

System zamknięty czy otwarty
Pieluchy na receptę?

Neurourologia - nadzieją dla pacjentów



JAKI SYSTEM?

Dążąc do poprawy jakości życia osób z problemem NTM, rozpoczynamy debatę nad wyborem optymalnego systemu zaopatrzenia osób z problemem NTM w refundowane materiały wchłaniające.

Realizując już od ponad roku Program Prospołeczny "NTM - Normalnie Życ" zdołaliśmy osiągnąć wiele. Podnieśliśmy świadomość istnienia problemu NTM wśród wie-

Uważamy, iż obecny okres znakomicie nadaje się na taką dyskusję. Decyzją parlamentu i prezydenta RP, Polska zmienia w sposób zasadniczy system opieki zdrowotnej. Od 1 stycznia 2004 roku zacznie w pełni działać Narodowy Fundusz Zdrowia. Zniknie 16 regionalnych i jeden branżowy system zaopatrzenia chorych w refundowane produkty wchłaniające. Zastąpi je, mocą roz-

porządzenia ministra zdrowia, ujednolicony system obowiązujący w całej Polsce. Jaki on będzie? Czy zlikwiduje absurdy istniejące obecnie? Czy poprawi system dystrybucji pieluch anatomicznych i pieluchomajtek? Czy wyrówna szanse wszystkich producentów i dystrybutorów na rynku? Czy sprawi, że osoby z problemem NTM poczują się w Polsce jak w cywilizowanym, europejskim kraju? Głęboko wierząc iż Ministerstwo Zdrowia jest otwarte na dyskusję i propozycję, ufamy, że wykorzysta zebrane przez nas opinie do wypracowania jak najlepszego projektu rozporządzenia. Zapraszamy wszystkich zainteresowanych, łącznie z przedstawicielami resortu oraz NFZ, do poszukiwania jak najlepszych rozwiązań, zmierzających do stworzenia optymalnego systemu zaopatrzenia w środki wchłaniające.

Zdecydowaliśmy się zaproponować kilka, naszym zdaniem, oczywistych kryteriów, które powinny obowiązywać w docelowo przyjętym syste-

Kryteria obowiązujące w ujednoliconym systemie zaopatrzenia osoby z problemem NTM w refundowane środki wchłaniające:

- wybór rodzaju i marki produktu wchłaniającego przez pacjenta, a nie przez urzędnika,
- wolny rynek dla wszystkich dostawców, których produkty spełniają w sposób jednoznaczny i klarowny wszystkie normy krajowe i Unii Europejskiej,
- możliwość zakupu refundowanych środków wchłaniających we wszystkich aptekach oraz innych punktach spełniających podstawowe kryteria wejścia do systemu refundacji na terenie całego kraju,
- pełne ewidencjonowanie i kontrola wydatków finansowych na poziomie krajowym.

lu grup naszego społeczeństwa. Zdobyliśmy aktywne wsparcie środowiska medycznego dla naszych działań. Dzięki współpracy z wieloma stowarzyszeniami, skupiającymi osoby z problemem NTM, zyskaliśmy wiele cennych informacji i uwag na temat oceny działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Wreszcie, dzięki życzliwości i wielokrotnie zdumiewającej determinacji ludzi z całej Polski dowiedzieliśmy się jak wiele jest jeszcze problemów dotyczących NTM, które należy naprawić lub uporządkować.

Wychodząc naprzeciw tym wszystkim głosom oraz odczuwając konieczność dalszych działań, zdecydowaliśmy się zainicjować serię debat, których nadrzędnym celem jest poprawa sytuacji osób z problemem NTM. Zaczynamy od tego z czym na co dzień ma do czynienia każda cierpiąca osoba, czyli od środków wchłaniających moc i sposobu ich dystrybucji w Polsce.

Opierają się one na filozofii zbudowanej wokół pacjenta, który powinien być najważniejszym filarem nowego, ujednoliconego systemu zaopatrzenia w produkty wchłaniające.

Jako osoba odpowiedzialna za realizację Programu Prospołecznego "NTM - Normalnie Życ" deklaruje, iż będziemy informowali o wynikach debaty ministra zdrowia oraz inne wskazane przez niego osoby.

Tomasz Michałek

Program Prospołeczny "NTM - Normalnie Życ"

Sugestie i opinie prosimy przysyłać pod

e-mail: ntm@ntm.pl

lub pod nr faxu (22) 3359710 z dopiskiem "Jaki system".

INFOLINIA PROGRAMU PROSPOŁECZNEGO "NTM- Normalnie Życ"

0 801 800 038

Od 3 lutego br. działa ogólnopolska infolinia 0 801 800 038, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu. Telefon jest czynny w dni powszednie w godzinach 8.00 - 20.00 i w soboty 8.00 - 16.00.

Koszt połączenia wynosi 0.29zł plus VAT.

Spis treści

kwiecień 2003

Jaki system - wstęp	2
Czy producent musi zakładać zoz - wywiad z Maciejem Tokarczykiem, prezesem UNUZ Maria Weber	4
Bronimy pacjentów Maria Weber	5
Pieluchy u sąsiada Maria Weber	6
System zamknięty czy otwarty Maria Weber	9
Dwoista natura środków chłonących Anna Delega	10
Asystent idzie do banku - wywiad z Izabelą Odrobińską, z Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Iza Marcisz	13
Na pograniczu trzech nauk prof. Andrzej Borkowski, dr Piotr Radziszewski	14
Ze świata - W Szwecji bezpłatnie	17
Listy	18
Wspomaganie ruchem	20
Aktualności	21

Do Czytelników,

Program Prospołeczny "NTM-Normalnie Żyć" a wraz z nim Kwartalnik NTM obchodzi pierwszy rok istnienia. W ciągu tego okresu postawiliśmy dopiero pierwszy krok. Pokazaliśmy społeczeństwu, że wśród nas są ludzie, których rytm życia został zakłócony przez dolegliwość nietrzymania moczu. Poczucie wstydu, konieczność częstego korzystania z toalety czy wręcz używania pieluch lub pieluchomajtek sprawił, iż osoby te czuły się wyobcowane ze społeczeństwa. Najczęściej też, w obawie przed plotkami i nietolerancją, chowają się za zasłoną milczenia. Problem nietrzymania moczu dotyczy całkiem pokaźnej grupy społeczeństwa, ponad 3,5 miliona osób.

O skali potrzeb i konieczności przeprowadzenia wielu zmian w systemie zaopatrzenia osób cierpiących na NTM w środki pomocnicze piszemy w bieżącym, piątym numerze kwartalnika. W obliczu zmiany ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym pojawiła się możliwość wprowadzenia w życie lepszego i prostszego systemu. Namiastki tego systemu istniały w kilku regionach Polski. W pozostałych kasy chorych wprowadziły systemy biurokratyczne dla pacjentów, świadczeniodawców i... dla siebie. Ograniczenia tego systemu pokazaliśmy w artykule "Pieluchy u sąsiada". Wady były widoczne gołym okiem a mimo to kasy chorych upierały się przy wprowadzeniu tzw. systemu zamkniętego. Dlaczego? Zapytaliśmy o to Macieja Tokarczyka, prezesa byłego już UNUZ, który znalazł sporo zrozumienia dla tego rozwiązania. Jesteśmy jednak zdania, że jeśli dane rozwiązanie nie sprawdza się w życiu, należy zmienić przepisy prawne a nie brnąć dalej w absurdy. Dlatego w kolejnym artykule "System zamknięty czy otwarty" pokazujemy możliwość wprowadzenia lepszego, dogodnego dla wszystkich rozwiązania. Zapraszamy do dyskusji na ten temat.

W Kwartalniku piszemy też o sytuacji ludzi cierpiących na stwardnienie rozsiane, natomiast nasi medyczni konsultanci, dr Piotr Radziszewski i prof. Andrzej Borkowski, nawiązują do seminarium, które odbyło się w grudniu 2002 roku. Uczni dowodzili, iż dzięki współpracy urologów, neurologów i ginekologów chorzy mają więcej szans na powrót do całkowitego zdrowia. Ponadto, piszemy o sytuacji osób cierpiących na NTM w bogatej Szwecji, prezentujemy porcję ćwiczeń i listów, które do nas napłynęły w ostatnich trzech miesiącach.

Mamy nadzieję, że piąty numer kwartalnika spełni Państwa oczekiwania. Prosimy o listy, telefony i e-maile.

Redakcja

Kwartalnik NTM

Redaktor wydania

Maria Weber

Sekretarz redakcji

Sylvia Milczarek

Komitet redakcyjny:

dr med. Piotr Radziszewski

dr med. Piotr Dobroński

Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Adres redakcji

ul. Księcia Janusza 64

01 452 Warszawa

tel. 0 (prefiks) 22 335 97 00, 335 97 63

fax 0 (prefiks) 22 335 97 10, 335 97 20

e-mail:

ntm@ntm.pl

maria.weber@ntm.pl

www.ntm.pl**infolinia: 0801 800 038**

Program
Prospołeczny
"NTM -
Normalnie
Żyć"

Wydawca:

Warsaw Voice S.A.

na zlecenie

WV Marketing

Sp.z o.o.

CZY PRODUCENT MUSI ZAKŁADAĆ ZOZ



z Maciejem Tokarczykiem

prezesem Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych rozmawia Maria Weber

W trakcie kilkuletniej działalności kas chorych wykształciły się dwa systemy zaopatrzenia pacjentów w pieluchy i pieluchomajtki. Pierwszy z nich, nazwijmy go otwartym, obowiązuje w województwie małopolskim i śląskim. Polega m.in. na możliwości realizacji wniosku w dowolnej aptece czy punkcie medycznym. Kasy chorych nie zawierają w tym systemie umów ze świadczeniodawcami. Rozwiązanie to jest przejrzyste i pozbawione biurokracji. Odmiennie systemy, które nazwijmy zamkniętymi, obowiązują w pozostałych regionach. Tam kasy chorych przeprowadzają konkursy dla świadczeniodawców, wymagają od nich tworzenia własnych systemów dystrybucji a pacjentów odsyłają do nielicznych punktów realizujących wnioski. Jak Pan ocenia powyższe systemy? Dlaczego jedynie dwa regiony utworzyły system prostszy, bardziej zrozumiały dla wszystkich i w dodatku tańszy?

Chciałbym zwrócić uwagę, że w Polsce obowiązuje jeden system w oparciu o przepisy prawne mówiące, iż kasa chorych, obracająca środkami publicznymi, musi zapewnić zrównoważenie kosztów środków pomocniczych ze środkami przewidzianymi na nie w planie finansowym. Przepis ten jest jednoznaczny i nie pozwala na stosowanie w pełni otwartego systemu, takiego jaki obowiązuje w kasie Małopolskiej i Śląskiej. W przypadku zaopatrzenia w pieluchy i pieluchomajtki kasy chorych muszą wybierać świadczeniodawców w konkursie ofert, tak jak w przypadku pozostałych usług zdrowotnych. Gdyby uznać, że zaopatrzenie nie jest świadczeniem medycznym, wówczas trzeba by zastosować inną formę wydatkowania środków finansowych w tej dziedzinie, a mianowicie należałoby posłużyć się ustawą o zamówieniach publicznych.

Dlaczego w takim razie Małopolska i Śląska Kasa nie zawiera-

ły umów z producentami i dystrybutorami?

W ocenie Urzędu Nadzoru działania te były nieprawidłowe i przyczyniły się do powstania problemu związanego z niemożnością kontroli tych świadczeń, a co za tym idzie brakiem kontroli nad wypływem pieniędzy z kasy chorych. To, co jest oczywiste na rynku aptecznym, regulowanym odpowiednimi rozporządzeniami, jest nie do przyjęcia w przypadku środków pomocniczych. Po pierwsze, nie mamy możliwości sprawdzenia czy świadczenie spełnia do końca wymogi i oczekiwania w tym zakresie. Po drugie, ze względu na brak umów nie wiemy, jaki jest maksymalny poziom finansowania świadczenia.

Czy to znaczy, że obie Kasy łamały prawo?

Kasy te wykorzystały nieścisłości w ustawie i interpretowały inaczej niż pozostałe przepisy prawa. W zeszłym roku Urząd prowadził postępowanie o nałożeniu kar finansowych na członków zarządu tych kas z powodu nieumownego przekazywania środków finansowych. Może się na przykład okazać, że w ciągu roku wystąpi większe zapotrzebowanie na środki ortopedyczne, ale nie znając określonego maksymalnego poziomu finansowania, trudno by było je spełnić. Chcę podkreślić, że stosowanie tego systemu mogło doprowadzić do złamania przez kasy zasady równoważenia kosztów z przychodami oraz, co gorsza, do niekontrolowanego wypływu pieniędzy publicznych z kasy chorych.

Poprzedni zarząd Małopolskiej Kasy odwołał się do sądu od decyzji UNUZ i wygrał sprawę...

