



Warszawa, 12 grudnia 2022

### Komunikat w sprawie zmian w wykazie wyrobów medycznych na zlecenie

27 października 2022 r. zostało podpisane rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 2319). Przepisy zaczną obowiązywać od 1 stycznia 2023 r.

W zakresie refundacji wyrobów medycznych na zlecenie wprowadzono następujące zmiany:

1. Rozbudowano zasady refundacji wyrobów płaskodziających, zarówno na miarę (69 – 69D, 70-70G) jak i produkowanych seryjnie (lp. 139 – 139A, 140-140B). W kategorii wyrobów płaskodziających produkowanych seryjnie wprowadzono zamiennie nieelastyczną odzież uciskową typu wrap. Zwiększono liczbę wyrobów przysługujących do 2 szt. i częstotliwość wymiany - co 6 miesięcy;
2. Umożliwiono częstszą refundację rurek tracheostomijnych z zapasowym wkładem – do 3 szt. na 6 miesięcy, a także wprowadzono refundację rurek silikonowych – 1 szt. na 6 miesięcy (lp. 89);
3. Podniesiono limit na soczewki okularowe przy wadzie wzroku wymagającej korekcji sferą od  $\pm 6,25$  dptr i cylindrem od 0,00 dptr; sferą do  $\pm 6,00$  dptr i cylindrem od  $\pm 2,25$  dptr, w tym soczewką z mocą pryzmatyczną do 100 zł i zmniejszono udział pacjentów dorosłych w limicie do 10% (lp. 73 i lp. 74);
4. Podniesiono limit na soczewki kontaktowe twarde do 600 zł, zmniejszając udział pacjentów w limicie do 10%. Dodatkowo umożliwiono w ramach kategorii zlecenie soczewek miniskleralnych albo hybrydowych (lp. 75);
5. Podniesiono limit na lupy do 200 zł (lp. 79);
6. Podniesiono limity na monookular, okulary lupowe, okulary lornetkowe do bliży i dali (lp. 80-83);

7. Znacznie zwiększono limity na aparaty słuchowe na przewodnictwo powietrzne, w populacji do 26 roku życia z 2000 zł/ 1 szt. do 3000 zł/1 szt. W przypadku świadczeniobiorców pow. 26 roku życia limit został zwiększony z 1000 zł do 1500 zł (lp. 84). W przypadku aparatów na przewodnictwo kostne zwiększono limit do 3000 zł (lp. 85);
8. Zmniejszono udział świadczeniobiorców w limicie systemów wspomagających słyszenie z 50% do 30% (lp. 86);
9. Umożliwiono częstszą refundację rurek tracheostomijnych z zapasowym wkładem – do 3 szt. na 6 miesięcy, a także rurek tracheostomijnych silikonowych – 1 szt. na 6 miesięcy (lp. 89);
10. Poszerzono refundację zestawów infuzyjnych do osobistej pompy insulinowej o moduły do pomp bezdrenowych (lp. 91). Wskazanie zostało uzupełnione o cukrzycę typu 3;
11. Zmniejszono współpłacenie do cewników hydrofilowych dla osób dorosłych do 20% udziału w limicie (lp. 96);
12. W ramach lp. 97 uwzględniono refundację worków do zbiórki moczu dla pacjentów z nefrostomią do 12 szt./miesiąc, w limicie do 6,5zł/1 szt., a także zamiennie, worków urostomijnych w limicie do 16 zł/ 1 szt.;
13. Lp. 98 została przeznaczona na refundację pasków do worków do zbiórki moczu (zestaw 2 szt.) lub pasów mocująco ochronnych (1 szt.) raz na 6 miesięcy;
14. Zostały podniesione limity na worki i płytki stomijne (lp. 99) dla wszystkich pacjentów ze stomią przy braku dopłat ze strony pacjentów – do 450 zł dla kolostomii/ileostomii/innych stomii i przetok, do 530 zł dla urostomii. Dodatkowo została wydzielona refundacja akcesoriów wspomagających i uszczelniających, z osobnymi limitem 120 zł i współpłaceniem ze strony pacjentów na poziomie 20% (lp. 141). Zmieniono sposób ordynacji wyrobów z wpisywania liczby sztuk na zlecenia ryczałtu (w sytuacji zlecenia całości ryczałtu należy wpisać liczbę 1). W przypadku pacjentów z uprawnieniami dodatkowymi 47DN, 47ZN, 47ZND w lp. 99 lub 141 można wypisać wielokrotność ryczałtu np. 1,1 lub 1,2 lub 1,3 itd. z dokładnością do 1 miejsca po przecinku. System wyliczy jaką kwotę refundacji do wykorzystania pacjent otrzyma (np. 1,5 x 450 zł = 675 zł).

