioterapii. Ten sprzęt się bardzo źle trzyma na organizmie, który jest poddawany chemioterapii, więc my potrzebujemy sprzętu, który jest naprawdę indywidualnie dobrany do skóry. Być może macie państwo takie wyobrażenie, że producenci zgrzewają ten sprzęt żelazkiem i dlatego powinien być tańszy. Nie może być tańszy, bo procedury produkcji tego sprzętu są takie, jak produkcji leków. Ci producenci muszą mieć takie same zabezpieczenia, żeby wytworzyć ten sprzęt. Dlatego prosilibyśmy, żeby ustawa – jeżeli wejdzie – nie doprowadziła do tego, żeby pacjent, który i tak jest poszkodowany tym, że ma jedną stomię na brzuchu, a często nie jedną, tylko trzy, nie musiał do tego sprzętu dopłacać. To byłoby tak, jakby państwu pozwolono 5 dni w tygodniu korzystać z toalet, a 2 dni te toalety były zamknięte. Dziękuję.

**Zastępca Przewodniczącego
Antoni Szymański:**

Dziękuję.

Pani Profesor, bardzo proszę.

**Konsultant Krajowy
do spraw Rehabilitacji Medycznej
Krystyna Księżopolska-Orłowska:**

Przepraszam, chciałam się od razu do tego odnieść. Pani chyba nie do końca mnie zrozumiała. Ja nie tylko nie powiedziałam, że dla jednych ma być tańszy sprzęt, a dla drugich droższy, ale wręcz powiedziałam, że nie powinno się dopuszczać do tego, żeby refundowany sprzęt miał niską jakość. Ja to podkreśliłam.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To nie może być byle jakie. Jeżeli coś jest refundowane ze środków nas wszystkich, to musi być dobrej jakości. I absolutnie panią w tym popieram. Zajmuję się innymi problemami, ale jestem zaskoczona, że państwa to spotyka... Proszę państwa, pani o tym nie mówi, ale ja o tym powiem. Chyba nie ma nic gorszego, niż musieć tego typu sprawy załatwiać w sposób, o jakim pani mówi. Dla człowieka, dla kobiety to jest temat bardzo intymny i trudny. Myślę, że osoby decyzyjne w Polsce powinny wziąć pod uwagę również to, że o wszelkiego rodzaju wylonieniach – chodzi o potrzeby fizjologiczne, które trzeba załatwiać w inny sposób – nawet bardzo trudno mówić. Myślę, że osoby, które decydują o refundacji, wezmą to pod uwagę i że to zmieni się na korzyść osób, które muszą z tego sprzętu korzystać. Dziękuję.

**Wiceprezes
Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Stomijnego
„Pol-ilko” Dorota Kaniewska:**

Przepraszam, ale chciałam uzupełnić, że walczyliśmy o to, żeby przynajmniej dzieci miały dodatkowe limity. I to się częściowo udało, ale tylko w odniesieniu do chorób genetycznych. Jeżeli małe dziecko ma wylonioną stomię z innego powodu niż choroba genetyczna, nie może starać się u lekarza o dodatkowy limit. Dziękuję.

**Zastępca Przewodniczącego
Antoni Szymański:**

Dziękuję za uzupełnienia i wyjaśnienia.

Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Bardzo proszę, tam jest zielony przycisk.

**Sekretarz Zarządu Głównego
Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”
Elżbieta Żukowska:**

A, zielony, dobrze.

Elżbieta Żukowska, Stowarzyszenie „UroConti”.

Chciałabym się odnieść do kwestii wyrobów medycznych i tych środków absorpcyjnych. Pani mówiła o stomii, ale bardzo podobnie jest przy nietrzymaniu moczu. To jest bardzo delikatna sprawa. Wiele osób się do tego nie przyznaje, to jest tak samo delikatna kwestia jak stomia. Już od paru lat chodzimy do Ministerstwa Zdrowia, walczyliśmy i prosimy o zachowanie refundacji, ale przede wszystkim o podniesienie limitów. Tylko w Polsce obowiązują limity na wyroby medyczne, na środki absorpcyjne. Nigdzie w Europie tak nie ma. My mamy limity i są one tragiczne – to są dwa środki na dobę. Proszę sobie wyobrazić osobę leżącą, niepełnosprawną, niesamodzielną w jednych pieluchomajtkach czy w jednym pampersie przez pół dnia, bo drugi dostaje na noc. Są leczone odleżyny i nie tylko, zatem są wydawane dodatkowe pieniądze.

