

## **Nowy katalog wyrobów medycznych, zaopatrzenie stomii (projekt MZ)**

### **Limity miesięczne**

**Kolostomia** – jednoczęściowy 8 zł x 35 szt. = 280,00 zł (pacjent 10% - 28,00 zł)

dwuczęściowy - worek 6 zł x 35 szt. = 210,00 zł (pacjent 10% - 21,00 zł)

**Ileostomia** – jednoczęściowy 11,5 zł x 35 szt. = 402,50 zł (pacjent 10% - 40,25 zł)

dwuczęściowy - worek 8 zł x 35 szt. = 280,00 zł (pacjent 10% - 28,00 zł)

**Urostomia** – jednoczęściowy 13,00 zł x 35 szt. = 455,00 zł (pacjent 10% - 45,50 zł)

dwuczęściowy - worek 11,00 zł x 35 szt. = 385,00 zł (pacjent 10% - 38,50 zł)

**Płytką stomijną** – 20 zł x 8 szt. = 160,00 zł (pacjent 10% - 16,00 zł)

**Pasta stomijna** – 50 zł/min. 50 g (pacjent 20% - 10 zł); 25 zł/min 25 g (pacjent 20% - 5 zł)

**Pierścienie** – 15 szt./m-c; 6 zł/szt. (pacjent 20% - 1,20 zł)

**Półpierścienie** – 30 szt./m-c; 3 zł/szt. (pacjent 20% - 0,60 zł)

**Spray** – min 50 ml, 1 szt./m-c; 30 zł (pacjent 20% - 6,00 zł)

**Chusteczki do usuwania przylepca** – 30 szt./m-c; 1 zł/szt.; (pacjent 20% - 0,20 zł)

**Pozostałe środki będą niedostępne w refundacji, co oznacza 100% odpłatności dla pacjenta.**

**Ponadto jeśli dany sprzęt będzie przekraczał koszty ustalone w limicie kwotowym za 1 sztukę, pacjent powyżej limitu dopłaci 100%. I tak np. w przypadku worka jednoczęściowego kolostomijnego convex przy cenie 13,40 zł/szt. pacjent dopłaci 10% z 8 zł, czyli 0,80 zł plus różnicę pomiędzy 13,40 a 8,00 zł, co nam daje w sumie 6,20 zł dopłaty do jednego worka. W przypadku worka ileo (otwartego) convex będzie to 6,25 zł dopłaty do 1 sztuki, a worka uro 9,50 zł do jednej sztuki. Jak to policzymy na limit miesięczny 35 worków, to mamy dopłaty pacjentów w wysokości 217 zł, 218,75 zł i 332,50 zł!!! Już nie piszę o cenach i dopłatach za sprzęt soft convex, bo tu już są kwoty grubo powyżej 10 zł dopłaty za każdą sztukę.**

Z kolei w sprzęcie dwuczęściowym płytkę oszacowano na 20 zł i tylko 8 sztuk przy dopłacie 10%, czyli 2 zł, ale też powyżej 20 zł będzie 100% dopłaty. Oznacza to, że przy cenie płytki 25 zł pacjent dopłaci 7 zł, a przy cenie 28 zł dopłata wyniesie 10 zł. Jeśli to przemnożymy przez 8 sztuk, to mamy odpowiednio 58 i 80 zł dopłaty miesięcznie do tych 8 płytek. Jeśli pacjent ma kod 47ZN to też będzie musiał odpowiednio dopłacić do zwiększonego limitu. Natomiast

pacjenci bez tego kodu będą musieli zapłacić 100% kosztów powyżej limitów ilościowych, tak płytek, jak i worków!

**POL-ILKO będzie wnioskować o utrzymanie jednego kodu na refundację wyrobów stomijnych, albowiem to już jest problem dla POZ, a co dopiero przy 4 różnych zleceniach dla jednego pacjenta (tak jest w nowym projekcie).** Jest to bowiem rozwiązanie bardziej elastyczne dla pacjenta. Może sobie regulować ilość potrzebnych worków i płytek (w przypadku sprzętu dwuczęściowego) oraz niezbędnych środków do pielęgnacji stomii.

**Ponadto będziemy apelować o zwiększenie limitów kwotowych do 400 zł – kolostomia, 500 zł – ileostomia, 600 zł – urostomia. Przypomnę, że limity są niewaloryzowane od roku 2003! Wynoszą odpowiednio: 300 zł, 400 zł i 480 zł. Oficjalny poziom inflacji (podawany przez GUS) od 2003 do 2021 roku to 42% plus ten rok, jak wiemy kilkanaście % to mamy realny spadek o ponad 50%!**

**Chcę też przypomnieć, że stomia, to w 80% wynik choroby nowotworowej (rak jelita grubego, pęcherza i nerki, czy też powikłań w nowotworach ginekologicznych okolicy miednicy u kobiet). Dotyczy też w szczególności osób powyżej 60 i 70 roku życia z raczej niskimi świadczeniami emerytalno – rentowymi.**