Sprawy te toczyły się przed Urzędem Nadzoru i wykazały nie do końca zgodny z prawem charakter przyjętego systemu. Należy tu powiedzieć, że większość kas chorych jednoznacznie interpretowała przepisy prawne.

Czy ta właśnie interpretacja zmuszała oferentów do zakładania ZOZ-ów

w przypadku dostarczania środków pomocniczych dla województwa lubelskiego i łódzkiego oraz traktowania zaopatrzenia jako świadczenia zdrowotnego? Dlaczego na ten pomysł wpadły tylko te dwie kasy?

Kasa chorych nie jest odpowiedzialna za organizację świadczeń zdrowotnych, ale musi wiedzieć w jakim sklepie i w jakich warunkach produkt będzie sprzedawany. Wprawdzie pacjenta nie interesuje z kim kasa podpisuje umowę, z ZOZ-em czy osobą fizyczną, ale oczekuje, iż podmiot będzie wiarygodny, czyli odpowiedzialny za zaopatrzenie i zorganizowanie systemu dystrybucji. Dobór środka pomocniczego niewątpliwie jest świadczeniem zdrowotnym i wymaga w związku z tym spełnienia pewnych procedur.

Czy tego bardzo skomplikowanego dla wszystkich systemu nie można uprościć? Obecnie świadczeniodawcę obarcza się odpowiedzialnością nawet za zły numer peselu na wniosku, nie mówiąc już o braku ubezpieczenia pacjenta?

Nowa ustawa przewiduje pewne zmiany, m.in. wprowadzenie jednolitej karty ubezpieczonego. Kto ma jednak obecnie odpowiadać za wady formalne wniosku i brak rejestracji pacjenta? Pieniądze z ubezpieczenia zdrowotnego są środkami publicznymi, należnymi osobom ubezpieczonym. Uważam, że weryfikowanie przez świadczeniodawców tego, czy pacjent jest osobą ubezpieczoną leży w ich dobrym interesie, gdyż, o czym należy pamiętać, kasa chorych refunduje świadczenia zdrowotne tylko za tych z nas, którzy podlegają powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Innymi słowy kasa nie zapłaci świadczeniodawcy za osoby nieubezpieczone.

Czy jednolity system zaopatrzenia ułatwi w przyszłości życie pacjentom i świadczeniodawcom?

Podstawowe zasady powinny być jednakowe dla całego kraju, zaś nakłady wyrównane. Umowy ze świadczeniodawcą będą więc miały charakter wartości-

wy. Po kilku latach, kiedy okaże się, iż zakresy i struktury zaopatrzenia są różnorodne, można będzie wprowadzić pewne zmiany.

Utrwali się zatem zbiurokratyzowany system zamknięty....

Trudno powiedzieć, czy jest to system zbiurokratyzowany, choć przyznaje, iż świadczeniodawca nie powinien ponosić nadmiernych kosztów współpracy z kasą chorych, czy następnie z oddziałami NFZ.

Przy Mazowieckiej Regionalnej Kasie Chorych pracował zespół powołany do wypracowania założeń przyszłej ujednoczonej umowy w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze. Czy zna Pan te założenia?

Prace różnych zespołów trwają od dwóch lat, a szczegóły będą znane, kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia zacznie działać jako instytucja.

Dziękuję Panu za rozmowę.

Bronimy pacjentów

Maria Weber

Maciej Tokarczyk broni tych kas chorych, które wprowadziły u siebie skostniały, zbiurokratyzowany i odwrócony plecami od rzeczywistości system. W jego mniemaniu jest to konieczne, ponieważ tylko one potrafią kontrolować budżet przewidziany na środki pomocnicze. Kasy, które nie zawierają umów, doprowadzają do niekontrolowanego wypływu pieniądza, przez co działają na szkodę pacjentów i samych siebie. Niestety nie przekonał nas do końca, ponieważ brak limitowania pieniędzy w ramach umów z dostawcami, nie ma nic wspólnego z brakiem kontroli nad nimi i budżetem. Wystarczy monitorować realizację wniosków wystawionych przez lekarzy i rozliczać się z poszczególnymi aptekami lub sklepami medycznymi. Jeśli limit ulegnie wyczerpaniu, wówczas dotyczy on wszystkich dystrybutorów a nie tylko "wybranych". Są to jednak teoretyczne rozważania, ponieważ do tej pory nie zabrakło środków na pieluchy i pieluchomajtki. W syste-



Dominiak Szurzak

mie umów wartościowych dość często natomiast się zdarza, iż kończą się przed czasem limity określone w umowach z niektórymi dystrybutorami. Pacjent jest wówczas zmuszany do nabycia środka innego producenta. Takich dylematów nie ma przy braku umów. Ale UNUZ zdaje się nie dostrzegać obopólnej korzyści tego rozwiązania.

Prezes Tokarczyk nie wytłumaczył też, dlaczego zakładanie ZOZ-ów jest koniecznością w jednych regionach a w innych nie. Nawiasem mówiąc ostatnio zmienił zdanie w tej sprawie, przy okazji organizacji konkursu ofert przez Śląską Kasę Chorych (piszemy o nim na ostatnich stronach Kwartalnika, w Aktualnościach), która umieściła w warunkach konkursu wymóg posiadania ZOZ-u na terenie Śląska. Przeciwno temu zaprotestowali dystrybutorzy. Ku zaskoczeniu wszystkich UNUZ zareagował zgodnie z głosem rozsądku. W swym stanowisku napisał, że po dokonaniu analizy przepisów, w konkursie mogą wziąć udział podmioty, które w ramach prowadzonej działalności gospodarczej zajmują się wytwarzaniem, obrotem i naprawami przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych oraz leczniczych środków technicznych. "Brak jest przeciwwskazań do uznania tych podmiotów za osoby posiadające fachowe kwalifikacje do udziela-

nia świadczeń zdrowotnych i udzielając ich w ramach działalności gospodarczej", brzmi dość pokrętnie tłumaczenie urzędu. Ale to wystarczyło, aby stwierdzić, iż produkcja i dostawa środków pomocniczych nie ma nic wspólnego z czynnościami "stricte medycznymi" i tym samym oferenci nie muszą spełnić tego warunku konkursu.

W trakcie swego działania urząd, powołany do nadzorowania kas chorych, dał wiele dowodów biernej postawy. Świadczy o tym na przykład pociąganie do odpowiedzialności zarządu Małopolskiej Kasy za brak umów z dystrybutorami czy brak reakcji na próbę ograniczenia dotychczasowego limitu 60 pieluch i pieluchomajtek miesięcznie do połowy tej kwoty przez Dolnośląską Kasę Chorych. Na szczęście Kasa wycofała się z tego pomysłu, ale... dopiero po protestach różnych organizacji, krajowych i lokalnych, w tym Programu Społecznego "NTM-Normalnie Życ". Może więc dobrze się stanie, że UNUZ zniknie, a w jego miejsce pojawi się inna forma organizacyjno-prawna nadzorująca oddziały NFZ. Taki partner, który z dystansu obserwuje działalność podmiotów, jest potrzebny po to, aby rozwiązywać problemy, a nie jedynie monitorować je z ustawą w rękę. Życie niesie wiele niespodzianek. Stawić im czoło powinien partner aktywny i pozytywnie nastawiony do pacjentów.

Pieluchy u sąsiada czy w najbliższej aptece

Maria Weber

Reforma ubezpieczeń zdrowotnych, wprowadzona przez rząd premiera Jerzego Buzka, miała doprowadzić do standa-

powstał w zasięgu działania Małopolskiej i Śląskiej Kasy Chorych. Podobne stworzyły kasy: Świętokrzyska, Dolnośląska i Podkarpacka. Wyróżniają się one przede

głównie punkty medyczne. W niektórych, na przykład Warmińsko-Mazurskiej czy Zachodniopomorskiej Kasie Chorych postawiono nacisk na dowóz do domu. Łą-

Ranking Kas Chorych wg dostępu do środków pomocniczych

KCH	Liczba świadczeniodawców, z którymi kasami chorych podpisały umowy	Liczba aptek i punktów dystrybucyjnych, realizujących wnioski na refundowane środki chłone	Liczba mieszkańców przypadająca na jeden punkt realizujący wnioski	Typ umowy Umowy formalno-prawne
1. Świętokrzyska	Brak konieczności podpisywania umów z kasami	400	3310	Umowy formalno-prawne
2. Śląska	Brak konieczności podpisywania umów z kasami	1058	4253	Umowy formalno-prawne
3. Małopolska	Brak konieczności podpisywania umów z kasami	668	4790	Umowy formalno-prawne
4. Podlaska	4	226	5309	Umowy wartościowe
5. Mazowiecka	7	595	8547	Umowy wartościowe
6. Lubuska	6	117	8571	Umowy wartościowe
7. Dolnośląska	5	320	9380	Umowy wartościowe
8. Kujawsko-Pomorska	4	185	11351	Umowy wartościowe
9. Pomorska	7	172	12790	Umowy wartościowe
10. Wielkopolska	5	220	15454	Umowy wartościowe
11. Podkarpacka	5	120	17500	Umowy wartościowe
12. Opolska	5	95	21052	Umowy wartościowe
13. Zachodniopomorska	6	60	24285	Umowy wartościowe
14. Lubelska	4	70	31428	Umowy wartościowe
15. Łódzka	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
16. Warmińsko-Mazurska	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

b.d kasy chorych odmówiły podania informacji źródło:KCH

ryzacji świadczeń zdrowotnych oraz określenia ich wartości. W praktyce okazało się to nierealne. Co więcej, niejasne przepisy prawa umożliwiły ich dowolną interpretację. Pokazują to między innymi systemy zaopatrzenia w środki chłone. Liczba mnoga jest tu jak najbardziej uzasadniona, ponieważ każda kasa decydowała o swoim własnym systemie. Możemy je generalnie podzielić na dwa przeciwstawne sobie systemy. Pierwszy z nich, nazwijmy go umownie otwartym, ukierunkowanym na potrzeby pacjenta,

wszystkim brakiem kontraktów wartościowych; podpisują natomiast umowy z aptekami i punktami medycznymi. W pozostałych regionach wykształciły się mniej lub bardziej podobne systemy biurokratyzowane, pełne ograniczeń i przedmiotowo traktujące pacjentów. Nazwalimy je umownie zamkniętymi, ze względu na stosowanie wielu barier dostępu do rynku dla dystrybutorów i możliwości realizacji wniosków przez pacjentów. Różnice regionalne polegają na tym, iż w jednym jest więcej aptek, a w innych są to

czy je jednak jedna wspólna cecha: wymóg podpisywania umów wartościowych przez świadczeniodawców. Najbardziej restrykcyjny system powstał w regionie łódzkim i lubelskim. Tam, kasy chorych wymagają zakładania przez producentów lub dystrybutorów zakładów opieki zdrowotnej, wychodząc z założenia, iż zaopatrzenie chorych w środki chłone jest świadczeniem zdrowotnym.

Powyżej w tabeli przedstawiamy podstawowe różnice w zaopatrzeniu w środki chłone w 2002 roku.



Rozliczyć punkt czy dostawcę?

Uzyskane przez nas dane wymagają komentarza, ponieważ kryją się za nimi istotne różnice. Niektóre kasy, jak zaznaczono, nie podpisują umów z producentami lub dystrybutorami. Nie znaczy to, że dopuszczają na swój teren każdego dostawcę. Muszą oni spełnić kryteria określone przez kasy, głównie w zakresie jakości produktu i dostępu do niego. Dlatego na terenie działania kas Małopolskiej czy Śląskiej nie wszyscy zaopatrzeniowcy mogą dostarczać środki chłonnae ale i tak jest ich więcej niż w innych regionach. Kasy te rozliczają się z aptekami i punktami medycznymi a nie z dystrybutorami. Dlatego dostęp do produktów jest w nich powszechny.

W innych regionach ogłaszano konkursy ofert na świadczeniodawców, stawiając niejednokrotnie trudne i nie-

jasne wymagania. Kasy rościły sobie też prawo do wyboru zaledwie jednego lub dwóch dostawców.

Tak, na przykład, postąpiła Warmińsko-Mazurska Kasa Chorych, która wybrała tylko dwóch dystrybutorów: Lemar i Farmpol (dystrybutor Toruńskich Zakładów Materiałów Opatunkowych).

Jednocześnie zażądała od nich zorganizowania dostaw środków bezpośrednio do domu w całym regionie. Nic więc dziwnego, że w konkursie wygrały firmy czysto handlowe, a nie producenci. Obie firmy dysponują

kilkunastoma punktami dystrybucyjnymi w całym województwie, ale w 90 procentach realizacja wniosków odbywa się w domu pacjenta. Kiedy jest on nieobecny, wówczas kierowca zostawia środki chłonnae w kiosku, u sąsiada, w sklepie. Nie trudno się domyśleć, iż system ten nie znalazł uznania w oczach pacjentów, którzy czują się osmieszeni i upokorzeni. Warmińsko-Mazurska Kasa Chorych odmówiła nam zresztą informacji na ten temat. W innych rejonach dostawy do domu stanowią uzupełnienie aptek i punktów dystrybucyjnych. W niektórych wręcz się nie sprawdziły, ponieważ zawiedli sami dystrybutorzy. Dostawy do domu wymagają posiadania sporego taboru samochodowego z przeszkolonymi kierowcami. Nie wszystkich na to stać.

W regionie Lubelskiej Kasy Chorych działa tak naprawdę jedna firma, Medicus, do której należy 90 procent rynku. Oznacza to, że w umowie kasa przyzna-

ła tej firmie znacznie większy limit niż pozostałym dystrybutorom, a właściwie ZOZ-om, ponieważ firmy mogą działać tylko w tej formie prawnej. Jest to zresztą ewenement w skali europejskiej.

Inne kasy dopuszczają dystrybucję poprzez apteki i punkty medyczne, ale umowy podpisują z nielicznymi. Klasyfikacyjnym przykładem jest postępowanie Łódzkiej, Mazowieckiej i Lubelskiej Kasy Chorych, które zgadzają się na sprzedaż środków w aptekach lecz ich liczbę reglamentują.

Z kolei w zasięgu działania Podkarpackiej Kasy Chorych sprzedaż odbywa się w aptekach, które podpisały umowy z producentami wybranymi przez kasę. Nie stawia ona jednak im ograniczeń kontraktowych, co oznacza, że wybór dystrybutora odbywa się na podstawie kryteriów jakości, a nie wartości.

Pułapki na... pacjenta

O jakości poszczególnych systemów świadczy wskaźnik mieszkańców przypadających na jeden punkt dystrybucyjny realizujący wnioski. Z tabeli wynika, że mniejszy wskaźnik, czyli mniej mieszkańców przypadających na jeden punkt, występuje w tych regionach, które wprowadziły system otwarty. Łatwo się zatem domyśleć, że najmniejszy występuje w Świętokrzyskiem, Małopolsce i na Śląsku - poniżej 5000 mieszkańców. Największy natomiast w województwie lubelskim, opolskim i zachodniopomorskim. Dość niski wskaźnik w województwie mazowieckim nie powinien być powodem do zadowolenia, ponieważ w regionie tym występuje duże nasycenie w punkty medyczne i apteki w stosunku do zamieszkującej tu ludności. Nie podaliśmy czytelnikom wskaźników w województwie łódzkim czy warmińsko-mazurskim, ponieważ, przypomnę, Kasy Chorych odmówiły przesłania informacji.

Poza utrudnionym dostępem do punktów dystrybucyjnych, wielu pacjentów zaskakują dodatkowe pułapki w tych kasach, które podpisują umowy wartościowe. Kiedy bowiem danemu świadczeniodawcy kończy się limit określony w umowie przez kasę, pacjent nie może zrealizować wniosku na wypisany środek tego producenta. Kasa chorych proponuje mu wówczas naby-



Dorota Burzak

cie innego, zwykle tańszego produktu lub oczekiwanie do kolejnego okresu kontraktowego. Zdarza się, iż zgadza się zapłacić za “ponadkontraktowe” środki, ale ostatnio coraz rzadziej.

Dowolność w interpretacji prawa sprawiła również, iż systemy te są nieporównywalne, nawet w zakresie zrealizowanych wniosków. Jedne kasy rejestrują bowiem pacjentów, inne natomiast same wnioski.

Dotychczasowy system zaopatrzenia w środki chłonna wymaga zdecydowanej naprawy. Pojawia się też pytanie, kto na tej naprawie skorzysta najwięcej. Pacjent, dostawca środków wchłaniających? Czy może urzędnik?

Komentują:



**Krystyna
Barbara
Kozłowska**
*Dyrektor
Biura Praw
Pacjenta*

Dla pacjenta najważniejsza jest dostępność do produktu. W sytuacjach szczególnych liczba środków powinna zostać nawet zwiększona. Równie ważna jest możliwość ich nabycia. Jeśli istnieje niewiele punktów wydających produkty wówczas pacjent jest narażony na kłopotliwe dojazdy. Nie ma też pewności, że są one dostępne. Podpisanie umów z zaledwie trzema czy czterema dostawcami powoduje, że pacjent jest

skazany na trzy lub cztery produkty. Z przedstawionego w tekście obok zestawienia wynika, że zbliżony do ideału jest system stosowany w kasie Małopolskiej. Chroni on najlepiej pacjenta. Natomiast najmniej doskonały jest obowiązujący w kasie Mazowieckiej system ograniczający liczbę punktów zaopatrzenia.

Wszystkich zainteresowanych tym problemem na pewno niepokoi co stanie się po 1 kwietnia, gdy zacznie funkcjonować Narodowy Fundusz Zdrowia. Z zapisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ wynika, że nie będzie znaczących zmian. Odpowiedzią na wnioski stowarzyszeń i organizacji zrzeszających pacjentów z problemami nietrzymania moczu jest wprowadzenie zamiennie pieluch anatomicznych i pieluchomajtek na podkłady i wkłady anatomiczne. Życzę wszystkim zainteresowanym, aby dystrybucja była oparta na systemie najlepiej funkcjonującym.



Elżbieta Szwałkiewicz
*Konsultant Krajowy
w Dziedzinie
Pielęgniarstwa
Przewlekłe Chorych
i Niepełnosprawnych*

Do kręgu moich zainteresowań zawodowych należy problem nietrzymania moczu, który jest dolegliwością niemal wszystkich pacjentów objętych opieką przez Centrum Pielęgnacyjne “Niebieski Parasol” w Olsztynie.

Kasy Chorych podeszły do sprawy środków pomocniczych, czyli pieluch i pieluchomajtek indywidualnie, stosując swoją własną regionalną politykę. Dlatego mamy taką sytuację jak opisana w artykule. Sensownym wydaje się wprowadzenie ujednoczonych limitów cen. Pozwoli to na regulowanie zobowiązań oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, a sprzedaż pieluchomajtek ponad ustalonym limitem byłaby regulowana przez rynek. To pacjent powinien decydować, który z dostępnych produktów chce nabyć, gdzie i za jaką cenę. Dostępność do tych produktów powinna być zapewniona we wszystkich aptekach, a wykorzystana refundacja każdorazowo odnotowana na przykład w karcie zaopatrzenia pacjenta, co zapobiegnie powielaniu refundacji i niekontrolowanemu zwiększaniu kosztów z tego tytułu.

W niektórych rejonach kraju dostarcza się pieluchomajtki do domu pacjenta. Organizatorzy tego sposobu dystrybucji uważają to za dobrodziejstwo i gest w stronę klienta. Niestety w większości przypadków takie postępowanie narusza prawo człowieka do intymności i pozbawia go możliwości wyboru produktu adekwatnego do jego potrzeb.

Stoję na stanowisku, że powinien być ustalony limit cenowy, pozwalający na zakup miesięcznie co najmniej 90 pieluchomajtek średniej jakości. Pacjent lub jego rodzina powinien mieć możliwość zrealizowania recepty wypisanej przez lekarza w każdej aptece.

Koszt leczenia skutków wynikających z zaniedbań pielęgnacyjnych spowodowanych brakiem lub zbyt małą ilością pieluchomajtek jest bardzo wysoki, znacznie wyższy niż koszt refundacji materiałów chłonących.

Nie znajduję żadnego logicznego wytłumaczenia dla sytuacji opisanej w artykule i ujętej w tabeli porównawczej. Praktyka, stosowana przez niektóre kasy, potwierdzania wniosku wystawianego przez lekarza na refundowane środki, jest narzędziem kontroli lekarza, a w efekcie utrudnia życie pacjentowi lub jego rodzinie. Najlepszym rozwiązaniem byłoby zakwalifikowanie pieluchomajtek do materiałów medycznych. Ale byłoby to zbyt proste. Przywykliśmy do skomplikowanych i zagmatwanych metod rozwiązywania problemów. Zawsze zadają sobie pytanie - w czym interesie to leży?

Artykuł dyskusyjny

System zamknięty czy otwarty?

Maria Weber

W najbliższym czasie Ministerstwo Zdrowia musi zdecydować, jakie zasady zaopatrzenia w środki pomocnicze będą obowiązywać w przyszłym roku. Dotychczasowe, stworzone przez kasy chorych systemy kończą swój żywot w końcu tego roku. Zarówno wcześniejsze zapowiedzi ministra Mariusza Łapińskiego jak i Marka Balickiego świadczą, iż resort zamierza wprowadzić jednolite zasady zawierania umów dla całego kraju. Podobno w Biurze Wdrażania NFZ trwają prace nad nimi ale, do tej pory, Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło projektu takiej umowy ani nie przeprowadziło konsultacji z zainteresowanymi środowiskami, w tym ze stowarzyszeniami pacjentów. Godzi się tu przypomnieć, że ustawodawca uczynił dobro pacjenta główną ideą ustawy o NFZ. Niewykluczone, iż dojdzie jeszcze do publicznej dyskusji nad projektami umów. Zwracamy jednak uwagę na rosnący niepokój wśród zainteresowanych spowodowany ciszą w tej sprawie. Coraz częściej natomiast w tę "strefę cizy" wdzierają się plotki pochodzące ze sfer urzędniczych resortu.

System mazowiecki polega na:

- zawieraniu umów ilościowo-wartościowych ze świadczeniodawcami,
- negocjacji cen ze świadczeniodawcami,
- konieczności założenia ZOZ-u,
- odpowiedzialności świadczeniodawców za błędy popełnione przez lekarza lub brak ubezpieczenia pacjenta,
- wstrzymywaniu sprzedaży przez świadczeniodawcę w razie wyczerpania limitu w kontrakcie,
- ograniczeniu pacjentom wyboru marki produktu,
- ograniczeniu dostępu do punktów dystrybucyjnych.

Pod dyktando Mazowieckiej Kasy

Tajemnicą poliszynela stały się spotkania nieformalnego zespołu powołanego przez dyr. Sławomira Idzikowskiego z Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych w celu opracowania ujednoczonych zasad refundacji środków pomocniczych. Zespół nie został powołany Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, choć istnieje taka możliwość. Do udziału w pracach

tego zespołu zaproszono przedstawicieli 6 kas chorych (na 17 istniejących). Kilkakrotne spotkania (grudzień 2002- styczeń 2003) nie zakończyły się podpisaniem wspólnego protokołu z powodu wewnętrznej niezgody. Pod dokumentem zabrakło podpisów Małopolskiej i Śląskiej Kasy Chorych. Mazowiecka Kasa Chorych odmówiła nam udostępnienia informacji na temat opracowanych przez zespół wniosków. Nie znamy więc propozycji zespołu. Z dobrze poinformowanych źródeł wiemy jednak, iż większość członków nieformalnego zespołu opowiedziała się za stworzeniem systemu, który dzisiaj obowiązuje w Mazowieckiej Kasie Chorych z uwzględnieniem karty zaopatrzenia istniejącej w Wielkopolsce oraz ujednoczonych umów ze świadczeniodawcami wniosków.

Z analizy systemu mazowieckiego (mutacje tego systemu obowiązują w różnych regionach kraju, o czym piszemy w tekście "Pieluchy u sąsiada" na stronie 6) wynika, iż jest on skomplikowany, zbiurokratyzowany i korupcyjny, ponieważ uzależnia zaopatrzenie od decyzji urzędników. Świadczeniodawcy ponoszą też, z tytułu nieefektywnego systemu, nieuzasadnione koszty na przygotowanie dokumentacji, analizaowanie zleceń itp. Są one następnie przenoszone na koszt produktu a co za tym idzie na pacjenta. Jeśli zaś producent nie chce podnieść



Dariusz Surzak

ceny wówczas odbija się to na jakości produktu i też dotyka pacjenta.

Dlatego należy poważnie zastanowić się nad stworzeniem systemu znacznie prostszego i korzystnego dla wszystkich partnerów tego rynku. Działanie elementów tego systemu przetestowało kilka kas chorych i zdobyło uznanie zarówno pacjentów jak i świadczeniodawców. Zastrzeżenia mieli jedynie urzędnicy.

Rynek otwarty dla wszystkich

Propozycje oparłam właśnie na tym liberalnym rozwiązaniu, przy założeniu, iż część produktów chłonnych będzie nadal należała do kategorii "środków pomocniczych". W przypadku wyrobów medycznych sprawa zaopatrzenia sama się rozwiąże. Pacjent z receptą w rękę idzie do apteki i tam ją realizuje. W przypadku środków pomocniczych rynek dostępu do nich powinien zostać uwolniony zgodnie z kryteriami wymienionymi we wstępie, na stronie 2.

Spełnienie powyższych kryteriów oznacza uwolnienie rynku zaopatrzenia od wszystkich istniejących do tej pory wad. Jedną z nich były nieustające ingerencje, począwszy od organizacji konkursu ofert a skończywszy na dyktacie, jakie środki ma wybrać pacjent. W tym systemie tego nie ma. Są natomiast oszczędności finansowe, ponieważ publiczne pieniądze idą za pacjentem a nie za decyzją urzędniczą. Świadczeniodawcy nie ponoszą z tego tytułu dodatkowych kosztów.

Rynek zaopatrzenia jest dostępny dla każdego producenta czy dystrybutora, którzy potrafią wykazać, że ich

produkty są zgodne z normami krajowymi i jakościowymi.

Realizacja wniosków odbywa się w każdej aptece czy punkcie medycznym. Oddziały NFZ mogą je weryfikować poprzez sieć punktów ewidencyjnych. Pracownik punktu sprawdza, czy wniosek został poprawnie wystawiony, czy minął wymagany termin od ostatniego zaopatrzenia, rejestrują wniosek i odnotowują identyfikator przedmiotu lub środka oraz wysokość refundacji. Sieć nie musi liczyć w danym regionie wielu punktów. Jeśli bowiem uznamy, że pacjenci mogą wysyłać wnioski do punktu pocztą i otrzymać je w ten sam sposób, wystarczy kilka punktów w całym województwie.

Potwierdzony w punkcie ewidencyjnych wniosek może być zrealizowany w dowolnej aptece w kraju. Może to uczynić sam pacjent lub ktoś z rodziny. Na margines zostanie wówczas zepchnięta sprawa dowozu do domu, choć tego typu dystrybucji nie należy wykluczyć. Zawsze znajdują się bowiem osoby samotne i obłożnie chore, którym trzeba pomóc.

Oddział NFZ kontroluje realizację wniosków poprzez rejestr w punkcie ewidencyjnym oraz wydatki w tym zakresie. Tym samym zna na bieżąco sytuację budżetu przewidzianego na zaopatrzenie w środki pomocnicze. W przypadku wyczerpania budżetu (należy przewidzieć "czarny scenariusz") punkty ewidencyjne prowadzą listę oczekujących na środki chłonne pacjentów.

25 marca br. odbył się na stronie internetowej ministerstwa zdrowia (www.mz.gov.pl) czat z udziałem specjalistów od zaopatrzenia rynku w środki pomocnicze. Niestety osoby od-

powiedzialne za refundację nie dojechały. Z wypowiedzi pozostałych można się było dowiedzieć, iż zlecenia na refundowanie wyrobów medycznych będą wy-

Uwolnienie rynku to:

- realizacja wniosku w całym kraju,
- dopuszczenie konkurencji producentów i dystrybutorów,
- wybór marki należy do pacjenta
- kontrola wydatków poprzez punkty ewidencyjne.

stawiane na jednolitych receptach, analogicznie do leków. Recepty będą zawierały specjalną numerację zaś lekarz będzie je znakował kodem kreskowym dla usprawnienia identyfikacji lekarza. Recepty na wyroby medyczne będzie można realizować w całym kraju.

System ten dotyczy wyrobów medycznych a nie środków pomocniczych. Niestety w trakcie internetowej dyskusji nikt nie potrafił odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób pacjenci będą zaopatrywani w środki pomocnicze.

Wyzwalanie przedsiębiorczości

Otwarty dla wszystkich system sprzyja przedsiębiorczości. Zachętą dla przedsiębiorców jest możliwość stałej sprzedaży środków. Nowe apteki czy sklepy medyczne mogą konkurować ze sobą asortymentem, doradztwem i informacją. Dodajmy, że brak wymogu tworzenia własnej sieci dystrybucyjnej przez świadczeniodawcę wpływa również korzystnie na rynek. Znikną bowiem uprzywilejowane sklepy i posądzania o monopol rynkowy.

Powyższy system cechuje się przejrzystością i jawnością działania. Dlatego warto rozważyć wprowadzenie go w życie, jako obowiązującego w całym kraju. Propozycję tę kieruję nie tylko pod rozważenie producentom, dystrybutorom, urzędnikom, stowarzyszeniom ale przede wszystkim Ministerstwu Zdrowia oraz posłom i senatorom, czyli tym wszystkim, od których będzie zależało zadowolenie pacjentów i możliwość kontroli kosztów.



Dwoista natura środków chłonących

Anna Delega

W ostatnim półroczu pojawiło się kilka regulacji prawnych, które dotyczą środków chłonących. Niestety, prace legislacyjne nad poszczególnymi ustawami nie zostały skoordynowane, co zaowocowało bałaganem, który może w przyszłości niekorzystnie wpłynąć na sytuację ubezpieczonych lub po raz kolejny stać się narzędziem w rękach urzędników umożliwiającym dowolną interpretację prawa.

Jako pierwsza, w październiku 2002 r., weszła w życie ustawa o wyrobach medycznych. Jej wprowadzenie wymusiło zbliżające się przystąpienie Polski do Unii Europejskiej. W ustawie tej pojawi-

tyw tzw. nowego podejścia w prawie unijnym. Mają one na celu stworzenie norm bezpieczeństwa i jakości produktów, jednolitych dla całego Wspólnego Rynku. Taki cel przyświecał też twórcom dyrektywy dotyczącej wyrobów medycznych. Wytwórca wyrobów medycznych, który poświadcza, że jego produkty spełniają ustawowe wymagania (między innymi poprzez nadanie swoim wyrobom znaku CE) może prowadzić ich dystrybucję na terenie całej Wspólnoty.

Pojęcie wyrobów medycznych, stworzone dla celów zapewnienia jednolitych norm bezpieczeństwa i jakości, niezbyt szczęśliwie zostało przeniesio-

ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym uznawała niektóre z produktów związanych z ochroną zdrowia, a także związanych z zapobieganiem i ograniczaniem niepełnosprawności za tzw. "środki pomocnicze". Podział ten był dość płynny. Uznanie produktu za środek pomocniczy lub materiał medyczny wynikało z decyzji ministra zdrowia, który wpisywał produkt do rozporządzenia dotyczącego środków pomocniczych lub umieszczał na liście materiałów medycznych. Decyzja ta miała bezpośredni wpływ na sytuację ubezpieczonych. Nabycie materiału medycznego następowało w aptece, na podstawie recepty wystawionej przez odpowiedniego lekarza i wyglądało podobnie we wszystkich województwach. Natomiast nabycie środka pomocniczego następowało na podstawie specjalnego zlecenia, potwierdzanego w kasie chorych i często było ograniczone tylko do niektórych punktów aptecznych w województwie.

Z dniem wejścia w życie ustawy o wyrobach medycznych większość produktów, które dotychczas uznawano za materiały medyczne i środki pomocnicze, zaliczono do jednej kategorii wyrobów medycznych. Na liście tej znalazły się zarówno paski do mierzenia poziomu cukru we krwi (dotychczas uznawane za materiały medyczne) jak i środki chłonące (poprzednio środki pomocnicze). Mimo stworzenia zbiorczej kategorii wyrobów medycznych, w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (zwanej dalej ustawą o NFZ) utrzymany został stary podział na materiały medyczne i środki pomocnicze. Zmiana polega na tym, że zasady dystrybucji, które dotychczas stosowano wobec materiałów medycznych stosuje się obecnie do tych wyrobów medycznych, które mogą być przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (art. 5 pkt. 29 ustawy o NFZ). Przyjrzyjmy się zatem, jak przepisy te wpływają na system zaopatrzenia w środki chłonące.



montaż: Darek Bochniak

ło się nowe pojęcie tzw. "wyrobów medycznych" (ang. medical devices). Jest to szeroka i bardzo różnorodna grupa produktów wyodrębniona ze względu na przeznaczenie, którym musi być diagnozowanie, zapobieganie, monitorowanie, leczenie lub łagodzenie przebiegu chorób, a także urazów lub upośledzeń. Do wyrobów medycznych zalicza się także produkty, które służą do prowadzenia badań, korygowania budowy anatomicznej lub procesów fizjologicznych, a także regulacji poczęć.

Wprowadzenie pojęcia wyrobów medycznych wynika z utworzenia dyrek-

ne do prawa polskiego na grunt ubezpieczeń zdrowotnych. Zrozumienie powstałego galimatiasu wymaga kilku słów "historycznego" wstępu.

Według uznania ministra

Do 1 października 2002 r. obowiązywała ustawa z 10 października 1991 r. o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej. Na podstawie tej ustawy niektóre produkty związane z ochroną zdrowia uznawano za "materiały medyczne". Natomiast

Czy wolno w aptece?

Środki chłonnae należą do grupy wyrobów medycznych. Produkty te można obecnie nabyć w aptece oraz w niektórych placówkach obrotu pozaaptecznego (choć nie jest to uregulowane żadnym rozporządzeniem). Prawdopodobnie w październiku 2003 r. ukaże się rozporządzenie, wydane na podstawie art. 10 ustawy o wyrobach medycznych, w którym zostanie określony wykaz wyrobów medycznych, których obrót może być prowadzony przez hurtownie farmaceutyczne, apteki, punkty apteczne i placówki obrotu pozaaptecznego. Należy założyć, że wśród produktów, które mogą być przedmiotem obrotu w aptekach i punktach obrotu pozaaptecznego znajdują się również środki chłonnae. Apteka i hurtownia farmaceutyczna stanowi niejako ich naturalne miejsce dystrybucji. Ubezpieczeni, którzy nabywają wyroby w tych placówkach, mogą skorzystać z porady fachowego personelu. Niebagatelną zaletą jest również brak barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych. Dziwiłoby więc wykluczenie środków chłonnaych z grupy tych produktów. Ważne jest, że produkty, które będą sprzedawane w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych, można będzie nabyć na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (art. 55 ustawy o NFZ). Warto dodać, że środki chłonnae będą mogły być nabywane na podstawie zwykłej recepty (a nie specjalnego zlecenia), jeśli zostaną umieszczone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby mogą być przepisane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.

Niezależnie od opisanych wyżej zasad, istnieje druga ścieżka dystrybucji środków chłonnaych, ponieważ ustawodawca, wprowadzając ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, nie zrezygnował z kategorii środków pomocniczych. Środki chłonnae zostały umieszczone w projekcie nowego rozporządzenia, dotyczącego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomoc-



niczych, wysokości udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, podstawowych kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także przedmiotów ortopedycznych podlegających naprawie, a także w projekcie rozporządzenia w sprawie limitów cen przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Jest więc wielce prawdopodobne, że środki chłonnae będą dystrybuowane według dotychczasowych zasad.

Zdecydują producenci

W 2004 roku będziemy zatem mogli się udać po środki chłonnae zarówno do apteki jak i punktów medycznych. W ustawie o NFZ dopuszczono możliwość umieszczenia środków chłonnaych w rozporządzeniu w sprawie wykazu chorób, leków i wyrobów medycznych na wniosek samych producentów. Można przypuszczać, że niektórzy z wytwórców złożą wniosek o ich umieszczenie w wykazie wyrobów medycznych. W tym wypadku niektóre środki chłonnae mogą się znaleźć w rozporządzeniu, które umożliwi ich nabywanie na podstawie zwykłej recepty. Te natomiast, które będą uznawane za środki pomocnicze, będą dystrybuowane na podstawie zleceń. Moż-

liwe więc, że w zależności od tego, na jaki produkt zdecyduje się pacjent, lekarz wystawi zlecenie lub receptę.

Podział na wyroby medyczne i na środki pomocnicze ma przełożenie na sytuację pacjentów. Produkty nabywane na receptę mogą być sprzedawane praktycznie w każdej aptece. Natomiast dystrybucja produktów na podstawie zleceń może nastroczać pewne trudności. Kasy chorych często ograniczają sprzedaż tylko do niektórych punktów na terenie województwa i decydują o jej wielkości. Podobnie więc jak kolejki oczekujących na udzielenie specjalistycznej porady lekarskiej, mogą się pojawić kolejki oczekujących na wy-

danie środka chłonnaego.

Wydaje się, że tę sytuację rozwiązać mogłoby ustalenie jednolitych zasad dystrybucji dla wszystkich wyrobów medycznych i zlikwidowanie obowiązującego dzisiaj podziału na wyroby medyczne dystrybuowane poprzez apteki i hurtownie farmaceutyczne oraz na środki pomocnicze. Można by skorzystać w tym wypadku z rozwiązań, które przyjęły Małopolska oraz Śląska Kasa Chorych. W kasach tych obowiązuje tzw. system otwarty, a zaopatrzenie w środki chłonnae nie jest ograniczane tylko do niektórych punktów w województwie. Pacjent może nabyć na zlecenie każdy produkt dostępny na rynku, który spełnia ustawowe wymagania (a nie tylko produkt, na który dystrybutor podpisał umowę).

System stosowany w Kasie Śląskiej i Małopolskiej może być z powodzeniem zastosowany, nie tylko dla środków chłonnaych, lecz także dla innych wyrobów medycznych. Należy mieć nadzieję, że zostanie w przyszłości wprowadzony w życie dla dobra wszystkich ubezpieczonych oraz z korzyścią dla budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Autorka pracuje w jednej z warszawskich kancelarii prawnych

Asystent idzie do banku

Z Izelą Odrobińską,

wiceprzewodniczącą Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego rozmawia *Iza Marcisz*.

Jaki cel przyświeca reprezentowanej przez Panią organizacji?

Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego zrzesza osoby dotkniętych tą chorobą, ich rodziny, opiekunów i przyjaciół. Zależy nam na rozwijaniu samopomocy w środowisku ludzi, z których większość nie może samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie. Polega ona na organizowaniu rehabilitacji, konsultacji specjalistów i szeroko pojętego upowszechniania wiedzy na temat samej choroby, możliwości jej leczenia oraz pozyskiwania pomocy. Służy temu również działalność wydawnicza w postaci broszur i czasopism. Nasze Towarzystwo jest członkiem Europejskiej Platformy Stwardnienia Rozsianego i jej światowego odpowiednika MSIF. Jestem przedstawicielką Polski w organizacji People with MS, zrzeszającej po jednym przedstawicielu z każdego kraju.

Ilu członków liczy Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego?

Towarzystwo zrzesza około sześciu tysięcy osób, z których część to członkowie rodzin i opiekunowie. Natomiast w Polsce zarejestrowano około sześćdziesięciu tysięcy chorych na stwardnienie rozsiane.

Czy organizacja dociera do chorych w małych miastach i na wsi?

Towarzystwo ma swoje oddziały w dwudziestu siedmiu miastach. Większe oddziały posiadają koła w mniejszych ośrodkach. Staramy się docierać jak najbliżej chorych. Jest to bardzo ważne w momencie, gdy rośnie liczba osób dotkniętych tym schorzeniem. Taki jest zresztą trend światowy. Niepokojące przy tym jest obniżanie się wieku ludzi atakowanych stwardnieniem rozsianym. Z drugiej strony, coraz szybciej i łatwiej ujawnić chorobę, dzięki wykorzystaniu rezonansu magnetycznego.

Co przysparza najpoważniejszych problemów chorym?

Największym problemem pozostaje dostęp do leków. Leki nowoczesnych generacji są bardzo drogie. Ja już nie mówię o interferonie. Coraz częściej zdarza się, że chorzy są zmuszeni do zrezygnowania

z preparatów umożliwiających na przykład chodzenie. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że jeśli nie wezmę odpowiednich specyfików, to nie wstanę z łóżka. Truizmem jest również przypomnienie, że leki trzeba dobierać indywidualnie, ponieważ chorzy różnie na nie reagują. Wszystko zaś sprowadza się do stwierdzenia, że leczenie jest bardzo drogie i najczęściej przekracza możliwości finansowe chorych. Za niezbędną porcję leków muszę zapłacić około 450 zł.

Chorzy na stwardnienie rozsiane cierpią również na wiele dodatkowych dolegliwości, na przykład nietrzymanie moczu.

Istotnie, jest to jeden z naszych najpoważniejszych problemów. Chorzy zmuszeni są stosować środki pomocnicze takie jak pieluchy, pieluchomajtki, podkłady i im podobne produkty. Tymczasem, jak wiadomo, wyznaczono "limit na siusianie". Przydział tych środków jest absolutnie nie wystarczający. W bardziej zaawansowanych stadiach tej choroby pojawiają się odleżyny, które nierzadko powodują sepsę i śmierć. Dlatego tak ważne jest zapewnienie wystarczającej ilości środków pomocniczych, zabezpieczających przed tego typu powikłaniami. Poza nietrzymaniem moczu, występuje również zaleganie lub zatrzymanie moczu, co może doprowadzić do zapalenia dróg moczowych, nerek. W takiej sytuacji są potrzebne cewniki.

Wielu osobom dotkniętym stwardnieniem rozsianym niezbędny jest sprzęt ortopedyczny. Jak przedstawiają się możliwości zaopatrzenia w wózki lub chodziki?

Kiepsko. Ubezpieczenie umożliwia raz na pięć lat zakup wózka, którego cena wynosi ok. tysiąca złotych. Jest to jednak sprzęt bardzo ciężki i nie każdy chory ma siłę poruszać go rękami. Chodzik kosztuje 500 zł, przy czym ubezpieczenie finansuje połowę ceny; lepszy sprzęt ortopedyczny jest bardzo drogi. Duże zapotrzebowanie występuje na porządne łóżko ortopedyczne. Przysłowiowym "marzeniem ścietej głowy" jest parapodium, które uaktywnia mięśnie i zapobiega występowaniu

niem problemów w układzie krążenia. Niestety, kosztuje powyżej 5 tysięcy zł.

Czy w dalszym ciągu istnieją problemy barier architektoniczno - budowlanych?

Tak, chociaż trzeba przyznać, że sporo w tym zakresie zrobiono. Nadal jednak większość chorych uwięziona jest w czterech ścianach. Nie wszędzie też można bariery usunąć. Mieszkam na dziewiątym piętrze, dokąd można dostać się tylko windą, ale najpierw trzeba pokonać siedem stopni pod ostrym kątem. Dlatego przydałby się tak zwany schodołaz, który jest bardzo drogi. Jedyną szansę widzę więc w pomocy sąsiadów i przyjaciół.

Czy istnieją możliwości włączenia chorych w rytm codziennego życia?

Od roku Towarzystwo realizuje, na razie tylko w Warszawie, pilotażowy program usług asystenckich. Jest to działalność prekursorska, finansowana ze środków PHARE. Polega na pomocy asystenta, który przeczyta dokumenty, załatwi płatności, podejmie w banku pieniądze, załatwi sprawy w urzędach, ale również towarzyszy nam np. w kinie czy teatrze. Słowem asystent wyprowadza nas z czterech ścian mieszkania. Przychodzi na naszą prośbę w określonym czasie i określonym miejscu.

Kto może zostać asystentem?

Towarzystwo organizuje kursy asystenckie cieszące się ogromnym zainteresowaniem kandydatów. Przeszkoliliśmy znacznie więcej osób niż istnieje możliwości ich zatrudnienia. Przyjmujemy tylko osoby związane z problemami pomocy niepełnosprawnym. Są to studenci Wyższej Szkoły Pracowników Socjalnych i Policealnego Studium Medycznego. Asystenci zatrudnieni są na godziny. Godzina ich pracy kosztuje 15 zł. Pieniądze pochodzą z funduszu Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. Obecnie w programie pilotażowym zatrudnionych jest 20 osób. Zainteresowanie naszym programem wykazują inne organizacje osób niepełnosprawnych, które zamierzają podpisać deklarację o współpracy w zakresie usług asystenckich.

Dziękuję za rozmowę.

I Warszawskie Seminarium Neurourologii

Na pograniczu trzech nauk

prof. Andrzej Borkowski, dr Piotr Radziszewski
Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie



Szybkie tempo zmian w postępie cywilizacyjnym zachodzących w ciągu ostatnich kilkunastu lat doprowadziło do identyfikacji różnego rodzaju problemów społecznych o podłożu zdrowotnym. To, co dawniej uważano za przypadkową chorobę dziś, ze względu na wzmożoną częstotliwość występowania, uznano za problem społeczny.

Jednym z nich jest problem nietrzymania moczu, którego leczenie wymaga współdziałania trzech specjalistów: urologa, neurologa i ginekologa. O skali tej współpracy, jej zasadach rozmawiali specjaliści tych trzech dziedzin podczas I Warszawskiego Seminarium Neurourologii, zorganizowanego przez Katedrę i Klinikę Urologii Akademii Medycznej w Warszawie. Odbyło się ono 14 i 15 grudnia 2002 w hotelu Victoria. Na seminarium przybyło ponad 450 specjalistów z kraju i z zagranicy.

Patronat honorowy objęły: Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Neurologiczne.

Pionierzy współczesnej neurourologii

Wykład inauguracyjny, poświęcony pamięci prof. Roberta Krane'a, wygłosił prof. Michael Siroky z Bostonu,

USA. Prof. Krane był długoletnim kierownikiem Kliniki Urologii Uniwersytetu Bostońskiego oraz twórcą Zakładu Neurourologii. Jego prace dały podwaliny uroflowmetrii. Wraz ze swym przyjacielem, prof. Sirokym, stał się twórcą podstaw współczesnej neurourologii i urodynamiki. Z kolei razem z prof. Irvinem Goldsteinem stworzyli podwaliny współczesnych metod leczenia zaburzeń wzdrodu, a ich prace doprowadziły do odkrycia roli tlenu azotu w fizjologii wzdrodu i w konsekwencji do odkrycia sildenafilu.

Problem urologiczny czy interdyscyplinarny?

Prof. Andrzej Borkowski rozpoczął naukową część spotkania wykładem na temat neurourologii. Głównym przesłaniem jego wystąpienia było uzasadnienie konieczności współpracy specjalistów w zakresie pełnej diagnostyki u pacjentów cierpiących na zaburzenia w gromadzeniu i oddawaniu moczu. Szczególną uwagę zwrócił na pacjentki ze schorzeniami neurologicznymi, które cierpią na wysiłkowe nietrzymanie moczu.

W trakcie dyskusji okazało się, że tylko niewielka część urologów i ginekologów współdziałała ze sobą. Powodem braku współpracy jest m.in. inna taktyka operacyjna stosowana przez lekarzy tych

specjalności. Ginekolodzy chętniej operują z dostępu załonowego, zaś urolodzy preferują dostęp od strony pochwy. Omawiano także neurourologię z punktu widzenia różnych specjalności. Prof. Andrzej Borówka wykazał, iż pacjenci z objawami pęcherza neurogennego powinni zgłaszać się przede wszystkim do urologa, którego zadaniem stanie się zaplanowanie procesu diagnostycznego i skierowanie pacjenta na odpowiednie badania dodatkowe.

Punkt widzenia neurologów przedstawiła prof. Anna Członkowska w wykładzie zatytułowanym "W jaki sposób urolodzy mogą uzupełnić postępowanie urologiczne i ginekologiczne?". Poruszyła tematy powszechnie znanych chorób wywołujących zaburzenia czynności dróg moczowych, takich jak stwardnienie rozsiane czy choroba Parkinsona, rzadkie neuropatie obwodowe oraz problemy związane z mikcją występujące u pacjentów po udarze mózgu. Prof. Tomasz Rechberger, przewodniczący sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego omówił rolę ginekologa w opiece nad pacjentką z pęcherzem neurogennym. Jego zdaniem, przed podjęciem decyzji o zastosowaniu miejscowej suplementacji estradiolem bądź estriolem, powinien on ustalić rodzaj oraz nasilenie zaburzeń statyki narządu rodnego, zidentyfikować możliwe patologie

organiczne w obrębie miednicy małej, a także ocenić estrogenizację nabłonka pochwy i ewentualnie cewki moczowej (wskaźniki kariopyknozy i eozynofilii). Końcowym elementem konsultacji ginekologicznej powinno być podjęcie decyzji o ewentualnej korekcji chirurgicznej określonych defektów anatomicznych i ustalenie jej zakresu w oparciu o konkretne metody operacyjne.

Prof. Paul Abrams z Bristolu (Wielka Brytania), sekretarz generalny International Continence Society (ICS), przedstawił raport Komitetu ds. Standaryzacji ICS w zakresie nowej terminologii czynności dolnych dróg moczowych. Prof. Abrams zwrócił uwagę na istotne zmiany w nazewnictwie dotyczące zaburzeń funkcji pęcherza moczowego. Podał m. in. definicję pęcherza nadreaktywnego (rozpoznanie w oparciu o objawy) oraz nadreaktywnego wypieracza (rozpoznanie czynnościowe, w oparciu o badanie urodynamiczne). Zwrócił też uwagę na to, że pojęcie “pęcherz neurogenny” jest określeniem bardzo często nadużywanym, w odniesieniu do patologii, w których podłoże neurogenne nigdy nie zostało udowodnione.

Z kolei prof. Werner Schaefer z Aachen poruszył problemy kontroli jakości badań urodynamicznych, sposobu ich wykonywania i oceny. Według uczonego, nie można rozpocząć badania urodynamicz-

brane pod uwagę, gdyż znacząco wpływa na zafałszowanie rozpoznania.

Na aspekty techniki badań urodynamicznych u pacjentów z uszkodzeniem neurogennym pęcherza moczowego zwrócił uwagę prof. Guusa Kramera z Murnau. - Istnieje konieczność wykonania pełnej diagnostyki neurologicznej przed rozpoczęciem takich badań - powiedział, dodając, że zaburzenia czynności dróg moczowych u pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi mają charakter dynamiczny i zmieniają się w czasie trwania choroby.