Dodatkowo wprowadzono podwójny limit na podstawowe wyroby stomijne i akcesoria w przypadku pierwszego zlecenia po wyłonieniu stomii (lp. 99A i 141A);

15. W lp. 100 i 101 przyporządkowano limity do kategorii wyrobów i ich chłonności:

- 1 zł – min. chłonność 450 g,
- 1,7 zł – min. chłonność 1000 g w przypadku majtek chłonnych lub 1400 g w przypadku pieluch anatomicznych lub pieluchomajtek,
- 2,3 zł – min. chłonność 1400 g w przypadku majtek chłonnych lub 2500 g w przypadku pieluchomajtek;

16. Rozdzielono refundację aparatów CPAP (lp.102) od masek do aparatów, dla których wprowadzono odrębną częstotliwość wymiany co 6 miesięcy (lp. 102A);

17. Rozdzielono refundację nebulizatorów (lp. 103) i głowic do inhalatora membranowego (lp. 103A), a także inhalatorów pneumatycznych (lp.104) od inhalatorów membranowych (lp. 104A), z odrębnymi limitami i częstotliwością wymiany;

18. Podwyższono do 450 zł limit na sprzęt do indywidualnej fizjoterapii układu oddechowego – urządzenia do drenażu wytwarzające podwyższone lub zmienne ciśnienie wydechowe (lp. 105);

19. Wprowadzono osobny limit dla podstawowego chodzika i tzw. rollera (lp. 123);

20. Podwyższono limit dla pionizatora do 3000 zł (lp. 125);

21. Podzielono refundację wózków inwalidzkich podstawowych na lp. 127 i 127A, z osobnym limitem (650 zł i 1700 zł), z odrębnymi wskazaniami:

- lp. 127 - trwała dysfunkcja ograniczająca samodzielne chodzenie;
- lp. 127A - trwała dysfunkcja uniemożliwiająca samodzielne chodzenie.

22. Uporządkowano refundację wózków specjalistycznych dla dzieci i dorosłych, zostały wyodrębnione limity dla każdego rodzaju wózka, także elektrycznego (lp. 129, 130 i 131).

23. Podniesiono limit na siedzisko ortopedyczne dla dzieci do 2000 zł (lp. 132).

24. Poszerzono wskazania do zbiorników na insulinę do osobistej pompy insulinowej o cukrzycę typu 3 (lp.134);

25. Dostosowano refundację i limity systemów ciągłego monitorowania glikemii do systemów obecnych na polskim rynku, ze względu na powiązanie refundacji ze świadczeniem gwarantowanym: założenie pompy insulinowej, w populacji pacjentów do 26 roku życia. Ze względu na inną częstotliwość wymiany czujników, refundacja została podzielona na lp. 135, 135A i 135B. Poszerzono refundację o

populację pacjentów pow. 26 roku życia z cukrzycą typu 1 lub 3 wymagających intensywnej insulinoterapii, z nieświadomością hipoglikemii z limitem 510 zł miesięcznie i 30% udziałem pacjentów w limicie. Wprowadzono ograniczenie refundacji pasków, w związku z typem stosowanego CGM-RT (zależnie od potrzeby kalibracji) – lp. 135 i 136. Uwzględniono także system wszczepialny wymieniany co 6 miesięcy;

26. Poszerzono refundację systemów monitorowania glikemii flash (FGM) lp. 137 o populację pacjentów niewidomych i kobiety w ciąży. Wprowadzono osobną kategorię refundacji lp. 137A dla pacjentów z cukrzycą na intensywnej insulinoterapii, dla której określono kryteria kontynuacji zlecenia:

- ocena glikemii po upływie min. 4 miesięcy max. 6 miesięcy;
- ograniczenie zużycia pasków do liczby 25 szt. średniomiesięcznie w okresie poprzedzającym zlecenie;
- aktywność czujnika przez co najmniej 75% czasu;
- osiągnięcie celów terapeutycznych we współpracy z lekarzem prowadzącym.

z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Maciej Miłkowski  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/