Walczyliśmy również o kwestię badania urodynamicznego. W czerwcu zeszłego roku udało nam się przywrócić refundację do leków na zespół pęcherza nadreaktywnego, bez poddawania się temu badaniu. To badanie nie zostało zupełnie zlikwidowane, pewne osoby, które wymagają tego badania, mogą je wykonać, ale w niektórych wypadkach było to zupełnie niepotrzebne. I my wywalczyliśmy – takiego słowa trzeba użyć – że to badanie zostało zniesione, ale niestety tylko w kontekście dwóch środków, bo mamy tylko dwa leki, które są refundowane. W innych krajach jest tego dużo więcej i nie ma takich dużych ograniczeń, jeśli chodzi o te środki absorpcyjne. Walczyliśmy również o neuromodulację krzyżową. Tam też jest dużo do zrobienia, bo ta neuromodulacja przywraca wielu ludziom życie, zdrowie, daje możliwość powrotu do pracy. Większość tych ludzi ma renty, są na zwolnieniach lekarskich i te koszty naprawdę są policzalne, nie trzeba mieć wyższego wykształcenia matematycznego, żeby to policzyć. Tak było w kontekście badania urodynamicznego. Pani Malinowska stwierdziła, że to bardzo podniesie koszty, ale to nieprawda, nie podniosło, bo nikt nagle nie poleciał do lekarza po leki bez badania. Poza tym to się wyrównało, bo płaciliśmy na badanie urodynamiczne, ale płaciliśmy mniej na te leki. Tak samo jest z nowym lekiem dla mężczyzn po nowotworze prostaty. Już w sierpniu tego roku przewodniczący naszej sekcji otrzymał pismo od pani dyrektor Barskiej o pozytywnej decyzji dotyczącej poszerzenia programu lekowego. Chodzi o nowy lek na raka prostaty. Obiecano nam, że on już na pewno wejdzie, ale nie wszedł. Szkoda, że pan minister nie poczekał, nie posłuchał... Kiedy to będzie wprowadzone? Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Bardzo dziękuję.
Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos?
Bardzo pana proszę.

Przedstawiciel Zespołu do spraw Równego Traktowania w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich Krzysztof Kurowski:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

Chciałem wrócić do tego tematu wózków, z wielu powodów... Rzeczywiście my jako biuro podajemy... Ja rozumiem, że to wynika... Ale to też pokazuje, jak mamy niejasny system dla obywateli... To taki argument... bo badała wielokrotnie... Chodzi o ujednoczenie i wyjaśnienie tego systemu, żeby obywatel nie miał wątpliwości, czy dany rodzaj finansowania odpowiada... Nie zgodziłbym się z panem dyrektorem, być może nie tak brzmiała jego wypowiedź, ale nie zgadzam się ze zdaniem, że... Być może wybrzmiała jego wypowiedź, ale...

Zastępca Przewodniczącego Antoni Szymański:

Przepraszam bardzo, ale mam propozycję. Ponieważ nie rozumiem większości tego, co pan mówi, a pana głos jest na pewno ważny, to czy jest możliwe uzyskanie tego na piśmie? Wówczas prześlemy to wszystkim uczestnikom dzisiejszego posiedzenia komisji.

(Przedstawiciel Zespołu do spraw Równego Traktowania w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich Krzysztof Kurowski: Dobrze.)

Pan sekretarz potem przekaze, w jaki sposób to zrobić. A my tę wypowiedź na piśmie prześlemy wszystkim obecnym członkom komisji.

Kto z państwa chciałby zabrać głos?

Nie ma innych głosów, wobec tego będziemy zmierzać do zakończenia naszego posiedzenia komisji.

Proszę państwa, raz jeszcze chciałbym wszystkim państwu podziękować za uczestnictwo, za głosy, które niewątpliwie pogłębiają naszą wiedzę na temat tego bardzo ważnego problemu. Jednocześnie chciałbym bardzo państwa prosić...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak.

I chciałbym ponowić moją prośbę, żeby rozwinąć takie zdanie: za najważniejsze uważam... Wystarczy napisać dosłownie dwa albo trzy akapity na temat tego, co państwo uważają za najistotniejsze. To nam pomoże ukierunkować prace naszej komisji i prawidłowo sformułować dezyderat w tej ważnej sprawie. Mamy świadomość, że z jednej strony zmiany w ostatnich latach następują dynamicznie – i to jest pozytywne – ale z drugiej strony jest ogrom spraw do załatwienia, do zrobienia. Jest wiele spraw, które można załatwiać lepiej niż teraz, a problem niewątpliwie narasta, staje się ogromny. Dlatego mam taką prośbę.

Cóż, dziękuję wszystkim państwu.

Zamykam posiedzenie komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 32)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii