

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 27 października 2022 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie**

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, 583 i 974) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2021 r. poz. 704 i 1691) w załączniku do rozporządzenia wprowadza się następujące zmiany:

1) grupa O otrzymuje brzmienie:

<b>Grupa O.</b>	<b>Wyroby medyczne wykonywane na zamówienie</b>						
69.	Rękawiczka uciskowa płaskodziana bez palców z uciskiem od 15 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmienność wartości ucisku do 2 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie angiologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub	400 zł za sztukę	30%	obrzęk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 69A lub 69C, lub 139	raz na 6 miesięcy	0 zł

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

69A.	Rękawiczka uciskowa płaskodzielna z palcami z uciskiem od 15 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmienną wartość ucisku do 2 sztuk	rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń	500 zł za sztukę	30%	obrzęk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 69 lub 69C, lub 139	raz na 6 miesięcy	
69B.	Rękaw uciskowy płaskodzielny z uciskiem od 15 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmienną wartość ucisku do 2 sztuk	Fizjoterapeuta, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, lub specjalista w dziedzinie fizjoterapii	500 zł za sztukę	30%	obrzęk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 69D lub 139A	raz na 6 miesięcy	0 zł
69C.	Rękawiczka uciskowa płaskodzielna z uciskiem od 15 mmHg, z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmienną wartość ucisku do 3 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie angiologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub	500 zł za sztukę	30%	obrzęk limfatyczny wymagający liposukcji metodą Brorsona do 15 miesięcy od zabiegu; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 69 lub 69A, lub 69B, lub 139, lub 139A; z zastrzeżeniem, że liczba wyrobów podlegających refundacji nie może przekroczyć 11 sztuk w przedziale 15 kolejnych miesięcy kalendarzowych;	raz na 3 miesiące	0 zł

69D.	Rękaw uciskowy płaskodziały z uciskiem od 15 mmHg z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmiennosc wartości ucisku do 3 sztuk	rehabilitacji w chorobach narządu ruchu Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń Fizjoterapeuta, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, lub specjalista w dziedzinie fizjoterapii	500 zł za sztukę	30%	obrzęk limfatyczny wymagający liposukcji metodą Brorsona do 15 miesięcy od zabiegu; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 69 lub 69A, lub 69B, lub 69C, lub 139, lub 139A; z zastrzeżeniem, że liczba wyrobów podlegających refundacji nie może przekroczyć 11 sztuk w przedziale 15 kolejnych miesięcy kalendarzowych	raz na 3 miesiące	
70.	Półskarpeta uciskowa płaskodziała z palcami z uciskiem od 15 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmiennosc wartości ucisku do 2 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie angiologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu	550 zł za sztukę	30%	obrzęk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 70A lub 70E, lub 70F, lub 140	raz na 6 miesięcy	0 zł
70A.	Skarpeta uciskowa płaskodziała z palcami z uciskiem od 15 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmiennosc wartości ucisku do 2 sztuk	rehabilitacji w chorobach narządu ruchu Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń	600 zł za sztukę		obrzęk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 70 lub 70E, lub 70F, lub 70G, lub 140	raz na 6 miesięcy	0 zł

70B.	Podkolanówka uciskowa płaskodzielana z uciskiem od 20 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmienną wartość ucisku do 2 sztuk	Fizjoterapeuta, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, lub specjalista w dziedzinie fizjoterapii	500 zł za sztukę	30%	obrzęk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 70C lub 70D, lub 70E, lub 70F, lub 70G, lub 140A, lub 140B	raz na 6 miesięcy	0 zł
70C.	Pończocha uciskowa płaskodzielana z uciskiem od 20 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmienną wartość ucisku do 2 sztuk		700 zł za sztukę		obrzęk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 70B lub 70D, lub 70E, lub 70F, lub 70G, lub 140A, lub 140B		
70D.	Rajstopy uciskowe płaskodzielane z uciskiem od 20 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmienną wartość ucisku do 2 sztuk		1.400 zł za sztukę		obrzęk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 70B lub 70C, lub 70E, lub 70F, lub 70 G, lub 140, lub 140A		

70E.	Odzież uciskowa płaskodziana na stopę z uciskiem od 15 mmHg z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmienną wartość ucisku do 3 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie angiologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu	550 zł za sztukę	30%	obrzęk limfatyczny wymagający liposukcji metodą Brorsona do 15 miesięcy od zabiegu; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 70 lub 70A, lub 70B, lub 70C, lub 70D, lub 140, lub 140A, lub 140B; z zastrzeżeniem, że liczba wyrobów podlegających refundacji nie może przekroczyć 11 sztuk w przedziale 15 kolejnych miesięcy kalendarzowych	raz na 3 miesiące	0 zł
70F.	Odzież uciskowa płaskodziana na łydkę z uciskiem od 20 mmHg z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmienną wartość ucisku do 3 sztuk	Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń Fizjoterapeuta, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, lub specjalista w dziedzinie fizjoterapii	500 zł za sztukę		obrzęk limfatyczny wymagający liposukcji metodą Brorsona do 15 miesięcy od zabiegu; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 70 lub 70A, lub 70B, lub 70C, lub 70D, lub 70G, lub 140, lub 140A, lub 140B; z zastrzeżeniem, że liczba wyrobów podlegających refundacji nie może przekroczyć 11 sztuk w przedziale 15 kolejnych miesięcy kalendarzowych		
70G.	Odzież uciskowa płaskodziana na łydkę i udo z uciskiem od 20 mmHg z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmienną wartość ucisku do 3 sztuk		700 zł za sztukę	30%	obrzęk limfatyczny wymagający liposukcji metodą Brorsona do 15 miesięcy od zabiegu; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 70 lub 70A, lub 70B, lub 70C, lub 70D, lub 70F, lub 140, lub 140A, lub 140B; z zastrzeżeniem, że liczba wyrobów podlegających refundacji nie może przekroczyć 11 sztuk w przedziale 15 kolejnych miesięcy kalendarzowych	raz na 3 miesiące	0 zł

2) w grupie P:

a) w lp. 73 i 74 kolumna 4 otrzymuje brzmienie:

- „100 zł”,
- b) w lp. 74 kolumna 5 otrzymuje brzmienie:  
„10% dorośli”,
- c) w lp. 75:
- kolumna 2 otrzymuje brzmienie:  
„Soczewka kontaktowa twarda albo hybrydowa, albo miniskleralna”,
  - kolumna 4 otrzymuje brzmienie:  
„600 zł”,
  - kolumna 5 otrzymuje brzmienie:  
„10%”,
- d) w lp. 79 kolumna 4 otrzymuje brzmienie:  
„200 zł”,
- e) w lp. 80-83 kolumna 4 otrzymuje brzmienie „400 zł”,
- f) w lp. 84 w kolumnie 4:
- wyrazy „2.000 zł” zastępuje się wyrazami „3.000 zł”,
  - wyrazy „1.000 zł” zastępuje się wyrazami „1.500 zł”,
- g) w lp. 85 w kolumnie 4 wyrazy „1.800 zł” zastępuje się wyrazami „3.000 zł”,
- h) w lp. 87 kolumna 5 otrzymuje brzmienie:  
„30%”,
- i) lp. 89 otrzymuje brzmienie:

89.	Rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem do 3 sztuk albo rurka tracheostomijna silikonowa 1 sztuka	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie otolaryngologii lub laryngologii, lub otolaryngologii dziecięcej, lub otorynolaryngologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej	150 zł za sztukę – rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem	0% dzieci	tracheostomia	raz na 6 miesięcy	0 zł
-----	--	--	---	-----------	---------------	-------------------	------

		<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej                  Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej                  Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatricznej                  Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej                  Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń                  Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej</p>	<p>235 zł za sztukę – rurka tracheostomijna silikonowa</p>				
		<p>150 zł za sztukę – rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem</p>		<p>10% dorośli</p>			
			<p>235 zł za sztukę – rurka tracheostomijna silikonowa</p>				

j) w lp. 91:

- w kolumnie 2 na końcu dodaje się wyrazy „albo moduły (zestawy) infuzyjne do pomp insulinowych bezdrenowych do 10 sztuk”,
- kolumna 6 otrzymuje brzmienie:  
 „leczenie cukrzycy typu 1 albo 3 przy pomocy pompy insulinowej”,

k) w lp. 96 w kolumnie 5 wyrazy: „30%” zastępuje się wyrazami: „20%”,

l) w lp. 97:

- kolumna 2 otrzymuje brzmienie:  
 „Worki do zbiórki moczu z odpływem lub worki jednoczęściowe urostomijne (w przypadku nefrostomii) do 12 sztuk”,
- w kolumnie 3 po wyrazach „Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej” dodaje się wyrazy „Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu”,
- kolumna 4 otrzymuje brzmienie:

„6,50 zł za sztukę – worek do zbiórki moczu

16 zł za sztukę – worek urostomijny”,

- kolumna 6 otrzymuje brzmienie:  
„choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego; choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych; nadpęcherzowe odprowadzenie moczu; nefrostomia”,

m) w lp. 98:

- kolumna 2 otrzymuje brzmienie:  
„Paski mocujące do worków do zbiórki moczu 2 sztuki albo pasek mocująco-ochronny do worków do zbiórki moczu 1 sztuka”,
- w kolumnie 3 po wyrazach „Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej” dodaje się wyrazy „Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu”,
- kolumna 4 otrzymuje brzmienie:  
„25 zł za 2 sztuki pasków do worków do zbiórki moczu albo za 1 sztukę paska mocująco-ochronnego do worków do zbiórki moczu”,
- kolumna 6 otrzymuje brzmienie:  
„choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego; choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych; nadpęcherzowe odprowadzenie moczu; nefrostomia”,
- kolumna 7 otrzymuje brzmienie:  
„raz na 6 miesięcy”,

n) lp. 99-105 otrzymują brzmienie:

99.	Worki stomijne w systemie jednoczęściowym lub dwuczęściowym lub płytki stomijne, lub worki do zbiórki moczu (urostomia), lub zestaw do irygacji (kolostomia)	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii	450 zł	0%	stomia na jelicie grubym (kolostomia); stomia na jelicie cienkim (ileostomia); inne przetoki lub stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów (z wyjątkiem nefrostomii); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w lp. 99A (dotyczy tej samej stomii lub przetoki)	raz na miesiąc	0 zł
-----	--	--	--------	----	---	----------------	------



		<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie urologii lub urologii dziecięcej</p>	530 zł	0%	stomia na układzie moczowym (urostomia); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w lp. 99A (dotyczy tej samej stomii lub przetoki)	
99 A.	Worki stomijne w systemie jedno - lub dwuczęściowym lub płytki stomijne, lub worki do zbiórki moczu (urostomia)	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatry</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu</p> <p>Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych</p> <p>Felczer ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p>W przypadku urostomii, kolostomii i ileostomii także lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej lub lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ginekologii onkologicznej</p> <p>W przypadku kolostomii i ileostomii także lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie gastroenterologii</p> <p>W przypadku przetoki ślinowej także lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej lub lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej</p> <p>Lekarz spełniający wymagania do udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,</p>	900 zł	0%	nowo wyłoniona stomia na jelicie grubym (kolostomia); nowo wyłoniona stomia na jelicie cienkim (ileostomia); nowo utworzone inne przetoki lub stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów (z wyjątkiem nefrostomii); zlecenie może być wystawione tylko raz – po operacji wyłonienia stomii lub utworzenia przetoki (dotyczy tej samej stomii lub przetoki); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w lp. 99 (dotyczy tej samej stomii lub przetoki)	jednorażowo
			1.060 zł	0%	nowo wyłoniona stomia na układzie moczowym (urostomia); zlecenie może być wystawione tylko raz – jako pierwsze zlecenie po operacji wyłonienia stomii; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w lp. 99 (dotyczy tej samej stomii lub przetoki)	

		<p>w zakresie wykonywania tych świadczeń</p> <p>Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej</p> <p>Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej (dotyczy lp. 99)</p>					
100	<p>Pieluchomajtki lub pieluchy anatomiczne, lub majtki chłonne, lub podkłady, lub wkłady anatomiczne, lub wkładki urologiczne zamiennie do 90 sztuk miesięcznie; chłonność zgodna z normą ISO 11948</p>	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatrii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ginekologii onkologicznej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie urologii lub urologii dziecięcej</p> <p>Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii</p>	<p>1 zł za sztukę – minimalna chłonność 450 g</p> <p>1,7 zł za sztukę – minimalna chłonność 1.000 g w przypadku majtek chłonnych, 1.400 g w przypadku pieluch anatomicznych i pieluchomajtek</p> <p>2,3 zł za sztukę – minimalna chłonność 1.400 g w przypadku majtek chłonnych, 2.500 g w przypadku pieluchomajtek</p>	30%	<p>choroba nowotworowa przebiegająca w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej; przetoki nowotworowe lub popromienne; nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych; powikłania po leczeniu chorób nowotworowych; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w lp. 101</p> <p>neurogenne i nieneurogenne nietrzymania moczu lub stolca (z wyłączeniem wysiłkowego nietrzymania moczu) i występowanie co najmniej jednego z następujących kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– głębokie upośledzenie umysłowe,</li> <li>– zespoły otępienne o różnej etiologii,</li> <li>– wady wrodzone i choroby układu nerwowego, trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego,</li> <li>– wady wrodzone dolnych dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu,</li> <li>– jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu,</li> </ul>	raz na miesiąc	0 zł
101							

		<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych</p> <p>Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń</p> <p>Felczer ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p>Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej</p> <p>Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej</p>			– jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego będące przyczyną nietrzymania stolca; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w lp. 100		
102	Aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ftyzjatrii lub ftyzjatrii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatry</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych</p>	2.100 zł	0% dzieci	obturacyjny bezdech senny	raz na 5 lat	630 zł
		<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie laryngologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie kardiologii</p>		10% dorośli			
102 A.	Maska do aparatu do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie laryngologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie kardiologii</p>	200 zł	0% dzieci	obturacyjny bezdech senny	raz na 6 miesięcy	0 zł
				10% dorośli			
103.	Nebulizator (generator aerozolu)	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci</p>	100 zł	0%	mukowiscydoza; pierwotna dyskineza rzęsek; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 103A	raz na miesiąc	0 zł

103 A.	Głowica do inhalatora membranowego	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatry Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej	150 zł		mukowiscydoza; pierwotna dyskineza rzęsek; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 103	raz na 6 miesięcy	
104 .	Inhalator pneumatyczny	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii	400 zł	0%	mukowiscydoza; pierwotna dyskineza rzęsek; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 104A	raz na rok	0 zł
104 A.	Inhalator membranowy	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Felczer ubezpieczenia zdrowotnego	800 zł		mukowiscydoza; pierwotna dyskineza rzęsek; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 104		
105 .	Sprzęt do indywidualnej fizjoterapii układu oddechowego – urządzenia do drenażu wytwarzające podwyższone lub zmienne ciśnienie wydechowe	Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń	450 zł	0%	mukowiscydoza; pierwotna dyskineza rzęsek	raz na rok	0 zł

o) w lp. 123 kolumna 4 otrzymuje brzmienie:

„150 zł – w przypadku chodzika albo podpórki bez kółek lub z 2 kółkami

350 zł – w przypadku chodzika albo podpórki z 3 lub 4 kołami wyposażonych w hamulec”,

p) w lp. 125 kolumna 4 otrzymuje brzmienie:

„3.000 zł”,

q) lp. 127 otrzymuje brzmienie:

127 .	Wózek inwalidzki standardowy dla dorosłych	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych	650 zł	0%	trwała dysfunkcja ograniczająca samodzielne chodzenie; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 127A lub 129, lub 130, lub 130A, lub 130B, lub 130C, lub 130D	raz na 5 lat***	180 zł
-------	--	--	--------	----	---	-----------------	--------

127 A.	Wózek inwalidzki ze stopów lekkich, z systemem szybkiego montażu i demontażu kół, składany, dla dorosłych	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurochirurgii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatry</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie reumatologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu</p> <p>Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej</p> <p>Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń</p> <p>Specjalista w dziedzinie fizjoterapii</p>	1.700 zł		trwała dysfunkcja uniemożliwiająca samodzielne chodzenie; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 127 lub 129, lub 130, lub 130A, lub 130B, lub 130C, lub 130D		510 zł
-----------	---	---	----------	--	---	--	--------

r) w lp. 128 kolumna 6 otrzymuje brzmienie:

„dzieci od rozpoczęcia 3. do ukończenia 18. roku życia z trwałymi dysfunkcjami ograniczającymi samodzielne chodzenie; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 129A lub 131, lub 131A, lub 131B”,

s) lp. 129–131 otrzymują brzmienie:

129	Wózek inwalidzki aktywny o napędzie ręcznym, składany lub nie, o masie z kołami do 16 kg, koła napędowe z systemem szybkiego montażu	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację</p>	4.500 zł – wózek inwalidzki o wadze do 12 kg	0%	dorośli z trwałymi dysfunkcjami ograniczającymi samodzielne chodzenie, z zachowaniem sprawności w kończynach górnych umożliwiającej samodzielne poruszanie się na wózku; z wyłączeniem	raz na 4 lata***	900 zł
-----	--	--	--	----	--	------------------	--------

	i demontażu, regulacja środka ciężkości, możliwość jazdy w balansie na dwóch tylnych kołach	w dziedzinie geriatry Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurochirurgii	2.000 zł – wózek inwalidzki o wadze do 16 kg		jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 127 lub 130, lub 130A, lub 130B, lub 130C, lub 130D		
	Wózek inwalidzki aktywny o napędzie ręcznym, składany lub nie, o masie z kołami do 12 kg, koła napędowe z systemem szybkiego montażu i demontażu, regulacja środka ciężkości, możliwość jazdy w balansie na dwóch tylnych kołach	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie reumatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu Specjalista w dziedzinie fizjoterapii	4.500 zł – wózek inwalidzki o wadze do 10 kg		dzieci od rozpoczęcia 3. do ukończenia 18. roku życia z trwałymi dysfunkcjami ograniczającymi samodzielne chodzenie, z zachowaniem sprawności w kończynach górnych umożliwiającej samodzielne poruszanie się na wózku; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 128 lub 131, lub 131A, lub 131B	raz na 3 lata***	
			2.000 zł – wózek inwalidzki o wadze do 12 kg				
130	Wózek inwalidzki specjalny o napędzie ręcznym jednostronnym dla dorosłych	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	3.000 zł	0%	dysfunkcje narządu ruchu uniemożliwiające samodzielne chodzenie, z zachowaniem jednostronnej sprawności kończyny górnej umożliwiającej samodzielny napęd wózka; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 127 lub 127A, lub 129, lub 130A, lub 130B, lub 130C	raz na 4 lata***	900 zł
130 A.	Wózek inwalidzki stabilizujący dla dorosłych	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie reumatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu Specjalista w dziedzinie fizjoterapii	2.000 zł		dysfunkcje narządu ruchu uniemożliwiające chodzenie oraz samodzielny napęd wózka inwalidzkiego; ograniczona zdolność do samodzielnego zachowania pozycji siedzącej, wymagająca stabilizacji głowy lub pleców; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 127 lub 127A, lub 129, lub 130, lub 130B, lub 130C		600 zł

130 B.	Wózek inwalidzki spacerowy bierny dla dorosłych		4.000 zł		dysfunkcje narządu ruchu uniemożliwiające samodzielne chodzenie i wymagające stabilizacji ciała co najmniej w pozycji półleżącej i siedzącej oraz wymagające systemu podparcia wynikającego z indywidualnych dysfunkcji; brak zdolności do samodzielnego zachowania pozycji siedzącej; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 127 lub 127A, lub 129, lub 130, lub 130A, lub 130C		1200 zł
130 C.	Wózek inwalidzki elektryczny dla dorosłych		5.000 zł		dysfunkcje narządu ruchu wykluczające chodzenie lub samodzielne poruszanie się na wózkach z napędem ręcznym przy zachowaniu zdolności do samodzielnego sterowania wózkiem elektrycznym; z wyłączeniem wózka typu skuter; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 127 lub 127A, lub 129, lub 130, lub 130A, lub 130B		1500 zł
131 .	Wózek inwalidzki spacerowy dla dzieci		3.000 zł	0%	dzieci od rozpoczęcia 2. roku życia z dysfunkcjami kończyn dolnych i górnych uniemożliwiającymi chodzenie oraz samodzielny napęd wózka inwalidzkiego i wymagające częściowej stabilizacji co najmniej w pozycji siedzącej i półleżącej; z wyłączeniem przyczepki rowerowej i wózka dziecięcego typu parasolka; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 128 lub 129A, lub 131A, lub 131B	raz na 3 lata***	900 zł

131 A.	Wózek inwalidzki multipozycyjny dla dzieci		3.000 zł		dzieci od rozpoczęcia 2. roku życia z dysfunkcjami narządu ruchu uniemożliwiającymi samodzielne chodzenie i wymagające stabilizacji ciała w pozycji leżącej, półleżącej i siedzącej oraz pozycjonowania; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 128 lub 129A, lub 131, lub 131B		
131 B.	Wózek inwalidzki elektryczny dla dzieci		5.000 zł		dzieci od rozpoczęcia 3. roku życia z dysfunkcjami narządu ruchu wykluczającymi chodzenie lub samodzielne poruszanie się na wózku z napędem ręcznym przy zachowaniu zdolności do samodzielnego sterowania wózkiem elektrycznym; z wyłączeniem wózka typu skuter; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 128 lub 129A, lub 131, lub 131A		150 0 zł

t) w lp. 132:

– kolumna 2 otrzymuje brzmienie:

„Siedzisko ortopedyczne dla dzieci stabilizujące plecy i głowę, z wyłączeniem fotelika samochodowego”;

– kolumna 4 otrzymuje brzmienie:

„2.000 zł”;

u) w lp. 134 kolumna 6 otrzymuje brzmienie:

„leczenie cukrzycy typu 1 albo 3 przy pomocy pompy insulinowej”;

v) lp. 135–137 otrzymują brzmienie:



135	Sensor do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) do 3 sztuk (sensory wymagające wymiany co 10 dni) albo do 5 sztuk (sensory wymagające wymiany co 6 albo 7 dni)	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie diabetologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii i specjalizację w dziedzinie pediatrii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie kardiologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatrii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie perinatologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii lub chorób wewnętrznych zatrudniony w poradni lub na oddziale diabetologii</p> <p>Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej</p> <p>Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zatrudnioną w poradni lub na oddziale diabetologii, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej</p>	250 zł za sztukę – sensor wymagający wymiany co 10 dni	30%	pacjenci do ukończenia 26. roku życia z cukrzycą typu 1 albo 3 leczeni przy pomocy pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii (brak objawów prodromalnych hipoglikemii, wykluczenie hipoglikemii poalkoholowej); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 135A lub 135B, lub 137, lub 137A; z zastrzeżeniem, że liczba sensorów podlegających refundacji, wymagających wymiany co 7 dni, nie może przekroczyć 26 sztuk w przedziale 6 kolejnych miesięcy kalendarzowych	raz na miesiąc	0 zł
			145 zł za sztukę – sensor wymagający wymiany co 6 albo 7 dni		kolejne zlecenie może zostać wystawione, jeżeli pacjent korzystał z refundacji na paski do oznaczania glukozy we krwi średnio miesięcznie w liczbie nie większej niż 50 sztuk (dotyczy sensorów wymienianych co 10 dni) albo 100 sztuk (dotyczy sensorów wymagających wymiany co 6 lub 7 dni) w okresie poprzedzającym wystawienie kolejnego zlecenia		
135 A.	Sensor do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) do 5 sztuk		510 zł	30%	pacjenci po ukończeniu 26. roku życia z cukrzycą typu 1 albo 3 wymagający intensywnej insulinoterapii, z nieświadomością hipoglikemii (brak objawów prodromalnych hipoglikemii, wykluczenie hipoglikemii poalkoholowej); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 135 lub 135B, lub 137, lub 137A	raz na miesiąc	

					<p>kolejne zlecenie może zostać wystawione, jeżeli pacjent korzystał z refundacji na paski do oznaczania glukozy we krwi średnio miesięcznie w liczbie nie większej niż 100 sztuk w okresie poprzedzającym wystawienie kolejnego zlecenia</p>		
135 B.	<p>Sensor do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) wymagający wymiany raz na 180 dni</p>		4.500 zł	30%	<p>pacjenci od ukończenia 18. roku życia do ukończenia 26. roku życia z cukrzycą typu 1 albo 3 leczeni przy pomocy pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii (brak objawów prodromalnych hipoglikemii, wykluczenie hipoglikemii poalkoholowej); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 135 lub 135A, lub 136, lub 137, lub 137A</p> <p>kolejne zlecenie może zostać wystawione, jeżeli pacjent korzystał z refundacji na paski do oznaczania glukozy we krwi w liczbie nie większej niż 200 sztuk w okresie poprzedzającym wystawienie kolejnego zlecenia</p>	raz na 6 miesięcy	
			3.060 zł		<p>pacjenci po ukończeniu 26. roku życia z cukrzycą typu 1 albo 3 wymagający intensywnej insulinoterapii, z nieświadomością hipoglikemii (brak objawów prodromalnych hipoglikemii, wykluczenie hipoglikemii poalkoholowej); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 135 lub 135A, lub 136, lub 137, lub 137A</p>		

					kolejne zlecenie może zostać wystawione, jeżeli pacjent korzystał z refundacji na paski do oznaczania glukozy we krwi w liczbie nie większej niż 200 sztuk w okresie poprzedzającym wystawienie kolejnego zlecenia		
136	Transmitter/ nadajnik do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) wymagający wymiany raz na 3 miesiące	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie diabetologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii i specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie kardiologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatryi Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie perinatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii lub chorób wewnętrznych zatrudniony w poradni lub na oddziale diabetologii Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zatrudnioną w poradni lub na oddziale diabetologii, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej	350 zł	30%	pacjenci do ukończenia 26. roku życia z cukrzycą typu 1 albo 3 leczeni przy pomocy pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii (brak objawów prodromalnych hipoglikemii, wykluczenie hipoglikemii poalkoholowej); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 135B lub 136A, lub 137, lub 137A  pacjenci po ukończeniu 26. roku życia z cukrzycą typu 1 lub 3 wymagający intensywnej insulinoterapii, z nieświadomością hipoglikemii (brak objawów prodromalnych hipoglikemii, wykluczenie hipoglikemii poalkoholowej); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 135B lub 136A, lub 137, lub 137A	raz na 3 miesiące	0 zł
136 A.	Transmitter/ nadajnik do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) wymagający wymiany raz na rok		970 zł	30%	pacjenci do ukończenia 26. roku życia z cukrzycą typu 1 albo 3 leczeni przy pomocy pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii (brak objawów prodromalnych hipoglikemii, wykluczenie hipoglikemii poalkoholowej); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 136 lub 137, lub 137A	raz na rok	0 zł

					pacjenci po ukończeniu 26. roku życia z cukrzycą typu 1 albo 3 wymagający intensywnej insulinoterapii, z nieświadomością hipoglikemii (brak objawów prodromalnych, hipoglikemii, wykluczenie hipoglikemii poalkoholowej); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 136 lub 137, lub 137A		
137	Czujnik do systemu monitorowania stężenia glukozy flash (FGM) z dokładnością $\leq 10\%$ MARD zastępujący konieczność monitorowania poziomu glikemii glukometrem do 3 sztuk	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie diabetologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii i specjalizację w dziedzinie pediatrii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie kardiologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatrii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie perinatologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii lub chorób wewnętrznych zatrudniony w poradni lub na oddziale diabetologii</p> <p>Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej</p>	255 zł za sztukę	20% dzieci	<p>dzieci od ukończenia 4. do ukończenia 18. roku życia z cukrzycą typu 1 albo 3 z bardzo dobrze monitorowaną glikemią, tj. przy co najmniej 8-krotnych pomiarach glikemii na dobę; kobiety w okresie ciąży i połogu z cukrzycą wymagające insulinoterapii;</p> <p>dorośli z cukrzycą typu 1 albo 3 albo z innymi typami cukrzycy posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ze względu na stan wzroku, wymagający insulinoterapii;</p> <p>hiperinsulinizm wrodzony;</p> <p>z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 135 lub 135A, lub 135B, lub 136, lub 136A, lub 137A; z zastrzeżeniem, że liczba czujników podlegających refundacji nie może przekroczyć 13 sztuk w przedziale</p>	raz na miesiąc	0 zł

		<p>Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zatrudnioną w poradni lub na oddziale diabetologii, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej</p>		<p>30% dorośli</p>	<p>6 kolejnych miesięcy kalendarzowych</p> <p>kolejne zlecenie może zostać wystawione, jeżeli pacjent korzystał z refundacji na paski do oznaczania glukozy we krwi średnio miesięcznie w liczbie nie większej niż 50 sztuk w okresie poprzedzającym wystawienie kolejnego zlecenia</p> <p>dane osobowe i jednostkowe dane medyczne, w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555), dotyczące monitorowania poziomu glikemii, gromadzone na podstawie refundacji, są przekazywane do systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w celu monitorowania procesu kontroli cukrzycy</p>	
137 A.	<p>Czujnik do systemu monitorowania stężenia glukozy flash (FGM) z dokładnością <math>\leq 10\%</math> MARD zastępujący konieczność monitorowania poziomu glikemii glukometrem do 3 sztuk</p>		<p>255 zł za sztukę</p>	<p>30%</p>	<p>dorośli z cukrzycą typu 1 albo 3 albo z innymi typami cukrzycy wymagającymi co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę (intensywna insulinoterapia); hiperinsulinizm wrodzony; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 135 lub 135A, lub 135B, lub 136, lub 136A, lub 137; z zastrzeżeniem, że liczba sensorów podlegających refundacji nie może przekroczyć 13 sztuk w przedziale kolejnych 6 miesięcy kalendarzowych</p> <p>warunki kontynuacji zlecenia:</p>	<p>raz na miesiąc</p>

				<p>1. ocena kontroli glikemii po upływie minimum 4 miesięcy od daty rozpoczęcia realizacji zlecenia, maksymalnie po 6 miesiącach;</p> <p>2. TIR (<i>time in range</i>) w zakresie 70–180 mg/dl &gt;70% czasu lub HbA1c poniżej 7,5%, lub inne indywidualnie określone cele terapeutyczne we współpracy z lekarzem;</p> <p>3. aktywność czujnika przez co najmniej 75% czasu w przedziale wynikającym z okresu użytkowania zrefundowanych czujników;</p> <p>4. refundacja pasków do oznaczania glukozy we krwi średnio miesięcznie w liczbie nie większej niż 25 sztuk w okresie poprzedzającym wystawienie kolejnego zlecenia</p> <p>w przypadku niespełniania warunków kontynuacji zlecenia ponowne zlecenie może być wystawione po upływie kolejnych 6 miesięcy od zakończenia realizacji poprzedniego zlecenia</p> <p>dane osobowe i jednostkowe dane medyczne, w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dotyczące monitorowania poziomu glikemii, gromadzone na podstawie refundacji, są przekazywane do systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w celu monitorowania procesu kontroli cukrzycy</p>		
--	--	--	--	---	--	--

w) dodaje się lp. 138–141 w brzmieniu:

138.	Wymiennik ciepła i wilgoci HME do 35 sztuk	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie otolaryngologii lub laryngologii, lub otolaryngologii dziecięcej, lub otorynolaryngologii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatrii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej</p> <p>Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej</p> <p>Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń</p> <p>Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej</p>	<p>16 zł za sztukę – wymiennik mocowany bezpośrednio do rurki tracheostomijnej silikonowej z otworem wlotowym o przekroju 22 mm lub 23 mm lub na plaster mocujący, wyposażony w przycisk lub inne rozwiązanie umożliwiające mówienie przez protezę głosową</p> <hr/> <p>5,8 zł za sztukę – wymiennik mocowany bezpośrednio do rurki tracheostomijnej wraz z zapasowym wkładem</p>	10%	laryngektomia całkowita	raz na miesiąc	0 zł
139.	Rękawiczka uciskowa płaskodziana albo nieelastyczna regulowana rękawiczka typu wrap z uciskiem od 15 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie angiologii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów</p>	<p>200 zł za sztukę – rękawiczka uciskowa płaskodziana</p> <hr/> <p>200 zł za sztukę – nieelastyczna regulowana rękawiczka typu wrap</p>	30%	obrzęk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 69 lub 69A, lub 69C	raz na 6 miesięcy	0 zł

	na niezmiennosc wartości ucisku do 2 sztuk	Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń Fizjoterapeuta, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, lub specjalista w dziedzinie fizjoterapii				
139A.	Rękaw uciskowy płaskodziały albo nieelastyczny regulowany rękaw typu wrap z uciskiem od 15 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) z minimum 6-miesięczną gwarancją producenta na niezmiennosc wartości ucisku do 2 sztuk		300 zł za sztukę – rękaw uciskowy płaskodziały	30%	obrząk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 69B lub 69D	
			300 zł za sztukę – nieelastyczny regulowany rękaw typu wrap			
140.	Odzież uciskowa płaskodziana na stopę albo nieelastyczna regulowana odzież uciskowa typu wrap na stopę z uciskiem od 15 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) do 2 sztuk		250 zł za sztukę – skarpeta uciskowa płaskodziana	30%	obrząk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; wyrób powinien posiadać minimum 6-miesięczną gwarancję producenta na niezmiennosc wartości ucisku; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 70 lub 70A, lub 70E	
			200 zł za sztukę – nieelastyczna regulowana odzież uciskowa typu wrap na stopę			
140A.	Odzież uciskowa płaskodziana na podudzie albo nieelastyczna regulowana odzież uciskowa typu wrap na podudzie z uciskiem od 20 mmHg (w przypadku dzieci		300 zł za sztukę – podkolanówka uciskowa płaskodziana	30%	obrząk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; wyrób powinien posiadać minimum 6-miesięczną gwarancję producenta na niezmiennosc	raz na 6 miesięcy
			300 zł za sztukę – nieelastyczna regulowana odzież uciskowa typu wrap na podudzie			



	z uciskiem od 10 mmHg) do 2 sztuk				wartości ucisku; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 140B lub 70B, lub 70C, lub 70D, lub 70E, lub 70F, lub 70G		
140B.	Odzież uciskowa płaskodziana na udo i podudzie albo nieelastyczna regulowana odzież uciskowa typu wrap na udo i podudzie z uciskiem od 20 mmHg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mmHg) do 2 sztuk		500 zł za sztukę – pończocha uciskowa płaskodziana 700 zł za sztukę – nieelastyczna regulowana odzież uciskowa typu wrap na udo i podudzie	30%	obrzęk limfatyczny 1. lub 2., lub 3. stopnia (według ISL) po redukcji obrzęku w fazie stabilizacji; wyrób powinien posiadać minimum 6-miesięczną gwarancję producenta na niezmienność wartości ucisku; z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wyroby wymienione w lp. 140A lub 70B, lub 70C, lub 70D, lub 70E, lub 70F, lub 70G		
141.	Wyroby stomijne (pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową)	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie urologii lub urologii dziecięcej	120 zł	20%	stomia na jelicie cienkim (ileostomia); stomia na jelicie grubym (kolostomia); stomia na układzie moczowym (urostomia); inne przetoki i stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów (z wyjątkiem nefrostomii); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w lp. 141A (dotyczy tej samej stomii lub przetoki)	raz na miesiąc	0 zł

141A.	<p>Wyroby stomijne (pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową)</p>	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatryi  Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu  Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej  Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej  Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii  Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych  Felczer ubezpieczenia zdrowotnego  W przypadku urostomii, kolostomii i ileostomii także lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej lub lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ginekologii onkologicznej  W przypadku kolostomii i ileostomii także lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie gastroenterologii  W przypadku przetoki ślinowej także lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej lub lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej  Lekarz spełniający wymagania do udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń  Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej  Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach</p>	240 zł	20%	<p>nowo wyłoniona stomia na jelicie grubym (kolostomia); nowo wyłoniona stomia na jelicie cienkim (ileostomia); nowo wyłoniona stomia na układzie moczowym (urostomia); nowo utworzone inne przetoki lub stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów (z wyjątkiem nefrostomii); zlecenie może być wystawione tylko raz – jako pierwsze zlecenie po operacji wyłonienia stomii lub utworzenia przetoki (dotyczy tej samej stomii lub przetoki); z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w lp. 141 (dotyczy tej samej stomii lub przetoki)</p>	jedno-razowo	0 zł
-------	---	---	--------	-----	--	--------------	------

		pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej (dotyczy lp. 141)					
--	--	---	--	--	--	--	--

§ 2. 1. Zlecenia na wyroby medyczne wymienione w lp. 69, 70, 98, 103, 104, 129–131, 135 i 136 rozporządzenia zmienianego w § 1 w brzmieniu dotychczasowym, które przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zostały:

- 1) wystawione lub
- 2) wystawione i potwierdzone, lub
- 3) częściowo zrealizowane

– tracą ważność z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

2. Do okresu użytkowania i limitu cen naprawy wyrobu medycznego, który został wydany przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia oraz jest użytkowany po tym dniu, stosuje się przepisy rozporządzenia zmienianego w § 1 w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

**MINISTER ZDROWIA**

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia nowelizuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2021 r. poz.704, z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem”, wykonujące upoważnienie zawarte w art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, z późn. zm.).

Projektowana nowelizacja wprowadza w załączniku do rozporządzenia zmiany będące odpowiedzią na postulaty pacjentów, lekarzy i organizacji pacjenckich. Celem tych propozycji jest zwiększenie dostępności do wyrobów medycznych oraz uszczegółowienie obowiązujących przepisów, co pozwoli na wyeliminowanie problemów interpretacyjnych.

1. Wprowadzono zmiany w zakresie refundacji wyrobów płaskodziających określonych w lp. 69 i 70 załącznika do rozporządzenia. Zmiany te były podyktowane potrzebą bardziej precyzyjnego scharakteryzowania wyrobów podlegających refundacji, wprowadzeniem odrębnych limitów zależnie od wyrobu, a także umożliwieniem refundacji wyrobów dostępnych w rozmiarach standardowych – produkowanych seryjnie (nowe pozycje lp. 139 i 140). Dodatkowo wprowadzono refundację nieelastycznej odzieży uciskowej jako alternatywy do wyrobów płaskodziających produkowanych seryjnie w przypadku obrzęku limfatycznego. W lp. 69C i 69D oraz w lp. 70E i 70F zostało uwzględniona większa ilość wyrobów potrzebnych dla pacjentów z obrzękiem limfatycznych, wymagających operacji zgodnie z protokołem prof. Brorsona, co było podyktowane uwzględnieniem uwag zgłoszonych w procesie konsultacji.
2. Zwiększono limit finansowania w zakresie soczewek okularowych korekcyjnych do bliży i dali (lp. 73 i 74), a także zmniejszono udział własny pacjentów w limicie ceny naprawy do 10%, co ma na celu zwiększenie wsparcia pacjentów z dużą wadą wzroku, ponoszących wysokie koszty zakupu soczewek okularowych. Ta sama motywacja wiąże się z podniesieniem limitu finansowania w przypadku soczewek kontaktowych twardych (lp. 75) i zmniejszeniem udziału do 10% w ich zakupie. Dodatkowo uwzględniono możliwość refundacji soczewek hybrydowych i miniskleralnych w dotychczasowym wskazaniu.
3. Podniesiono limit finansowania w przypadku pozycji lp. 79–83, w związku z postulatami pacjentów niewidomych i słabowidzących, związanymi z trudnościami w zakupie wyrobów mieszczących się w limicie.

4. Podniesiono limit finansowania aparatów słuchowych na przewodnictwo powietrzne, zarówno dla dzieci jak i dorosłych (w lp. 84 wzrost limitu dla dzieci z 2000 zł do 3000 zł, dla dorosłych z 1000 zł do 1500 zł), w związku z dużymi dopłatami pacjentów do tej grupy wyrobów.

W przypadku aparatów na przewodnictwo kostne (lp. 85), limit finansowania także został podniesiony z 1800 zł do 3000 zł, zarówno dla dzieci jak i dorosłych. Dodatkowo zmniejszono współpłacenie w przypadku systemów wspomagających słyszenie (lp. 87) z 50% do 30% ze względu na rolę wyrobu w przebiegu procesu edukacyjnego dzieci i młodzieży, dodatkowo był to jedyny wyrób z tak wysokim poziomem współpłacenia na wykazie wyrobów.

5. Wprowadzono zmiany w lp. 89, które pozwalają na refundację zarówno rurek tracheostomijnych z zapasowym wkładem jak i silikonowych, jak również zwiększono liczbę sztuk przysługujących pacjentom zależnie od typu rurki. W przypadku pacjentów dorosłych wprowadzono minimalny udział w limicie finansowania 10%.
6. Rozszerzono refundację zestawów infuzyjnych do osobistej pompy insulinowej (lp. 91) o wskazanie: cukrzyca typu 3, a także wprowadzono zapis umożliwiający refundację zestawów do pomp bezdrenowych, co w związku z dotychczas obowiązującą konstrukcją zapisów nie było możliwe.
7. W lp. 96 zmniejszono poziom współpłacenia z 30% do 20% dla osób dorosłych.
8. W lp. 97 ujednolicono zasady refundacji worków do zbiórki moczu, a także wprowadzono osobną kategorię lp. 98 pasków albo pasa do mocowania worków do zbiórki moczu w limicie 25 zł za zestaw albo za 1 szt. raz na 6 miesięcy, we wskazaniu: choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego; choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych; nadpęcherzowe odprowadzenie moczu; nefrostomia. Dodatkowo wprowadzono możliwość zamiennej refundacji worków urostomijnych do 12 szt. w przypadku nefrostomii, co było odpowiedzią na potrzeby pacjentów z nefrostomią i przeciekaniem moczu wokół drenu.
9. Wprowadzono zmiany w zakresie refundacji worków stomijnych (lp. 99) dzieląc wyroby stomijne na 2 kategorie:
  - lp. 99: worki, płytki, worki do zbiórki moczu (urostomia) i wyroby do irygacji (kolostomia) z limitem finansowania do 450 zł w przypadku ileostomii, kolostomii i innych stomii i przetok oraz z limitem finansowania do 530 zł w przypadku urosotmii – odpłatność pacjenta 0%

– lp. 141: inne wyroby stomijne (pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową) z limitem finansowania do 120 zł, z 20% udziałem pacjenta w limicie.

W związku z obserwowanym trendem wzrostu refundacji akcesoriów stomijnych w przypadku pacjentów ze specjalnymi uprawnieniami, która czasem przewyższa refundację worków czy płytek stomijnych, należy wyodrębnić tę kategorię wyrobów, które są autentycznie niezbędne dla pacjentów stomijnych, od bogatej oferty akcesoriów mających charakter wspomagający i uszczelniający.

Dodatkowo wprowadzono kategorie lp. 99A i 141A pozwalające na jednorazowe zlecenie wyrobów w podwojonym limicie. Takie zlecenie będzie mogło być wypisane tylko raz na 1 miesiąc pacjentowi, po zabiegu wyłonienia stomii lub utworzenia przetoki. Ma to ułatwić adaptację pacjenta do życia ze stomią i wypróbowanie wyrobów różnych producentów w celu najlepszego dopasowania. Resort zdrowia obserwuje niepokojące zjawisko do wystawiania zleceń pacjentowi na dłuższy czas w momencie opuszczenia szpitala. Ze względów proceduralnych związanych z gromadzeniem dokumentacji medycznej wiąże to pacjenta z jednym sklepem realizującym zlecenie, co nie budziłoby wątpliwości, jeśli nie byłby to sklep oferujący wyroby jednego producenta. Pacjent powinien mieć możliwość i środki, żeby skorzystać z oferty wyrobów różnych producentów, celem dopasowania wyrobów do stomii. Wszelkie praktyki prowadzące pacjenta do konkretnego producenta, niedające możliwości skorzystania z wyrobów innych producentów, w początkowym okresie po wyłonieniu stomii lub utworzenia przetoki, mogą znacznie ograniczyć możliwość najlepszego zabezpieczenia pacjenta.

Zmieniono zasady przepisywania zleceń. Osoba uprawniona będzie zlecać ryczałt lub jego część lub jego wielokrotność w przypadku pacjentów ze specjalnymi uprawnieniami. Ma to umożliwić lepszą orientację w wartości wystawianych zleceń i będzie to pozytywną zmianą postulowaną przez środowisko lekarzy Porozumienia Zielonogórskiego, która ma zwiększyć przejrzystość zasad ordynacji. Dodatkowo skrócono możliwość kontynuacji zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 551, z późn. zm.) do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej, co wiąże się z potrzebą weryfikacji typu wyrobów i ich dostosowania do potrzeb pacjenta.

10. W lp. 100 i 101 uszczegółowiono kategorię wyrobów chłonnych podlegających refundacji, a także wprowadzono dodatkowy limit finansowania 2,3 zł, z 30% udziałem własnym na wyroby chłonne pow. 1700 g w kategorii majtki chłonne i pieluchomajki. W przypadku limitu 1 zł podniesiono minimalną chłonność do 450 g. Limit 1,7 zł będzie obejmował wyroby o minimalnej chłonności 1000 g w przypadku majtek chłonnych, 1400 g w przypadku pieluch anatomicznych i pieluchomajtek. Powyższe zmiany mają na celu zmniejszenie różnic w dopłatach do wyrobów pacjentów potrzebujących wyrobów wysoko chłonnych takich jak majtki chłonne i pieluchomajtki, co wiąże się z potrzebami pacjentów mobilnych ze średnim i ciężkim nietrzymaniem moczu, ale także pacjentów niesamodzielnych, z ciężkim i bardzo ciężkim nietrzymaniem moczu, obecnie ceny takich wyrobów wahają się między ok. 3–6 zł, zależnie od producenta, ci pacjenci dopłacają znacznie więcej do sztuki niż pacjenci z lekkim nietrzymaniem moczu. Dodatkowo z analiz resortu wynika, że ceny nisko chłonnych wyrobów na lekkie i kropelkowe nietrzymanie moczu są utrzymywane na wysokim poziomie, prawdopodobnie właśnie ze względu na refundację tych wyrobów. Ceny tych wyrobów bez refundacji są dużo niższe, praktycznie często równe kosztowi dopłaty pacjenta do wyrobu. Niestety praktyka utrzymywania wysokich cen wyrobów chłonnych w refundacji odnośni się także do pozostałych wyrobów.
11. Limit refundacyjny na CPAP (lp. 102) został podzielony na maskę (lp. 102A) i aparat (lp.102), co wiąże się z szybszym zużyciem masek w stosunku do aparatów (limit wymiany co 6 miesięcy w przypadku maski i co 5 lat w przypadku aparatu). Dodano także limit naprawy aparatów w kwocie 630 zł. Limit finansowania na aparat został podniesiony do 2100 zł.
12. W przypadku wyrobów dedykowanych pacjentom z mukowiscydozą i pierwotną dyskineza rzęsek częstotliwość wymiany została zwiększona, co wiąże się z ponadprzeciętnym zużyciem wyrobów w tej grupie pacjentów, w stosunku do typowego użytkowania (lp. 102 i 103). Dodatkowo limit finansowania na nebulizatory (lp.102) został zmniejszony do 100 zł, co wynika co obserwacji cen tych wyrobów w innych państwach, a utrzymującymi się wysokimi cenami w Polsce, a limit finansowania na inhalatory pneumatyczne (lp. 103) do 400 zł, w związku z niższymi cenami tych urządzeń niż przysługującym limicie. Limit finansowania na sprzęt do indywidualnej fizjoterapii układu oddechowego – urządzenia do drenażu, wytwarzające podwyższone lub zmienne ciśnienie wydechowe (lp. 105), został zwiększony do 450 zł, w związku z potrzebą

zapewnienia pacjentom dostępu do wyrobów nie mieszczących się w limicie, dodatkowo zostało zniesione kryterium wieku – resort przychylił się do argumentacji, że są na rynku dostępne wyroby dla pacjentów poniżej 4 roku życia, mieszczące się w tej kategorii.