Prof. M. Siroky z Bostonu omówił problem nawracających infekcji dróg moczowych u pacjentów z neurogennym uszko-

Przyszłe kierunki rozwoju należy wiązać z techniką zastosowania komórek macierzystych, terapią genową oraz wprowadzeniem selektywnych blokerów i stymulatorów receptorów neuropeptydowych.

dzieniem pęcherza moczowego. Stwarzają one zagrożenie dla górnych dróg moczowych. Można je znacząco zmniejszyć, stosując samocewnikowanie. Jednocześnie podkreślił, że bezobjawowa bakteriuuria u tych pacjentów nie wymaga leczenia. Największe ryzyko uszkodzenia górnych dróg moczowych występuje u osób z wysokim ciśnieniem wypieracza i dyssynergizmem wypieracz-zwieracz.

Prof. Mariusz Majewski z Katedry Fizjologii UW i M w Olsztynie przedstawił interesujący wykład pt. “Plastyczność neuronalna w dolnych drogach moczowych”. Wyjaśnił, dlaczego czynność dolnych dróg moczowych zmienia się w trakcie trwania choroby oraz jakie są molekularne podstawy tych zmian.

Prof. Majewski omówił też wyniki badań wykonanych wspólnie z Kliniką Urologii AM w Warszawie oraz II Kliniką Neurologii I PiN w Warszawie. Według niego przyszłość leczenia to modulowa-

nie, przy zastosowaniu odpowiednich neurotransmiterów, patologicznych łuków odruchowych oraz celowana “naprawa” poszczególnych połączeń neuronalnych.

Następny gość, prof. Helmut Madersbacher wygłosił wykład na temat “Neurostymulacja elektryczna i neuromodulacja elektryczna w zaburzeniach neurogennych dolnych dróg moczowych”. Metody te, z uwagi na wysoki koszt, nie są stosowane w Polsce. Neuromodulacja odruchów mikcji poczyniła znaczne postępy w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Obecnie stosuje się stymulatory, których elektrody są implantowane do otworów krzyżowych w bezpośrednim sąsiedztwie nerwów. Ten rodzaj leczenia jest zarezerwowany dla pacjentów, którzy nie odpowiadają na klasyczną farmakoterapię.

Prof. Israel Nissenkorn z Tel-Awivu, zaprezentował nową metodę leczenia zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych z zastosowaniem stymulacji okolicy zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Badania wykonane zostały we współpracy z Kliniką Urologii AM w Warszawie. Przy pomocy tej nowej metody można leczyć zarówno wysiłkowe nietrzymanie moczu (tzw. stymulacja zwieracza na żądanie) jak i nietrzymanie moczu z parcia (hamowanie odruchowe czynności wypieracza poprzez pobudzenie czynności zwieracza), a także śródmiąższowe zapalenie pęcherza (hamowanie dośrodkowej impulsacji czuciowej).

Leki przyszłości

Na zakończenie seminarium dr n.med. Piotr Radziszewski omówił zastosowanie neurotoksyn w urologii. Mają one zdolność modulacji unerwienia dolnych dróg moczowych i mogą się okazać “lekiem przyszłości”. Obecnie, w urologii zastosowanie znalazły dwie neurotoksyny: toksyna botulinowa i resiniferatoksyna. Stosuje się je w przypadku nadreaktywności pęcherza, zespołu bolesnego pęcherza, śródmiąższowego zapalenia pęcherza oraz, w przypadku toksyny botulinowej, czynnościowej przeszkody podpęcherzowej.

Z badań wykonanych w Klinice Urologii AM w Warszawie, wynika, że w grupie pacjentów opornych na inne, dotychczas stosowane metody lecze-

Prof. Mariusz Majewski

UWiM w Olsztynie

Układ nerwowy nie jest tworem trwałym, podlega wpływowi środowiska zewnętrznego jak i wewnętrznego, cały czas wykazując zdolność adaptacji do zmian strukturalnych. Niekiedy mechanizmy kompensacyjne zawodzą i wówczas dochodzi do utraty kontroli nad dolnymi drogami moczowymi, gdyż rozwijają się patologiczne odruchy.

nego w przypadku złej jakości sygnału ciśnieniowego, a podczas całego badania powinna przy nim być obecna osoba, która będzie je później interpretować. Stwierdził, że źle technicznie wykonane badanie urodynamiczne nie powinno w ogóle być



montaż: Daria Bobniak

nia, resiniferatoksyna osiąga skuteczność ponad 50%, a toksyna botulinowa ponad 75%. Według dr Radziszewskiego przyszłość leczenia zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych będzie polegać na modelowaniu unerwienia czuciowego pęcherza moczowego, które może przywrócić utraconą równowagę pomiędzy mechanizmami pobudzającymi i hamującymi w dolnych drogach moczowych.

Przy okrągłym stole

Podczas sesji zatytułowanej “Dobra diagnostyka kluczem do dobrego leczenia” prowadzonej przez prof. Abramsa, przedstawiono przypadek chorego po urazie rdzenia, z nietrzymaniem moczu. U tego pacjenta na przestrzeni 4 lat podejmowano różne, bezskuteczne próby leczenia. Ostatecznie wykonano ileocystoplastykę, a z uwagi na nieefektywną mikcję wprowadzono samocewnikowanie.

Omawiano także problem wykonywa-

nia i interpretacji badań urodynamicznych u małych dzieci. Badanie urodynamiczne opiera się na subiektywnych doznaniach pacjenta, dlatego wskazania do jego wykonania oraz liczba pozyskanych wartościowych informacji z takiego badania sprawia, iż ich wykorzystanie u bardzo małych dzieci jest ograniczone.

Drugą sesję, poświęconą “Polu do wspólnych działań urologów, neurologów i ginekologów”, prowadził prof. A. Borkowski. Omawiano przypadek chłopca z dysplazją na odcinku lędźwiowo-krzyżowym, którego głównym problemem było moczenie nocne. W trakcie dyskusji prof. Madersbacher wykazał, że w takich przypadkach należy zawsze rozważyć czynnik, który mógłby uszkodzić unerwienie pęcherza (w tym przypadku dysplazja). Ostatecznie, ze wskazań zarówno neurourologicznych jak i neurochirurgicznych, u pacjenta została wykonana korekcja neurochirurgiczna.

Ostatnią sesję okrągłego stołu zaplanowano na omówienie “Kontrowersji w po-

stępowaniu w czynnościowych zaburzeniach mikcji: stare i nowe metody”. Sesję prowadził dr Piotr Radziszewski. Omówił leki stosowane w terapii zaburzeń czynnościowych dolnych dróg moczowych. Zgodnie z rekomendacjami WHO jedynie niektóre preparaty antycholinergiczne mają w pełni udowodnioną skuteczność w leczeniu zaburzeń mikcji. Nadal bowiem brak jest wypracowanych standardów leczenia tych zaburzeń.

Uczestnicy sympozjum zgodzili się, że przyszłość leczenia w neurourologii należy do wszystkich omówionych metod. Nadal w niektórych przypadkach celowe jest wykonywanie inwazyjnych zabiegów chirurgicznych (ileocystoplastyka, ponadpęcherzowe odprowadzenie moczu).

Mamy nadzieję, że sympozjum poświęcone neurourologii i różnym aspektom leczenia zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych przybierze cykliczną formę spotkań wszystkich trzech specjalności medycznych. Następne odbędzie się pod koniec roku.

W Szwecji - bezpłatnie

Maria Weber

W zamożnej Szwecji powstał znacznie prostszy niż w Polsce system pomocy ludziom cierpiącym na nietrzymanie moczu. Umożliwiła to wprowadzona 30 lat temu zasada 100 procentowej refundacji kosztów. Jedynym ograniczeniem jest konieczność wykazania się receptą od lekarza podstawowego kontaktu, urologa lub przełożonej pielęgniarki danego dystryktu. Nie ma natomiast ograniczeń w codziennym zużyciu środków chłonnych.

Za dystrybucję odpowiedzialnych jest 25 regionalnych samorządów. Raz w roku lub co dwa lata organizują one przetargi na dostawców. Wybrani oferenci dowożą produkty do domu. Dlatego w poszczególnych dystryktach produkty mogą różnić się marką. W całym kraju istnieją jedynie 3 firmy, które zajmują się dystrybucją i dowozem do domu.

Bez wstydu i barier

Świadomość społeczeństwa szwedzkiego pozwala już mówić o dolegliwościach nietrzymania moczu bez wstydu. Dlatego nie stanowi już problemu ujawnienie choroby i jej zdiagnozowanie. Podstawowym celem systemu pomocy jest obecnie dotarcie z informacją do jak najszerszego kręgu

osób. Zajmuje się tym przede wszystkim Szwedzki Instytut Niepełnosprawnych (Hjälpmedelinstitutet, www.hi.se). Jest to narodowa organizacja, podlegająca kontroli Ministerstwu Zdrowia i Spraw Społecznych, Federacji Szwedzkich Regionów oraz Stowarzyszeniu Lokalnych Władz Samorządowych. Instytut, poza edukacją i popularyzacją wiedzy na temat NTM, prowadzi badania, testuje produkty, organizuje szkolenia. Stara się, aby niepełnosprawni mieli dostęp do nowoczesnego sprzętu, który umożliwi im normalną egzystencję w społeczeństwie.

Śladami Pnutte i Klössa

Zainteresowani mogą zajrzeć na stronę internetową Instytutu, gdzie znajdą wszelkie informacje na ten temat. Dowiedzą się także, jakie firmy produkują środki, co je różni i dla kogo przeznaczone są poszczególne

produkty. Serwis online pomaga też w zorientowaniu się w nowościach rynkowych. Należy do nich, na przykład, gra komputerowa Pnutte&Klöss. Została opracowana w klinice dziecięcej uniwersyteckiego szpitala w Linköping, przy współpracy Szwedzkiego Instytutu Niepełnosprawnych zaś sfinansowana przez rządową fundację. Gra ma nauczyć dzieci cierpiące na NTM korzystać z toalety tak często, jak to potrzebne. Jej bohaterami są dwaj koci detektywi: Pnutte i Klöss, którzy polują na złodzieja. W trakcie gry dzieci przekonują się, że nawet tacy bohaterowie jak oni muszą korzystać z toalety.

W Szwecji działa również organizacja zrzeszająca osoby cierpiące na NTM - Neurologisk Handikappalens Riksförbund (NHR). Spełnia przede wszystkim rolę edukacyjną, wydając foldery, video oraz prowadząc programy telewizyjne na temat nietrzymania moczu.

Radzimy

Osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu z trudnością przychodzi decyzja o wyjściu z domu i załatwianiu ważnych dla nich spraw. Ze strachem myślą o potrzebie częstego oddawania moczu w sytuacji, gdy w pobliżu może nie być toalety. Obawa przed niekontrolowanym wyciekaniem jest dla nich na tyle paraliżująca, iż rezygnują w końcu z wyjścia.

Tymczasem można i trzeba przełamać w sobie obawy i spróbować prowadzić normalne życie. Z czasem okaże się, że dolegliwość da się pokonać, przy odrobinie organizacji wizyty w urzędzie, kinie, restauracji czy jakiegokolwiek instytucji.

Jeśli zamierzamy zrobić zakupy lub pospacerować, trzeba opracować sobie mapę toalet w tych dzielnicach miasta, które najczęściej odwiedzamy. W domach towarowych, centrach handlowych są czynne toalety dla gości. Podobnie w kinach, teatrach czy restauracjach. Duże instytucje publiczne, takie jak ZUS, urzędy skarbowe, urzędy gminne, ministerstwa również udostępniają gościom toalety. Coraz więcej jest także czynnych toalet w śródmieściach dużych miast. Warto dowiedzieć się,

gdzie istnieją i w jakich godzinach są czynne. Mając taką mapę znacznie łatwiej będzie podjąć decyzję o wyjściu z domu.

Zawsze jednak może zdarzyć się sytuacja, która nas zaskoczy. Jazda autobusem, tramwajem, spacer po parku, dłuższe załatwianie spraw, na przykład na poczcie czy po prostu reakcja organizmu na spożycie w domu płynów. Dlatego należy pamiętać nie tylko o "mapie toalet" lecz również o ograniczeniu płynów na 1-2 godziny przed wyjściem. Warto też ograniczyć do minimum spożycie napojów drażniących: kawy i mocnej herbaty, natomiast podczas wizyty u lekarza zapytać o leki zmniejszające diurezę, czyli produkcję moczu.

Lepsze samopoczucie osiągniemy też nosząc z sobą wkładki, pieluchy oraz kieszonki dla panów. Do pełnej ochrony przyda się zapasowa zmiana bielizny.

