

# PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2014

---



**UroConti**  
Stowarzyszenie Osób z NTM



Program Prospołeczny  
„NTM - Normalnie Życ”

*Czerwiec 2014*

*Raport powstał pod auspicjami World Federation of Incontinent Patients (WFIP) przy współpracy ze Stowarzyszeniem Osób z NTM „UroConti” oraz przy wykorzystaniu materiałów powstałych w latach 2002-2014 w ramach Programu NTM.*

## SPIS TREŚCI

<b>WSTĘP .....</b>	<b>1</b>
DEFINICJA NIETRZYMANIA MOCZU .....	1
EPIDEMIOLOGIA.....	1
<b>STRESZCZENIE.....</b>	<b>3</b>
<b>CZĘŚĆ I. SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM – DYNAMIKA ZMIAN.....</b>	<b>4</b>
KOSZTY BEZPOŚREDNIE.....	4
<i>Badania diagnostyczne .....</i>	<i>5</i>
<i>Refundacja leków .....</i>	<i>6</i>
<i>Zabiegi operacyjne .....</i>	<i>8</i>
<i>Wizyty u specjalistów .....</i>	<i>10</i>
<i>Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ .....</i>	<i>10</i>
<i>Koszty środków absorpcyjnych ponoszone przez chorych .....</i>	<i>16</i>
KOSZTY POŚREDNIE.....	17
<i>Leczenie powikłań .....</i>	<i>17</i>
<i>Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM .....</i>	<i>18</i>
<i>Koszty absencji w pracy osób z NTM.....</i>	<i>20</i>
<b>CZĘŚĆ II. POLITYKA REFUNDACYJNA A SITUACJA PACJENTÓW Z NTM .....</b>	<b>22</b>
ZAOPATRZENIE W ŚRODKI ABSORPCYJNE .....	22
<i>Środki absorpcyjne na zlecenia „non-branded” (bez wpisywania przez lekarza na zleceniu nazwy marki) – czy to się opłaca?.....</i>	<i>22</i>
LECZENIE OAB .....	25
<i>Ekonomia czy medycyna? – wpływ refundacji na wybór terapii .....</i>	<i>25</i>
<i>Bariery w dostępie do leków na OAB – czy naprawdę chronią budżet NFZ?.....</i>	<i>26</i>
<i>Neuromodulacja w Polsce czy zagranicą? .....</i>	<i>27</i>
<i>Program lekowy „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD -10: N31)” .....</i>	<i>29</i>
<i>Czy ośrodki referencyjne uzdrowią system opieki (leczenia) nad pacjentem z NTM? .....</i>	<i>30</i>
OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM .....	32
<i>Opieka długoterminowa (ODT) – ekonomiczne i społeczne koszty braku systemowych rozwiązań .....</i>	<i>32</i>
<b>WNIOSKI I REKOMENDACJE .....</b>	<b>42</b>

## WSTĘP

### Definicja nietrzymania moczu

*Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organisation - WHO) i Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (International Continence Society - ICS) nietrzymanie moczu (NTM) to niezależny od woli wyciek moczu z pęcherza moczowego, stanowiący problem higieniczny i społeczny.*

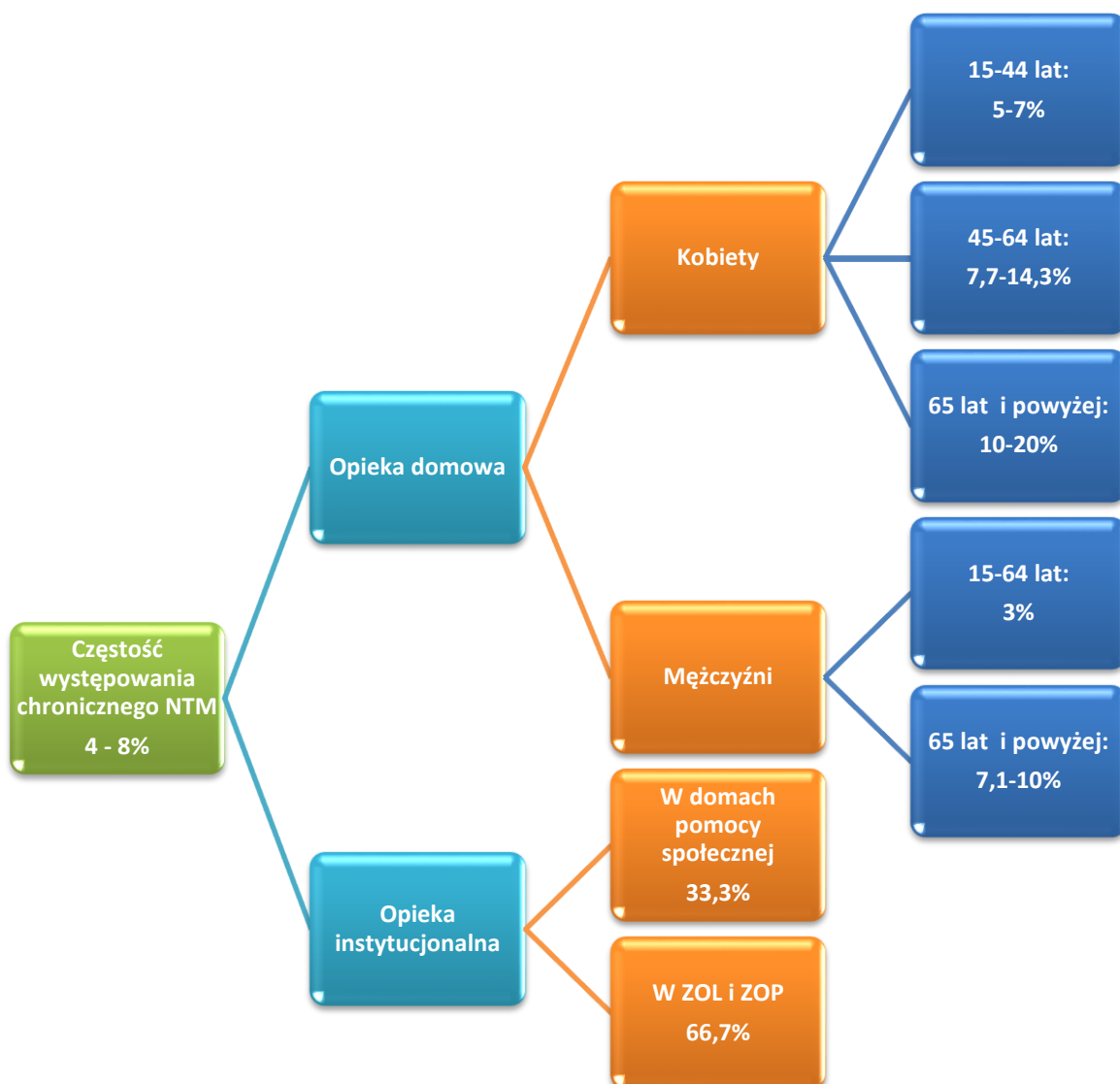
### Epidemiologia

*„Nawet wzięwszy pod uwagę różnice w definicjach, metodologię epidemiologiczną i cechy demograficzne, dane dotyczące szacowanej częstości występowania nietrzymania moczu (NTM) są bardzo rozbieżne. Jednak ostatnie badania prospektywne dostarczyły wiele informacji na temat występowania NTM i naturalnego przebiegu tego schorzenia (w tym progresji, regresji i zdrowienia). Szacuje się, że u 5–69% kobiet i 1–39% mężczyzn występuje co najmniej jeden incydent nietrzymania lub gubienia moczu w okresie 12 miesięcy. Ogólnie nietrzymanie moczu występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Nieliczne dane uzyskane z badań prowadzonych u bliźniąt wskazują, że na nietrzymanie moczu, zwłaszcza wysiłkowe nietrzymanie moczu, mogą mieć wpływ czynniki genetyczne.”<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> A. Schröder, P. Abrams (Co-Chairman), K-E. Andersson, W. Artibani, C.R. Chapple, M.J. Drake, C. Hampel, A. Neisius, A. Tubaro, J.W. Thüroff (Chairman), EAU Guidelines on Incontinence (2010).

**Częstość występowania nietrzymania moczu (%) według R. Azuma (2008) oraz I. Milsom (2010).**



Źródło: Azuma (2008), Milsom (2010), EPILUTS, EPIC.

## STRESZCZENIE

Oddajemy w Państwa ręce kolejną, trzecią już edycję raportu na temat sytuacji pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej. W niniejszym opracowaniu zaprezentujemy najświeższe statystyki dotyczące kosztów zapadalności na nietrzymanie moczu (NTM) ponoszonych przez narodowego płatnika, chorych oraz przez całe społeczeństwo. Posiłkując się danymi pozyskanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i opiekuńczo-pielęgniacyjnych, informacjami uzyskanymi od osób cierpiących na nietrzymanie moczu oraz dostępnymi opracowaniami naukowymi, zaprezentujemy dynamikę kosztów ponoszonych w kolejnych latach w konsekwencji zapadalności na NTM.

Niniejszy raport jest również próbą odpowiedzi na pytanie jaki wpływ na sytuację osób cierpiących na NTM ma polityka refundacyjna państwa. Zastanowimy się czy pacjenci w Polsce mają dostęp do optymalnej, zgodnej z najnowszą wiedzą medyczną terapii i czy obecnie funkcjonujące rozwiązania gwarantują optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na opiekę nad pacjentem z NTM.

## Część I. SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM – DYNAMIKA ZMIAN

### Koszty bezpośrednie

Na koszty bezpośrednie związane z diagnostyką, leczeniem i utrzymaniem higieny u pacjentów z nietrzymaniem moczu składają się:

- **koszty badań diagnostycznych,**
- **koszty refundacji leków,**
- **koszty zabiegów operacyjnych,**
- **koszty wizyt u specjalistów,**
- **koszty środków absorpcyjnych.**

*„Koszty świadczeń poniesione w 2013 r. prezentowane w raporcie mogą nieznacznie odbiegać od danych prezentowanych w rocznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ za ten rok, sporządzonym zgodnie z art. 130 ust. 1 ustawy z dnia 27. sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwagi na trwające w oddziałach wojewódzkich Funduszu prace związane z rozliczeniem rzeczowo-finansowym wykonania umów na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zamknięciem ksiąg rachunkowych za 2013 r. W związku z tym, dane dotyczące wykonania planu finansowego należy traktować jako dane wstępne.”<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, Informacja Prezesa NFZ o działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2013 roku, Warszawa 2014, str. 25.

	Szacunkowe koszty z tytułu zachorowalności na NTM ponoszone w Polsce (w PLN)			
	2011	2012	2013	Dynamika (2013/2012)
Koszt refundacji leków na NTM	3 230 490	7 598 335	6 555 487	-13,7%
Koszt poniesiony przez NFZ na wykonanie badania urodynamicznego	1 296 791	2 700 789	brak danych	brak danych
Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM u kobiet i mężczyzn	17 163 267	22 045 272	31 709 810	+ 43,8%
Koszty zaopatrzenia osób z NTM w środki absorpcyjne (np. pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki) poniesione przez NFZ	173 817 000	179 000 000	184 295 000	+ 2,9%
Szacunkowy roczny koszt ponoszony przez osoby chore na NTM i ich rodziny na środki absorpcyjne	95 800 000	104 522 360	106 612 807	+ 2%
<b>Ogółem</b>	<b>291 307 548</b>	<b>320 100 395</b>	<b>329 173 104</b>	<b>+ 2,8%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

### Badania diagnostyczne

Właściwa diagnoza pacjenta z NTM powinna być poprzedzona precyzyjnym wywiadem oraz badaniem ginekologiczno-urologicznym. Są to podstawowe elementy będące punktem wyjścia do dalszej diagnostyki, stanowią integralną część każdej wizyty u specjalisty, na tej zasadzie są też wyceniane. Dodatkowo, lekarz może zlecić badanie ogólne moczu, test paskowy lub badanie laboratoryjne. Pomimo, że specjaliści nie zalecają wykonywania badania urodynamicznego w postępowaniu podstawowym,

obowiązujące przepisy, według których wykonanie badania urodynamicznego warunkuje dostęp do leków refundowanych na pęcherz nadreaktywny, wymuszają na lekarzach i chorych realizację tej diagnostyki.

Z danych uzyskanych z NFZ wynika, że badanie urodynamiczne z elektromiografią bez profilometrii cewkowej, badanie urodynamiczne z profilometrią cewkową i elektromiografią oraz badanie urodynamiczne z testem ciśnieniowo-przepływowym są rozliczane jako świadczenia specjalistyczne 10-tego typu za 47 pkt. W 2013 roku wykonano około 20 tys. takich badań. Natomiast badanie urodynamiczne bez profilometrii cewkowej i elektromiografii (EMG) rozliczane są jako świadczenia specjalistyczne 9-tego typu za 32 pkt. Średnia cena jednego punktu to 9 zł. NFZ nie udostępnił informacji, ile dokładnie wydał na badania urodynamiczne w 2013 r..

### Refundacja leków

Aktualnie Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje pięć preparatów stosowanych w leczeniu NTM – jeden na bazie substancji czynnej *solifenacyna* i cztery na bazie substancji *tolterodyna*.

Zgodnie z wykazem chorób oraz leków i wyrobów medycznych wydanym przez Ministerstwo Zdrowia, wspomniane substancje przeznaczone są dla osób chorych na zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym.

Poniżej prezentujemy najbardziej aktualne kwoty dofinansowania leków, które obowiązują od maja 2014 r.

Substancja czynna	Dawka leku	Odpłatność pacjenta	Przedział cenowy za lek obowiązuje od 01.05.2014 r.
solifenacyna	5 mg/10 mg	30%	72,39-96,67
tolterodyna	1 mg/4 mg	30%	5,44-22,80

Źródło: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23. kwietnia 2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1. maja 2014 r.



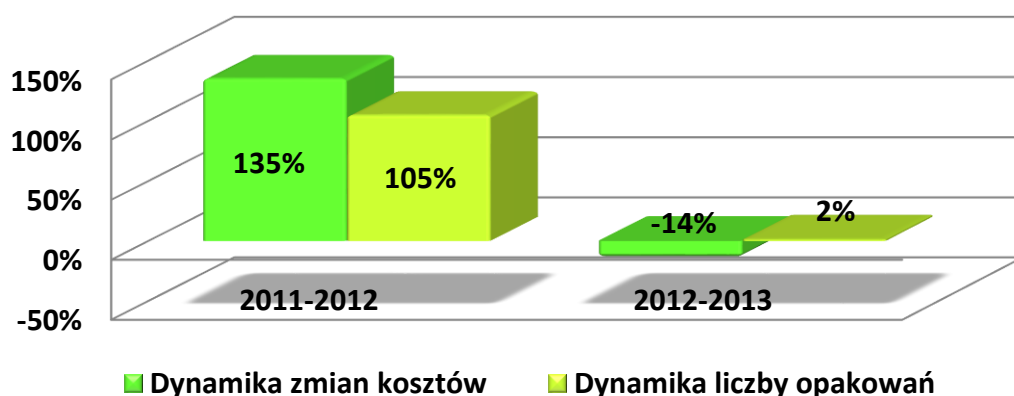
**W roku 2013 wydano 223 840 opakowań leków stosowanych w przypadku leczenia NTM. Na refundację tych preparatów NFZ wydał 6 555 487 zł.**

Wartość refundacji wg cen leków oraz ilość wydanego leku w 2013 r.		
Nazwa substancji	Ilość wydanego leku (opakowania)	Kwota refundacji (PLN)
solifenacyna	69 903,65	4 382 667,52
tolterodyna	153 937,00	2 172 819,66
<b>Łącznie</b>	<b>223 840,65</b>	<b>6 555 487,18</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W związku z tym, że dwa preparaty na bazie tolterodyny wprowadzono na listę leków refundowanych dopiero w marcu 2014 r., powyższe obliczenia ich nie uwzględniają.

### Dynamika zmian liczby opakowań i kosztów leków na NTM

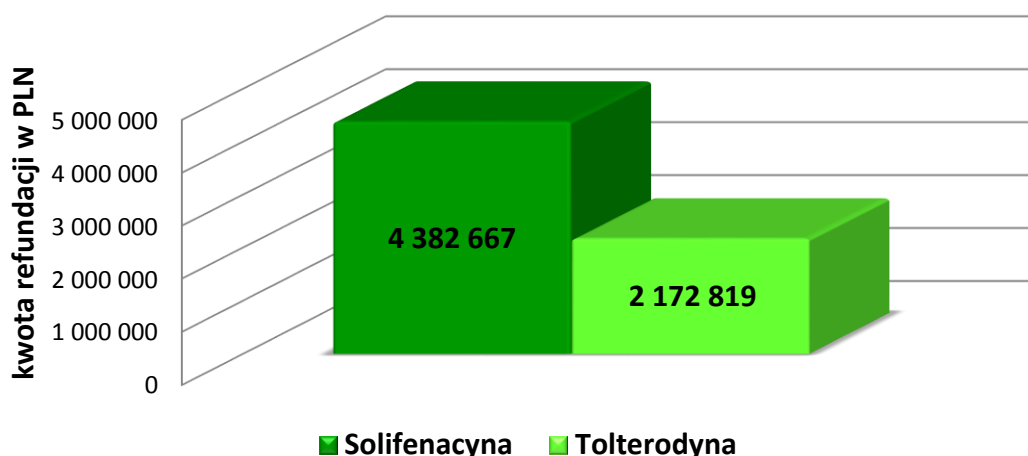


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

**Łączna kwota wydana przez NFZ na refundację leków na nietrzymanie moczu spadła o 14% w porównaniu do roku ubiegłego. Liczba zrefundowanych opakowań wzrosła o 2%.**

Powyższa analiza zawiera koszty leków poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia na innych zasadach np. z tytułu praw nabytych, tzn. na podstawie których NFZ refunduje w 100% leki inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych, a także osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej i cywilnym, niewidomym ofiarom działań wojennych. Obecnie na liście leków refundowanych można znaleźć też inne preparaty używane w leczeniu nietrzymania moczu, ale klasyfikuje się je jako leki podawane przy innych schorzeniach. W związku z tym nie należą się one pacjentom stricte z nietrzymaniem moczu, dlatego też nie zostały uwzględnione w prezentowanej analizie.

### Koszty refundacji leków na NTM w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

### Zabiegi operacyjne

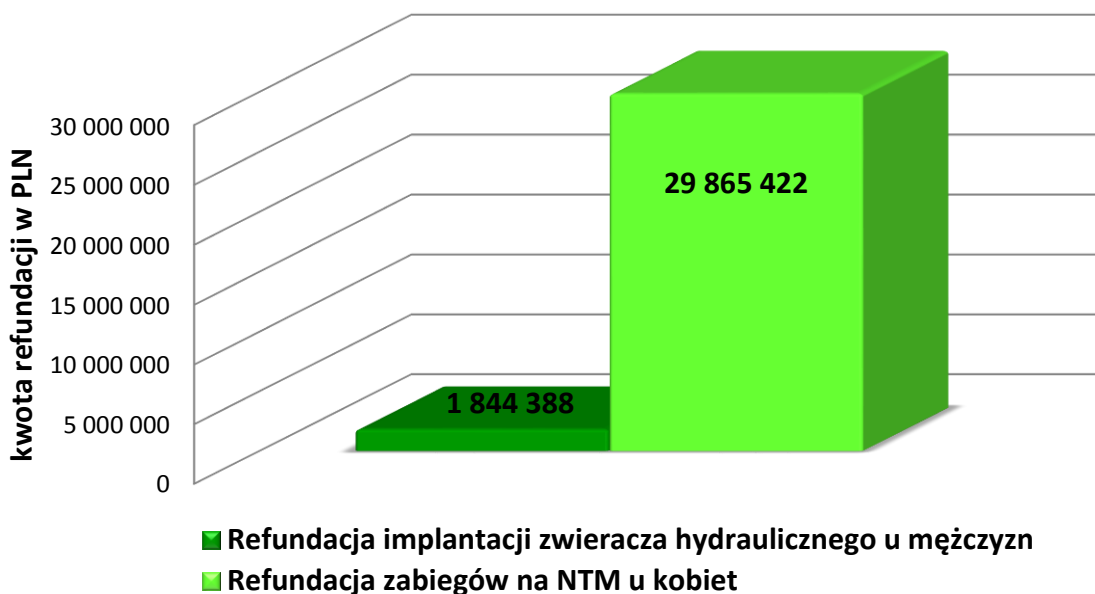
Zabiegi operacyjne są w Polsce w pełni refundowane. U mężczyzn wykonuje się implantację lub wymianę hydraulicznego zwieracza cewki moczowej. U kobiet natomiast mogą to być różne zabiegi np. podwieszenie cewki i pęcherza z użyciem materiału syntetycznego, operacja wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwowa z użyciem taśmy, uretropeksja, operacja metodą Burcha, operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego z użyciem taśmy (sling) z tkanek własnych chorej lub z materiału syntetycznego.

*Według danych NFZ, w roku 2013 przeprowadzono 60 operacji wszczepienia hydraulicznego zwieracza u mężczyzn. Średni koszt hospitalizacji jednego pacjenta to 29 276 zł. Łączna kwota refundacji NFZ dla tych zabiegów wyniosła 1 844 388 zł i wzrosła 62% w stosunku do roku poprzedniego.*

*W 2013 r. wykonano 5 893 zabiegów stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu u kobiet. Średni koszt hospitalizacji jednej pacjentki to 3 831,32 zł. Łączna kwota refundacji dla tych zabiegów wyniosła 29 865 422 zł i wzrosła 43% w stosunku do roku poprzedniego.*

*Wszystkie zabiegi operacyjne stosowane w leczeniu nietrzymania moczu, w zeszłym roku kosztowały NFZ 31 709 810 zł. Kwota ta wzrosła o 44% w stosunku do danych prezentowanych w roku 2012.*

### **Koszty refundacji zabiegów operacyjnych na NTM w 2013 r.**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.*

## Wizyty u specjalistów

W związku z brakiem danych, koszty wizyt u specjalistów nie zostały uwzględnione w raporcie.

## Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ

Zasady refundacji środków absorpcyjnych reguluje *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6. grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie*.

Nowelizacja, która weszła w życie dnia 1. stycznia 2014 r. obejmuje:

- Limit ilościowy – 60 sztuk środków absorpcyjnych miesięcznie (bez zmian),
- Limit cenowy – 77 zł dla osób z chorobą nowotworową oraz 90 zł dla pozostałych chorych uprawnionych do refundacji (bez zmian),
- Katalog produktów – powiększony o majtki chłonne,
- Współpłacenie pacjentów – 0% pacjenci onkologiczni lub 30% pozostali pacjenci (bez zmian),
- Lista chorób - zmodyfikowano listę chorób uprawniających do otrzymania dofinansowania na środki absorpcyjne: neurogenne i nieneurogenne nietrzymanie moczu lub stolca (z wyłączeniem wysiłkowego nietrzymania moczu) i występowanie co najmniej jednego z kryteriów: głębokie upośledzenie umysłowe, zespoły otępienne o różnej etiologii, wady wrodzone i choroby układu nerwowego, trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, wady wrodzone dolnych dróg moczowych, jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie dróg moczowych, jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego będące przyczyną nietrzymania stolca,
- Lista lekarzy – poszerzono listę lekarzy o geriatrę, ginekologa onkologicznego, lekarza udzielającego świadczeń w hospicjach: pielęgniarki i położne nabyły prawo do wypisania kontynuacji zleceń.

## Zasady przyznawania refundacji przez NFZ na środki absorpcyjne (przy 30% współpłaceniu)

Rodzaj środka pomocniczego	Limit ilościowy/miesiąc	Limit cenowy	Dopłata pacjenta w ramach limitu	Lekarze uprawnieni do wypisania zlecenia:	Kryteria chorobowe:
pieluchomajtki	60 szt.	90 zł.	30%	lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie: chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej, geriatriczki, ginekologii onkologicznej, neurologii lub neurologii dziecięcej, urologii lub urologii dziecięcej, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w	neurogenne i nieneurogenne nietrzymanie moczu lub stolca (z wyłączeniem wysiłkowego nietrzymania moczu) i występowanie co najmniej jednego z kryteriów: - głębokie upośledzenie umysłowe - zespoły otępienne o różnej etiologii - wady wrodzone i choroby układu nerwowego, trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego - wady wrodzone
lub pieluchy anatomiczne	60 szt.	90 zł.	30%		
lub majtki chłonne	60 szt.	90 zł.	30%		
lub podkłady	60 szt.	90 zł.	30%		

lub wkłady anatomiczne	60 szt.	90 zł.	30%	warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), w zakresie wykonywania tych świadczeń, felczer ubezpieczenia zdrowotnego; kontynuacja przez pielęgniarkę lub położną ubezpieczenia zdrowotnego przez okres do 12 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej	dolnych dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu - jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego będące przyczyną nietrzymania stolca
------------------------	---------	--------	-----	--	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

### Zasady przyznawania refundacji przez NFZ na środki absorpcyjne (przy 0% współpłaceniu)

Rodzaj środka pomocniczego	Limit ilościowy/miesiąc	Limit cenowy	Dopłata pacjenta w ramach limitu	Lekarze uprawnieni do wypisania zlecenia:	Kryteria chorobowe:
pieluchomajtki	60 szt.	77 zł.	0%	lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie: chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej lub chemioterapii	choroba nowotworowa przebiegająca w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy
lub pieluchy anatomiczne	60 szt.	77 zł.	0%		
lub majtki chłonne	60 szt.	77 zł.	0%		

lub podkłady	60 szt.	77 zł.	0%	nowotworów, onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej, geriatrici, ginekologii onkologicznej, neurologii lub neurologii dziecięcej, urologii lub urologii dziecięcej, 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 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), w zakresie wykonywania tych świadczeń, felczer ubezpieczenia zdrowotnego; kontynuacja przez pielęgniarkę lub położną ubezpieczenia zdrowotnego przez okres do 12 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej	krzyżowej, przetoki nowotworowe lub popromienne, nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych
lub wkłady anatomiczne	60 szt.	77 zł.	0%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Dynamika wzrostu wydatków NFZ na produkty absorpcyjne wciąż spowalnia. Dzieje się tak z powodu nakładania kar na lekarzy za nieuzasadnione wypisywanie recept na leki i zleceń na refundowane wyroby medyczne oraz zawężenia grupy osób, którym te wyroby przysługują. Taka tendencja jest szczególnie odczuwana przez chorych na NTM ponieważ kryteria chorobowe uprawniające do refundacji produktów absorpcyjnych wzbudzają wiele wątpliwości wśród lekarzy. W efekcie pacjenci mają utrudniony dostęp

do refundacji. Obecnie, wydatki NFZ na wyroby absorpcyjne rosną jedynie w wyniku zmian demograficznych – starzejącego się społeczeństwa. Oznacza to, że system refundacji środków absorpcyjnych jest całkowicie szczelny, a płatnik ma pełną kontrolę nad wydatkami ponoszonymi na ten cel. W związku z tym, że nie istnieje obawa niekontrolowanego wzrostu kosztów NFZ związanych z zaopatrzeniem osób cierpiących na nietrzymanie moczu w środki absorpcyjne istnieje pole do poszerzania, w sposób kontrolowany, grupy osób uprawnionych do refundacji.