13. Kompleksowo została uregulowana refundacja wózków inwalidzkich. Kategorie zostały szczegółowo opisane, jak również wskazania, podział został dokonany zgodnie z typami wózków (standardowe, aktywne i specjalne, do której to kategorii został przyporządkowany także wózek elektryczny). Limity finansowania na wózki standardowe zostały nieznacznie podniesione, obniżony został limit finansowania na wózki stabilizujące, do 2000 zł, w związku z analizą cen rynkowych wskazującą na ceny niższe niż limit. Znacznie zostały podwyższone limity finansowania na wózki aktywne (ta kategoria została też precyzyjnie opisana wagowo), a także na wózki elektryczne, które zostały wprowadzone osobną kategorią. Wprowadzono dodatkową kategorię wózków spacerowych biernych dla dorosłych z limitem finansowania 4000 zł.
14. Rozszerzono dostęp do refundacji zbiorników na insulinę do osobistej pompy insulinowej do 5 sztuk na pacjentów z cukrzycą typu 3 (lp. 134).
15. Zmiany wprowadzone w lp. 135 i 136 dla populacji do 26. roku życia miały na celu dostosowanie refundacji do wyrobów dostępnych na rynku. Stosowanie CGM-RT jest powiązane z typem pompy insulinowej, na której wybór pacjent nie ma wpływu w ramach świadczenia realizowanego w opiece ambulatoryjnej. W związku z tym limity finansowania dostały dostosowane do typów CGM-RT obecnie zlecanych, tak aby uwzględnić wszystkie ich typy i częstotliwości wymiany. Wprowadzono ograniczenie refundacji pasków, w związku z typem stosowanego CGM-RT (zależnie od potrzeb kalibracji albo nie).

Dodatkowo rozszerzono refundację na pacjentów powyżej 26. roku życia z cukrzycą typu 1 albo 3, wymagających intensywnej insulinoterapii, z nieświadomością hipoglikemii (brakiem objawów prodromalnych hipoglikemii z wykluczeniem hipoglikemii poalkoholowej). Zamiast kryterium leczenia pompą insulinową, wprowadzono kryterium intensywnej insulinoterapii, ze względu na brak refundacji pomp insulinowych powyżej 26. roku życia. W tej populacji pacjentów został wprowadzony jednolity limit 510 zł raz na miesiąc, a więc analogiczny do refundacji sensorów FGM.

Ze względu na inną częstotliwość wymiany czujników, refundacja została podzielona na lp. 135, 135A i 135B. Uwzględniono także system wymieniany co 6 miesięcy, jednak w cenie nie wyższej niż najdroższy analogiczny system na rynku, co jest zgodne z linią



przyjętą w Opinii Rady Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) nr 28/2020 z dnia 10 lutego 2020 r.

Refundacja lp. 136, 136A zarówno dla pacjentów do 26. roku życia, jak i powyżej 26. roku życia została wprowadzona z tym samym limitem refundacyjnym, zależnym od typu transmitera, ze względu na różnice technologiczne między systemem CGM-RT a FGM (system bazujący na czujniku i transponderze versus system oparty na czujniku) Celem ustawodawcy było w populacji pacjentów powyżej 26. roku życia zbliżyć poziom refundacji pomiędzy tymi systemami. Różnica w cenie w czujników zależy już od strategii marketingowej producentów.

16. Rozszerzono wskazania do zlecenia czujników do systemu monitorowania stężenia glukozy Flash (Flash Glucose Monitoring – FGM) o:

- 1) kobiety w okresie ciąży i połogu, z cukrzycą wymagające insulinoterapii;
- 2) osoby niewidome z cukrzycą, leczone insuliną;
- 3) osoby powyżej 18. roku życia z cukrzycą wymagającą intensywnej insulinoterapii.

W przypadku ostatniej grupy zostały wprowadzone warunki kontynuacji zlecenia:

- 1) ocena kontroli glikemii minimum co min. 4 miesiące max. 6 miesięcy;
- 2) TIR (time in range) w zakresie 70-180 mg/dL > 70% czasu lub HbA1c poniżej 7,5% lub inne indywidualnie określone cele terapeutyczne we współpracy z lekarzem;
- 3) aktywność czujnika przez co najmniej 75% czasu w przedziale wynikającym z okresu użytkowania zrefundowanych czujników;
- 4) refundacja pasków do oznaczania glukozy we krwi średnio miesięcznie w liczbie nie większej niż 25 szt. w okresie poprzedzającym wystawienie kolejnego zlecenia.

W przypadku dzieci udział w limicie został zmniejszony z 30% do 20%.

Częstotliwość zlecenia czujników została utrzymana comiesięcznie, ze względu na brak możliwości dzielenia przez NFZ zleceń innych niż comiesięczne (co wynika z zapisów art. 38d ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych), a liczba sztuk podwyższona do maksymalnie 3 na miesiąc, 13 sztuk w okresie 6 miesięcy w celu zapewnienia ciągłego zaopatrzenia w sensory dla wszystkich pacjentów. Wprowadzone zostały zmiany w kategorii personelu uprawnionego do zlecenia lp. 135–137, co wiązało się ze zmianami populacji docelowej, a w przypadku lp. 137 – potrzebą monitorowania wyników, w celu kontynuacji zlecenia.

17. Wprowadzono refundację wymienników ciepła i wilgoci HME (lp. 138), zarówno zakładanych na rurki tracheostomijne z zapasowym wkładem, rurki silikonowe oraz bezpośrednio na otwór tracheostomijny za pomocą plastra mocującego. Zaproponowane limity odzwierciedlają ceny filtrów uniwersalnych w każdym z przypadków. 10% udział pacjentów w limicie HME wynika z niepewności co do populacji docelowej oraz wpływu na budżet, na którą zwrócił uwagę AOTMiT w opinii Prezesa.

Wprowadzone przepisy przejściowe wiążą się z utratą ważności tych zleceń, co do których zmiany są na tyle szerokie, że nie jest możliwa kontynuacja ich realizacji w systemach informatycznych NFZ (lp. 69, 70, 98, 103, 104, 129-131, 135-136). Natomiast co do zleceń już zrealizowanych, nowe przepisy o limitach napraw będą miały zastosowanie. Projektowane zmiany wiążą się z wyższymi limitami lub większą częstotliwością zmian, a więc są korzystne dla pacjentów.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Proponuje się wejście w życie projektowanego rozporządzenia od 1 stycznia 2023 r. Termin ten wynika z konieczności wprowadzenia przez świadczeniodawców, realizujących umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne, nowego asortymentu wyrobów medycznych i podpisanie aneksów do obowiązujących umów oraz dostosowania systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie słownika wyrobów medycznych oraz słownika wzorców kompetencji.

Projekt nie nakłada żadnych obowiązków o charakterze majątkowym na mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597), w związku z czym nie podlega notyfikacji.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.