Zdaję sobie sprawę, iż wszelkie te zabezpieczenia są na początku uciążliwe. Później jednak nie będziemy mogli się bez nich obejść. Co więcej, poprawią one nasz komfort psychiczny i już bardziej odważnie zmierzmy się z otaczającą rzeczywistością.

Opr. MAW



Lekarstwa nie pomogły

Jestem zainteresowana Programem Prospołecznym "NTM - normalnie żyć". Jestem chora i nie mogę utrzymać moczu. W 1980 roku miałam zabieg związany z podtrzymaniem obniżonego pęcherza moczowego, zaś od 1982 roku cierpię na paraliż prawostronny. Od tej pory mam stałe kłopoty z utrzymaniem moczu. Kiedy w domu udaję się do łazienki, często po drodze gubię mocz. Byłam z tym problemem kilka razy u lekarza urologa, który zapisał mi lekarstwa: Urosept i Audiurentin, ale one nie pomogły. Bardzo proszę o pomoc.

Z poważaniem
Maria P.
Rzeszów

Red. Z pewnością wymaga Pani dokładnej diagnostyki urologicznej, gdyż w Pani przypadku może być kilka przyczyn nietrzymania moczu: nietrzymanie z parcia, wysiłkowe nietrzymanie moczu czy nietrzymanie z przepełnienia pęcherza. Nie sposób udzielić Pani porady listownie. Powinna Pani trafić do kliniki urologicznej lub oddziału urologicznego dysponującego możliwością wykonania badań radiologicznych i urodynamicznego najbliższej miejsca zamieszkania.

Refundacja wkładek

Bardzo serdecznie dziękuję za ankietę dotyczącą spraw ważnych dla nas, choć wstydliwych. Kłopoty związane z nietrzymaniem moczu nękają wiele osób cierpiących na stwardnienie rozsiane. Osobiście zakładałam pieluchy tylko na noc. W dzień używam basenu lub, jeśli ktoś w domu może mi pomóc przesiąść się z wózka, korzystam z toalety. Potrzebuję jednak ochrony w razie gdybym nie zdążyła. Do tego celu używam wkładek Tena, ale przeważnie nie ma ich w aptekach. Poza tym są bardzo drogie i nie refundowane. Gdybym mogła je kupić ze zniżką, byłoby to dużym



Dorota Szurzak

odciążeniem niemałych wydatków związanych z moją chorobą. Proszę o odpowiedź, czy jest to możliwe.

Pozdrawiam
Adela R.
Mińsk Mazowiecki

Red. Wiele osób znajdujących w początkowym stadium choroby lub cierpiących na lekkie nietrzymanie moczu używa systematycznie wkładek zamiast pieluch czy pieluchomajtek. Tak jak w Pani przypadku są one wystarczające ale niezbędne w codziennym życiu. Dlatego stanowią niemały koszt w budżecie pacjenta. Niejednokrotnie spotykaliśmy się już z propozycjami objęcia wkładek refundacją. Obecnie mamy dla pani Adeli jak i pozostałych osób używających wkładek ważną informację. Otóż znalazły się one w projekcie rozporządzenia do ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia w dziale środków pomocniczych objętych 70 procentową refundacją. Należy zatem śledzić prasę lub najlepiej stronę internetową ministerstwa zdrowia (www.mz.gov.pl), aby dowiedzieć, kiedy wejdzie ono w życie. Z drugiej strony możemy Pani poradzić stosowanie pieluch anatomicznych, które swym

kształtem i materiałem absorbującym przypominają wkładki i są objęte refundacją. Niektóre firmy produkują pieluchy dla osób z lekkim nietrzymaniem moczu. Należy do nich także producent wkładek Tena. Proponujemy zatem złożyć wizytę u lekarza rodzinnego, urologa lub ginekologa, który wypisze zlecenie.

Skąd na to brać

Z powodu nietrzymania moczu używam dużych wkładek. Zakładam je przede wszystkim na noc i w trakcie wyjazdów oraz choroby. Wiem, że wkładki nie są refundowane ale ich refundacja bardzo by mi się przydała. Od wielu miesięcy zużywam około 80 sztuk miesięcznie. Cena jednego opakowania (40 sztuk) wynosi 56 zł. Wydaję więc na wkładki ponad 100 zł miesięcznie. To dla mnie duża kwota. Czy istnieje szansa ich częściowej refundacji?

Grażyna W.
Tyszowce

Red. Pani Grażyno, proponujemy zapoznać się z naszą odpowiedzią na list pani Adeli R.

Chętnie pomogę

Jestem młodą, aktywną zawodowo osobą, mam 34 lata i olbrzymie problemy z nietrzymaniem moczu. Cierpię na wrodzoną wadę (wierzchniactwo kompleksowe), jestem po plastyce pęcherza i próbach odtworzenia cewki moczowej. Niestety bez większego efektu. Pracuję jako pielęgniarką od 7 do 15. Pozostały czas chętnie przeznaczę na współpracę z Programem Prospołecznym "NTM - normalnie żyć". Z racji zawodu mam kontakty z całą służbą zdrowia w powiecie bieszczadzkim. Chętnie podejmę współpracę z Programem.

Z poważaniem
Beata K.
Urstryki Dolne



Red. Dziękujemy za zainteresowanie jak również chęć współpracy. Cieszymy się, że będziemy mogli, poprzez Pani osobę, pomóc osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu. Przesyłamy materiały na temat działalności Programu. Być może uda się Pani zorganizować grupę inicjatywną w celu założenia stowarzyszenia osób cierpiących na NTM. Istnieje wówczas możliwość zorganizowania szkoleń, masowych badań w porozumieniu z lekarzami w powiecie, demonstracji ćwiczeń poprawiających ogólną sprawność jak też mięśni miednicy, itp. Pani Beato, prosimy o kontakt w razie problemów i wątpliwości.

Naczelnia Izba Pielęgniarek i Położnych Warszawa

Szanowni Państwo,

Problem nietrzymania moczu, który szeroko omawiacie na łamach Kwartalnika NTM, dotyczy wielu osób. Niejednokrotnie jednak bariera psychiczna jest na tyle silna, że nie zgłaszają tego problemu. Optymizmem zatem napawa dostępność do informacji zawartych w Państwa czasopiśmie. Wierzę, że propagowanie Programu Prospołecznego "NTM - Normalnie Życ" oraz wydawanie kwartalnika przyczyni się do poszerzenia wiedzy w społeczeństwie na ten temat i pozwoli osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu na godne i normalne życie. Mam również nadzieję, że środowisko pielęgniarek i położnych będzie pomocne w propagowaniu zainicjowanego przez Państwa programu.

Życzę powodzenia w realizowaniu kolejnych zadań programu.

Z wyrazami szacunku
Lucyna Jakubowska

Dolnośląska Izba Aptekarska Wrocław

Szanowni Państwo,

Jako mieszkańcy regionu dolnośląskiego i aptekarze znający problemy obłożnie chorych pacjentów, popieramy plany zwiększenia limitu pieluch anatomicznych i pieluchomajtek w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych. Komfort życia obłożnie chorych wymaga zdecydowanie więcej niż dwie pieluchy na dobę. Pamiętajmy również o tym, że rodzina mająca pod swoją opieką pacjenta leżącego i wymagającego jeszcze wielu starań, zabiegów, środków pielęgnacyjnych i leków jest zazwyczaj uboższa od innych i nie bez znaczenia pozostaje fakt możliwości otrzymania większej ilości refundowanych pieluch.

Dolnośląska Izba Aptekarska popiera starania programu prospołecznego "NTM - Normalnie Życ" o zwiększenie ilości refundowanych pieluch anatomicznych i pieluchomajtek dla pacjentów z dolegliwościami nietrzymania moczu.

Z poważaniem
mgr farm. Joanna Piątkowska
Prezes Rady Aptekarskiej DIA.

Skutecznie przekonywać

Nietrzymanie moczu jest powszechnym schorzeniem dotykającym miliony osób na całym świecie. Niestety nawet do 70 procent z nich nie szuka pomocy medycznej. Działania mające na celu promocję zdrowia powinny być kierowane nie tylko do osób z problemem nietrzymania moczu, lecz także do całego społeczeństwa, lekarzy i pielęgniarek oraz producentów środków higieny osobistej i leków. Powinny być także kierowane do władz odpowiedzialnych za pośrednie i bezpośrednie finansowanie programów leczenia.

Programy promocji zdrowia należy tak opracować, aby trafiły do wszystkich grup i skutecznie przekonały o potrzebie leczenia nietrzymania moczu i informowały o konieczności podjęcia określonych działań. W wielu krajach istnieją organizacje, które pomagają osobom z nietrzymaniem moczu. Przewodzą one witryny internetowe przeznaczone dla chorych. Mam nadzieję, że Program Prospołeczny "NTM-normalnie żyć" osiągnie zasięg oddziaływania, współpracy z cierpiącymi i poziom informacyjny, taki jaki ma na przykład Contenance Promotion Committee w Wielkiej Brytanii.

Z poważaniem
Maria Kielska
Warszawa

Red. Program Prospołeczny "NTM-Normalnie Życ" powstał w 2002 roku i rozwija się dynamicznie. W ciągu roku zorganizowano kontakty z organizacjami i instytucjami powołanymi do pomocy osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu. Po raz pierwszy też ktoś zajął się problemami tego licznego środowiska. Z drugiej strony słabością polskiego społeczeństwa jest nie tylko mała świadomość na temat tej dolegliwości, ale również prawie brak zorganizowania się w stowarzyszenia czy grupy wzajemnej pomocy. Wieloletnia kurtyna milczenia powoli zaczyna jednak opadać. W Bydgoszczy działa od kilku lat Stowarzyszenie Osób Przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego "UROSTO". Obecnie Stowarzyszenie zakłada oddział w Warszawie. W ramach programu ukazuje się Kwartalnik NTM, który dociera do decydentów i stowarzyszeń opiniotwórczych. Zdajemy sobie sprawę, z ogromnego zainteresowania pismem wśród pacjentów i niedosytu związanego z jego nakładem. Mamy nadzieję, że będzie on rósł. Osobom, które nie mogą dotrzeć do kwartalnika, polecamy stronę internetową www.ntm.pl

Ćwiczenia zalecane w nietrzymaniu moczu typu wysiłkowego i mieszanego

- 1.** Położyć się na brzuchu, zgiąć jedną nogę w kolanie, ręce pod głową i napiąć mięśnie dolnej partii brzucha.



- 2.** Uklęknąć, pochylić się ku przodowi i oprzeć się na łokciach. Duże palce u nóg powinny być razem, głowa położona na dłoniach. Starać się podciągnąć i opuścić mięśnie dolnej partii brzucha.

- 3.** Przyjąć pozycję leżącą na plecach, podciągnąć kolana ku górze. Stopy mają pozostać w rozkroku. Jedną dłoń położyć w górnej partii brzucha, a drugą przyłożyć do pośladka. Napinać mięśnie dolnej wewnętrznej partii brzucha a obiema rękami kontrolować, aby w tym ćwiczeniu nie brały udziału inne mięśnie.



W związku z dużym zainteresowaniem czytelników powtarzamy niektóre ćwiczenia

Mazowiecki oddział UROSTO

Z myślą o pacjentach cierpiących na nietrzymanie moczu Stowarzyszenie Osób Przewlekle Chorych z Chorobami Układu Moczowego



Domini Szwarc

UROSTO w Bydgoszczy otwiera, przy Programie Prospołecznym "NTM - Normalnie Życ" swój oddział w Warszawie. Filia powstaje w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus, przy Klinice Urologii Akademii Medycznej, ul. Lindley'a 4.

Osoby, które przystąpią do Stowarzyszenia będą mogły:

- brać udział w cyklicznie organizowanych seminariach, w których prelegentami będą wybitni lekarze urologicy,
- korzystać z pomocy merytorycznej lekarzy konsultantów Stowarzyszenia UROSTO,
- pomagać w organizowaniu badań profilaktycznych, mających na celu wczesne wykrywanie chorób,
- aktywnie działać na rzecz obniżenia kosztów leków i podniesienia limitów ich refundacji.

Deklaracje członkowskie można odbierać w siedzibie Kliniki Urologii AM. Więcej informacji na temat Stowarzyszenia UROSTO i Programu Prospołecznego "NTM-normalnie żyć" można uzyskać pod numerem infolinii 0 801 800 038.

Zamiast kas chorych oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia

Od 1 kwietnia 2003 roku przestają formalnie działać kasy chorych. Zostają one zastąpione Narodowym

Funduszem Zdrowia, który przejął funkcję płatnika w systemie finansowania świadczeń zdrowotnych. Oznacza to, że NFZ stał się jedynym dysponentem składek na ubezpieczenie zdrowotne, przekazywanych za pośrednictwem ZUS i KRUS.