Warto również przypomnieć, że aktualne limity cenowe, od których wyliczany jest poziom dopłaty NFZ do środków wchłaniających, obowiązują w niezmienionej kwocie od 1999 r., kiedy to zostały zmniejszone o 40%.

**Wartość wydanych środków pomocniczych (np. aparatów słuchowych, cewników, worków stomijnych, środków absorpcyjnych, zestawów infuzyjnych) w 2013 r. wynosiła 504 233,05 tys. zł. (na koniec 2012 r. liczyła 478 769,60 tys. zł.), a samych środków absorpcyjnych (np. pieluch anatomicznych, pieluchomajtek, podkładów) - 184 294,68 tys. zł.**

W 2013 r. wydano 206 221 085 środków pomocniczych (w 2012 r. było ich 203 231 816), w tym 180 000 434 środków absorpcyjnych.<sup>3</sup>

PLN (mln.)			Wydatki NFZ na środki absorpcyjne vs wydatki na zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze (w mln. zł)				
Koszty świadczeń:	2010	2011	Dynamika 2011/2010	2012	Dynamika 2012/2011	2013	Dynamika 2013/2012
zaopatrzenie w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne	602	624	+4%	668	+7%	689	+2,9%
zaopatrzenie w produkty	161	174	+8%	179	+3 %	184	+2,9%

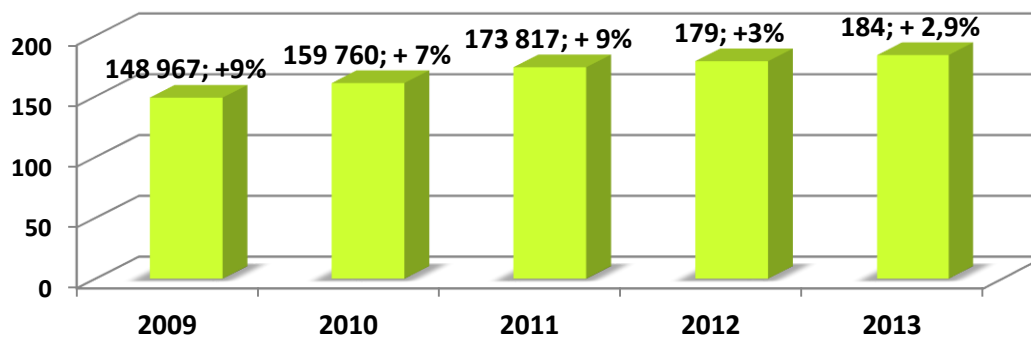
<sup>3</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, Informacja Prezesa NFZ o działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2013 roku, Warszawa 2014, str. 31.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

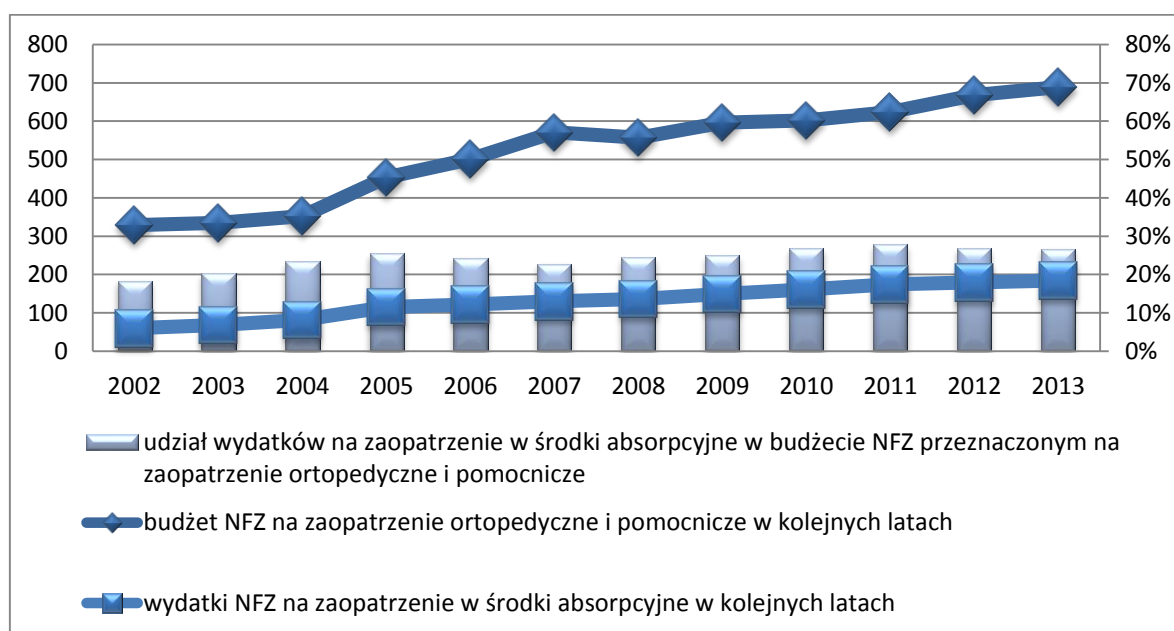
Wydatki NFZ na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wzrosły o 2,9% w stosunku do roku poprzedniego. Podobnie jest z wydatkami na produkty absorpcyjne (pieluchy anatomiczne i pieluchomajtki) – ponownie wzrosły o 2,9%.

### Koszty ponoszone przez NFZ na refundację środków absorpcyjnych w latach 2009 - 2013 (w tys.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

### Dynamika zmian budżetu NFZ na zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze (w mln zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Widoczny jest spadek dynamiki wydatków NFZ na produkty absorpcyjne, który w latach 2009-2011 oscylował w okolicach 7- 9%; w 2012 r. spadł do 3% i obecnie utrzymuje się na tym samym poziomie (2,9% w stosunku do roku 2012). Dla porównania, wydatki NFZ poniesione wyłącznie na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne wzrosły o 5% w porównaniu do roku ubiegłego.

### **Koszty środków absorpcyjnych ponoszone przez chorych**

Analiza cen produktów wchłaniających czołowych producentów wykazała, że nie uległy one zmianie. Sytuacja na rynku jest konsekwencją dużej konkurencji pomiędzy producentami, dystrybutorami i podmiotami zaopatrującymi pacjentów. W efekcie dużej konkurencji na rynku, przejawiającej się poprzez znaczną liczbę punktów sprzedaży (aptek i sklepów medycznych) – tak jak ma to miejsce np. w dużych aglomeracjach miejskich - następuje spadek cen środków absorpcyjnych. Oznacza to, że dalsze uwalnianie dystrybucji może przynieść dalszy spadek cen, zwłaszcza w miejscach, w których sieć dystrybucji nadal nie jest wystarczająco rozbudowana. Obecnie jedynie 50% aptek oferuje środki absorpcyjne w refundacji. Dzieje się tak, z powodu nadmiernej biurokracji, z którą muszą mierzyć się apteki posiadające umowy z NFZ.

Obecny wzrost wydatków na środki absorpcyjne ponoszonych przez chorych na NTM i ich rodziny wynosi 2% (ok. 2 mln. zł.) i związany jest jedynie z zachodzącymi w Polsce zmianami demograficznymi.

## Koszty pośrednie

### Leczenie powikłań

W tej części raportu przybliżone zostały koszty leczenia odleżyn III stopnia wśród pacjentów przebywających w Zakładach Opiekuńczo - Lecznicych (ZOL) i Zakładach Opiekuńczo - Pielęgnacyjnych (ZOP) w 2012 roku, w porównaniu z rokiem poprzednim. Prezentowane obliczenia powstały na podstawie:

- *danych pozyskanych z GUS (2012 r.),*
- *założenia, że 55,5% wszystkich pensjonariuszy stanowią osoby w wieku powyżej 75 lat,*
- *założenia, że w tej grupie osób na NTM cierpi 60%,*
- *założenia, że 3% wszystkich osób z NTM cierpi na odleżyny<sup>4,5,6</sup>.*

W 2012 roku łącznie w Polsce funkcjonowało 516 zakładów ZOL i ZOP, natomiast łącznie w ośrodkach tych przebywało 61 500 pacjentów<sup>7</sup>.

ZAKŁADY OPIEKUŃCZO – LECZNICZE		
ROK	Ilość zakładów	Liczba pacjentów rocznie
2011	367	41 779
2012	360	43 000

ZAKŁADY OPIEKUŃCZO – PIEŁĘGNACYJNE		
ROK	Ilość zakładów	Liczba pacjentów rocznie
2011	138	12 716
2012	156	18 500

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

<sup>4</sup> <http://www.termedia.pl/Odleżyny-profilaktyka-i-leczenie,8,1214,1,0.html> (12.05.2014).

<sup>5</sup> <http://www.termedia.pl/Procedura-profilaktyki-odleżyn-jako-narzedzie-do-oceny-jakosci-opieki-pielęgniarskiej,50,15256,0,0.html> (12.05.2014).

<sup>6</sup> <http://www.umed.pl/geriatria/pdf/odleżyny.pdf> (12.05.2014).

<sup>7</sup> Rocznik Statystyczny Województw , GUS 2013, str. 442.

<b>SZACUNKOWY KOSZT LECZENIA ODLEŻYN U OSÓB Z NTM W ZOL I ZOP</b>	<b>2011 r.</b>	<b>2012 r.</b>	<b>Dynamika</b>
<b>Liczba pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych</b>	<b>41 779</b>	<b>43 000</b>	<b>+3%</b>
<b>Liczba pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-pielęgniacyjnych</b>	<b>12 716</b>	<b>18 500</b>	<b>+45%</b>
<b>Razem liczba pacjentów w ZOL i ZOP w 2012 r.</b>	<b>54 495</b>	<b>61 500</b>	<b>+13%</b>
<b>Szacunkowa liczba pacjentów powyżej 75. roku życia w ZOL i ZOP</b>	<b>29 972</b>	<b>34 133</b>	<b>+14%</b>
<b>Szacunkowa liczba pacjentów powyżej 75. roku życia w ZOL i ZOP cierpiących na NTM (przy zał., że w tej grupie wiekowej choruje 60% osób)</b>	<b>17 983</b>	<b>20 480</b>	<b>+14%</b>
<b>Szacunkowa liczba pacjentów ZOL i ZOP cierpiących na odleżyny w wyniku NTM (3% wszystkich chorych z NTM)</b>	<b>1635</b>	<b>1845</b>	<b>+13%</b>
<b>Szacunkowy miesięczny koszt leczenia odleżyn u osób z NTM (ogółem)*</b>	<b>613 069 zł</b>	<b>767 520 zł</b>	<b>+25%</b>
<b>Szacunkowy roczny koszt leczenia odleżyn u osób z NTM (ogółem)</b>	<b>7 866 898 zł</b>	<b>9 210 240 zł</b>	<b>+17%</b>

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.*

*\*Miesięczny koszt leczenia odleżyn III stopnia przypadający na 1 pacjenta: 2011r. – 401 zł, 2012r. – 416zł-aktualizacja na podstawie inflacji w 2012r.*

### **Leczenie zaburzeń psychicznych związanych NTM**

Ze względu na szczególny charakter choroby jaką jest nietrzymanie moczu, pacjenci z tą dolegliwością narażeni są również na powikłania związane z zaburzeniami psychicznymi. Dlatego też w tym punkcie raportu przedstawiona została zaktualizowana analiza kosztów leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób dotkniętych NTM.

W 2012 roku wartość umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniosła 2 158 458,88 tys. zł. Natomiast koszty realizacji świadczeń psychiatrycznych na 10 tysięcy ubezpieczonych za 2012 rok były równe 580,41 tys. złotych.<sup>8</sup>

KOSZTY NFZ	ROK 2011	ROK 2012	DYNAMIKA
Leczenie zaburzeń psychicznych	2 015 191 910 zł	2 158 458 880 zł	+7%
Koszty realizacji świadczeń psychiatrycznych na 10 tysięcy ubezpieczonych	541 190 zł	580 410 zł	+7%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ

Szacunkowy koszt jaki poniósł NFZ z tytułu leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM, został wyliczony w oparciu o dane z powyższej tabeli, dane GUS o stanie ludności Polski na dzień 31.12.2012 r. - 38,533 mln<sup>9</sup> oraz założenia że:

- **10% populacji cierpi na NTM,**
- **u 64% osób z NTM stwierdza się objawy depresyjne<sup>10</sup>,**
- **41% osób z NTM oczekuje wsparcia ze strony psychologa<sup>11</sup>,**
- **3,5% osób z NTM konsultuje swą dolegliwość ze specjalistą od leczenie zaburzeń psychicznych<sup>12</sup>.**

**Możemy oszacować, że ok. 86 314 osób z NTM i mających problemy z zaburzeniami psychicznymi, w tym z depresją, korzysta z usług świadczonych przez psychologów/psychiatrów. Na tej podstawie szacuje się, że koszty NFZ poniesione z racji leczenia zaburzeń psychicznych u osób z NTM wynoszą ok. 5 mln zł.**

<sup>8</sup> Sprawozdanie z działalności NFZ za 2012, str. 69.

<sup>9</sup> Mały Rocznik Statystyczny, GUS 2013, str. 117.

<sup>10</sup> B. Ogórek-Tęcza, A. Pulit, Nietrzymanie moczu u kobiet a zaburzenia depresyjne, Pielęgniarstwo XXI wieku nr 1 (38) 2012.

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> J. Heitzman, Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków, NAUKA 4/2010, str. 56.

	2011	2012	DYNAMIKA
Liczba osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi	2 394 000	2466112	+3%
Liczba osób z NTM konsultująca zaburzenia psychiczne ze specjalistą	83 790	86314	+3%
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych	2 015 191 910 zł	2 158 458 880 zł	+7%
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych na 10 tys. osób	541 190 zł	580 410 zł	+7%
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych u osób z NTM	4 534 631 zł	5 009 746 zł	+10%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

#### Koszty absencji w pracy osób z NTM

Nietrzymanie moczu wśród osób pracujących może być powodem obniżenia ich aktywności w pracy. W punkcie tym zostaną zaprezentowane koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM. Oszacowanie tych kosztów zostało opracowane na podstawie poniższych założeń:

- **10% populacji aktywnych zawodowo kobiet cierpi na NTM,**
- **2% populacji aktywnych zawodowo mężczyzn cierpi na NTM,**
- **przeciętna długość zwolnienia lekarskiego z powodu choroby układu moczowo - płciowego w I połowie 2013 roku, wg danych ZUS, wynosiła 11, 28 dnia<sup>13</sup> (przy założeniu, iż osoby z NTM średnio tyle dni spędzają na zwolnieniu lekarskim).**

**Z poniższej tabeli wynika, iż koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM w 2013 r. wzrosły względem roku poprzedniego o ok. 10%. Koszt, z racji utraty produktywności w wyniku NTM, wynosi 1,8 mld rocznie.**

<sup>13</sup>[http://www.zus.pl/files/Informacja\\_o\\_%20absencji\\_chorobowej\\_os%C3%B3b\\_ubezpieczonych\\_w\\_%20ZUS\\_w\\_I\\_p%C3%B3%C5%82roczu\\_2013%20roku.pdf](http://www.zus.pl/files/Informacja_o_%20absencji_chorobowej_os%C3%B3b_ubezpieczonych_w_%20ZUS_w_I_p%C3%B3%C5%82roczu_2013%20roku.pdf) (12.05.2014).

## Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM w 2013 r.

<b>Kobiety aktywne zawodowo (dane GUS na IV kwartał 2013)</b>	<b>7 854 000</b>
<b>Mężczyźni aktywni zawodowo (dane GUS na IV kwartał 2013)</b>	<b>9 559 000</b>
<b>Kobiety aktywne zawodowo cierpiące na NTM</b>	<b>785 400</b>
<b>Mężczyźni aktywni zawodowo cierpiący na NTM</b>	<b>191 180</b>
<b>Osoby aktywne zawodowo z NTM (ogółem)</b>	<b>976 580</b>
<b>Przeciętna długość zwolnienia lekarskiego (dni rocznie) z powodu choroby układu moczowo-płciowego</b>	<b>11</b>
<b>Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród kobiet</b>	<b>8 859 312</b>
<b>Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród mężczyzn</b>	<b>2 156 510</b>
<b>Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM rocznie (ogółem)</b>	<b>11 015 822</b>
<b>*Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet brutto w IV kwartale 2013 r.<sup>14</sup></b>	<b>3 441 PLN</b>
<b>Średnie dzienne wynagrodzenie kobiet brutto w IV kwartale 2013r.</b>	<b>156 PLN</b>
<b>Przeciętne miesięczne wynagrodzenie mężczyzn brutto w IV kwartale 2013 r.<sup>15</sup></b>	<b>4 167 PLN</b>
<b>Średnie dzienne wynagrodzenie mężczyzn brutto w IV kwartale 2013r.</b>	<b>189 PLN</b>
<b>Koszty z tytułu utraty produktywności przez kobiety w wyniku NTM (rocznie)</b>	<b>1 382 052 672 PLN</b>
<b>Koszty z tytułu utraty produktywności przez mężczyzn w wyniku NTM (rocznie)</b>	<b>407 580 466 PLN</b>
<b>Koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM rocznie (ogółem)</b>	<b>1 789 633 138 PLN</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZUS i GUS.

\*Przy założeniu, że kobiety mają o 10% niższe wynagrodzenie od przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, natomiast mężczyźni mają o 10% wyższe wynagrodzenie od przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej.

<sup>14</sup> <http://www.zus.pl/default.asp?p=1&id=24> (12.05.2014).

<sup>15</sup> Ibidem.

## Część II. POLITYKA REFUNDACYJNA A SITUACJA PACJENTÓW Z NTM

### Zaopatrzenie w środki absorpcyjne

#### Środki absorpcyjne na zlecenia „non-branded” (bez wpisywania przez lekarza na zleceniu nazwy marki) – czy to się opłaca?

NTM definiujemy jako niezależny od woli wyciek moczu z pęcherza moczowego, stanowiący problem higieniczny i społeczny. Specjaliści zwracają uwagę, że NTM można skutecznie leczyć: obecnie 80% leczonych przypadków kończy się całkowitym lub częściowym wyleczeniem. Lekarze podkreślają jednocześnie, że zaopatrzenie w środki absorpcyjne jest ważną częścią procesu terapeutycznego.

*„Oczywiście nietrzymanie moczu można i trzeba leczyć, jednakże nie wszyscy pacjenci kwalifikują się do leczenia. Ponadto część pacjentów nie może być skutecznie wyleczonych z powodu chorób współistniejących, a część pacjentów musi poczekać jakiś czas aby leczenie osiągnęło zamierzony skutek (np. fizykoterapia mięśni dna miednicy, farmakoterapia w przypadku nagłego nietrzymania moczu). Również ta grupa pacjentów powinna mieć dostęp do refundowanych produktów wchłaniających. Ocenia się że w pełni skutecznie można leczyć około 60% przypadków nietrzymania moczu, u 20% chorych uzyskuje się wyleczenie częściowe, a 20% jest opornych na jakiegokolwiek leczenie (lub leczenie takie jest niemożliwe).*

*Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego oraz Międzynarodowych Konsultacji na temat Nietrzymania Moczu (ICI), produkty wchłaniające są w pełni uznanym i zaaprobowanym sposobem postępowania w nietrzymaniu moczu o nasileniu od lekkiego do ciężkiego. Zgodnie z tymi zaleceniami u niektórych pacjentów należy uznać ograniczone nietrzymanie (tzn. kontrolowane przy pomocy środków wchłaniających) za jedyny możliwy do osiągnięcia cel. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób w złym stanie zdrowia, nie poruszających się samodzielnie, z zaawansowanym otępieniem i / lub z nocnym nietrzymaniem moczu.”<sup>16</sup>*

---

<sup>16</sup> Opinia konsultanta medycznego Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” (prof. Piotra Radziszewskiego) z 2010 r. do wniosku o zmianę warunków realizacji świadczenia gwarantowanego z zakresu zaopatrzenia



Obecnie w Polsce funkcjonuje tzw. „otwarty” system refundacji środków absorpcyjnych. Oznacza to, że specjalista, który wypisuje zlecenie na środki absorpcyjne (np. pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne, majtki chłonne) nie ma wpływu na wybór produktu konkretnej firmy. Pacjent samodzielnie wybiera markę, która najbardziej mu odpowiada, stąd określenie systemu jako „non-branded”.

System ten jest optymalny zarówno z punktu widzenia chorego jak i finansów służby zdrowia. Takie rozwiązanie gwarantuje wysoki poziom kontroli i ochrony budżetu państwa. Pacjent, który otrzymuje od specjalisty zlecenie na środki absorpcyjne zobligowany jest, minimum raz na 12 miesięcy, potwierdzić swoje uprawnienie do otrzymania dofinansowania w tzw. punktach potwierdzania zleceń właściwego oddziału NFZ. Umieszczenie środków absorpcyjnych na listach refundacyjnych razem z lekami, pozbawiłoby płatnika możliwości sprawowania tak szczegółowej kontroli, przy jednoczesnym obciążeniu lekarzy dodatkowymi obowiązkami.

Specjalista nie tylko musiałby szczegółowo sprawdzić uprawnienia pacjenta do otrzymywania dofinansowania i wybrać rodzaj produktu adekwatny do poziomu natężenia NTM u chorego, ale także na tyle dobrze znać asortyment poszczególnych producentów środków absorpcyjnych i potrzeby pacjenta, aby dobierając produkt konkretnej marki, uwzględnić takie czynniki jak jego poziom aktywności, styl życia, możliwości finansowe, oczekiwania, poziom samodzielności czy mobilność. ***Tymczasem optymalny model zaopatrzenia, zgodny z ISO 15621 uwzględnia ok. 20 różnych kryteriów, które powinny być brane pod uwagę przy wyborze środka wchłaniającego; część z nich jest bardzo subiektywna. Dlatego chory lub jego opiekun powinien samodzielnie decydować, który produkt jest dla niego optymalny i spełnia jego oczekiwania.***

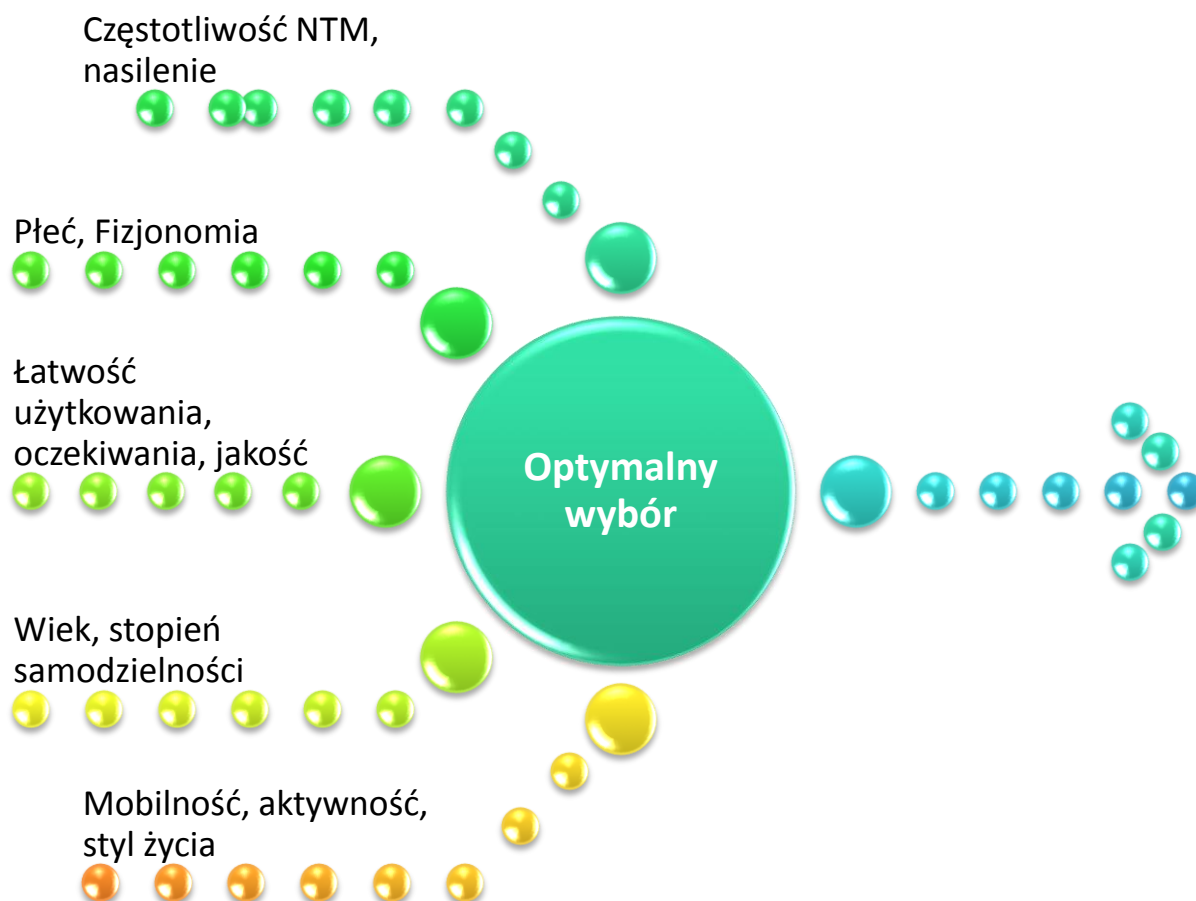
Co więcej, w przypadku, gdy to lekarz decydowałby o wyborze konkretnej marki środka wchłaniającego, producenci właśnie do tej grupy skierowałyby intensywną komunikację marketingową. Sytuacja, w której lekarz przepisywałby produkty pod wpływem reklamy, kosztem potrzeb chorego, zagrażałaby finansom płatnika. Tak stan rzeczy mógłby mieć miejsce nawet w przypadku specjalistów, którzy mieliby dobre intencje, bo jak wybrać optymalny produkt dla danego pacjenta skoro nie istnieją obiektywne badania naukowe/ kliniczne będące drogowskazem, który produkt wybrać?

---

w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze w punktach regulujących zaopatrzenie w środki absorpcyjne.

Wybór optymalnego produktu dla danego pacjenta nie ma związku z wiedzą medyczną lekarza. W tym przypadku kluczowa jest wiedza i preferencje samego chorego, a nie specjalisty.

### Wybrane kryteria doboru środków absorpcyjnych zgodne z ISO 15621



Źródło: opracowanie własne na podstawie ISO 15621.

Tymczasem komunikacja marketingowa skierowana do pacjenta:

- zwiększa poziom świadomości związany z problemem,
- motywuje chorych do odbycia wizyty u lekarza i podjęcia leczenia,
- sprzyja optymalnemu wykorzystaniu środków absorpcyjnych,
- sprzyja większej innowacyjności producentów,
- zmniejsza nierówności; szersza gama produktów jest dostępna po niższych cenach.

Co więcej, obecnie obowiązujący system refundacji gwarantuje choremu uzyskanie rzeczowej informacji odnośnie dostępnych na rynku środków absorpcyjnych, przykładowo nt. rodzajów produktów dedykowanych chorym o różnym natężeniu NTM czy poziomie samodzielności. Natomiast sugestie lekarza oparte są nie na przekazie marketingowym, a na dzienniczku mikcji czy teście podpaskowym, instrumentom będącym podstawowymi narzędziami diagnostycznymi.

## Leczenie OAB

### Ekonomia czy medycyna? – wpływ refundacji na wybór terapii

Etiologia zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) nie została do końca ustalona - choroba ta może występować w wyniku wielu różnych procesów patologicznych. W związku z powyższym, w postępowaniu terapeutycznym, konieczne jest indywidualne podejście do każdego przypadku.

W rzeczywistości jednak spektrum terapii dostępnych dla przeciętnego chorego ograniczone jest przez system refundacyjny. Obecnie w Polsce, na liście leków refundowanych znajdują się jedynie dwie substancje (sprzedawane pod postacią 5 leków) stosowane w terapii zespołu pęcherza nadreaktywnego. Oznacza to, że pacjenci, u których terapia za pomocą *solifenacyny* i *tolterodyny* nie powiodła się lub wiązała się ze zbyt uciążliwymi skutkami ubocznymi, nie mają już możliwości skorzystania z żadnej innej refundowanej farmakoterapii.

Tymczasem, głównym czynnikiem decydującym czy i jaką terapię podejmie chory jest jej cena. Oznacza to, że obecnie większość chorych nie ma dostępu do optymalnej dla nich terapii, bądź zmuszonych jest w ogóle zaniechać leczenia. Taka sytuacja, w świetle obecnej wiedzy medycznej, jest zadziwiająca. *„Fakt, że OAB jest wynikiem wielu procesów patologicznych może oznaczać konieczność indywidualnego dostosowania farmakoterapii dla danego pacjenta. Dlatego też obecnie nie ma jednego, idealnego leku, który mógłby być zastosowany u wszystkich pacjentów z OAB.”*<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> T. Rechberger, A. Wróbel, Leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) – czy istnieje lek idealny?, Kwartalnik NTM, 4 (35) 2010, s. 12.

***Obecne przepisy zmuszają specjalistów do podejmowania decyzji, które z punktu widzenia powodzenia terapii, nie są optymalne. Etyka zawodowa lekarza obliguje go do udzielenia pomocy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, niemniej wypisując receptę musi on mieć na względzie możliwości finansowe pacjenta. W innym przypadku pacjent porzuci leczenie.***

Decydenci kształtując system refundacji powinni brać pod uwagę fakt, że czynnikiem determinującym postępowanie terapeutyczne wobec pacjenta jest polityka refundacyjna państwa. Wobec czego należy zagwarantować osobom z OAB nie tylko szeroki dostęp do podstawowego leczenia lekami antycholinergicznymi, ale także możliwość podjęcia alternatywnej terapii farmakologicznej, a w najcięższych, najbardziej opornych na leczenie przypadkach, możliwość skorzystania z terapii zabiegowej.

Nieprzemyślana polityka refundacyjna ma dla pacjentów i budżetu państwa wiele niekorzystnych następstw. Pacjenci poszukują alternatywnych form terapii, często decydują się na samoleczenie za pomocą preparatów dostępnych bez recepty, najczęściej suplementów diety na bazie żurawiny, bądź sięgają po substancje nierejestrowane. Powoduje to zwiększenie ryzyka rozwoju choroby i, co za tym idzie, większych wydatków w przyszłości.

### **Bariery w dostępie do leków na OAB – czy naprawdę chronią budżet NFZ?**

Minister Zdrowia, poprzez zdefiniowanie jednostki chorobowej „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”, stworzył sztuczne bariery mające ograniczyć dostęp do farmakoterapii. Specjaliści medycyny wskazują (*list otwarty do Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2012 r.*<sup>18</sup>), że badanie urodynamiczne nie jest ani konieczne ani nawet wskazane, aby zdiagnozować OAB. Badanie to jest niezgodne z obowiązującymi w Polsce i na świecie standardami, co oznacza, że wymóg ten powinien być traktowany w kategorii marnotrawienia publicznych pieniędzy.

*„Większość pacjentów z objawami zespołu pęcherza nadreaktywnego nie będzie miała jakichkolwiek wykrywalnych anomalii stwierdzonych badaniem urodynamicznym. Ze względu na to, że badanie to jest nieprzyjemne dla pacjenta, niesie ze sobą pewne zagrożenia (uszkodzenie dróg moczowych, infekcja dróg moczowych), a ponadto jest*

---

<sup>18</sup> W. Baranowski, A. Borkowski, P. Radziszewski, T. Rechberger, List otwarty do Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2012 r.

*kosztowne, z punktu widzenia medycznego, socjoekonomicznego jak i naukowego, wykonywanie badania urodynamicznego nie jest uzasadnione.*

*Międzynarodowe środowisko medyczne jest zatem przekonane, że przed wdrożeniem terapii, a w szczególności terapii medycznej, obowiązek przeprowadzenia badania urodynamicznego nie jest ani konieczny ani wskazany.”<sup>19</sup>*

Przedstawiciele resortu zdrowia wskazują, że w ten sposób chronią budżet NFZ przed niekontrolowanym wzrostem wydatków. Jednak czy naprawdę tak jest? ***Koszt badania urodynamicznego jaki zwraca świadczeniodawcom NFZ to kilkaset złotych, podczas gdy cała terapia lekowa (średnio trwająca ok 6 miesięcy, to w sumie wydatek na poziomie 200 zł – oznacza to, że NFZ musi wydać najpierw ok 500 zł po to tylko, by „zweryfikować” czy można refundować terapię, która finalnie kosztuje ok 200 zł.***

### **Neuromodulacja w Polsce czy zagranicą?**

Osoby cierpiące na zespół pęcherza nadreaktywnego oraz chorzy z ciężką postacią nietrzymania moczu, u których zawiodło dotychczasowe leczenie zachowawcze (farmakoterapia, fizykoterapia) mogą zostać poddani leczeniu II rzutu za pomocą wysokospecjalistycznej metody - neuromodulacji krzyżowej, polegającej na wszczepieniu pod skórę cienkiej elektrody, która - w połączeniu z symulatorem zewnętrznym - będzie wyływała na prawidłową pracę nerwów kontrolujących pęcherz moczowy.

Obecnie tego typu zabiegów nie przeprowadza się w żadnej z polskich placówek, zarówno w refundacji, ani odpłatnie. Pomimo braku tej terapii w Polsce, pacjenci cierpiący na NTM, mogą wyjechać na leczenie poza granice kraju, co więcej, mają też prawo ubiegać się o zgodę na leczenie w krajach Unii Europejskiej refundowane ze środków NFZ. Gwarantuje to pacjentom Ustawa z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 26 u. 1), zgodnie z którą Prezes NFZ, kierując się niezbędnością ratowania życia bądź poprawy zdrowia chorego, może na wniosek pacjenta skierować go na leczenie lub diagnostykę, które nie jest przeprowadzane w kraju, do innych państw Unii Europejskiej. Szczegółowe zasady pozyskania zgody na tego typu leczenie reguluje Rozporządzenie z dnia 27. grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza

---

<sup>19</sup> List Dr med. Philip'a E.V. Van Kerrebroeck'a, (PhD, MMSc), Profesora urologii z Uniwersyteckiego Ośrodka Medycznego w Maastricht w Holandii do Bartosza Arłukowicza, Ministra Zdrowia (08.01.2013).

granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu. Zgodnie z przytoczonymi aktami prawnymi chory, chcąc uzyskać zgodę na pokrycie kosztów leczenia za granicą, powinien złożyć odpowiedni wniosek do Prezesa NFZ.

### ***Procedura składania wniosku***

*Część I. A. wniosku wypełniana jest przez pacjenta. W tej części chory podaje swoje dane oraz określa powód skierowania wniosku do NFZ. Część I. B natomiast wypełnia właściwy oddział funduszu. Z wypełnioną I częścią wniosku pacjent udaje się do specjalisty urologa, posiadającego tytuł naukowy profesora lub doktora habilitowanego, który wypełnia część II. Specjalista wypełnia również część III B, w której powinny znaleźć się następujące informacje:*

- potwierdzenie, że wnioskowane leczenie nie jest przeprowadzane w kraju;*
- uzasadnienie, że udzielenie wnioskowanego świadczenia jest niezbędne w celu poprawy stanu zdrowia chorego;*
- wskazanie terminu proponowanego leczenia;*
- cel wyjazdu i przewidywany sposób leczenia za granicą;*
- wskazanie placówki zagranicznej, w której powinno odbyć się leczenie wraz z pisemnym uzasadnieniem jej wyboru.*

*Z wypełnionym na tym etapie wnioskiem pacjent powinien udać się do tłumacza w celu przetłumaczenia II części wniosku na język angielski lub język kraju, w którym będzie odbywać się leczenie. Następnie wniosek wraz z tłumaczeniem oraz kopiami dokumentacji medycznej chory składa do właściwej siedziby oddziału NFZ, gdzie wniosek podlegał będzie weryfikacji formalnej.*

*Dalsze procedowanie wniosku odbywa się już za pośrednictwem oddziału NFZ, który w przypadku braku przeszkód formalnych, przekaze tłumaczenie II części wniosku do wybranej, zagranicznej placówki, w celu uzgodnienia kosztów terapii, a dokumentację medyczną prześle do opinii konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie urologii. Konsultant dokonując oceny wypełni część IV B wniosku, potwierdzając w niej wybraną przez specjalistę placówkę, w której ma odbyć się leczenie, lub wskazując inną, w której jego zdaniem, powinna zostać przeprowadzona terapia.*

*Po uzyskaniu kalkulacji kosztów leczenia z placówki zagranicznej oraz opinii konsultanta wojewódzkiego, ostatnim etapem wnioskowania jest przekazanie przez oddział NFZ całości dokumentacji prezesowi NFZ, który na jej podstawie podejmie decyzję. Po wydaniu decyzji prezesa NFZ, oddział wystawia odpowiednie zaświadczenie, które następnie przekazuje do osoby składającej wniosek. Pokrycie kosztów leczenia zostaje wówczas opłacone przez fundusz na podstawie przepisów o koordynacji lub bezpośrednio na rachunek zagranicznej placówki opieki medycznej.*

*Źródło: K. Walewska, Refundacja neuromodulacji krok po kroku, czyli jak pozyskać zgodę NFZ na leczenie za granicą, Kwartalnik NTM 1 (48) 2014.*

***Powyższa procedura jest kosztowna i bardzo skomplikowana do przeprowadzenia. Tymczasem polskie placówki medyczne oraz specjaliści są przygotowani do przeprowadzania zabiegów tego typu.***

***Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, w styczniu 2011 roku, za pośrednictwem konsultanta krajowego w dziedzinie urologii, złożyło oficjalny wniosek do Ministerstwa Zdrowia o refundację neuromodulacji krzyżowej w Polsce. Wniosek trafił do Agencji Ocen Technologii Medycznych, gdzie do dziś oczekuje na rekomendację.***

Tymczasem neuromodulacja korzeni krzyżowych, jako metoda leczenia nietrzymania moczu, stosowana jest w Europie od początku lat 90-tych. W roku 2014 świętuje swoje 20-lecie. Na całym świecie z implantacji systemu InterStim skorzystało już 85 tys. pacjentów. Neuromodulacja krzyżowa rekomendowana jest min. przez Międzynarodowe Konsultacje ds. Kontynencji (ICI) – grupę doradczą przy Światowej Organizacji Zdrowia oraz Europejskie Towarzystwo Urologiczne w ramach leczenia pacjentów z mieszanym nietrzymaniem moczu lub pęcherzem nadreaktywnym, u których inne formy terapii okazały się nieskuteczne. „Zgodnie z wytycznymi EAU, ICI i NICE, neuromodulacja krzyżowa mikcji przy pomocy implantu zaliczana jest do wysokospecjalistycznego postępowania drugiego stopnia, gdy wyczerpane zostały możliwości leczenia zachowawczego.”<sup>20</sup> Eksperci szacują, że przewidywane zapotrzebowanie na implantację neuromodulatorów w Polsce może dotyczyć około 100 pacjentów rocznie.<sup>21</sup>

### **Program lekowy „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD -10: N31)”**

W dniu 5. maja 2014 Agencja Ocen Technologii Medycznych zarekomendowała objęcie refundacją produktu leczniczego *Botox, toksyna botulinowa typu A, 100 jednostek (900kD), proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 fiol. z proszkiem, we*

---

<sup>20</sup> A. Borkowski, P. Radziszewski, M. Sosnowski, Z. Wolski, Opinia ekspertów co do zasadności i sposobu wdrożenia techniki neuromodulacji krzyżowej w leczeniu dysfunkcji mikcyjnych w Polsce, Prz. Urol., 2011, T. 1, supl. 65, s. 1-4.

<sup>21</sup> Ibidem.

wskazaniu nietrzymanie moczu u pacjentów dorosłych z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza”. Metodę tę rekomenduje się w drugiej linii leczenia, w przypadku niepowodzenia terapii lekami antycholinergicznymi lub w przypadku ich nietolerancji i działań ubocznych.

***„Skuteczność toksyny botulinowej w zaburzeniach oddawania moczu związana z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego nie budzi wątpliwości. Opublikowane badania wysokiej i umiarkowanej jakości, wskazują, że podawanie toksyny przyczynia się do istotnej poprawy klinicznej, w tym zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu, zmniejszenia liczby mikcji oraz poprawy parametrów urodynamicznych.”<sup>22</sup>***

Wniosek w sprawie objęcia refundacją ww. terapii jest obecnie procedowany.

#### **Czy ośrodki referencyjne uzdrowią system opieki (leczenia) nad pacjentem z NTM?**

Leczenie operacyjne z użyciem taśm stosowane jest u osób z wysiłkowym NTM, w sytuacji, gdy leczenie zachowawcze okazało się nieefektywne. Metoda ta dedykowana jest kobietom z nasilonym NTM, a także mężczyznom, u których w ramach wykonywanych zabiegów chirurgicznych doszło do uszkodzeń cewki moczowej. Zabiegi operacyjne na NTM z użyciem taśm można wykonać niemal w każdej placówce posiadającej oddział urologiczny, bądź ginekologiczny. Ma to związek z finansowaniem poszczególnych form leczenia NTM przez NFZ. Zdaniem prof. Tomasz Rechbergera- „Obecnie zabiegi uroginekologiczne może wykonywać praktycznie każdy specjalista ginekolog i urolog, ponieważ nie ma żadnych odgórnych ograniczeń, które regulowałyby tę kwestię. Niestety, skutkuje to mnóstwem zabiegów wykonywanych nieprawidłowo, których efektem są ponowne operacje, obciążające przede wszystkim zdrowie i komfort pacjenta, jak również budżet państwa, który finansuje kolejne zabiegi. To jeden z głównych argumentów, który przemawia za utworzeniem specjalizacji, dzięki której w Polsce szkolono by specjalistów w dziedzinie uroginekologii, znających się na swojej pracy.

---

<sup>22</sup> [http://www.aotm.gov.pl/bip/assets/files/zlecenia\\_mz/2014/038/REK/RP\\_115\\_2014\\_Botox.pdf](http://www.aotm.gov.pl/bip/assets/files/zlecenia_mz/2014/038/REK/RP_115_2014_Botox.pdf) (12.05.2014).



*Ważne jest, aby wraz z utworzeniem nadspecjalizacji w każdym województwie powstawały ośrodki referencyjne specjalizujące się w uroginekologii. Początkowo po 2-3 ośrodki w większych województwach, w zależności od zapotrzebowania na tego typu leczenie, oraz po 1 ośrodku w mniejszych regionach, gdzie liczba przeprowadzonych zabiegów jest nieco niższa. W każdym ośrodku powinno pracować minimum 2-3 przeszkolonych specjalistów, którzy dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu mogliby uczyć kolejne pokolenia. Stu specjalistów uroginekologii w całym kraju, to na początek absolutne minimum, docelowo liczba ta powinna wzr nawet do 200-300 osób”<sup>23</sup>*

Rozpiętość jeśli chodzi o liczbę wykonywanych rocznie zabiegów na wysiłkowe NTM z użyciem taśm w poszczególnych placówkach jest ogromna; w części placówek wykonuje się kilkaset operacji rocznie, inne przeprowadzają takie zabiegi sporadycznie. Taka sytuacja jest bardzo niekorzystna dla pacjentów, chorzy nie wiedzą, do której placówki powinni się udać, aby skorzystać z pomocy doświadczonych specjalistów, wyszkolonych w leczeniu nietrzymania moczu. Dr Mariusz Blewniewski jest zdania, że „... nie powinno się ograniczać dostępu chorych do lekarzy, a lekarzom do wykonywania procedur NFZ. [...] Rozwiązaniem być może jest stworzenie katalogu procedur uroginekologicznych, które mogłyby być przeprowadzane jedynie w ośrodkach referencyjnych, co ograniczyłoby liczbę nieprawidłowo wykonanych zabiegów w placówkach mało doświadczonych w uroginekologii, w których przeprowadza się w ciągu roku tylko pojedyncze procedury.”<sup>24</sup>

***Część pacjentów po nieudanych operacjach, z powikłaniami, ponownie trafia do szpitala, tym razem jako pacjenci bardziej wyspecjalizowanych ośrodków. Tego problemu można uniknąć wyznaczając ośrodki referencyjne, wyspecjalizowane w tego typu zabiegach i od razu kierować do nich bardziej skomplikowane przypadki. W dłuższej perspektywie takie rozwiązanie przyniesie konkretne oszczędności związane z mniejszą liczbą powikłań i wyższym stopniem skuteczności leczenia tą metodą. Z kolei pacjentowi zapewni bezpieczeństwo i zapobiegnie częstym obecnie sytuacjom, gdy zdezorientowany pacjent tuła się między placówkami szukając pomocy.***

---

<sup>23</sup> K. Walewska, Nadspecjalizacja z uroginekologii – czy jest potrzebna? Cz. I, Kwartalnik NTM nr 1 (44) 2013.

<sup>24</sup> K. Walewska, Uroginekologia w systemie kształcenia młodych lekarzy - w ocenie urologów, Kwartalnik NTM nr 3 (46) 2013, str. 14-15.

Takie rozwiązanie zostało zastosowane w przypadku implementacji hydraulicznego zwieracza cewki moczowej stosowanej u mężczyzn. Procedurę tę wykonuje jedynie kilka ośrodków w kraju (np. Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Wydział lekarski Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej, Europejskie Centrum Zdrowia w Otwocku, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie, III Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum UJ w Krakowie).

***Aby zapewnić pacjentom cierpiącym na NTM kompleksową oraz profesjonalną opiekę, a płatnikowi lepszą kontrolę wydatków rekomenduje się powołanie ośrodków referencyjnych specjalizujących się w zabiegowym/operacyjnym leczeniu nietrzymania moczu, tak aby procedury te niosły jak najmniejsze ryzyko powikłań i charakteryzowały się wysokim stopniem skuteczności.***

## **Opieka nad pacjentem z NTM**

### **Opieka długoterminowa (ODT) – ekonomiczne i społeczne koszty braku systemowych rozwiązań**

Według prognoz GUS (prognoza ludności na lata 2008-2035<sup>25</sup>) za ok. 20 lat w naszym kraju będziemy mieli ok. 2 574 tys. osób w wieku powyżej 80. roku życia, co stanowić będzie ok. 7% całego społeczeństwa oraz ok. 8 358 tys. osób w wieku 65+, które stanowić będą wówczas 23,2% społeczeństwa.

Wraz z powiększającą się grupą osób w starszym wieku, będzie również rosło zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, zarówno tą instytucjonalną, jak i opiekę domową, pełnioną przez członków rodzin osób niesamodzielnych. Rosnąca grupa osób w wieku 80 + stanowić będzie również większy odsetek osób z nietrzymaniem moczu, które będą wymagały opieki. Według przyjętych statystyk ok. 60% osób w wieku 75 +

---

<sup>25</sup> <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2008-2035,3,1.html> (12.05.2014).

cierpi na nietrzymanie moczu. Koszty opieki długoterminowej będą więc w znacznym stopniu zawierać również koszty związane z występowaniem nietrzymania moczu.

Pewnym jest, że rosnąca grupa osób wymagających opieki, w tym osób z NTM będzie wpływać na wyższe koszty opieki ponoszone przez placówki instytucjonalnej opieki długoterminowej, na które składają się m.in: większa liczba łóżek, koszty artykułów higienicznych, środków absorpcyjnych, koszty leczenia powikłań oraz wyższe koszt usług opiekuńczych: pielęgniarskich oraz wspierających.

Poniżej prezentujemy zestawienie miesięcznych kosztów ponoszonych przez przykładową placówkę opieki instytucjonalnej– NZOZ na opiekę długoterminową (ok. 60 pensjonariuszy).

### **Średnie miesięczne zestawienie kosztów opieki nad osobą niesamodzielną przebywającą w placówce opieki stacjonarnej**

Lp.	Rodzaj kosztów	Miesięczna wysokość kosztów			
		Ogółem (PLN)	ilość łóżek	w przeliczeniu na 1 łóżko (PLN)	% kosztów ogólnych
I.	zużycie materiałów, w tym zużycie:	18 130,27	60,50	299,67	8%
I.1.	leków, płynów infuzyjnych	4 558,90			
I.2.	sprzętu jednorazowego użytku,	2 486,65			
I.3.	materiałów opatrunkowych,	417,73			
I.4.	środków pomocniczych, w tym pieluchomajtki	7 395,83			
I.5.	wyposażenie	485,12			
I.6.	materiały gospodarcze i do remontu	37,91			
I.7.	materiałów biurowych	1 613,55			
I.8.	środków czystości i dezynfekcyjnych	1 033,42			
I.9.	odzież ochronna				
I.10.	inne - jakie: woda	101,16			
II.	wynagrodzenia, w tym:	123 855,56	60,50	2 047,19	52%
II.1.	wynagrodzenia ze stosunku pracy,	97 997,70			
II.2.	wynagrodzenia z umów zleceń i o dzieło	13 224,49			

II.2.	Kontrakty	12 633,37			
III.	świadczenia na rzecz pracowników, w tym:	8 834,65	60,50	146,02	4%
III.1	składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, fundusz pracy				
III.2	odpisy na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych				
III.3	koszty podróży służbowych				
IV.	zużycie wody, energii, w tym:	15 499,43	60,50	256,18	7%
IV.1	energii elektrycznej,	2 524,00			
IV.2	energii cieplnej, opału	8 005,27			
IV.3	wody i kanalizacji	982,87			
IV.4	inne, jakieg: żywienie dojelitowe	3 987,29			
V.	usługi obce, w tym:	33 435,60	60,50	552,65	14%
V.1.	transportowe,	112,95			
V.2.	telekomunikacyjne	340,46			
V.3.	bankowe	240,59			
V.4.	wywóz odpadów komunalnych				
V.5.	pocztowe	95,00			
V.6.	usługi informatyczne	1 099,62			
V.7.	usługi pralni	2 536,65			
V.8.	medyczne obce,	200,88			
V.9.	diagnostyka, laboratorium, sterylizacja	43,28			
V.10.	dzierżawa	27 710,55			
V.11.	pozostałe usługi – jakieg: konserwacja dźwigów, usługi kominiarskie	1 055,62			
VI.	podatki i opłaty:	8 834,65	60,50	146,02	4%
VI.1	VAT nie podlegający odliczeniu				
VI.2	wpłaty na PFRON				
VI.3	podatek od nieruchomości				
VI.4	inne, jakieg:				

VII.	pozostałe koszty, w tym:	28 218,55	60,50	466,42	12%
VII. 1.	koszty żywienia	25 710,00			
VII. 2.	ubezpieczenie oc				
VII. 3.	ubezpieczenia majątkowe				
VII. 4.	amortyzacja środków trwałych	2 508,55			
<b>Koszty ogółem</b>		<b>236 808,71</b>	<b>60,50</b>	<b>3 914,19</b>	

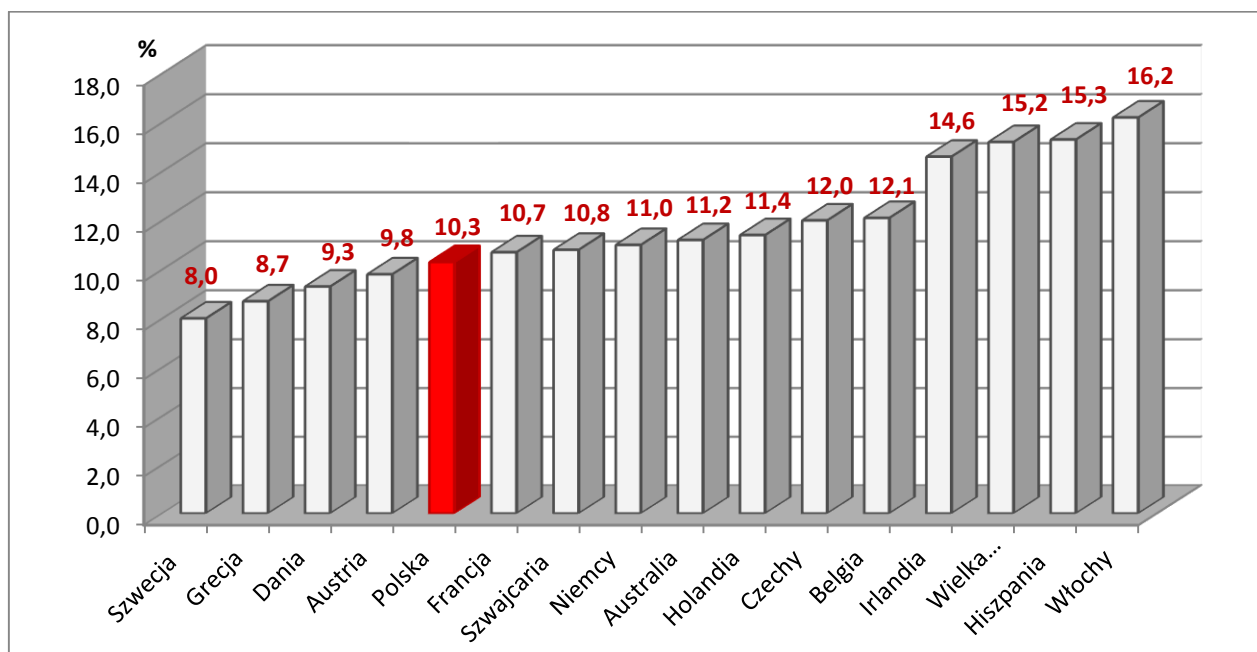
Źródło: Dane NZOZ Opieka Długoterminowa i Rehabilitacja, CertusVia spółka z o.o. Olsztyn (średnie koszty za styczeń 2014 roku).

Z powyższych danych wynika, że miesięczne koszty ponoszone na zaopatrzenie w środki pomocnicze, w tym w pieluchomajtki wynoszą **7 395,83 zł**, co stanowi ok. **3%** łącznych miesięcznych wydatków ponoszonych przez NZOZ na opiekę nad pensjonariuszami. Ponad połowę kosztów NZOZ - **52%**, stanowią natomiast koszty związane z wynagrodzeniem pracowników.

Zaprezentowane powyżej wydatki stanowią duże obciążenie dla stacjonarnych placówek opiekuńczych. Czy alternatywną formą opieki długoterminowej mogłaby być więc opieka domowa?

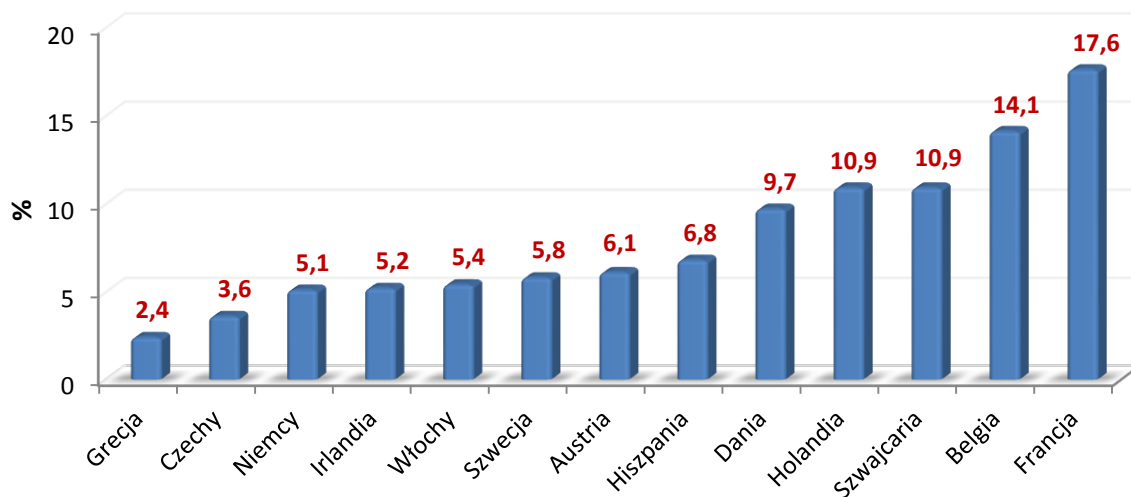
Z uwagi na duże zainteresowanie opieką instytucjonalną i wysoki odsetek wykorzystanych miejsc w placówkach tego typu, część osób niesamodzielnych korzysta z opieki świadczonej przez rodziny. Poniżej prezentujemy dane krajów OECD dotyczące liczby opiekunów nieformalnych (rodzinnych), świadczących opiekę nad bliskimi. Wskaźnik zapewnianej opieki różni się pomiędzy krajami, także ilością udzielonej pomocy.

**Procent populacji zgłoszony jako nieformalni opiekunowie udzielający pomocy  
w czynnościach życia codziennego (ADL)**



Źródło: Spotkanie ekspertów Krajów OECD w sprawie opieki długoterminowej. Rozdział 3: Opiekunowie rodzinni i wpływ na zdrowie psychiczne oraz rynek pracy. Centrum Konferencji OECD, Paryż, 15-16 listopada 2010

**Procent populacji korzystający z  
opieki domowej**



Źródło: kalkulacje OECD na podstawie HILDA dla Australia, BHPS dla UK, SHARE dla innych krajów europejskich i HRS dla USA.

- Wykresy dotyczą osób w wieku 50 lat i powyżej.
- Następujące lata są brane pod uwagę dla poszczególnych krajów: 2005-07 dla Australii; 1991-2007 dla Wielkiej Brytanii; 2004-2006 dla innych krajów europejskich.
- Brak danych z Polski spowodowany jest brakiem dostępnych statystyk dotyczących opiekunów nieformalnych w naszym kraju.

Opieka domowa podobnie jak opieka instytucjonalna czy szpitalna niesie za sobą szereg kosztów. Na koszty opieki domowej składają się: wydatki związane z prowadzenia gospodarstwa domowego podopiecznego, wydatki na życie, zaopatrzenie w środki absorpcyjne oraz artykuły higieniczne, koszt formalnej opieki i pielęgnacji oraz koszt usług nieformalnej opieki. Jednak oszacowanie finalnych kosztów tej formy opieki jest bardzo trudne, a wręcz nieosiągalne, gdyż w Polsce nie prowadzi się obecnie statystyk dotyczących wydatków gospodarstw domowych związanych z opieką długoterminową.

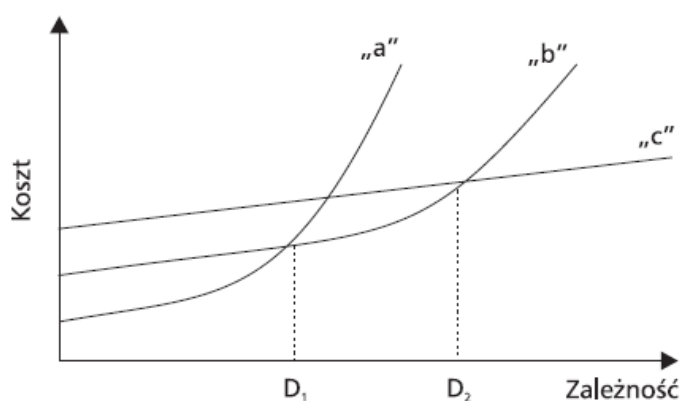
William A. Jackson w swoim opracowaniu „The political economy of population ageing” („Polityka ekonomiczna starzejącego się społeczeństwa”) próbował oszacować koszty w sektorze opieki długoterminowej. W tym celu wprowadził podział na 3 podstawowe sektory:

- **sektor opieki domowej (środowiskowej)** - usługi medyczne i społeczne świadczone przez formalnych opiekunów i/lub nieformalnych, głównie w miejscu zamieszkania beneficjenta opieki (domiciliary care);
- **sektor instytucjonalnej pomocy społecznej** - usługi opiekuńcze zorientowane na wsparcie lub pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego, świadczone całodobowo poza miejscem zamieszkania osoby starszej, w placówkach pozbawionych barier architektonicznych i przystosowanych do potrzeb osób niesamodzielnych, których stan zdrowia nie wymaga wzmożonej opieki medycznej (residential care); (przykładowe ośrodki to DPS, Rodzinne Domy Pomocy, placówki świadczące całodobową opiekę);
- **sektor instytucjonalnej opieki medycznej i pielęgnarskiej** - usługi zorientowane na medyczny aspekt opieki, świadczone całodobowo w profesjonalnych placówkach

lecniczych (hospital care).<sup>26</sup> (przykładowe ośrodki to ZOL, ZOP, oddziały geriatryczne).

Przy porównywaniu poszczególnych sektorów autor oszacował całkowity koszt społeczny opieki (social cost of care), który obejmuje, oprócz wydatków pieniężnych (publicznych i prywatnych), również powiązane koszty niepieniężne oraz koszty alternatywne ponoszone przez beneficjentów opieki i opiekunów.<sup>27</sup>

Porównując powyższe 3 sektory autor kierował się głównie wpływem poziomu uzależnienia osób w podeszłym wieku na koszt opieki w poszczególnych sektorach.



Źródło: Łukasz Jurek, Katedra Socjologii i Polityki Społecznej Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Sektory opieki długoterminowej - analiza kosztów, *Gerontologia Polska*, tom 15, nr 4, str. 113.

- a- opieka domowa
- b- sektor instytucjonalnej pomocy społecznej;
- c- sektor instytucjonalnej opieki medycznej i pielęgniarstwa

Z powyższego wykresu wynika, że stopień niezależności osób niesamodzielnych jest wprost proporcjonalny do wzrostu kosztów ponoszonych na opiekę nad tymi osobami. W przypadku podopiecznych o niskim poziomie zależności najniższy koszt stanowi koszt opieki domowej, który w miarę wzrostu zależności dynamicznie rośnie. Wzrost kosztów w tym sektorze może być spowodowany zapewnieniem stałej, 24h opieki nad osobą niesamodzielną. To z kolei wymusza na opiekunach nieformalnych rezygnację

<sup>26</sup> Łukasz Jurek, Katedra Socjologii i Polityki Społecznej Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Sektory opieki długoterminowej - analiza kosztów, *Gerontologia Polska*, tom 15, nr 4, str. 113.

<sup>27</sup> Ibidem.



z pracy lub zatrudnienie opiekunów profesjonalnych oraz dostosowanie pomieszczeń do potrzeb niesamodzielnego.

Jak widać na wykresie koszty opieki nad niesamodzielnym ponoszone przez sektor instytucjonalnej pomocy społecznej utrzymują się na średnim poziomie, jednak w wyniku wzrostu poziomu niezależności podopiecznego ulegają nagłemu wzrostowi, co może być spowodowane koniecznością zapewnienia choremu specjalistycznego sprzętu oraz intensywniejszej opieki medycznej.

Najmniejszą współzależność kosztów opieki od stopnia niezależności podopiecznego obserwujemy w przypadku tzw. sektora szpitalnego, który bez względu na poziom niezależności podopiecznych generuje wysokie koszty. Istotnym czynnikiem wpływającym na generowanie wysokich kosztów opieki szpitalnej jest ryzyko zakażeń jakie mogą wystąpić w warunkach szpitalnych, których koszt leczenia znacznie powiększa finalne koszty opieki.

Z danych GUS wynika, że wśród osób w wieku powyżej 65. roku życia, pacjenci objęci stałą opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz hospicjów stanowią około 13,5 tysiąca, a dalsze 42 tysiące są pensjonariuszami stacjonarnych domów pomocy społecznej dla osób starszych i przewlekle chorych. Z tego, ok. 28 tysięcy osób zmagają się z problemem nietrzymania moczu i/lub stolca w warunkach szpitalnych, będących jednocześnie potencjalnym źródłem zakażeń dla innych pacjentów i pensjonariuszy. W tej populacji szczególnie dotkliwie odczuwalne są zakażenia skóry o różnej etiologii i nasileniu, a opisywany problem to jeden z elementów towarzyszących, który zwiększa ryzyko rozwoju tego typu zakażeń, w tym odleżyn.<sup>28</sup> Wystąpienie tego typu powikłań stanowi dodatkowe źródło kosztów związanych z opieką nad niesamodzielnymi.

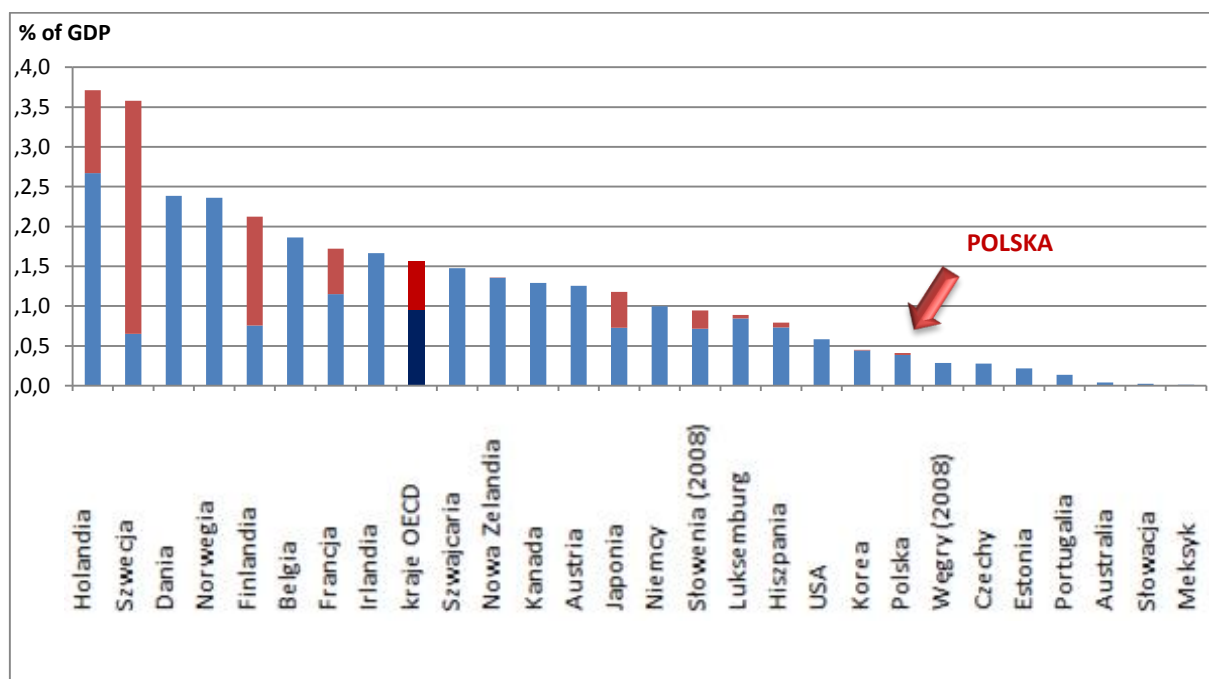
Analizując powyższe dane, można jasno określić kierunek, w którym powinna podążać opieka długoterminowa. Rosnąca grupa osób niesamodzielnymi będzie coraz większym obciążeniem dla sektora szpitalnego, którego już obecnie koszty są najwyższe, dlatego, w celu rozłożenia kosztów opieki, powinno się inwestować w sektor pomocy społecznej oraz opiekę domową.

---

<sup>28</sup> Jadwiga Wójkowska-Mach, Piotr B. Heczko, Katedra Mikrobiologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Problem nietrzymania moczu i stolca a zakażenia u chorych hospitalizowanych oraz pensjonariuszy domów opieki długoterminowej, *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17 (3): 246–249, str.247

Rosnąca grupa osób niesamodzielnych, wymagających opieki, nie dotyczy tylko Polski. Statystyki demograficzne wskazują, że problem ten narasta równolegle w wielu krajach Europy i świata. Rosnące zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wymusza ponoszenie coraz wyższych kosztów przez budżety państw. Poniżej prezentujemy porównanie publicznych wydatków na opiekę długoterminową ponoszonych przez poszczególne kraje OECD.

### Publiczne wydatki na opiekę długoterminową (sektor zdrowotny i socjalny) - udział procentowy w PKB, 2010 (lub najbliższy rok)



Źródło: OECD Health Policy Studies, *A Good Life In Old Age? Monitoring and improving quality in long-term care*, 2013.

LEGENDA:

**Kolor niebieski** – sektor zdrowotny opieki długoterminowej;

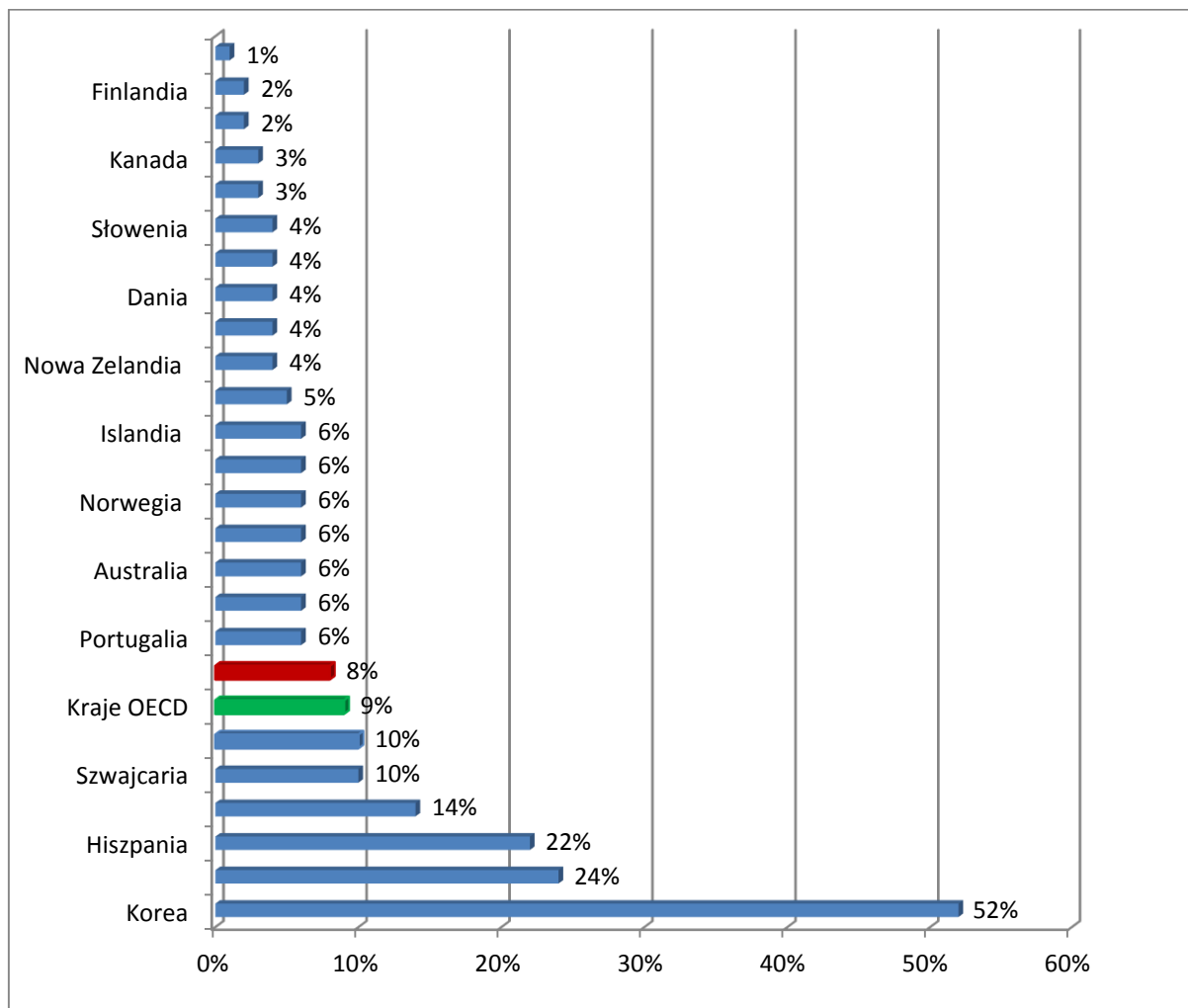
**Kolor czerwony** – sektor socjalny opieki długoterminowej;

% GDP - % PKB

Z wykresu powyżej wynika, że wydatki publiczne na opiekę długoterminową w Polsce sięgają blisko 0,5 % PKB. Polska jest jednym z 9 krajów, w których wydatki na opiekę długoterminową stanowią mniej niż 0,5% PKB. Najwięcej środków finansowych na opiekę długoterminową wśród krajów OECD wydatkują Szwecja oraz Holandia (powyżej

3,5% PKB). Wysokość PKB Polski w 2010 roku wyniosła 1 416,6 mld zł, stąd kwota wydatkowana na opiekę długoterminową (0,5%PKB) wynosi 7 075 000 000 zł.

**Wzrost wydatków publicznych na ODT (sektor zdrowotny), 2000-10 (lub najbliższy rok)**



Źródło: OECD Health Policy Studies, A Good Life In Old Age? Monitoring and improving quality in long-term care, 2013.

LEGENDA:

**dane dla Polski dotyczą lat 2002 - 2010**

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

Nietrzymanie moczu dotyka miliony Polaków. Ostrożne szacunki zakładają, że problem chronicznego nietrzymania moczu może dotyczyć 4 – 8% populacji Polski. Jednakże niektórzy specjaliści sugerują, że odsetek chorych może być znacznie wyższy niż wskazywany w publikowanych badaniach z racji intymnego charakteru tego schorzenia i trudności w zebraniu rzetelnych danych. Ze względu na ogromne rozpowszechnienie tej dolegliwości należy spojrzeć na nią z szerszej perspektywy, nie tylko jako na problem zdrowotny, ale także społeczny i ekonomiczny. Zaprezentowane dane wskazują na wzrost wydatków ponoszonych z tytułu zapadalności na nietrzymanie moczu. Dlatego należy zastanowić się jak usprawnić przepisy, aby pieniądze zabezpieczone na opiekę nad pacjentem z NTM nie wyciekały z systemu służby zdrowia oraz, aby chorzy otrzymali kompleksowe wsparcie.

### Rekomenduje się:

---

***Zwiększenie dostępu do refundowanych środków absorpcyjnych poprzez likwidację barier formalno-administracyjnych ograniczających dystrybucję, zmianę kryterium chorobowego, urealnienie limitów cenowych i ilościowych oraz zwiększenie uprawnień personelu medycznego do wystawiania zleceń na środki absorpcyjne, przy zachowaniu „otwartego systemu refundacji”.***

Refundacja środków absorpcyjnej na zlecenia „non-branded” opłaca się wszystkim. Pacjenci mogą samodzielnie wybrać produkt najlepiej odpowiadający ich potrzebom, natomiast lekarze skupić się na procesie terapeutycznym i wykonywać swoją pracę w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną. Rozwiązanie to jest korzystne również dla narodowego płatnika, który dzięki przejrzystym zasadom wyboru produktu absorpcyjnego ma gwarancję, że środki z jego budżetu wydatkowane są w sposób optymalny, to znaczy przynoszący pacjentowi największe korzyści.

Obecnie jedynie 50% aptek oferuje środki absorpcyjne w refundacji. Dzieje się tak, z powodu nadmiernej biurokracji, z którą muszą mierzyć się apteki posiadające umowy z

NFZ. Redukcja biurokracji mogłaby przynieść dalszy wzrost konkurencyjności na rynku, a w konsekwencji spadek cen środków absorpcyjnych.

### ***Wprowadzenie na listę leków refundowanych jak największej liczby preparatów stosowanych w leczeniu OAB***

Decydenci, podejmując decyzje refundacyjne powinni brać pod uwagę fakt, że czynnikiem determinującym postępowanie terapeutyczne wobec pacjenta jest polityka refundacyjna państwa. Obecnie w Polsce, na liście leków refundowanych znajdują się jedynie dwie substancje (5 leków) stosowane w terapii zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB). Oznacza to, że pacjenci, u których terapia za pomocą *solifenacyny* i *tolterodyny* nie powiodła się lub wiązała się ze zbyt uciążliwymi skutkami ubocznymi, nie mają już możliwości skorzystania z refundowanej farmakoterapii. Tymczasem czynnikiem decydującym czy i jaką terapię podejmie chory jest jej cena. Oznacza to, że obecnie większość chorych nie ma dostępu do optymalnej dla nich terapii. Dla utrzymania większej kontroli wydatków publicznych rekomendujemy utworzenie II linii leczenia, gdy terapia prowadzona za pomocą leków antycholinergicznym nie powiedzie się. Pierwszym lekiem, który mógłby trafić do leczenia w II etapie może być mirabegron.

### ***Usunięcie ograniczeń w dostępie do refundowanych leków na OAB, w postaci konieczności wykonania zbędnego badania urodynamicznego.***

Badanie urodynamiczne nie jest ani konieczne ani nawet wskazane, aby zdiagnozować OAB. Badanie to jest niezgodne z obowiązującymi w Polsce i na świecie standardami, co oznacza, że wymóg ten powinien być traktowany w kategorii marnotrawienia publicznych pieniędzy. W liście wystosowanym do resortu zdrowia z dnia 08.01.2013 r. przez prof. van Kerrebroeka (Uniwersytecki Ośrodek Medyczny w Maastricht/ Maastricht University Medical Centre Maastricht, Holandia) czytamy: „[...] badanie urodynamiczne nie jest konieczne, ba - jest nawet zbędne dla postawienia właściwej diagnozy. Większość pacjentów z objawami zespołu pęcherza nadreaktywnego nie będzie miało jakichkolwiek wykrywalnych anomalii stwierdzonych badaniem urodynamicznym.”

### ***Należy zagwarantować chorym dostęp do wszystkich skutecznych form leczenia sprawdzonych na świecie.***

Nie ma jednej metody, która byłaby efektywna we wszystkich przypadkach. Niestandardowe terapie takie jak np. iniekcje z toksyny botulinowej A czy neuromodulacja krzyżowa zalecane są chorym, u których leczenie podstawowe nie przyniosło oczekiwanych rezultatów.

Sztandarowym przykładem zaniedbań resortu zdrowia jest brak dostępu w Polsce do refundowanej terapii za pomocą neuromodulacji korzeni krzyżowej u pacjentów z ciężkim NTM. Obecnie pacjenci, którym zaleca się terapie w postaci neuromodulacji krzyżowej mogą, po uzyskaniu zgody konsultanta krajowego w dziedzinie urologii oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, leczyć się za granicą. Należy podkreślić, że przewidywany koszt refundacji neuromodulacji w Polsce wynosi ok. 30 tys. zł (na jednego pacjenta), tymczasem dofinansowanie tego rodzaju zabiegu dla pacjenta wyjeżdżającego na terapie poza granicę kraju, to wydatek rzędu 100 tys.

### ***Wyodrębnienie ośrodków referencyjnych w leczeniu operacyjnym NTM***

Aby zapewnić pacjentom cierpiącym na NTM kompleksową oraz profesjonalną opiekę, rekomenduje się powołanie ośrodków referencyjnych specjalizujących się w zabiegowym/ operacyjnym leczeniu nietrzymania moczu, tak aby procedury te niosły jak najmniejsze ryzyko powikłań i charakteryzowały się wysokim stopniem skuteczności (dot. następujących form terapii: operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, wszczepienia neuromodulatora korzeni krzyżowych oraz iniekcji z toksyny botulinowej).

### ***Budowę systemu opieki długoterminowej oraz świadczeń opiekuńczych dla osób niesamodzielnych.***

Wskazane w niniejszym raporcie dane, związane z opieką długoterminową osób niesamodzielnych, wyraźnie wskazują na brak systemowych rozwiązań, które regulowałyby zasady finansowania opieki długoterminowej, zarówno instytucjonalnej jak i domowej, świadczonej przez najbliższych. Obecnie brakuje również rozwiązań systemowych, które wzmocniłyby opiekę domową. Rozwiązaniem może być projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, opracowany przez Grupę Roboczą przy Klubie Parlamentarny Platformy Obywatelskiej, pod przewodnictwem senatora Mieczysława Augustyna. Projekt ten zakłada przyznanie osobom niesamodzielnym finansowania kwalifikowanych kosztów opieki lub kosztów usług opiekuńczych.

Kwalifikowanymi kosztami opieki, uwzględnionymi w projekcie ustawy, są:

- 1) wydatki poniesione na zakup usług opiekuńczych wspomagających wykonywanie opieki przez osoby bliskie;
- 2) wydatki poniesione na zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych oraz preparatów niezbędnych do właściwej pielęgnacji ciała, w zakresie w jakim nie zostały sfinansowane lub dofinansowane na podstawie przepisów odrębnych, z wyjątkiem środków kosmetycznych nie mających właściwości leczniczych.<sup>29</sup>

Zakładane w projekcie ustawy dofinansowanie środków pomocniczych oraz preparatów niezbędnych do właściwej pielęgnacji ciała osobom niesamodzielnym, będzie dodatkowym wsparciem finansowym dla opieki nad osobami z NTM. Ponadto wsparcie sektora opiekuńczego ze środków publicznych wpłynie na wzrost rentowności usług opiekuńczych, jak i rozwój inwestycji prywatnych w sektorze opieki długoterminowej, co z kolei stanowić będzie szansę na wyższą jakość świadczeń w opiece długoterminowej nad osobami niesamodzielnymi.

To wszystko jednoznacznie wskazuje na duże rezerwy finansowe, jakie państwo polskie może wygenerować dzięki większej integracji polityki zdrowotnej z polityką społeczną.

---

<sup>29</sup> Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym (UPN) kwiecień 2014.