Dotychczasowe 16 regionalnych kas chorych i jedna branżowa

zostają zastąpione oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia zaś pracownicy kas chorych stają się pracownikami tych oddziałów.

Funduszem kieruje prezes powoływany i odwoływany przez premiera. Organami są rada i zarząd, składający się z prezesa i 3 zastępców. Fundusz ma działać według Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, uchwalanego co roku przez jego radę. Realizacja tego planu następuje w drodze zawierania kontraktów ze świadczeniodawcami i przez oddziały NFZ na podstawie udzielonych im pełnomocnictw przez zarząd Funduszu.

Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych uległ z dniem 1 kwietnia likwidacji. Jego funkcje, majątek i uprawnienia kontrolne przejął minister zdrowia. Nie zakończone postępowania kontrolne przed UNUZ toczą się nadal przez ministrem zdrowia.

System oparty o NFZ zacznie działać w praktyce dopiero w przyszłym roku. Kontrakty zawarte przez kasy chorych obowiązują do końca 2003 roku. Do pełnej działalności NFZ brakuje rozporządzeń, systemu podziału pie-

niędzy na poszczególne oddziały i systemu zawierania jednolitych kontraktów.

W trosce o seniorów

W trosce o podniesienie jakości usług i dobro seniorów Domy Opieki i Pensjonaty dla Seniorów postanowiły powołać swoje stowarzyszenie. Na razie liczy ono 65 członków. W najbliższej przyszłości będą one bacznie przyglądać się działalności wielu placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych i rekomendować najlepsze domy, wydając im odpowiednie certyfikaty. Ponadto stowarzyszenie prowadzi księgę skarg i pochwał, zaś w przyszłości planuje wyjazdy turystyczne dla pensjonariuszy.

W planach znalazły się również



Domini Szwarc

szkolenia dla osób, które zamierzają otworzyć dom opieki lub placówkę o podobnym profilu, a także działalność wydawnicza.

POLMED - izba producentów

Wielu producentów wyrobów medycznych i sprzętu ortopedycznego znalazło się w trudnej sytuacji ekonomicznej wobec niewydolności finansowej podmiotów służby zdrowia. Jednocześnie ze strony kas

chorych pojawiły się próby ograniczenia dostępu pacjentów do środków medycznych i sprzętu ortopedycznego oraz manipulowanie kontraktami. Na problemy finansowe firm nałożył się bałagan kompetencyjny, administracyjny oraz stagnacja działań organów służb zdrowia. W tej sytuacji producenci postanowili powołać Ogólnopolską Izbę Gospodarczą Wyrobów Medycznych "POLMED", która będzie skutecznie chroniła ich interesy. Izba powstała z przekształcenia Stowarzyszenia Producentów i Dystrybutorów Sprzętu Medycznego, zaś jego członkowie stali się założycielami nowej organizacji (około 100 firm). Ocenia się, że na rynku krajowym działa w tej dziedzinie kilkaset firm.

Powołaniu Izby sprzyja uchwalona jesienią 2002 roku ustawa o wyrobach medycznych. Obejmuje ona w jednym akcie dotychczasowe środki pomocnicze, sprzęt ortopedyczny i wyroby medyczne. - "Ich producenci mają te same problemy - rosnące zadłużenie, konieczność nowelizacji ustawy o zamówieniach publicznych oraz brak równości podmiotów w obrocie gospodarczym" - powiedział Piotr Kostro, prezes Izby.

POLMED zamierza aktywnie występować w interesie swoich członków. Izba nawiązała już współpracę, korzystając z wcześniejszego doświadczenia Stowarzyszenia, z wieloma organizacjami gospodarczymi, m.in. z Polfarmedem, Izbą Producentów i Dystrybutorów Diagnostyki Laboratoryjnej czy Stowarzyszeniem Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ. Od niedawna POLMED jest członkiem, z prawem głosu, unijnej organizacji EUCOMED.

Jako największa reprezentacja środowisk medycznych POLMED liczy na uznanie jej za partnera przez organa państwowe i rzetelną współpracę przy rozwiązywaniu niełatwych problemów polskiej służby zdrowia.

Debaty o zdrowiu

Pod patronatem Marka Balickiego, ministra zdrowia rozpoczęła się w Warszawie seria spotkań poświęconych funkcjonowaniu Narodowego Funduszu Zdrowia. Na inaugurację 24 lutego br. przybył, nie tylko minister zdrowia ale również Maciej Tokarczyk, prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i wielu innych przedstawicieli środowisk medycznych. W spotkaniu wzięli także udział przedstawiciele Programu Społecznego "NTM - normalnie - żyć". Jak powiedział M. Balicki, reforma nie nastąpi z dnia na dzień, chociaż ustawa o NFZ weszła w życie 1 kwietnia 2003 roku. Do końca tego roku potrwać prace nad ujednoczeniem kontraktów i mechanizmami alokacji środków pomiędzy poszczególne oddziały NFZ i w związku z tym obowiązywać będą jeszcze zasady działania kas chorych. Z kolei K. Radziwiłł nawoływał do nowelizacji ustawy



Monik Szaracki

o NFZ. Poinformował też, że Naczelna Rada Lekarska chce wziąć udział w opracowaniu jednolitych zasad zawierania kontraktów. W dyskusji uczestnicy spotkania poruszyli sprawę koszyka świadczeń, które pacjenci mogą i powinni otrzymać w ramach składki na ubezpieczenie zdrowotne. Obecnie, jak twierdzili niektórzy uczestnicy spotkania, mamy system dla bogatych osób.

Spotkanie zakończyło się deklaracją ministra M. Balickiego, iż wkrótce odbędzie się "okrągły stół" wszystkich środowisk zainteresowanych reformą służby zdrowia w Polsce. Wprawdzie minister Marek Balicki podał się do dymisji ale jego następcę Leszek Sikorski obiecał kontynuować rozmowy ze środowiskami medycznymi.

Śląska Kasa Chorych zmienia zasady

Śląska Regionalna Kasa Chorych ogłosiła, po raz pierwszy od chwili swego istnienia, konkurs ofert dla świadczeniodawców w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze, między innymi w pieluchy i pieluchomajtki.

Do tej pory Śląska Kasa Chorych, jako jedna z nielicznych w kraju, szczyciła się dopuszczeniem do rynku wielu zaopatrzeniowców, którzy spełniali pewne formalne wymogi narzucone przez Kasę, związane przede wszystkim z warunkami magazynowaniem środków czy też ich jakością. Firmy dostarczały produkty do ponad 1000 aptek i punktów medycznych. W przeciwieństwie do innych kas, Śląska nie zawierała z nimi umów wartościowych i ilościowych, wychodząc z założenia, iż w ten sposób ograniczono by pacjentom dostęp do środków pomocniczych. Ubezpieczeni nie musieli się obawiać, iż nie otrzymają zaleconego środka z powodu wyczerpania kontraktu z kasą chorych.

Powyższy system był przejrzysty, zrozumiały i funkcjonował z pożytkiem dla wszystkich: kasy - pacjentów - dystrybutorów. Co więcej, był tani, w przeciwieństwie do lansowanego obecnie systemu. Dlaczego zatem Kasa

raptownie odwróciła się od tego korzystnego rozwiązania? Rzecznik prasowy ŚRKCH odpowiada, że decyzja o konkursie została spowodowana sugestią UNUZ, aby dostosować procedury do obowiązujących w innych regionach. Dodajmy, że ma obowiązywać jedynie pół roku! Później, od 1 stycznia 2004 roku wejdą w życie jednolite zasady zawierania umów dla całego kraju.

Konkurs ofert zawiera wiele restrykcyjnych warunków, które zdecydowanie ograniczą dostęp chorym do środków. Zarząd Kasy zakłada m.in. możliwość wyboru tylko jednego dostawcy, który będzie mógł dyktować swoje warunki, na przykład podnieść cenę produktu. Nie wiadomo też, czy kwota przeznaczona na refundację środków pomocniczych zostanie równo podzielona po-

między przedsiębiorców czy też zostanie uzależniona od ich wielkości i możliwości realizacji dostaw. Sprawa ta ma kolosalne znaczenie dla pacjentów, ponieważ mogą zostać pozbawieni wybranego przez siebie produktu, gdy świadczeniodawcy skończy się limit przyznany w kontrakcie.

Bulwersujący okazał się wymóg powołania przez producentów Zakładów Opieki Zdrowotnej. Zdaniem Śląskiej Kasy mogą działać na terenie regionu jedynie w tej formie. Na szczęście w tej sprawie oferenci znaleźli nieoczekiwane sprzymierzeńca w postaci UNUZ, który tym razem stwierdził, iż świadczenia polegające na wydaniu środków pomocniczych nie wymagają zakładania ZOZ-ów.

NASZE DZIAŁANIA WSPIERAJĄ AUTORYTETY Z DZIEDZINY MEDYCyny OSOBY TE TWORZĄ RADĘ NAUKOWĄ ZESPOŁU DO SPRAW PROBLEMU NTM:



**Prof. dr hab. med.
Andrzej Borkowski**
Kierownik Katedry i Kliniki
Urologii Akademii Medycznej
w Warszawie

**Prof. dr hab. med.
Longin Marianowski**
Kierownik Katedry i Kliniki
Położnictwa i Ginekologii
Akademii Medycznej w Warszawie



**Prof. dr hab. med.
Anna Członkowska**
Kierownik II Kliniki
Neurologicznej w Instytucie
Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

**Prof. dr hab. med.
Tadeusz Tołłoczko**
1974 - 1999 Kierownik II Kliniki
Chirurgicznej I Wydziału Lekarskiego
oraz Kliniki Naczyń i Transplantologii
Akademii Medycznej w Warszawie



Drodzy Czytelnicy,

Jeżeli chcielibyście otrzymywać materiały informacyjne poświęcone problemowi nietrzymania moczu, proszę wypełnić poniższy kupon i przesać go na adres: Program prospołeczny „NTM-Normalnie Życ” ul. Księcia Janusza 64, 01-452 Warszawa lub pod numer faxu: (22) 33 59 710

Imię..... Nazwisko

Ulica nr domu nr lokalu

Kod Miejscowość Telefon kontaktowy e-mail.....

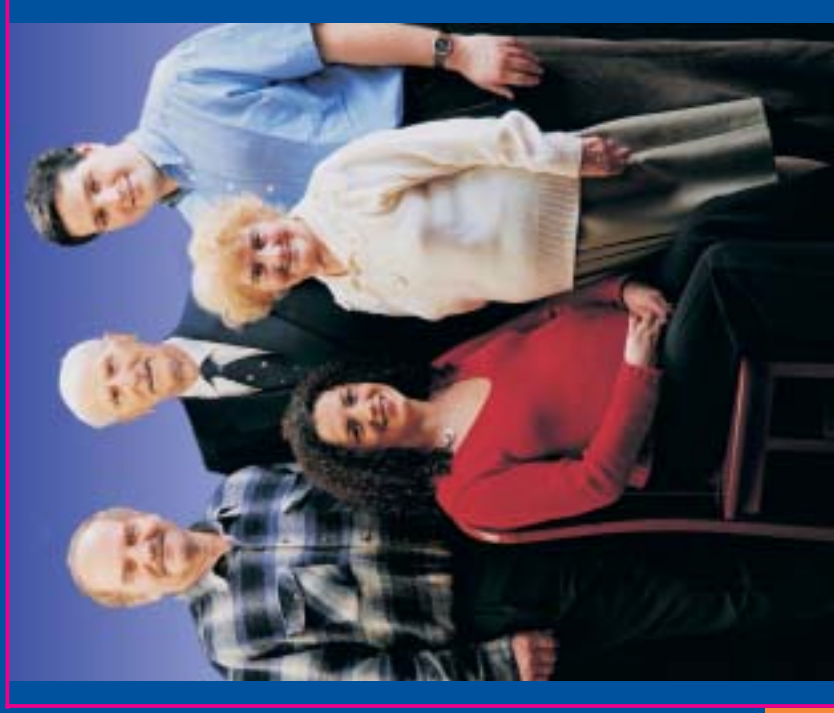
Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 833)

Podpis.....

NTM

- problem NTM
- ankieta
- metody leczenia
- produkty absorpcyjne
- diagnostyka NTM
- społeczne aspekty problemu NTM
- refundacja
- publikacje
- informacja dla prasy
- zespół d/s NTM
- English version

www.ntm.pl



Nietrzymanie moczu (NTM) jest jednym z bardziej rozpowszechnionych problemów współczesnego społeczeństwa.

Europejskie statystyki pokazują, że około 10 proc. populacji cierpi na tę dolegliwość, a jej częstość wzrasta wraz z wiekiem.

Liczba mieszkańców Polski z problemem nietrzymania moczu to ponad 3 miliony osób. 300 tysięcy osób to grupa z ciężkim problemem. Pozostali dotknięci są tą dolegliwością w mniejszym stopniu. Nietrzymanie moczu występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn.