

## ■ PACJENT Z NTM

## ■ W SYSTEMIE OPIEKI

## ■ ZDROWOTNEJ 2016



*Raport powstał pod auspicjami Stowarzyszeniem Osób z NTM „UroConti” przy współpracy z World Federation of Incontinent Patients (WFIP) oraz przy wykorzystaniu materiałów powstałych w latach 2002-2016 podczas kampanii edukacyjno-informacyjnej Programu NTM.*

Czerwiec 2016

# SPIS TREŚCI

---

<b>WPROWADZENIE DO RAPORTU</b> .....	<b>4</b>
WSTĘP .....	4
DEFINICJE .....	6
EPIDEMIOLOGIA .....	6
<b>CZĘŚĆ I. SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM – DYNAMIKA ZMIAN</b> .....	<b>8</b>
<b>KOSZTY BEZPOŚREDNIE</b> .....	<b>8</b>
Badania diagnostyczne .....	9
Refundacja leków .....	11
Zabiegi operacyjne .....	14
Wizyty u specjalistów .....	17
Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ .....	18
Koszty środków absorpcyjnych ponoszone przez chorych .....	23
<b>KOSZTY POŚREDNIE</b> .....	<b>24</b>
Leczenie powikłań .....	24
Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM .....	26
Koszty absencji w pracy osób z NTM .....	29
<b>CZĘŚĆ II. POLITYKA REFUNDACYJNA A SYTUACJA PACJENTÓW Z NTM</b> .....	<b>31</b>
<b>LECZENIE OAB</b> .....	<b>31</b>
Fizjoterapia nietrzymania moczu – nowoczesne metody fizykoterapii .....	31
Badanie urodynamiczne – niezrozumiała bariera w dostępie do leków na OAB .....	33
Farmakoterapia – ograniczenia w doborze odpowiedniego leku .....	35
Nowy program lekowy: „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” za pomocą iniekcji z toksyny botulinowej .....	37
Neuromodulacja nerwów krzyżowych – nadal tylko za granicą .....	38

Zabiegi chirurgiczne (wszczepienie zwieracza hydraulicznego, usunięcie pęcherza) .....	40
<b>LECZENIE WYSIŁKOWEGO NTM .....</b>	<b>40</b>
Leczenie zabiegowe – taśmy: złoty standard od wielu lat .....	40
Ośrodki referencyjne – sposób na ograniczenie błędów i powikłań .....	42
<b>ZAOPATRZENIE W ŚRODKI ABSORPCYJNE .....</b>	<b>44</b>
Środki absorpcyjne – reglamentacja podstawowych produktów higienicznych. Oszczędności, które generują większe koszty .....	44
Kryteria indywidualnego doboru środków absorpcyjnych .....	47
<b>OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM .....</b>	<b>51</b>
Opieka długoterminowa (ODT) – ogromne wyzwanie, brak rozwiązań .....	51
<b>WNIOSKI .....</b>	<b>55</b>
<b>REKOMENDACJE.....</b>	<b>58</b>

# WPROWADZENIE DO RAPORTU

---

## WSTĘP

*Szanowni Państwo,*

*Oddajemy w Państwa ręce kolejną, piątą już edycję raportu na temat sytuacji pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Na nietrzymanie moczu cierpi ok. 10% populacji po 30 roku życia. Problem ten, zaliczany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) do podstawowych zagadnień zdrowotnych, stał się ogromnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia. W dobie starzejącego się społeczeństwa oraz zmian cywilizacyjnych, problem NTM będzie pogłębiał swoją skalę, dlatego tak ważna jest kompleksowa analiza i poszukiwanie optymalnych rozwiązań.*

*1 września 2015 r. ogłoszono zmiany dla pacjentów z nietrzymaniem moczu, którzy obecnie mogą skorzystać z refundowanego leczenia toksyną botulinową w ramach nowego programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10:N31)”. Po spełnieniu kryteriów kwalifikacji, leczeniu mogli poddać się dorośli pacjenci z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym.*

*Niemniej jednak, w dalszym ciągu po uzyskaniu pozytywnych rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na decyzję ministra zdrowia odnośnie włożenia do koszyka świadczeń gwarantowanych czekają: neuromodulacja nerwów krzyżowych w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych (rekomendacja AOTMiT z września 2014), mirabegron we wskazaniu II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych, uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi (rekomendacja AOTMiT z listopada 2014 r.) oraz usunięcie przepisu wykonywania badania urodynamicznego, jako warunku uzyskania refundowanego leczenia farmakologicznego w zespole pęcherza nadreaktywnego (rekomendacja AOTMiT z lutego 2016 r.).*

*Dodatkowo, rok 2016 zapowiada się jako początek dużych zmian w dziedzinie refundacji wyrobów medycznych. Zapowiedzi Ministra Zdrowia wskazują na intencje zbliżenia systemów refundacji wyrobów medycznych z systemem refundacji leków.*

*W dniu 31 maja br. weszła w życie ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. Zgodnie z ustawą wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega m.in. na wystawieniu zlecenie na zaopatrzenie w*

wyroby medyczne, dobieraniu wyrobów medycznych do potrzeb pacjenta oraz nauczaniu pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi. Nie można przecenić zawodu fizjoterapeuty również w obszarze profilaktyki i leczenia NTM. Z pewnością wpisanie tego zawodu na listę zawodów medycznych podniesie ich znaczenie również w tym obszarze.

Równie istotne są trendy międzynarodowe w dobie szukania oszczędności i optymalizacji wydatków publicznych. Stąd coraz częściej pojawia się postulat dot. większej integracji polityki zdrowotnej z polityką społeczną.

W raporcie przedstawiamy najnowsze statystyki dotyczące kosztów związanych z nietrzymaniem moczu, ponoszonych przez narodowego płatnika, samych chorych, a także całe społeczeństwo. Próbujemy również znaleźć odpowiedź na pytanie czy pacjenci w Polsce mają dostęp do optymalnych terapii, zgodnych z najnowszą wiedzą medyczną oraz standardami europejskimi.

## DEFINICJA NIETRZYMANIA MOCZU

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

Nietrzymanie moczu może być objawem wielu schorzeń i w zależności od przyczyny może mieć różne rodzaje. Podstawowe trzy typy nietrzymania moczu to: wysiłkowe NTM, nietrzymanie moczu z parcia, czyli tzw. pęcherz nadreaktywny typ mokry (OAB) oraz mieszane NTM (połączenie wysiłkowego NTM i pęcherza nadreaktywnego). Nietrzymanie moczu może występować o różnym nasileniu – małym, średnim lub dużym. Przypadłość ta określana jest również mianem inkontynencji.

## EPIDEMIOLOGIA

Częstość występowania nietrzymania moczu (NTM) jest trudna do określenia, ponieważ nie ustalono jednorodnych kryteriów rozpoznania tego schorzenia. Dodatkowo bariera wstydu sprawia, że około 50% pacjentów nie przyznaje się do tego schorzenia w gabinetach lekarskich. Wszyscy zgadzają się jednak co do faktu, że występuje on częściej u kobiet. Wraz z wiekiem różnica między płciami zmniejsza się, a nawet zanika.

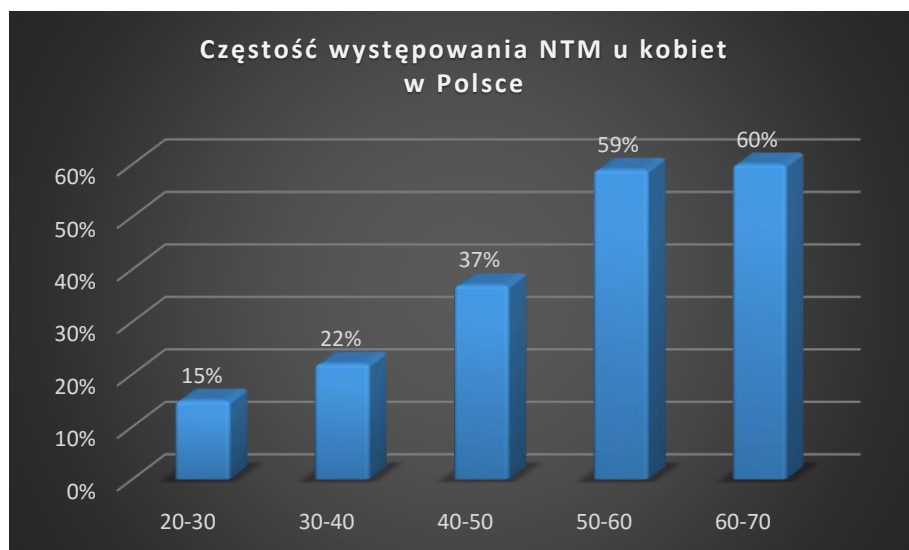
Niemniej jednak, „szacuje się, że u 5-69% kobiet i 1-39% mężczyzn występuje co najmniej jeden incydent nietrzymania lub gubienia moczu w okresie 12 miesięcy. Ogólnie nietrzymanie moczu występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn.”<sup>1</sup>

---

***„PROBLEM NIETRZYMANIA MOCZU MOŻE DOTYCZYĆ NAWET 4 MLN OSÓB  
W POLSCE, OKOŁO 10% POPULACJI. 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.***

---

<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), Guidelines on Incontinence, European Association of Urology, 2010.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Starczewski A., Brodowska A., Brodowski J., Epidemiologia i leczenie nietrzymania moczu oraz obniżenia narządów miednicy u kobiet, Pol. Merk. Lek., nr, 145, 2008.

## CZĘŚĆ I.

### SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM – DYNAMIKA ZMIAN

---

#### KOSZTY BEZPOŚREDNIE

Nietrzymanie moczu uważane jest za jedną z najczęstszych przewlekłych chorób kobiecych. Jest to przypadłość niezwykle powszechna. W Polsce zmagają się z tą dolegliwością ok. 4 mln osób. W większości problem ten dotyczy kobiet, ale mężczyznom również jest znany (szczególnie po radykalnej operacji usunięcia gruczołu krokowego).

Koszty związane z nietrzymaniem moczu (NTM) dzielimy na dwie zasadnicze grupy:

1. Koszty wymierne:
  - koszty bezpośrednie,
  - koszty pośrednie.
2. Koszty niewymierne.

Na podstawie danych pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) opracowana została pierwsza część raportu – poświęcona kosztom bezpośrednim w kontekście nietrzymania moczu. 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.

Dodatkowo koszty bezpośrednie możemy podzielić na koszty medyczne (ściśle powiązane z procesem leczenia, np. koszty leków, badań diagnostycznych, koszty zabiegów operacyjnych) oraz koszty pozamedyczne (pozostałe koszty ponoszone przez pacjenta będące bezpośrednim skutkiem choroby, np. koszt transportu chorego, wyżywienia w szpitalu).

Poniżej przedstawiamy szacunkowe koszty z tytułu zachorowalności na nietrzymanie moczu w Polsce opracowane na podstawie danych z NFZ.



Szacunkowe koszty z tytułu zachorowalności na NTM ponoszone w Polsce (w PLN)						
ROK	2011	2012	2013	2014	2015	Dynamika (2015/2014)
Koszt refundacji leków na NTM	3 230 490	7 598 335	6 555 487	7 550 178	9 074 847	+20,19%
Koszt poniesiony przez NFZ na wykonanie badania urodynamicznego	1 296 791	2 700 789	11 220 975	10 208 784	13 343 877	+30,71%
Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM u kobiet i mężczyzn	17 163 267	22 045 272	31 709 810	32 125 691	62 182 484	+93,56%
Koszty zaopatrzenia osób z NTM w środki absorpcyjne (np. pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki) poniesione przez NFZ	173 817 000	179 000 000	184 295 000	195 205 334	208 909 742	+7,02%
Szacunkowy roczny koszt ponoszony na środki absorpcyjne przez osoby chore na NTM i ich rodziny	95 800 000	104 522 360	106 612 807	108 612 802	122 888 083	+13,14%
<b>Ogółem</b>	<b>291 307 548</b>	<b>315 866 756</b>	<b>329 173 104</b>	<b>353 702 789</b>	<b>416 399 035</b>	<b>+ 17,73%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

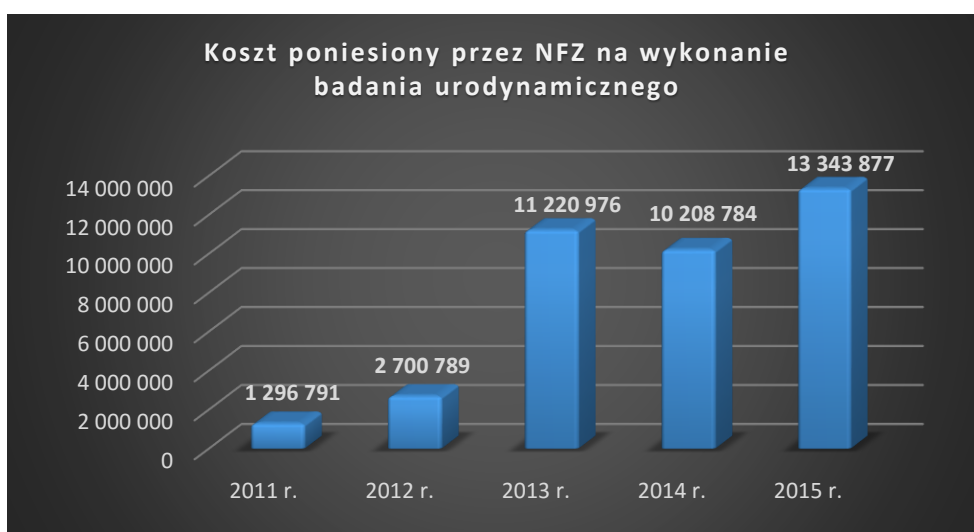
## Badania diagnostyczne

W przypadku pojawienia się objawów nietrzymania moczu, każdy pacjent powinien zasięgnąć porady swojego lekarza rodzinnego i w dalszej kolejności specjalisty urologa, neurologa lub w przypadku kobiet również ginekologa. Precyzyjny wywiad przeprowadzony przez lekarza oraz dokładne przeanalizowanie zgłaszanych przez pacjenta objawów i dolegliwości jest istotą prawidłowej diagnozy pacjenta z NTM. Podczas wywiadu lekarskiego przede wszystkim należy ustalić, w jakich okolicznościach dochodzi do epizodów nietrzymania moczu.

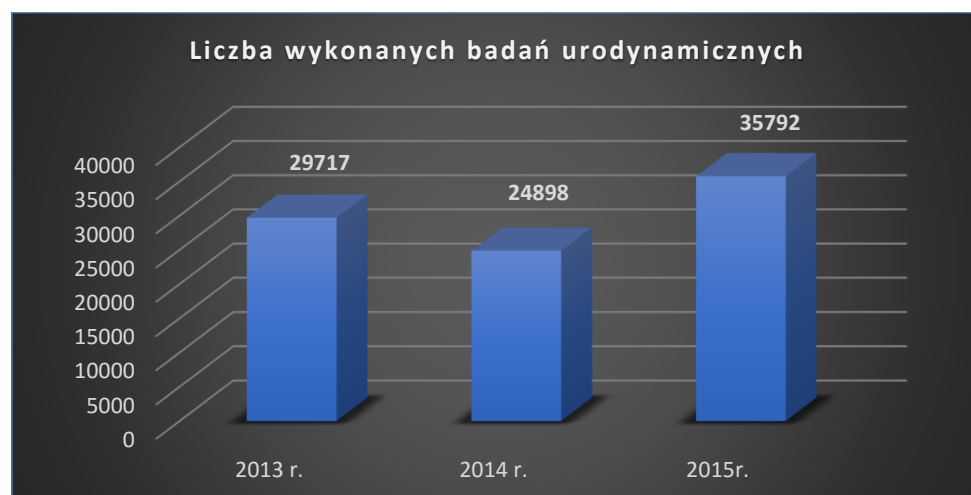
W ramach wywiadu zaleca się także zebranie informacji dot. chorób współistniejących i przebytych operacji, porodów, występowania bólu, krwimoczu, a także ustalenie statusu hormonalnego. Do prawidłowego zebrania wywiadu pomocny jest trzydniowy dzienniczek mikcji, wypełniany przez pacjenta. Dostarcza on cennych informacji na temat częstotliwości oddawania moczu, epizodów z jego nietrzymaniem, objętości przyjmowanych i wydalanych płynów, liczby mikcji nocnych (nykturia) oraz liczby i nasilenia parć naglących.

Badanie urodynamiczne jest elementem diagnostyki i polega na ocenie czynności narządów dolnych dróg moczowych, co więcej, stanowi narzędzie diagnostyczne pozwalające na uzyskanie wyników kwalifikujących pacjenta do optymalnego sposobu dalszego leczenia. Pomimo rekomendacji prezesa AOTMiT z dnia 2 lutego 2016 oraz głosów organizacji pacjenckich i samych specjalistów, którzy nie zalecają wykonywania badania urodynamicznego w postępowaniu podstawowym, obowiązujące przepisy powodują wymuszenie na lekarzach i chorych realizację tej procedury.

Z danych uzyskanych z NFZ wynika, że **koszt świadczeń związanych z wykonaniem badań urodynamicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2015 r. wzrósł o 30% w stosunku do roku poprzedniego i wynosi 13 343 877 zł.**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

## Refundacja leków

Zasady refundacji leków stosowanych w leczeniu NTM reguluje obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2016 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2016 r. poz. 48). Aktualnie Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje siedem preparatów stosowanych w leczeniu NTM – jeden na bazie substancji czynnej solifenacyna (Vesicare) oraz sześć na bazie substancji tolterodyna (Uroflow, Urimper, Tolzurin, Titlodine, Toltelodir, Defur).

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

Poniżej prezentujemy aktualne kwoty dofinansowania leków, które obowiązują od 1 maja 2016 r.

Substancja czynna	Dawka leku	Odpłatność pacjenta	Przedział cenowy za lek (w zł)
Solifenacyna	5 mg/10 mg	30%	69,62-93,34
Tolterodyna	1 mg/4 mg	30%	3,14-31,53

Źródło: obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2016 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2016 r.

**W roku 2015 wydano 311 607 opakowań leków stosowanych w przypadku leczenia NTM. Na refundację tych preparatów NFZ wydał 9 074 847,24 zł.**

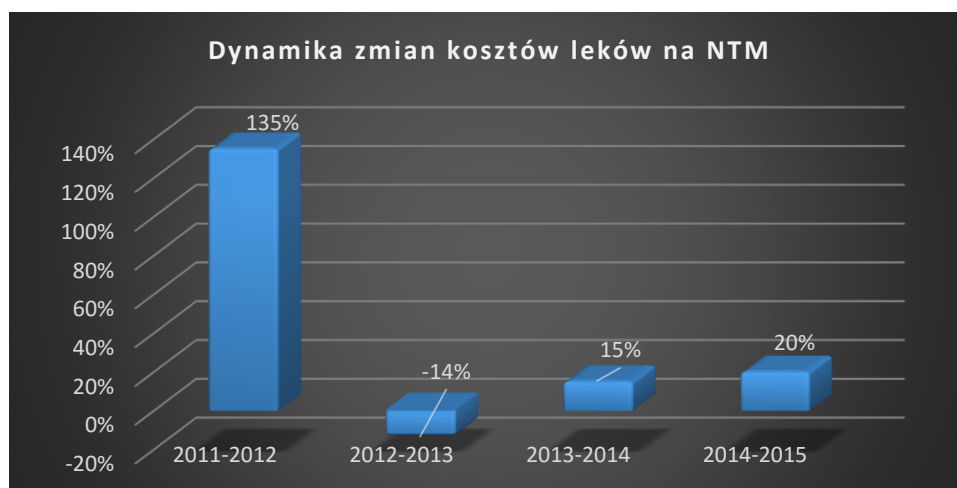
Wartość refundacji wg cen leków oraz ilości wydanego leku w 2015 r.		
Nazwa substancji	Ilość wydanego leku (opakowania)	Kwota refundacji (w zł)
Solifenacyna	85 113,33	4 960 920,00
Tolterodyna	226 494,50	4 113 927,27
<b>łącznie</b>	<b>311 607,83</b>	<b>9 074 847,27</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Poniżej przedstawiamy wykres prezentujący dynamikę zmian kosztów leków stosowanych w przypadku leczenia NTM. Wysoki wzrost kosztów refundacji leków na NTM w 2012 roku jest wynikiem wprowadzenia nowej ustawy refundacyjnej, obowiązującej od 1 stycznia 2012 roku.

Natomiast zmiana dynamiki w 2013 roku poprzedzona jest negocjacjami cen skutkującymi ich obniżeniem.

**W 2015 r. łączna kwota wydana przez NFZ na refundację leków na nietrzymanie moczu wzrosła o 20% w porównaniu do 2014 roku.**

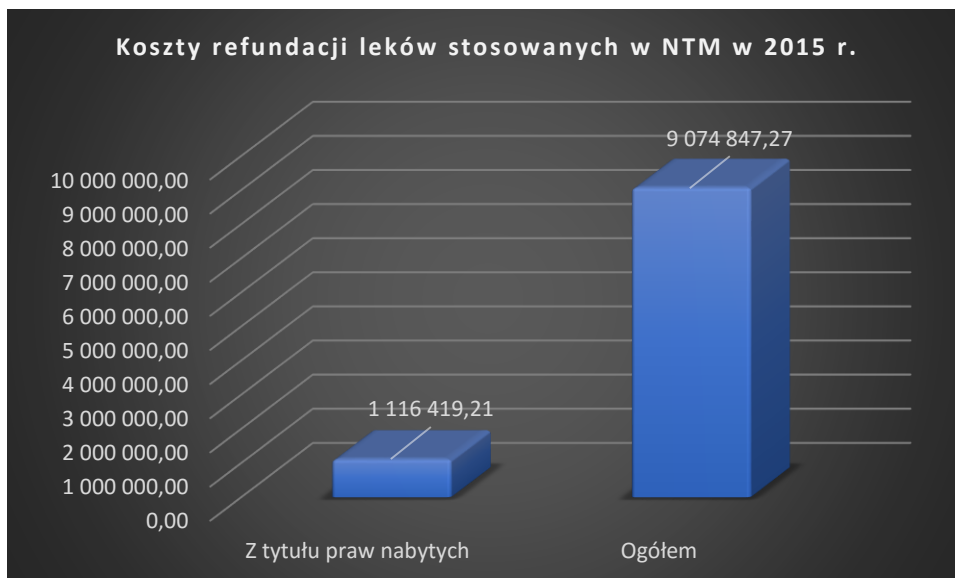


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Poniższe zestawienie 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, uprawnionych do renty rodzinnej i cywilnym, niewidomym ofiarom działań wojennych.

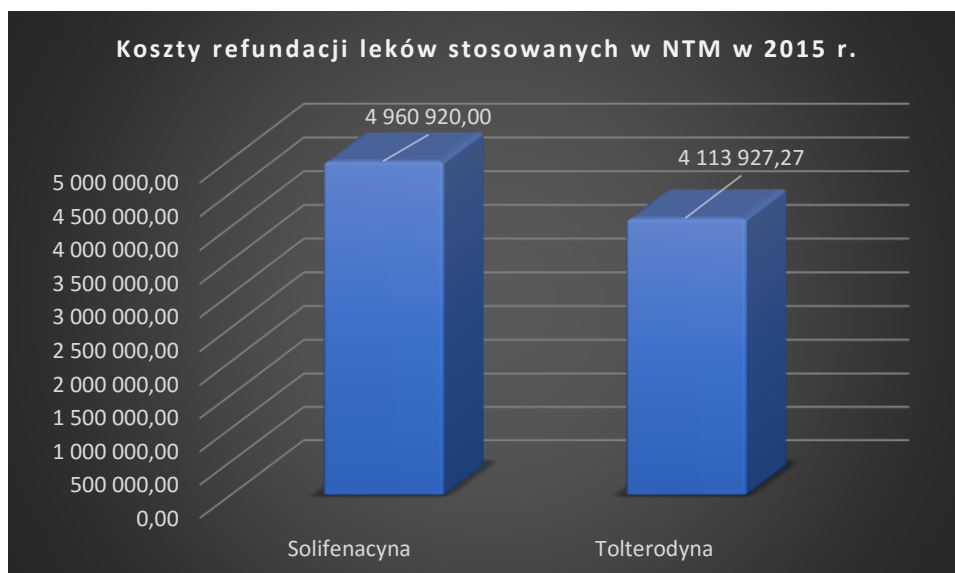
<b>Koszty leków stosowanych w leczeniu NTM refundowanych przez NFZ z tytułu praw nabytych w 2015 r.</b>	
Osoby nieubezpieczone do 18 roku życia	3 538,86 zł
Inwalidzi wojenni oraz osoby represjonowane	1 112 801,19 zł
Żołnierze zasadniczej służby wojskowej	79,16 zł
<b>łącznie</b>	<b>1 116 419,21 zł</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W prezentowanym zestawieniu nie zostały uwzględnione inne preparaty używane w leczeniu nietrzymania moczu. Mowa tu o preparatach zawierających w składzie jedną z wymienionych substancji czynnych: fezoterodyna, trospium, darifenacyna czy oksybutynina. Mimo, iż są uwzględnione na liście refundacyjnej stosowane są zarówno w leczeniu nietrzymania moczu, jak również w przypadku innych schorzeń, dlatego nie należą się pacjentom wyłącznie z nietrzymaniem moczu.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

## Zabiegi operacyjne

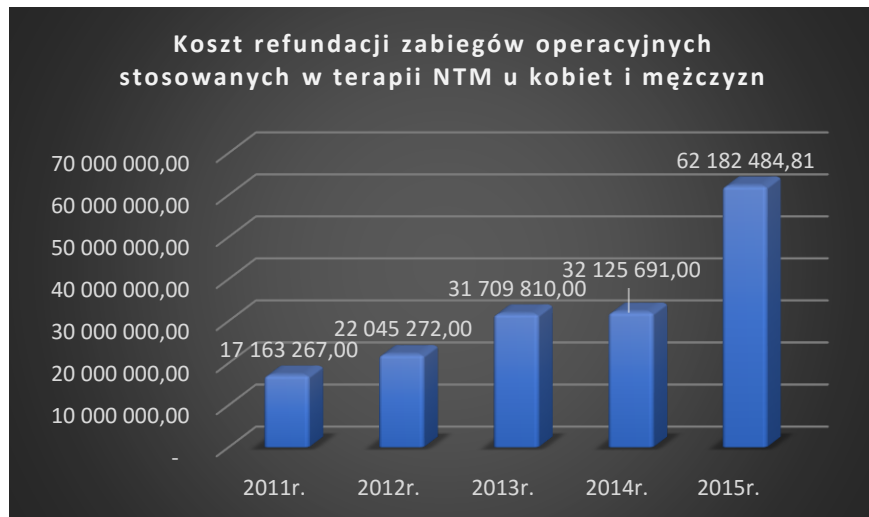
Jeśli leczenie zachowawcze nie przyniosło oczekiwanych efektów, istnieje możliwość wykonania zabiegu operacyjnego. Kwalifikacji do tego rodzaju leczenia operacyjnego, dokonuje lekarz urolog lub ginekolog, a decyzja o jego podjęciu niesie za sobą konieczność przeprowadzenia dokładnych badań oraz wywiadu. Stosowanych jest wiele metod leczenia, dobieranych dla każdego chorego indywidualnie biorąc pod uwagę wiek, ogólny stan zdrowia, styl życia i przebyte operacje brzuszne. Zabiegi operacyjne to jedna z nielicznych metod stosowanych w terapii NTM w Polsce, która jest w pełni refundowana.

Najczęściej stosowane metody leczenia zabiegowego u mężczyzn to implantacja hydraulicznego zwieracza cewki moczowej. U kobiet natomiast, najczęściej wykonywane zabiegi polegają na wprowadzeniu pod cewkę moczową specjalnej taśmy, w celu podparcia cewki moczowej i jej połączenia z pęcherzem. Są to tzw. zabiegi pętlowe. Spośród zabiegów niepętlowych najczęściej wykonuje się tzw. operację Burcha, która polega na podwieszeniu tkanek okolicy szyi pęcherza do więzadeł Coopera. Operacyjne leczenie dotyczy prawie wyłącznie wysiłkowego NTM. W przypadku najskuteczniejszych metod NTM nawraca u maksymalnie 15% chorych po 5 latach od operacji, co oznacza, że szansa na całkowite wyleczenie po 5 latach wynosi 85%.<sup>2</sup>

**Z uzyskanych danych wynika, że kwota przeznaczona przez NFZ na refundację zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii nietrzymania moczu u kobiet i mężczyzn w 2015 r. wyniosła 62 182 484,81 zł, co stanowi znaczny ok. 48,3% wzrost w porównaniu z rokiem ubiegłym.**

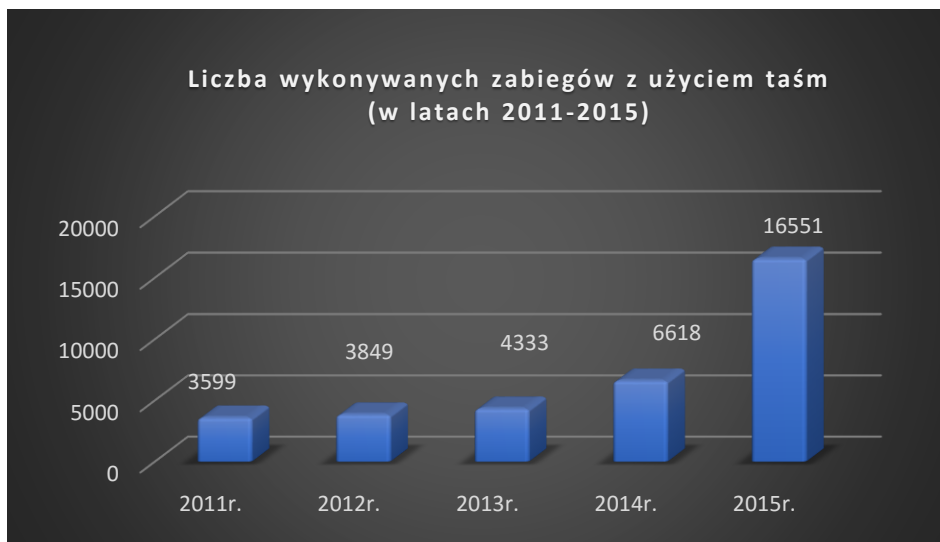
---

<sup>2</sup> Radziszewski P., Dobroński P.: Nietrzymanie moczu. Wyd. 1. PZWL, Warszawa 2008

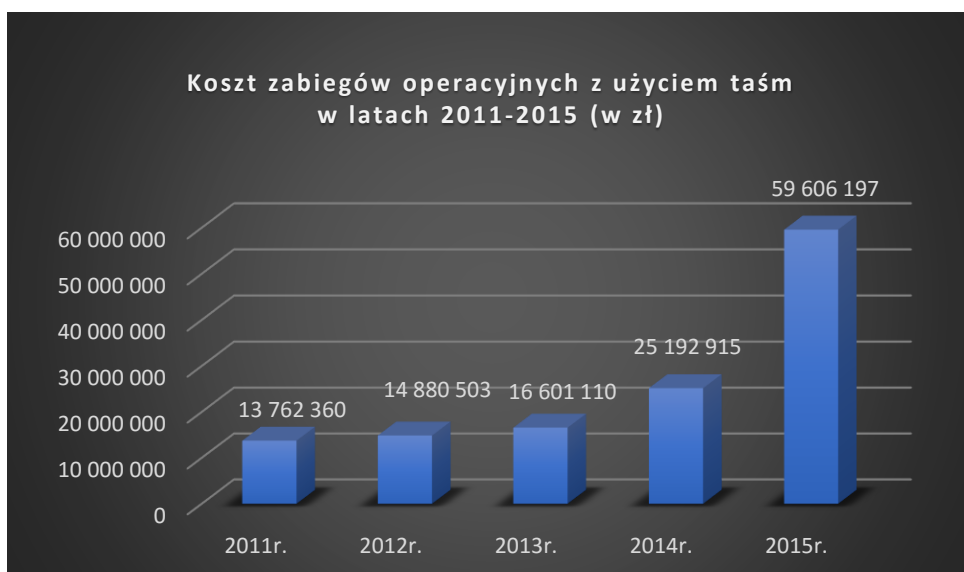


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Poniżej przedstawiamy dane dotyczące zabiegów z użyciem taśm, które zostały wykonane na przełomie lat 2011-2015, gdzie widoczny jest znaczny wzrost (szczególnie na przełomie 2014/2015 r.) w ilości wykonywanych zabiegów z użyciem taśm. Skutkuje to wzrostem kosztów zabiegów operacyjnych na NTM.

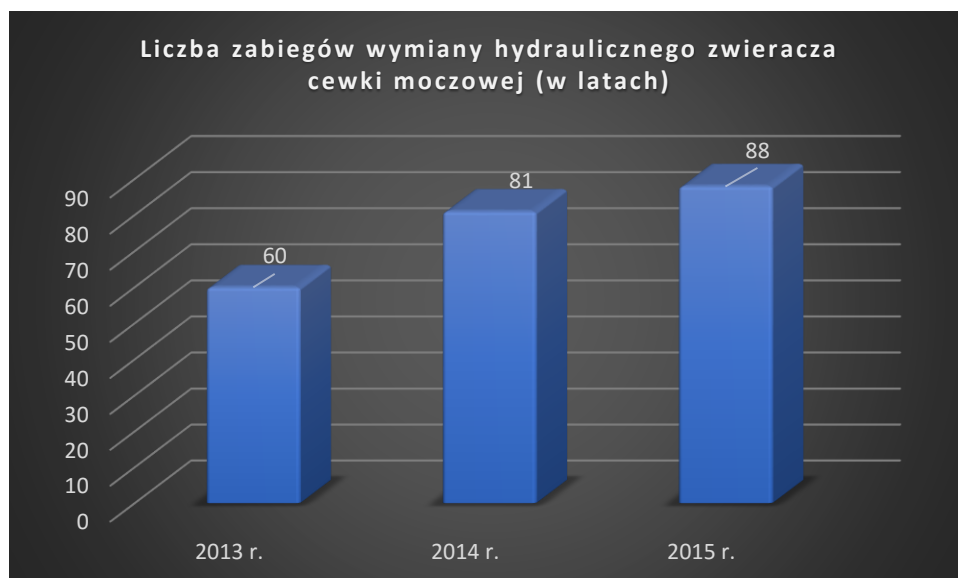


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z kolei, **koszt zabiegów implantacji hydraulicznego zwieracza cewki moczowej w 2015 r. to 2 576 288 zł.** Liczba wykonanych zabiegów wymiany hydraulicznego zwieracza cewki moczowej w 2015 r. wyniosła – 88. Koszt jednego zabiegu to kwota ok. 30 tys. złotych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Od 1 września 2015 r. pacjenci po spełnieniu kryterium kwalifikacji mogą również skorzystać z refundowanego zabiegu z zastosowaniem toksyny botulinowej. W ramach programu lekowego



„Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10:N31).” W 2015 r. (okres wrzesień-grudzień) wykonano 10 zabiegów, których łączny koszt wyniósł 12 778,96 zł.

## Wizyty u specjalistów

Leczenie NTM to problem interdyscyplinarny, skupiający uwagę lekarzy kilku specjalności m.in.: lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistów w zakresie ginekologii, a przede wszystkim urologii. Większa wiedza na temat NTM zarówno wśród chorych, jak i lekarzy zwiększa wymagania wobec ośrodków zajmujących się leczeniem tej choroby. Diagnostyka i leczenie chorych z NTM zmierza w kierunku tworzenia specjalistycznych zespołów urologicznych i/lub ginekologicznych, niekiedy we współpracy z innymi specjalistami (np. neurologami, fizykoterapeutami, rehabilitantami) zajmującymi się leczeniem chorych dotkniętych nietrzymaniem moczu.

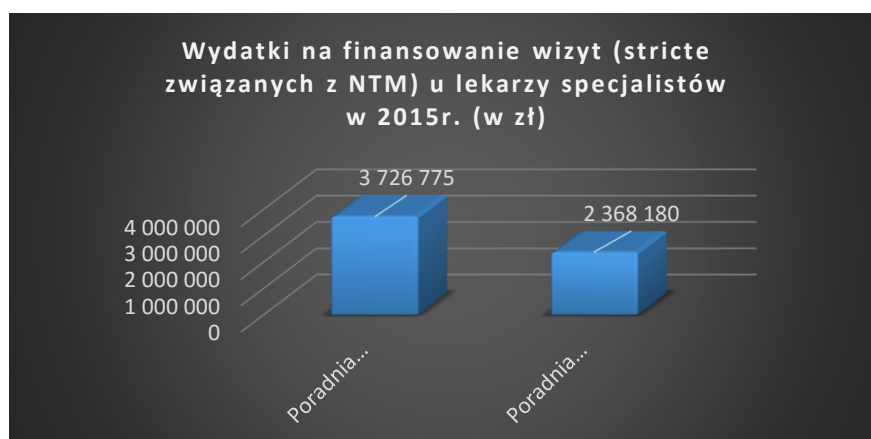
Z danych uzyskanych z NFZ wynika, że wydatki na finansowanie wizyt u specjalistów w 2015 r. wyniosły odpowiednio:

- dla poradni położniczo-ginekologicznych – 577 131 151,21 zł
- dla poradni urologicznych – 140 387 309,73 zł.

Z kolei, wydatki NFZ poniesione w 2015 roku na refundację wizyt ściśle związanych z problemem nietrzymania moczu u specjalistów wyniosły odpowiednio:

Ilość badań i koszt refundacji wizyt u specjalistów ściśle związanych z problemem NTM		
	Poradnie położniczo-ginekologiczne	Poradnie urologiczne
liczba badań	32 124	28 057
koszt refundacji	3 726 774,81 zł	2 368 179,61 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

## Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ

### Zasady refundacji

Obowiązujące obecnie zasady refundacji środków absorpcyjnych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie<sup>3</sup>.

Mimo zapowiedzi zmian w przepisach dotyczących zaopatrzenia w wyroby medyczne, ogłaszanych przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia w pierwszym półroczu 2016 roku<sup>4</sup>, zasady refundacji nie uległy zmianie od 1 stycznia 2014 roku, to jest od czasu wejścia w życie rozporządzenia z 6 grudnia 2013 roku.

Narodowy Fundusz Zdrowia dofinansowuje pięć rodzajów środków absorpcyjnych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady oraz wkłady anatomiczne. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem, nietrzymanie moczu jest kryterium chorobowym uprawniającym do refundacji, ale jedynie pod warunkiem, że pacjent z NTM posiada dodatkowo jedną z chorób współistniejących, wymienionych w rozporządzeniu. Kryteria refundacji środków absorpcyjnych w Polsce uniemożliwiają znacznej części chorych na nietrzymanie moczu otrzymanie refundacji na produkty chłonne. Z refundacji wykluczeni są m.in. chorzy z wysiłkowym NTM. Szacuje się, że z grupy wszystkich pacjentów zmagających się z problemem NTM w Polsce, z dopłaty NFZ do środków absorpcyjnych może skorzystać jedynie ok. 10-30% osób.<sup>5</sup>

Dodatkowo, niezmienione od 1999 r. pozostają limity ilościowe oraz cenowe na środki absorpcyjne. Osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu w ramach refundacji, po spełnieniu kryterium chorobowego, przysługuje do 60 sztuk produktów chłonnych (2 szt. na dobę) miesięcznie przy 30% dopłacie pacjenta oraz limicie cenowym 90 zł. Z kolei osoby z chorobą nowotworową mają prawo do 100% refundacji do 60 sztuk środków absorpcyjnych przy limicie cenowym 77 zł.

---

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, dostępne na stronie internetowej: [www.isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130001565](http://www.isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130001565)

<sup>4</sup> *Czy na pieluchomajtkach można oszczędzić miliony złotych? Tak!*, czasopismo „Menedżer Zdrowia”, 1 marca 2016, [www.termedia.pl/mz/Czy-na-pieluchomajtkach-mozna-oszczedzic-miliony-zlotych-Tak-,21073.html](http://www.termedia.pl/mz/Czy-na-pieluchomajtkach-mozna-oszczedzic-miliony-zlotych-Tak-,21073.html); *MZ: Będzie ustawa o wyrobach medycznych*, portal medexpress.pl, 23 marca 2016, [www.medexpress.pl/mz-bedzie-ustawa-o-wyrobach-medycznych/63557](http://www.medexpress.pl/mz-bedzie-ustawa-o-wyrobach-medycznych/63557)

<sup>5</sup> Raport *Leczenie OAB. Gdzie jesteśmy w Europie*, grudzień 2015.

Poniższe tabele szczegółowo przedstawiają zasady refundacji w przypadku 30% dopłaty pacjentów, oraz w przypadku 0% dopłaty pacjentów, przysługującej pacjentom onkologicznym.

Zasady refundacji środków absorpcyjnych przez NFZ - współpłacenie 30%					
Rodzaj środka	Limit ilościowy na miesiąc	Limit cenowy	Dopłata pacjenta w ramach limitu	Lekarze uprawnieni do wypisania zlecenia	Kryteria chorobowe
pieluchomajtki	60 szt.	90 zł	30%	chirurg, onkolog, geriatra, ginekolog onkologiczny, neurolog, lekarz POZ, lekarz udzielający świadczeń w hospicjach, felczer ubezpieczenia zdrowotnego, kontynuacja przez pielęgniarkę i położną	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 będące przyczyną nietrzymania moczu - jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego będące przyczyną nietrzymania stolca
lub pieluchy anatomiczne	60 szt.	90 zł	30%		
lub majtki chłonne	60 szt.	90 zł	30%		
lub podkłady	60 szt.	90 zł	30%		

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

Zasady przyznawania refundacji przez NFZ na środki absorpcyjne - współpłacenie 0%					
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%	chirurg, onkolog, geriatra, ginekolog onkologiczny, neurolog, lekarz POZ, lekarz udzielający świadczeń w hospicjach, felczer ubezpieczenia zdrowotnego, kontynuacja przez pielęgniarkę i położną	choroba nowotworowa przebiegająca w postaci owrzodziatych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej, przetoki nowotworowe lub popromienne, nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych
lub pieluchy anatomiczne	60 szt.	77 zł.	0%		
lub majtki chłonne	60 szt.	77 zł.	0%		
lub podkłady	60 szt.	77 zł.	0%		
lub wkłady anatomiczne	60 szt.	77 zł.	0%		

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

## Koszty refundacji

Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na całą grupę zaopatrzenia w środki pomocnicze oraz wyroby ortopedyczne, w skład której wchodziły środki absorpcyjne, wyniosły w 2015 roku **880 899 050 zł**. W porównaniu do roku 2014, gdy NFZ wydał na grupę wyrobów medycznych 790 266 440 złotych, nastąpiło zwiększenie kwoty o 90,6 milionów złotych, co daje wzrost procentowy w wysokości **11,5%**<sup>6</sup>.

**W grupie środków absorpcyjnych (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne, majtki chłonne, podkłady) wydatki NFZ w 2015 roku wyniosły 208 909 740 zł. W stosunku do roku 2014, gdy wydatki na tego rodzaju produkty wyniosły 195 205 336 zł, nastąpił wzrost o 7,02%.**

Według danych dotyczących ilości wydanych wyrobów medycznych refundowanych przez NFZ, w roku 2015, wydano 234 706 330 sztuk wszystkich wyrobów medycznych (wzrost o 6,2% w stosunku do roku 2014), w tym 200 143 837 sztuk pieluchomajtek oraz innych rodzajów środków absorpcyjnych (wzrost o 6,7% w stosunku do roku 2014). W 2014 roku, wydano 220 923 810 sztuk wyrobów medycznych, w tym 187 560 611 środków absorpcyjnych.

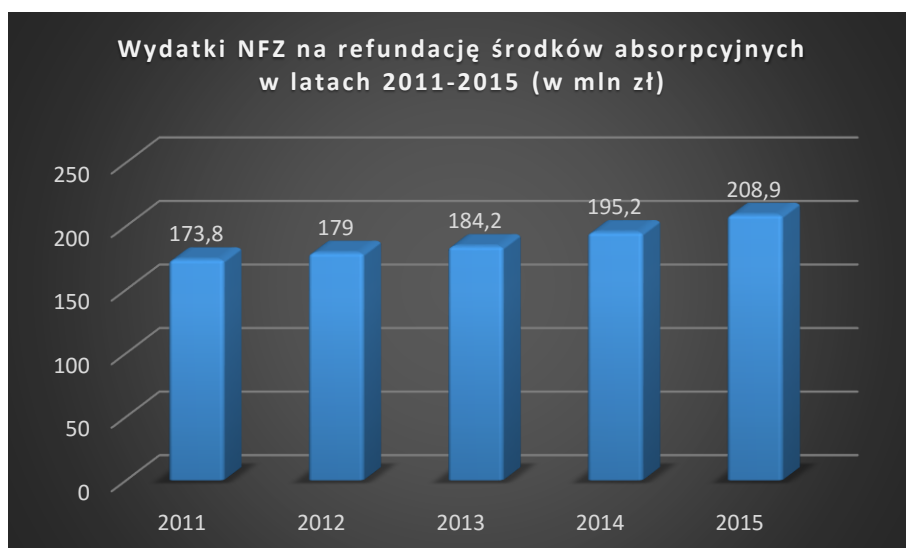
W poniższej tabeli przedstawione są szczegółowe wydatki NFZ na zaopatrzenie w wyroby medyczne ogółem oraz osobno na środki absorpcyjne w okresie ostatnich pięciu lat, wraz z dynamiką wzrostu na te produkty.

Wydatki na zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze vs. wydatki na środki absorpcyjne (w mln zł)											
Koszty świadczeń:	2010	2011	Dynamika 2011/2010	2012	Dynamika 2012/2011	2013	Dynamika 2013/2012	2014	Dynamika 2014/2013	2015	Dynamika 2014/2013
Wyroby medyczne (przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze) ogółem	589,8	623,7	5,7%	668,1	7,1%	703	5,2%	790,2	12%	880,8	11,5%
Produkty absorpcyjne	159,7	173,8	8,8%	179	2,9%	184,2	2,9%	195,2	5,9%	208,9	7,02%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Na poniższym wykresie zobrazowane są szczegółowe dane dotyczące wydatków NFZ na grupę środków absorpcyjnych w ostatnich pięciu latach.

<sup>6</sup> Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2015 r., załącznik IV.12.1.



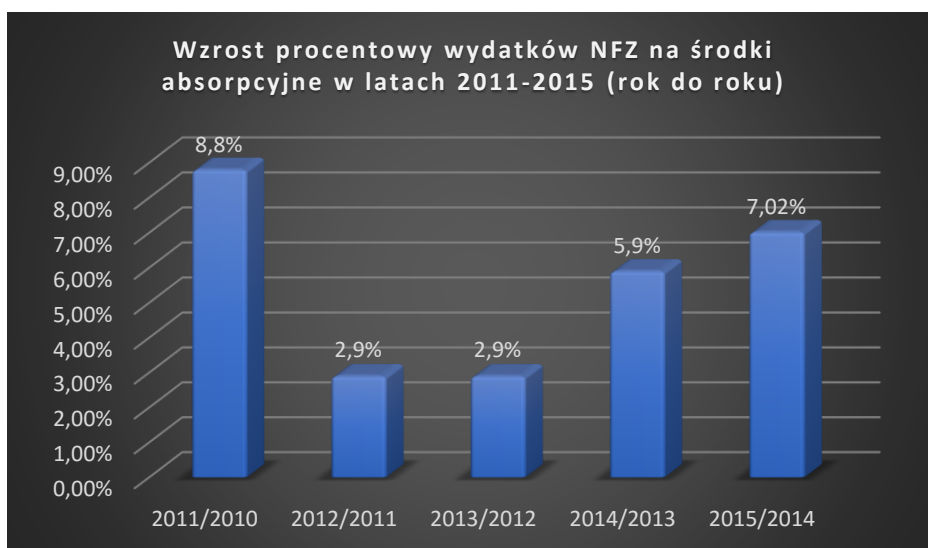
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Po dokonaniu analizy porównawczej kosztów ponoszonych przez NFZ na całą grupę wyrobów medycznych w zestawieniu z kosztami poniesionymi tylko na środki absorpcyjne, należy zwrócić uwagę, że w okresie ostatnich kilku lat, **zdecydowanie bardziej zauważalny jest wzrost wydatków na wyroby medyczne ogółem, niż na środki absorpcyjne**. Przyrost wydatków NFZ na całą grupę wyrobów medycznych jest wyraźnie wyższy, niż przyrost kosztów ponoszonych na grupę środków absorpcyjnych - łącznie, w okresie 2012-2015, wzrost wydatków na całą grupę wyrobów medycznych wyniósł 35,8%. Tymczasem, wzrost kosztów refundacji środków absorpcyjnych w tym samym okresie wyniósł 18,72%, co w stosunku do całej grupy produktów zaopatrzenia medycznego stanowi przyrost niższy o prawie połowę.

Według danych udostępnianych przez narodowego płatnika, na przestrzeni ostatnich trzech lat, co roku odnotowano ponad 10% wzrost kosztów NFZ na całą grupę wyrobów medycznych. Dla przykładu, w stosunku do roku 2013, wydatki te w roku 2014 wzrosły o 12%, z kolei w stosunku do roku 2014, wydatki w roku 2015 wzrosły o 11,5%. Tymczasem, koszty ponoszone na podgrupę środków absorpcyjnych w tych samych latach zwiększały się w mniejszym zakresie. W stosunku do roku 2013, wydatki na środki absorpcyjne w roku 2014 wzrosły o 5,9%. Z kolei, w porównaniu z rokiem 2014, w roku 2015 wydatki na środki absorpcyjne były wyższe o 7%.

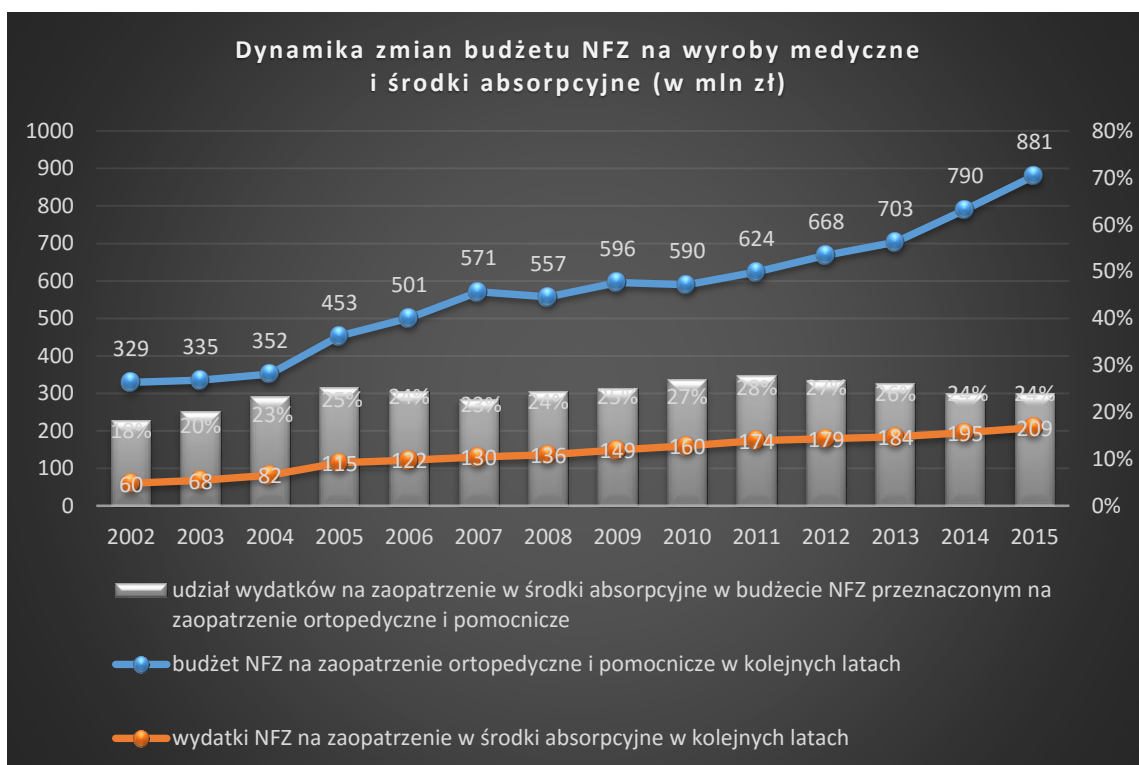
Analizując samą grupę środków absorpcyjnych, należy zwrócić uwagę, że od roku 2013 do roku 2015, odnotowywany jest stały wzrost wydatków NFZ na te produkty. Po wyraźnym spowolnieniu wzrostu, obserwowanym w latach 2011-2012, u podstaw którego leżała między innymi ustawa refundacyjna, wprowadzająca obostrzenia w przepisywaniu leków oraz zleceń na wyroby medyczne przez lekarzy, od roku 2013 zauważalne jest równomierne tempo wzrostu kosztów ponoszonych przez NFZ na środki

absorpcyjne. Jednakże, biorąc pod uwagę, iż środki absorpcyjne są największą spośród wszystkich wyrobów medycznych grupą produktów (stanowiąc ok. 25% wydatków na całą tę grupę świadczeń), tempo wzrostu wydatków na środki absorpcyjne należy ocenić jako powolne.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Szczegółowe dane dotyczące dynamiki wzrostu wydatków całej grupy wyrobów medycznych oraz udziału środków absorpcyjnych w budżecie na tę grupę świadczeń na przestrzeni ostatniej dekady przedstawia poniższy wykres.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Mimo zapowiadanej przez przedstawicieli resortu zdrowia reformy systemu refundacji wyrobów medycznych, ostatnie zmiany w tej grupie świadczeń wprowadzone zostały rozporządzeniem z 6 grudnia 2013 roku, kiedy to katalog produktów powiększony został o majtki chłonne. Od 1 stycznia 2014 r., zmodyfikowana została także lista chorób uprawniających do otrzymania dofinansowania na środki absorpcyjne oraz poszerzona została lista lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń o geriatrę, ginekologa onkologicznego oraz lekarza udzielającego świadczeń w hospicjach. Dodatkowo, pielęgniarki i położne nabyły prawa do wypisania kontynuacji zleceń.

Mimo licznych głosów przedstawicieli różnych organizacji pacjenckich<sup>7</sup>, skupiających chorych zmagających się z problemem nietrzymania moczu, od 1 stycznia 2014 r., to jest od dwóch i pół roku, nie zostały wprowadzone faktyczne zmiany, zmierzające do realnej poprawy komfortu życia pacjentów korzystających ze środków absorpcyjnych. Obowiązujące **limity cenowe oraz limity ilościowe na środki absorpcyjne w Polsce nie uległy zmianie od 1999 roku, a więc od 17 lat**. W roku 1999, limity cenowe, od których wyliczany jest poziom dopłaty NFZ do środków absorpcyjnych, został zmniejszony aż o 53%.

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

Po przeprowadzeniu analizy cenników najważniejszych producentów środków absorpcyjnych dostępnych na polskim rynku, można zauważyć, że ceny środków chłonnych w ramach refundacji nie zmieniły się od dwóch lat, tj. od roku 2014.

Jednakże, faktyczne koszty ponoszone przez pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu oraz ich opiekunów, kształtują się na znacznie wyższym poziomie, niż określona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dopłata pacjentów w wysokości 30% (w przypadku pacjentów nie-nowotworowych). Realne potrzeby pacjentów, przy uwzględnieniu ilości moczu wydalanego przez osobę dorosłą w ciągu doby oraz rzeczywistej chłonności produktów absorpcyjnych, dalece przekraczają zdecydowanie niewystarczające limity ilościowe oraz cenowe określone przez resort zdrowia. Znaczna część chorych na NTM w Polsce, którzy do normalnego funkcjonowania i w celu uniknięcia powikłań potrzebują większej ilości produktów chłonnych, niż ta zapewniana przez państwo, zaopatruje się w dodatkowe środki absorpcyjne na własny koszt. Biorąc pod uwagę ceny rynkowe oraz średnią ilość produktów zużywanych w ciągu doby, dopłaty pacjentów oraz opiekunów szacuje się na wysokość nawet 62-63%, nie zaś 30% wartości środków.

---

<sup>7</sup> M.in. liczne pisma Stowarzyszenia UroConti do Ministerstwa Zdrowia, przykład: [uroconti.pl/nawosci.nowosc.269.14.html](http://uroconti.pl/nawosci.nowosc.269.14.html)

Mimo wypowiedzi przedstawicieli resortu zdrowia, zgodnie z którymi poza refundacją, na rynku otwartym - np. w supermarketach, sztukę pieluchomajtek można nabyć za cenę tak niską, jak 60 groszy<sup>8</sup>, zdaniem przedstawicieli organizacji pacjenckich, którzy ze względu na wspomniane powyżej niewystarczające, restrykcyjne limity ilościowe, są zmuszeni zaopatrywać się w produkty chłonne poza refundacją, tak niskie ceny w rzeczywistości nie są spotykane na otwartym rynku<sup>9</sup>. Niższe ceny środków absorpcyjnych w refundacji, niż na rynku otwartym, potwierdza także porównanie marż stosowanych w obu kanałach dystrybucji. W refundacji marże apteczne na środki absorpcyjne wynoszą ok. 20%, marże hurtowni ok. 10%. W sprzedaży pełnopłatnej marże apteczne kształtują się na poziomie ok. 30%, marże hurtowni ok. 10%. Taka różnica marż sugeruje, że środki absorpcyjne kupowane w ramach refundacji są tańsze, niż w sprzedaży pełnopłatnej.

## KOSZTY POŚREDNIE

W niniejszym rozdziale przedstawione zostały pośrednie koszty leczenia nietrzymania moczu w Polsce. Omawiana część raportu powstała w oparciu o dane opublikowane przez Główny Urząd Statystyczny oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Na ten rodzaj kosztów składa się:

- leczenie powikłań NTM,
- leczenie zaburzeń psychicznych,
- absencja w pracy.

### Leczenie powikłań

W tym podrozdziale, przedstawione zostały koszty leczenia odleżyn III stopnia wśród pacjentów przebywających zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) w 2014 roku. Koszty te zostały porównane i zestawione z wydatkami z roku 2013, 2012 i 2011. Prezentowane obliczenia powstały na podstawie:

- danych pozyskanych z GUS (2015 r.),
- założenia, że 55,5% wszystkich pensjonariuszy stanowią osoby w wieku powyżej 75 lat,
- założenia, że w tej grupie osób na NTM cierpi 60%,

---

<sup>8</sup> MZ: *Będzie ustawa o wyrobach medycznych*, portal medexpress.pl, 23 marca 2016, <http://www.medexpress.pl/mz-bedzie-ustawa-o-wyrobach-medycznych/63557>

<sup>9</sup> Agnieszka Dokowicz, *Pieluchomajtki za miliony czy miliony za pieluchomajtki?*, Kwartalnik NTM nr 1(56) 2016, s. 17.



- założenia, że 3% wszystkich osób z NTM cierpi na odleżyny<sup>10, 11, 12</sup>.

W 2014 roku łącznie w Polsce funkcjonowało **543** zakłady ZOL i ZOP. W tym okresie ośrodki te przyjęły **58 708** pacjentów.<sup>13</sup>

Zakłady opiekuńczo-lecznicze		
ROK	Ilość zakładów	Liczba pacjentów rocznie
2011	367	41 779
2012	360	43 000
2013	379	43 800
2014	388	44 199

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze		
ROK	Ilość zakładów	Liczba pacjentów rocznie
2011	138	12 716
2012	156	15 200
2013	152	15 100
2014	155	14 509

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Szacunkowy koszt leczenia odleżyn u osób z NTM w ZOL i ZPO					
Rok	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	Dynamika 2013/2014
Liczba pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych	41 779	43 000	43 800	44 199	+0,91%
Liczba pacjentów przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych	12 716	15 200	15 100	14 509	-3,91%
Razem liczba pacjentów w ZOL i ZOP	54 495	58 200	58 900	58 708	-0,33%
Szacunkowa liczba pacjentów powyżej 75. roku życia w ZOL i ZPO	29972	32301	32690	32 583	-0,33%

<sup>10</sup> <http://www.termedia.pl/Odleżyny-profilaktyka-i-leczenie,8,1214,1,0.html> (dostęp: 12.05.2016 r.).

<sup>11</sup> <http://www.termedia.pl/Procedura-profilaktyki-odleżyn-jako-narzedzie-do-oceny-jakosci-opieki-pielęgniarskiej,50,15256,0,0.html> (dostęp: 12.05.2016 r.).

<sup>12</sup> <http://www.umed.pl/geriatria/pdf/odleżyny.pdf> (dostęp: 12.05.2016 r.).

<sup>13</sup> Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, GUS 2015, s. 380-381.

Szacunkowa liczba pacjentów powyżej 75. roku życia w ZOL i ZPO cierpiących na NTM (przy zał., że w tej grupie wiekowej choruje 60% osób)	17 983	19381	19614	19 550	-0,33%
Szacunkowa liczba pacjentów ZOL i ZPO cierpiących na odleżyny w wyniku NTM (3% wszystkich chorych z NTM)	1635	1746	1767	1800	+1,87
Szacunkowy miesięczny koszt leczenia odleżyn u osób z NTM (ogółem)	613 069 zł	726 336 zł	742 140 zł	756 000	+1,87
Szacunkowy roczny koszt leczenia odleżyn u osób z NTM (ogółem)	7 866 898 zł	8 716 032 zł	8 905 680 zł	9 072 000	+1,87

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Miesięczny koszt leczenia odleżyn III stopnia przypadający na 1 pacjenta: 2011 r. – 401 zł, 2012 r. – 416zł, 2013 r. - 420 zł. Aktualizacja na podstawie inflacji w 2013 r.

Z danych przedstawionych w powyższej tabeli wynika, że w 2014 r. **szacunkowy koszt leczenia odleżyn u osób z NTM wyniósł 756 000 zł na miesiącnie**. Zatem w stosunku do 2013 r. szacunkowe roczne koszty leczenia powikłań związanych z NTM ogółem wzrosły o 1,87 %.

## Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM

Dyskomfort, niskie poczucie własnej godności oraz bezradność to uczucia, które często towarzyszą osobom dotkniętym NTM. Pogorszeniu ulega jakość ich życia zarówno osobistego, jak i zawodowego. Obawa przed wykryciem ich przykrych dolegliwości przez innych wymusza zmianę stylu życia. Powoduje ograniczenie kontaktów towarzyskich, spadek poczucia własnej wartości, izolację społeczną a nawet depresję. Jak wskazują statystyki, od pojawienia się pierwszych objawów choroby do pójścia do lekarza na wizytę lekarską mija kilka lat. Prawdopodobnie dzieje się tak dlatego, że nietrzymanie moczu to problem nie tylko medyczny, ale też a może przede wszystkim, psychiczny. Dlatego też w raporcie przedstawiona została zaktualizowana analiza kosztów leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób dotkniętych NTM.

W 2014 roku wartość umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniosła **2 316 608,27 tys. zł.** Natomiast koszty realizacji świadczeń psychiatrycznych na 10 tysięcy ubezpieczonych za 2014 rok były równe **659, 58 tys. złotych.**<sup>14</sup>

Koszty NFZ	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014	Dynamika 2013/2014
Leczenie zaburzeń psychicznych	2 015 191 910 zł	2 158 458 880 zł	2 245 011 260 zł	2 316 608 270 zł	+3,19%
Koszty realizacji świadczeń psychiatrycznych na 10 tysięcy ubezpieczonych	541 190 zł	580 410 zł	635 260 zł	659 580 zł	+3,83%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Szacunkowy koszt jaki poniósł NFZ z tytułu leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM, został wyliczony w oparciu o dane GUS – dane o tym, że stan ludności Polski na dzień 31.12.2014 r. wynosił ok. 38,479 mln<sup>15</sup> oraz założenia że:

- 10% populacji cierpi na NTM,
- u 64% osób z NTM stwierdza się objawy depresyjne,<sup>16</sup>
- 3,5% osób z NTM konsultuje swą dolegliwość ze specjalistą od leczenia zaburzeń psychicznych.<sup>17</sup>

W oparciu o wymienione założenia oszacowano, że ok. 86 190 osób z NTM i mających problemy z zaburzeniami psychicznymi, w tym z depresją korzysta z usług świadczonych przez psychologów bądź psychiatrów. Na tej podstawie szacuje się, że **koszty NFZ poniesione z racji leczenia zaburzeń psychicznych u osób z NTM wynoszą 5 684 920 zł.**

<sup>14</sup> Sprawozdanie z działalności NFZ za 2014r, s. 57.

<sup>15</sup> Mały Rocznik Statystyczny, GUS 2015, s. 96.

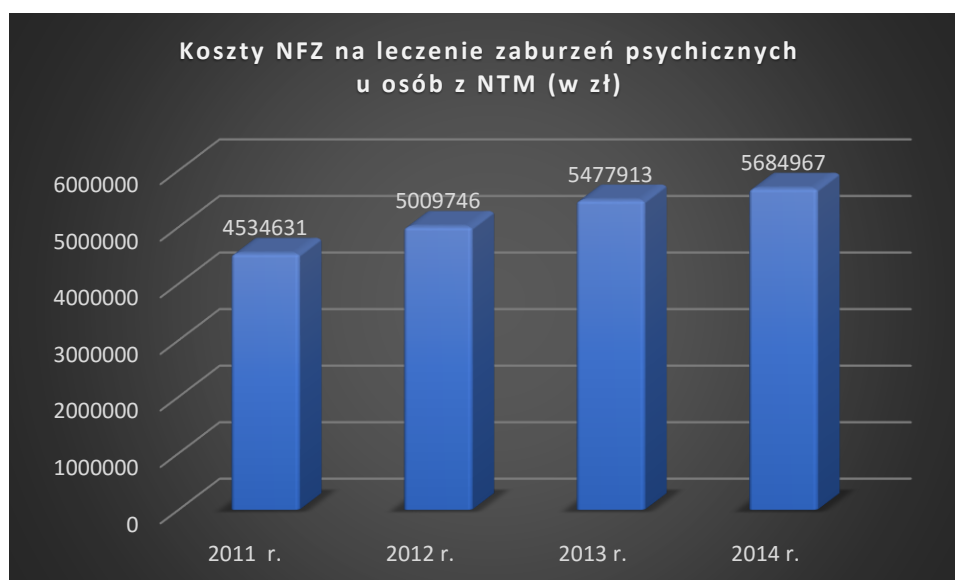
<sup>16</sup> B. Ogórek-Tęcza, A. Pulit, *Nietrzymanie moczu u kobiet a zaburzenia depresyjne*, Pielęgniarstwo XXI wieku, 1(38), 2012.

<sup>17</sup> J. Heitzman, *Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków*, NAUKA 4, 2010, s. 56.

Szacunkowy koszt leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM <sup>i</sup>					
ROK	2011	2012	2013	2014	Dynamika 2013/2014
Liczba osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi	2 394 000	2 466 112	2 463 744	2 462 592	- 0,05 %
Liczba osób z NTM konsultująca zaburzenia psychiczne ze specjalistą	83 790	86 314	86 231	86 191	- 0,05 %
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych	2 015 191 910 zł	2 158 458 880 zł	2 245 011 260 zł	2 316 608 270 zł	+3,19 %
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych na 10 tys. osób	541 190 zł	580 410 zł	635 260 zł	659 580 zł	+3,83 %
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych u osób z NTM	4 534 631 zł	5 009 746 zł	5 477 913 zł	5 684 967 zł	+3,78 %

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zaprezentowane dane wskazują, że mimo niewielkiego zmniejszenia się liczby osób z nietrzymaniem moczu cierpiących na zaburzenia psychiczne, koszty jakie poniósł Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie tej grupy osób, wzrosły o 3,78% w stosunku do roku poprzedniego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

## Koszty absencji w pracy osób z NTM

Do kosztów pośrednich można zaliczyć również utratę zdolności zarobkowania przez osoby cierpiące na NTM. Osoby takie narażone są na obniżenie efektywności pracy oraz na nieobecność w pracy spowodowaną problemami jakie niesie ze sobą NTM, diagnostyką choroby czy hospitalizacją.

Absencja chorobowa w 2015r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według jednostek chorobowych		
Jednostka chorobowa	Liczba dni absencji chorobowej	Liczba zaświadczeń lekarskich
R32 Nietrzymanie moczu	12 375	768

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZUS.

Z kolei, oszacowanie kosztów utraty produktywności w wyniku NTM zostało opracowane na podstawie poniższych założeń:

- 10% populacji aktywnych zawodowo kobiet cierpi na NTM,
- 2% populacji aktywnych zawodowo mężczyzn cierpi na NTM,
- długość zwolnienia lekarskiego z powodu nietrzymania moczu w 2015 roku wg danych ZUS wynosiła 16,11 dnia.

Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM			
ROK	2013	2014	2015
Kobiety aktywne zawodowo (dane GUS na IV kwartał roku)	7 854 000	7 839 000	7 293 000
Mężczyźni aktywni zawodowo (dane GUS na IV kwartał roku)	9 559 000	9 588 000	8 983 000
Kobiety aktywne zawodowo cierpiące na NTM	785 400	783 900	729 300
Mężczyźni aktywni zawodowo cierpiący na NTM	191 180	191 760	179 660
Osoby aktywne zawodowo z NTM (ogółem)	976 580	975 660	908 960
Przeciętna długość zwolnienia lekarskiego (dni rocznie) z powodu choroby układu moczowo-płciowego	11,28	11,19	16,11
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród kobiet	8 859 312	8 771 841	11 749 023
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród mężczyzn	2 156 510	2 145 794	2 894 322
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM rocznie (ogółem)	11 015 822	10 917 635	14 643 345

*Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet brutto w IV kwartale roku <sup>18</sup>	3 441 zł	3 549 zł	3 660 zł
Średnie dzienne wynagrodzenie kobiet brutto w IV kwartale roku	156 zł	169 zł	174 zł
*Przeciętne miesięczne wynagrodzenie mężczyzn brutto w IV kwartale roku <sup>19</sup>	4 167 zł	4 337 zł	4 474 zł
Średnie dzienne wynagrodzenie mężczyzn brutto w IV kwartale roku	189 zł	207 zł	213 zł
Koszty z tytułu utraty produktywności przez kobiety w wyniku NTM (rocznie)	1 382 052 672 zł	1 482 441 129 zł	2 044 330 002 zł
Koszty z tytułu utraty produktywności przez mężczyzn w wyniku NTM (rocznie)	407 580 466 zł	443 157 634 zł	616 490 586 zł
<b>Koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM rocznie (ogółem)</b>	<b>1 789 633 138 zł</b>	<b>1 925 598 763 zł</b>	<b>2 660 820 588 zł</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.*

**Z powyższej tabeli wynika, iż koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM w 2015r. wzrosły względem roku poprzedniego. Koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM wynosiły 2,6 mld zł rocznie.**

<sup>18</sup> [www.wynagrodzenia.pl/gus\\_kwartalne.php](http://www.wynagrodzenia.pl/gus_kwartalne.php) (dostęp 12.05.2016r.).

<sup>19</sup> *Ibidem.*

## CZĘŚĆ II.

### POLITYKA REFUNDACYJNA A SYTUACJA PACJENTÓW Z NTM

---

#### LECZENIE OAB

##### Fizjoterapia nietrzymania moczu – nowoczesne metody fizjoterapii

Urologia i ginekologia, oprócz przygotowania kobiety do porodu, nie należą do dziedzin szeroko zajmujących się aktywnością ruchową. Niemniej, w zachowawczym leczeniu nietrzymania moczu (NTM), ćwiczenia znajdują coraz większe grono zwolenników. To zainteresowanie należy przypisać kilku czynnikom. Po pierwsze, upowszechnienie wiedzy na temat NTM w środowisku medycznym kieruje uwagę na ten problem nie tylko specjalistów, ale również lekarzy innych dziedzin. Także wczesne rozpoznanie, w fazie niewielkiego zaawansowania choroby, daje większe szanse powodzenia leczenia zachowawczego.<sup>20</sup>

Fizjoterapia w NTM odgrywa dużą rolę w leczeniu tego schorzenia i jest ważnym elementem wspomagającym leczenie. Postępowanie terapeutyczne łączące gimnastykę rehabilitacyjną z inną, odpowiednią formą terapii, przynosi pozytywne rezultaty. Do form fizjoterapii należą m.in.: trening mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla), biologiczne sprzężenie zwrotne (biofeedback), elektryczna stymulacja mięśni dna miednicy oraz trening pęcherza moczowego.

Podstawową metodą fizjoterapeutyczną stosowaną u pacjentek z zaburzeniem funkcjonowania dolnych dróg moczowych, również z zespołem pęcherza nadreaktywnego, są ćwiczenia czynnowzmacniające, inaczej nazywane treningiem mięśni dna miednicy lub ćwiczeniami Kegla. Zestawy ćwiczeń stosowane w leczeniu NTM są dobierane różnorodnie, a podstawowym elementem jest odpowiednia motywacja i zaangażowanie pacjentów.

Inną znaną metodą ćwiczeń jest biofeedback, który polega na biologicznym sprzężeniu zwrotnym. W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu i czynnościowych zaburzeń mikcji, jest to nauka świadomego kurczenia i świadomej relaksacji mięśni dna miednicy.

Biofeedback wymaga specjalnej aparatury rejestrującej i umożliwiającej odbiór wzrokowy lub słuchowy rejestrowanych zmian. Obserwując, jak urządzenie reaguje na różne próby osiągnięcia pożądanego rezultatu, pacjent uczy się rozpoznawać mechanizmy sterujące daną reakcją fizjologiczną.

---

<sup>20</sup> E. Strupińska, *Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu - techniki i metodyka ćwiczeń*, Przegląd Urologiczny, nr. 6 (46), 2007.

Obecnie leczenie to stosuje się w wysiłkowym nietrzymaniu moczu, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Ocena skuteczności terapii w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet następuje po 3-6 miesiącach. U mężczyzn z wysiłkowym nietrzymaniem, po operacjach prostaty, nawet po 8 miesiącach leczenia. Biofeedback uznaje się za alternatywną i bardziej nowoczesną metodę ćwiczeń. Można go stosować jako leczenie jedyne (biofeedback monotherapy) lub łączyć z innymi formami leczenia zachowawczego.<sup>21</sup>

Kolejną metodą jest elektrostymulacja mięśni dna miednicy, która poprawia ukrwienie, a odpowiedni bodziec elektryczny wymusza siłę skurczu potrzebną do uruchomienia procesu odbudowy mięśnia. Warto podkreślić, że w stymulacji mięśni można pobudzić do pracy wyselekcjonowany mięsień lub grupę mięśni, nie obciążając układu kostnego, oddechowego, krwionośnego. Dlatego, elektrostymulację mogą więc stosować nawet pacjenci ciężko chorzy (po wykluczeniu przeciwwskazań). Pacjenci zainteresowani poddaniem się elektrostymulacji (elektrostymulacja za pomocą elektrod, elektrostymulacja nerwów sromowych, stymulacja prąciowych i łechtaczkowych gałęzi nerwu sromowego, igłowa stymulacja nerwów sromowych, elektrostymulacja przezskórna nerwu strzałkowego) mogą skorzystać z tego zabiegu w prywatnych gabinetach fizjoterapeutycznych czy rehabilitacyjnych, ale także można wykonywać ją samodzielnie w domu, po uprzednim wyjaśnieniu sposobów postępowania przy stymulacji przez fizjoterapeutę. Ważna jest również okresowa kontrola postępów leczenia – najlepiej, udokumentowana obiektywnym pomiarem wzrostu siły mięśni.<sup>22</sup>

---

**„PIERWSZYM SPECJALISTĄ, DO KTÓREGO TRAFIA OSOBA  
Z NIETRZYMANIEM MOCZU, JEST LEKARZ PIERWSZEGO KONTAKTU. TO ON  
POWINIEN ROZPOZNAĆ DOLEGLIWOŚĆ I SKIEROWAĆ NA DODATKOWE  
KONSULTACJE LUB WSKAZAĆ WŁAŚCIWE FORMY TERAPII ORAZ FIZJOTERAPII.”**

---

Kompleksowe podejście do terapii kobiet z nietrzymaniem moczu zakłada również zachowania behawioralne jako kolejną metodę leczenia zachowawczego. Polega ona na wypracowaniu przez pacjentkę przyzwyczajzeń oraz odruchów, które pozwalają kontrolować oddawanie moczu. Terapia ta nosi nazwę treningu pęcherza moczowego. Podczas niej pacjentka z nieuszkodzonym układem nerwowym uczy się hamować skurcz mięśnia wypieracza pęcherza. Trening pęcherza moczowego ma

---

<sup>21</sup> Ż. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, *Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, tom 20, nr 1, 2014.

<sup>22</sup> K. Garstka-Namysł K, G. H. Breborowicz, Ł. Pilarzyńska-Szcześniak, *Stymulacja czynnościowa mięśni dna miednicy u kobiet po operacjach ginekologicznych z objawami nietrzymania moczu i jej wpływ na zmianę jakości życia*, Fizjoterapia Polsk, nr. 7, 2007.



także zastosowanie w leczeniu niestabilności mięśnia wypieracza oraz w leczeniu wysiłkowego i mieszanego typu nietrzymania moczu.

Podstawowe informacje oraz zasady prawidłowego treningu pęcherza pacjent otrzymuje podczas wizyty w gabinecie lekarza POZ, a także w gabinecie specjalisty ginekologa bądź urologa. Problemem są wydłużające się kolejki do specjalistów, szczególnie do urologów. Zgodnie z danymi przedstawionymi w „Raportie na temat problemów w dostępności do gwarantowanych świadczeń urologicznych w Polsce” fundacji Watch Health Care, aby uzyskać podstawowe gwarantowane świadczenie zdrowotne w dziedzinie urologii polscy pacjenci czekają średnio 5 tygodni. Należy podkreślić, że ograniczenia pojawiają się już na etapie pierwszej wizyty u lekarza specjalisty – ok. 3 miesięcy oczekiwania w kolejce do urologa.<sup>23</sup>

## **Badanie urodynamiczne – niezrozumiała bariera w dostępie do leków na OAB**

Obecnie w Polsce wszystkie dostępne leki w omawianym schorzeniu są refundowane w ramach tzw. grupy terapeutycznej: „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”. Wymaganie badania urodynamicznego jako warunku refundacji leków w zespole pęcherza nadreaktywnego, jak podkreślają zgodnie specjaliści urologii i ginekologii, jest zaprzeczeniem obowiązujących w Polsce i na świecie medycznych standardów postępowania.

Co więcej, również w rekomendacji Prezesa AOTMiT z dnia 2 lutego br. czytamy, że *„podstawą rozpoznania OAB powinny być szczegółowy wywiad medyczny i nieinwazyjne badanie urodynamiczne pod postacią 3-dniowego dzienniczka mikcji. Badania inwazyjne nie są konieczne do rozpoznania i rozpoczęcia leczenia (...) a otrzymane opinie ekspertów praktyki klinicznej jednoznacznie wskazują, że uzależnienie refundacji leków antycholinergicznym (...) od potwierdzenia diagnozy OAB za pomocą badania urodynamicznego nie znajduje żadnego uzasadnienia w aktualnej wiedzy medycznej”*.<sup>24</sup>

Środowiska pacjenckie od samego początku wprowadzenia omawianego wymogu (1 stycznia 2012 roku) domagały się od Ministerstwa Zdrowia zmiany tego zapisu. Również środowisko lekarzy-specjalistów podkreślało, że badanie urodynamiczne jest metodą inwazyjną, która wiąże się z prawdopodobieństwem uszkodzenia dróg moczowych, ponadto jest wyjątkowo nieprzyjemne i powinno być stosowane tylko wtedy, gdy jest naprawdę niezbędne w procesie diagnostycznym, np.

---

<sup>23</sup> „UroBarometr Fundacji Watch Health Care nr 1/1/11/2015”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

<sup>24</sup> Rekomendacja nr 7/2016 Prezesa AOTMiT z dnia 2 lutego 2016 r.

[www.aotm.gov.pl/bip/assets/files/zlecenia\\_mz/2015/122/REK/RP\\_7\\_2016\\_vesicare.pdf](http://www.aotm.gov.pl/bip/assets/files/zlecenia_mz/2015/122/REK/RP_7_2016_vesicare.pdf)

przed kwalifikacją do zabiegu z użyciem taśmy syntetycznej w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Potwierdzeniem tego było zebranie ponad 350 podpisów ginekologów i urologów pod petycją Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” podczas 45. Kongresu Polskiego Towarzystwa Urologicznego oraz 23. Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

---

***„W TRAKCIE TEGO BADANIA JEST SIĘ OBNAŻONYM OD PASA W DÓŁ,  
WYKONUJE SIĘ RÓŻNE CZYNNOSCI Z PODŁĄCZONYM DO PĘCHERZA CEWNIKIEM  
– TRZEBA PRZYSIĄŚĆ, PODSKOCZYĆ, KASŁAĆ. NIE JEST TO PRZYJEMNE – JEST  
TO JAKIEŚ OBNAŻENIE GODNOŚCI ORAZ STRES, SPOWODOWANY WSTYDEM  
I OBAWA, ŻE KTOŚ MOŻE WEJŚĆ DO GABINETU.”<sup>25</sup>***

---

W związku z brakiem jednoznacznej informacji odnośnie autora tego zapisu oraz jego merytorycznego uzasadnienia, Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” poprosiło o stanowisko w tej sprawie właściwych konsultantów krajowych, towarzystwa naukowe a także instytucje rządowe. Odpowiedzi, które Stowarzyszenie „UroConti” otrzymało m.in. od prof. Zbigniewa Wolskiego – byłego Prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, prof. Marka Sosnowskiego – Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii, prof. Stanisława Radowickiego – Konsultanta Krajowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa oraz dr Wojciecha Matuszewicza – Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT)<sup>26</sup>, jednoznacznie wskazują, że żadna z powyższych instytucji nie wniosowała o wpisanie badania urodynamicznego jako warunku uzyskania farmakoterapii w zespole OAB. Ponadto zdaniem powyższych specjalistów badanie urodynamiczne nie jest konieczne do rozpoznania zespołu pęcherza nadreaktywnego.

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do „świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej”. To prawo jest adresowane zarówno do podmiotów leczniczych, jak i do Ministerstwa Zdrowia, które ustala zasady refundacji. Uzależnienie refundacji danego leku, od badań zupełnie zbędnych w diagnozie określonej choroby, nie odpowiada wymogowi „aktualności wiedzy medycznej”. Zgodnie bowiem z tą wiedzą pacjent nie musi – a nawet nie powinien – przechodzić przez badania urodynamiczne.

Specjaliści bowiem zgodnie potwierdzają, że badanie urodynamiczne z punktu widzenia medycznego, socjoekonomicznego, jak i naukowego nie jest uzasadnione. Wprowadzanie sztucznych barier w dostępie do leków, przynoszą jedynie pozorne oszczędności, które nie chronią budżetu NFZ, a wręcz

---

<sup>25</sup> N. Klein, *Badanie urodynamiczne. Koszmar, przez który nie chcę więcej przechodzić...*, Kwartalnik NTM, nr 4(55), 2015.

<sup>26</sup> Wszystkie opinie specjalistów dostępne na stronie: [www.uroconti.pl](http://www.uroconti.pl).

przeciwnie – narażają go na niepotrzebne wydatki. **W 2015 roku wykonano około 35 tys. badań urodynamicznych, które kosztowały NFZ ponad 13 mln zł. Tymczasem, wg danych NFZ, w 2015 r. na refundację leków na pęcherz nadreaktywny NFZ przeznaczył jedynie 9 mln zł.**

## **Farmakoterapia – ograniczenia w doborze odpowiedniego leku**

Nietrzymanie moczu może być wynikiem wielu procesów patologicznych. Z tego względu należy dokonywać indywidualnego doboru stosowanych leków dla potrzeb poszczególnego pacjenta.

W terapii I rzutu w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego stosuje się tzw. leki antycholinergiczne, uznawane przez specjalistów za złoty standard w terapii tego schorzenia. W ramach farmakologicznego leczenia NTM w Polsce refundowane są obecnie jedynie dwie substancje: solifenacyna i tolterodyna w postaci siedmiu leków przy 30% odpłatności pacjenta. W innych krajach Europy, m.in. na Węgrzech czy Słowacji pacjenci mogą liczyć nawet na trzy razy większy wybór spośród refundowanych leków antycholinergicznych. Tak prowadzona polityka refundacyjna pozwala skorzystać w pełni z możliwości jakie daje współczesna farmakoterapia.

Leki antycholinergiczne bardzo często charakteryzują się licznymi skutkami ubocznymi, do których należą m.in.: suchość w jamie ustnej, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia procesów poznawczych, bóle głowy, zaburzenia rytmu serca, zaleganie moczu, nasilenie dolegliwości wrzodowych. Cały szereg działań ubocznych powoduje, że około 75% chorych przerywa leczenie farmakologiczne lub sięga po substancje na bazie żurawiny i leki niezarejestrowane. Brak refundacji innych substancji stanowi poważną barierę dla dużej części chorych, u których niepowodzeniem zakończyła się terapia za pomocą wyżej wymienionych substancji.

W polskim systemie refundacyjnym brakuje preparatów farmakologicznych nowszej generacji, jak mirabegron, będący agonistą receptorów beta-3-adrenergicznych. Cierpią na tym głównie pacjenci, u których nie nastąpiła pożądana reakcja na leki antycholinergiczne lub którzy zrezygnowali z farmakoterapii ze względu na zbyt dużą uciążliwość skutków ubocznych.

Pojawienie się mirabegronu w panelu farmaceutyków wykorzystywanych w leczeniu OAB zrodziło pytania dotyczące możliwości zastosowania skojarzonej terapii z wykorzystaniem wspomnianego agonisty receptorów  $\beta_3$  oraz 41 selektywnych leków antymuskarynowych. W związku z tym, że każdy

przypadek jest indywidualny, ważny jest odpowiedni dobór terapii farmakologicznej ze względu na bardzo zróżnicowane reakcje pacjentów na poszczególne leki.<sup>27</sup>

---

**MIRABEGRON, OBECNIE NIE JEST REFUNDOWANY W RAMACH NFZ, POMIMO  
TEGO, IŻ W LISTOPADZIE 2014 ROKU UKAZAŁA SIĘ POZYTYWNA  
REKOMENDACJA PREZESA AOTMiT W SPRAWIE OBJĘCIA REFUNDACJĄ  
PRODUKTU LECZNICZEGO ZAWIERAJĄCĄ MIRABEGRON WE WSKAZANIU:  
II LINIA FARMAKOLOGICZNEGO LECZENIA OBJAWÓW ZESPOŁU PĘCZERZA  
NADREAKTYWNEGO U DOROSŁYCH CHORYCH, UPRZEDNIO LECZONYCH LEKAMI  
ANTYMUSKARYNOWYMI.**

---

Jak czytamy w rekomendacji AOTMiT: „mirabegron jest skuteczną formą farmakoterapii w leczeniu objawów zespołu OAB, z korzystnym profilem bezpieczeństwa z uwagi na inny mechanizm działania leku niż leki antymuskarynowe. Badania kliniczne wykazały, że lek ten ma stosunkowo wysoki profil bezpieczeństwa i umiarkowane objawy niepożądane. Wykazuje on dużą skuteczność również u pacjentów, którzy nie reagowali na leczenie za pomocą leków przeciwmuskarynowych, bądź borykali się z dotkliwymi objawami ubocznymi.”<sup>28</sup>

Badania kliniczne wykazały, że lek ten posiada wysoki profil bezpieczeństwa i wywołuje u pacjentów zdecydowanie mniej objawów niepożądanych, niż leki antycholinergiczne. Charakteryzuje się skutecznością u pacjentów, u których nie nastąpiła pożądana reakcja na leki antycholinergiczne lub którzy zmagali się ze skutkami ubocznymi tych leków. Zdaniem specjalistów, mirabegron może być w przyszłości lekiem pierwszego rzutu. Jego skuteczność jest porównywalna do antycholinergików przy znikomych działaniach niepożądanych.

Ponadto, w leczeniu farmakologicznym, coraz bardziej popularne staje się również leczenie skojarzone, polegające na łączeniu dwóch substancji leczniczych, np. solifenacyny i mirabegronu.

---

<sup>27</sup> A. Wróbel, T. Rechberger, *Przyszłość farmakoterapii OAB: leczenie skojarzone przy pomocy mirabegronu i solifenacyny*, Kwartalnik NTM 1(52), 2015.

<sup>28</sup> Rekomendacja nr 244/2014 Prezesa AOTM z dnia 17 listopada 2014 r.  
[http://www.aotm.gov.pl/bip/assets/files/zlecenia\\_mz/2014/221/REK/RP\\_244\\_2014\\_betmiga.pdf](http://www.aotm.gov.pl/bip/assets/files/zlecenia_mz/2014/221/REK/RP_244_2014_betmiga.pdf)

## Nowy program lekowy: „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” za pomocą iniekcji z toksyny botulinowej

Od 1 września 2015 r. w ramach nowego programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” (ICD-10:N31), po spełnieniu kryteriów kwalifikacji, refundowanemu leczeniu mogą być poddawani dorośli pacjenci z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym.

---

*O WŁĄCZENIE ZABIEGÓW Z TOKSYNY BOTULINOWEJ NA LISTĘ LEKÓW REFUNDACYJNYCH, OD LAT ZABIEGAŁO STOWARZYSZENIE OSÓB Z NTM „UROCONTI”. DOSTĘP DO TEJ TERAPII MA DUŻE ZNACZENIE, ZWŁASZCZA W PRZYPADKU KOBIET Z CIĘŻKIMI, OPORNymi NA STANDARDOWE METODY LECZENIA POSTACIAMI PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO, KTÓRE OBECNIE NIE MAJĄ ŻADNEJ ALTERNATYWY TERAPEUTYCZNEJ PRÓCZ WYSOKO INWAZYJNYCH ZABIEGÓW CHIRURGICZNYCH.*

---

Ostrzyknięcie botoksem pęcherza jest małoinwazyjnym zabiegiem, który może pomóc pacjentkom borykającym się z nadczynnością pęcherza moczowego. Zabieg zalecany jest osobom, u których nadreaktywności pęcherza moczowego towarzyszą parcie naglące, częstomocz oraz objawy nietrzymania moczu. Ponadto zabieg przeprowadza się u kobiet, u których dotychczasowe leczenie farmakologiczne oraz metody behawioralne nie przyniosły oczekiwanych rezultatów

Skuteczność toksyny botulinowej w zaburzeniach oddawania moczu związana z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego nie budzi wątpliwości, a badania wykazują, że podawanie toksyny przyczynia się do istotnej poprawy klinicznej, w tym zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu, zmniejszenia liczby mikcji oraz poprawy parametrów urodynamicznych. Efekt terapeutyczny utrzymuje się zazwyczaj od 6 do 9 miesięcy po jednorazowym podaniu leku. W przypadku nawrotu objawów, zabieg może zostać powtórzony.<sup>29</sup>

W praktyce jednak program lekowy obejmie stosunkowo niewielką grupę osób ze względu na kryteria włączenia chorego do programu. Grupa ta została ograniczona jedynie do pacjentów po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

---

<sup>29</sup> Rekomendacja nr 115/2014 Prezesa AOTM z dnia 5 maja 2014 r.  
[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)

## Neuromodulacja nerwów krzyżowych – nadal tylko za granicą

Neuromodulacja krzyżowa (NK) została wprowadzona do praktyki w latach 60-tych. Udowodniono wtedy jej działanie na układ moczowy oraz na układ pokarmowy. Neuromodulacja polega na stymulacji nerwów krzyżowych poprzez elektrody wprowadzone w otwory krzyżowe. Po raz pierwszy u ludzi zabiegi stymulacji nerwów krzyżowych przeprowadzono w 1988 r. Do 2014 r. wszczepiono na całym świecie około 150 000 neuromodulatorów (w tym około 115 000 w USA).<sup>30</sup>

Neuromodulacja nerwów krzyżowych stosowana jest na całym świecie od ponad 20 lat i rekomendowana przez międzynarodowe organizacje, m.in. Międzynarodowe Konsultacje ds. Kontynencji (ICI) – grupę doradczą przy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Europejskie Towarzystwo Urologiczne (EAU), a także NICE – National Institute for Health and Care Excellence – brytyjską organizację opracowującą standardy i wytyczne postępowania terapeutycznego.

---

*NEUROMODULACJA NERWÓW KRZYŻOWYCH POLEGA NA STAŁYM POBUDZANIU IMPULSAMI ELEKTRYCZNYMI KORZENI GRZBIETOWYCH NERWÓW (S3) ZA POŚREDNICTWEM ELEKTROD WPROWADZANYCH DO OTWORÓW KRZYŻOWYCH GRZBIETOWYCH. ZDANIEM PROF. MARKA SOSNOWSKIEGO KONSULTANTA KRAJOWEGO DS. UROLOGII SĄ TRZY GŁÓWNE WSKAZANIA DO NEUROMODULACJI NERWÓW KRZYŻOWYCH: ZESPÓŁ PĘCHERZA NADAKTYWNEGO (W PRZYPADKU NIEPOWODZENIA FARMAKOTERAPII), ZESPÓŁ BOLESNEGO PĘCHERZA I ŚRÓDMIĄŻSZOWE ZAPALNIE PĘCHERZA MOCZOWEGO ORAZ ZABURZENIA MIKCCJI SPOWODOWANE ZESPOŁEM FOWLER, GDY WYSTĘPUJE ZATRZYMANIE MOCZU.<sup>31</sup>*

---

Jak przekonują specjaliści, neuromodulacja nerwów krzyżowych jest nie tylko skuteczną, ale i odwracalną metodą leczenia pęcherza nadreaktywnego, polegającą na dwuetapowym wszczepieniu urządzenia. Pierwsza faza, zwana testową, pozwala ocenić skuteczność i tolerancję metody przez pacjenta. W tym celu lekarz wprowadza elektrodę w pobliżu nerwów krzyżowych, którą podłącza się do stymulatora zewnętrznego, noszonego na pasku. Dopiero po pozytywnej odpowiedzi na terapię, po dwóch tygodniach, przechodzi się do drugiej fazy, czyli podskórnego wszczepienia neurostymulatora.

Obecnie w Polsce nie przeprowadza się zabiegów neuromodulacji nerwów krzyżowych. Wyjątkiem był przeprowadzony w czerwcu 2014 r. w Bydgoszczy z okazji 20. rocznicy istnienia terapii InterStim na świecie, zabieg wszczepienia dwóm pacjentkom neuromodulatora nerwów krzyżowych. Do chwili

---

<sup>30</sup> T. Hessel, *Neuromodulacja krzyżowa czyli „rozrusznik” pęcherza. Innowacyjna i rewolucyjna metoda leczenia zaburzeń mikcji*, Kwartalnik NTM, nr 4(55), 2015.

<sup>31</sup> M. Gackiewicz, *Dlaczego w Polsce potrzebujemy neuromodulacji nerwów krzyżowych?* Kwartalnik NTM, nr 57(2), 2016.

obecnej, zabieg ten nie jest refundowany oraz przeprowadzany (nawet komercyjnie) w Polsce pomimo, że sam proces refundacyjny trwa już ponad 4 lata. Wniosek o refundację został złożony w 2011 roku przez Stowarzyszenie „UroConti”.

Z kolei, we wrześniu 2014 r. ukazała się pozytywna rekomendacja Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), w sprawie zakwalifikowania świadczenia: „Neuromodulacja krzyżowa w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych”, jako świadczenia gwarantowanego, w zakresie leczenia szpitalnego.

Zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez grupę ekspertów: prof. Tomasza Drewę, prof. Jerzego Gajewskiego, prof. Marka Sosnowskiego oraz prof. Zbigniewa Wolskiego, „Wprowadzenie neuromodulacji nerwów krzyżowych może mieć wpływ na zmniejszenie ryzyka groźnych dla zdrowia powikłań układu moczowego oraz zmniejszenie kosztów leczenia i opieki zdrowotnej tych chorych. Neuromodulacja nerwów krzyżowych powinna być dostępna i refundowana u wybranych chorych z zaburzeniami czynności pęcherza moczowego, opornych na leczenie zachowawcze lub farmakologiczne”.<sup>32</sup>

Obecnie chorzy z zespołem pęcherza nadreaktywnego, po uzyskaniu zgody konsultanta krajowego w dziedzinie urologii, mogą ubiegać się o zgodę Narodowego Funduszu Zdrowia na refundowane leczenie za granicą. Gwarantuje to pacjentom ustawa z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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 Ministra Zdrowia z dnia 27. grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu. W praktyce realizacja takiej procedury jest bardzo skomplikowana i kosztowna.

Zdaniem prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, prof. Piotra Chłosty „neuromodulacja nerwów krzyżowych jest w Polsce konieczna. Brak refundacji tej metody stawia polskiego pacjenta w pozycji gorszej niż chorego mieszkającego chociażby w Szwajcarii, Niemczech czy Hiszpanii. Działania nie tylko pacjenckie, ale i towarzystw naukowych zmierzających do poprawy jakości życia i statusu opieki zdrowotnej w Polsce, powinny prowadzić do tego, by w bieżących kadencjach ich działalności

---

<sup>32</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*, Przegląd Urologiczny, 2011, T. 1, supl. 65.

umożliwić refundowanie wybranych procedur, których skuteczność kliniczna, oparta na badaniach naukowych, nie budzi żadnych wątpliwości.”<sup>33</sup>

## **Zabiegi chirurgiczne (wszczepienie zwieracza hydraulicznego, usunięcie pęcherza)**

W ramach opornego na inne metody leczenia nietrzymania moczu, stosuje się zabiegi operacyjne. Zarówno wszczepianie zwieracza hydraulicznego, jak i usunięcie pęcherza są refundowane przez NFZ.

Jednym z tego typu zabiegów jest chirurgiczne wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej. Hydrauliczny zwieracz cewki moczowej jest endoprotezą, czyli protezą wewnętrzną, dobieraną indywidualnie do pacjenta. Sztuczne zwieracze cewki moczowej w określonym zakresie zastępują funkcje uszkodzonego lub niewydolnego naturalnego zwieracza cewki moczowej, co umożliwia chorym prawie normalne oddawanie moczu. Metodę tę znacznie częściej stosuje się u mężczyzn niż u kobiet.

Wskazaniem do wszczepienia sztucznego zwieracza cewki moczowej jest ciężkie nietrzymanie moczu (NTM) spowodowane niewydolnością zwieracza, które nie poddaje się leczeniu innymi metodami. Chory musi być wystarczająco sprawny, aby samodzielnie obsługiwać urządzenie i akceptować ryzyko ponownych operacji. Jednakże, najczęstszym wskazaniem (90%) do zastosowania sztucznego zwieracza jest NTM po prostatektomii radykalnej.

Radykalną metodą leczenia NTM jest również tak zwane nadpęcherzowe odprowadzenie moczu (usunięcie pęcherza), wskutek którego mocz nie dociera do pęcherza i nie wycieka przez cewkę. Służy temu odcięcie moczowodów od pęcherza i wszczepienie ich do skóry poprzez fragment wyizolowanego jelita (operacja Bricker’a).

## **LECZENIE WYSIŁKOWEGO NTM**

### **Leczenie zabiegowe – taśmy: złoty standard od wielu lat**

Wysiłkowe nietrzymanie moczu może dotyczyć nawet 40% kobiet powyżej 40. roku życia w Polsce. Wysiłkowe NTM jest schorzeniem objawiającym się mimowolnym wyciekaniem moczu podczas wysiłku,

---

<sup>33</sup> M. Gackiewicz, *Dlaczego w Polsce potrzebujemy neuromodulacji nerwów krzyżowych?* Kwartalnik NTM, nr 57(2), 2016.



kichania, kaszlu lub innych czynności powodujących wzrost ciśnienia w jamie brzusznej. W najcięższych postaciach, wysiłkowe nietrzymanie moczu występuje również podczas spoczynku. Istnieją dwa typy wysiłkowego NTM, które często współistnieją: anatomiczny (nadmierna ruchomość pęcherza i cewki moczowej) oraz zwieraczowy (osłabienie mięśnia zwieracza cewki).

Pierwszym krokiem stosowanym w terapii tego typu nietrzymania moczu, jest leczenie zachowawcze, którym mogą zostać objęci chorzy z lekkim lub średnim nasileniem nietrzymania moczu. Do metod zachowawczych należą m.in.:

- zmiana diety,
- ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy,
- trening pęcherza,
- biologiczne sprzężenie zwrotne (tzw. biofeedback),
- elektrostymulacja mięśni miednicy przy użyciu elektrod,
- stosowanie stożków dopochwowych.

Leczenie zachowawcze w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu może polegać także na wprowadzeniu farmakoterapii. W ramach leczenia zachowawczego farmakologicznego, stosuje się między innymi leki alfaadrenomimetyczne (efedryna, pseudoefedryna, midodryna, fenylopropanolamina), które wywołują wzrost napięcia zwieracza wewnętrznego. Leki te charakteryzują się jednak niestety stosunkowo niską skutecznością, a jednocześnie powodują skutki uboczne, takie jak: bóle głowy, zaburzenia snu, wzrost ciśnienia tętniczego krwi.

Jeżeli leczenie zachowawcze nie przynosi pożądanego rezultatu, a także w przypadku chorych z ciężkim wysiłkowym nietrzymaniem moczu, złotym standardem terapeutycznym jest leczenie chirurgiczne. Przed zaplanowanym leczeniem operacyjnym wysiłkowego NTM, u pacjentek powinno być wykonane kompleksowe badanie urodynamiczne.

W ostatnim czasie, najczęściej wykonywanym typem zabiegu w wysiłkowym nietrzymaniu moczu jest zakładanie taśm syntetycznych, tzw. operacja **TOT** (ang. trans obturator tape). TOT stanowi nowoczesny rodzaj slingu syntetycznego (taśma z siatki prolenu) zakładany na drodze przepochwowej. Taśma zakładana jest nie na szyję pęcherza, a na środkowy odcinek cewki moczowej. W ramach tej procedury, taśma syntetyczna wprowadzana pod środkowy odcinek cewki moczowej, ale nie ku górze, za spojeniem łonowym, tylko pomiędzy tzw. otworami zasłonionymi. Taśma przebiega bardziej poziomo i nie występują powikłania wynikające z jej przeprowadzenia za spojeniem łonowym. Skuteczność wczesna tych zabiegów jest podobna, jak w przypadku taśm załonowych, natomiast prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań śródoperacyjnych jest niższe

w przypadku taśm TOT<sup>34</sup>. Metoda TOT skutkuje, według różnych źródeł, od 42 do ok. 92% wyleczeń wczesnych i do około 85% po 5 latach.

W ostatnim czasie, rzadziej wykonywanym typem zabiegu w wysiłkowym nietrzymaniu moczu jest zakładanie taśm syntetycznych, tzw. **operacje TVT** (ang. tension free vaginal tape). TVT stanowi nowoczesny rodzaj slingu syntetycznego (taśma z siatki prolenuowej) zakładany na drodze przezpochwowej. Taśma zakładana jest nie na szyję pęcherza, a na środkowy odcinek cewki moczowej. Metoda TNT wykazuje podobne wyniki wyleczeń, jak w przypadku metody TOT, ale zarezerwowana jest do leczenia nowotworowych NT lub spowodowanych niewydolnością zwieraczową. Powikłania są rzadkie, jednak do występujących skutków ubocznych należą przebicia pęcherza moczowego przeprowadzającymi igłami (do 10%) lub erodowanie („przebicie się”) taśmy do cewki pęcherza lub pochwy. Zabieg ten może być wykonywany ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowym. Istnieje wiele rodzajów taśm wprowadzanych pod cewkę na drodze załonowej (IVS, Sparc, Monarc, T-Sling).

W przypadku najczęściej wykonywanych operacji wszczepienia taśm, mimo dużej skuteczności tego typu zabiegów, w polskim systemie opieki zdrowotnej ogromnym problemem, zwiększającym ryzyko powikłań śród- i pooperacyjnych, jest wykonywanie tego typu zabiegów przez ośrodki z małym doświadczeniem, przeprowadzające niewielką liczbę zabiegów, oraz nieodpowiednio przygotowanych i wyszkolonych operatorów.

Dodatkowo, bardzo często, do tego typu zabiegów używane są materiały o bardzo niskiej jakości. Ze względu na szukanie oszczędności, szpitale często kupują w przetargach najtańsze materiały syntetyczne, co w rezultacie znacznie zwiększa ryzyko powikłań po zabiegu wszczepienia taśm.

## **Ośrodki referencyjne – sposób na ograniczenie błędów i powikłań**

Ze względu na fakt, że operacje wszczepienia taśm stanowią jedną z nielicznych metod leczenia nietrzymania moczu w pełni finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wykonanie ich jest możliwe niemal w każdej placówce posiadającej oddział urologiczny lub ginekologiczny. Niektóre placówki w Polsce wykonują nawet kilkaset zabiegów rocznie, inne natomiast przeprowadzają tego typu operacje rzadko, co może skutkować powikłaniami powstałymi w wyniku niewłaściwie wykonanych zabiegów. Co więcej, obecna sytuacja powoduje dezorientację pacjentów, którzy nie

---

<sup>34</sup> T. Rechberger, *Leczenie operacyjne nietrzymania moczu u kobiet - aktualne trendy*, Przegląd Urologiczny, 1 (41), 2007.

wiedzą, do jakiego specjalisty i ośrodka zgłosić się w celu otrzymania fachowej pomocy i świadczenia na wysokim poziomie.

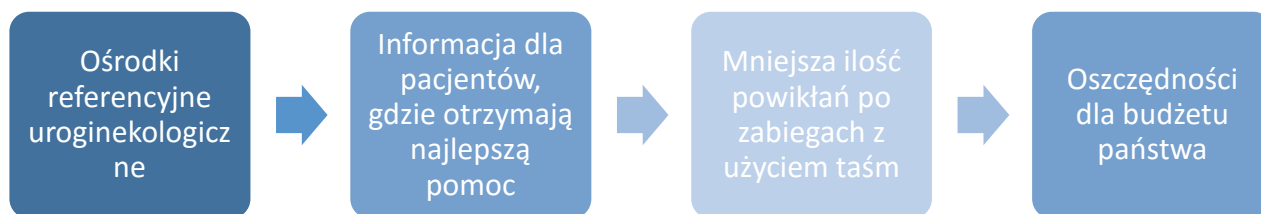
Jak zauważył prof. Tomasz Rechberger, specjalista ginekolog z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie, *Obecnie zabiegi uroginekologiczne może wykonywać praktycznie każdy specjalista ginekolog i urolog, ponieważ nie ma żadnych odgórnych ograniczeń, które regulowałyby tę kwestię. 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.*

Zdaniem profesora Rechbergera, kolejnym krokiem do uzdrowienia obecnej sytuacji jest także powstanie ośrodków referencyjnych, specjalizujących się w wykonywaniu zabiegów z użyciem taśm. *Ważne jest, aby wraz z utworzeniem nadspecializacji 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 wzrosnąć nawet do 200-300 osób<sup>35</sup>.*

Utworzenie ośrodków referencyjnych, w których operacje z użyciem taśm przeprowadzane byłyby przez lekarzy wyspecjalizowanych w tego typu zabiegach, mogłoby zdecydowanie obniżyć ryzyko, obecnie częstego, występowania powikłań wskutek źle wykonanych zabiegów. **Rozwiązanie takie wiązałoby się z większym komfortem dla pacjentów, którzy mieliby dostęp do informacji, jakie ośrodki posiadają największe doświadczenie w tego typu zabiegach. Co więcej, takie rozwiązanie przyniosłoby także oszczędności dla budżetu państwa, wynikające z mniejszych kosztów leczenia i powikłań.**

---

<sup>35</sup> K. Walewska, *Nadspecializacja z uroginekologii – czy jest potrzebna?* Cz. I, Kwartalnik NTM, nr 1 (44), 2013.



## ZAOPATRZENIE W ŚRODKI ABSORPCYJNE

### Środki absorpcyjne – reglamentacja podstawowych produktów higienicznych. Oszczędności, które generują większe koszty

Refundacja środków absorpcyjnych w Polsce obecnie opiera się na tzw. systemie otwartym, w ramach którego lekarz uprawniony do przepisywania pacjentom środków absorpcyjnych, po weryfikacji uprawnień chorego (tj. sprawdzeniu, czy pacjent spełnia kryterium chorobowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia), wypełnia druk zlecenia na środki absorpcyjne. Co najmniej raz na 12 miesięcy pacjent lub upoważniony opiekun jest zobowiązany do weryfikacji swoich uprawnień w specjalnych punktach potwierdzania zleceń danego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Taki system refundacyjny wiąże się z niedogodnościami dla pacjentów oraz ich opiekunów, między innymi ze względu na fakt, że w niektórych województwach, funkcjonują tylko pojedyncze punkty potwierdzania zleceń, zmuszając pacjentów do pokonywania dalekich odległości (taka sytuacja ma miejsce m.in. w województwie zachodniopomorskim, gdzie działają tylko dwa punkty). Jednakże, **obecny system równocześnie umożliwia pacjentowi i opiekunowi indywidualny wybór optymalnego do potrzeb chorego rodzaju środka absorpcyjnego, pozostawiając decyzję co do marki, rozmiaru czy typu produktu, po stronie pacjenta i jego rodziny.** Dodatkowo, obecne rozwiązania pozwalają także płatnikowi na utrzymanie kontroli wydatków na tę grupę świadczeń i ograniczenie nadużyć analogicznych do systemu leków refundowanych, np. pobierania przez niektórych chorych recept na ten sam lek od różnych lekarzy.

W pierwszym półroczu 2016 r., pojawiły się zapowiedzi gruntowanych zmian w systemie refundacji całej grupy wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych, przedstawiane w wypowiedziach

medialnych przez reprezentantów resortu zdrowia<sup>36</sup>. Wśród zapowiadanych zmian, znajduje się między innymi wprowadzenie podobieństw do systemu obowiązującego w refundacji leków. Zgodnie z doniesieniami medialnymi, w ministerstwie trwają prace dotyczące wprowadzenia systemu funkcjonującego pod nazwą „zakupy centralne”, które jednak nie mają stanowić zakupów centralnych objętych procedurą przetargową. Według zapowiedzi przedstawicieli resortu, w ramach nowego systemu, producenci będą wnioskować o objęcie refundacją ich produktów, następnie resort będzie sprawdzać jakość tych wyrobów, po czym nastąpią negocjacje ceny oraz ustalenie maksymalnej ceny urzędowej i limitu cenowego na dany wyrób<sup>37</sup>. Jest to jedna z licznych zmian w zakresie wyrobów medycznych, które zostaną zawarte w nowej ustawie wprowadzającej nowy model finansowania tej grupy świadczeń opieki zdrowotnej. Planowane zmiany mają jednocześnie spełniać funkcję pilotażu dla szerszych działań i głębszych reform również w lecznictwie zamkniętym.

Jak zapowiadają przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, planowane zmiany mają na celu zlikwidowanie „zjawiska rozrzutności” w resorcie, związanego między innymi z refundowaniem środków absorpcyjnych, a także wielu innych wyrobów medycznych. W kilku publikacjach medialnych, przez reprezentantów resortu zdrowia przedstawione zostały analizy kosztów ponoszonych przez NFZ na pieluchomajtki w zestawieniu z kosztami tych produktów w wolnej sprzedaży, np. w supermarketach. Według jednej z wypowiedzi, Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za niektóre pieluchomajtki nawet dziesięć złotych, gdy w supermarketach sztukę można dostać za dwa lub trzy złote<sup>38</sup>. W innej wypowiedzi pojawiła się z kolei tak niska cena, jak 60 gr za sztukę pieluchomajtek w wolnej sprzedaży<sup>39</sup>.

Według powszechnie dostępnej wiedzy, limit Narodowego Funduszu Zdrowia na środki absorpcyjne wynosi jedynie 90 zł za 60 szt. na miesiąc, czyli 1,5 zł za sztukę. Przy obowiązującej, 30% dopłacie pacjenta, można obliczyć, że NFZ dopłaca nie więcej niż 1,05 zł za sztukę środka absorpcyjnego. Dodatkowo, zgodnie ze stanowiskiem przedstawicieli organizacji pacjenckich, którzy z powodu

---

<sup>36</sup> Przykłady takich wypowiedzi dostępne są m.in. w następujących artykułach: *Czy na pieluchomajtkach można oszczędzić miliony złotych? Tak!*, czasopismo „Menedżer Zdrowia”, 1 marca 2016, [www.termedia.pl/mz/Czy-na-pieluchomajtkach-mozna-oszczedzic-miliony-zlotych-Tak-,21073.html](http://www.termedia.pl/mz/Czy-na-pieluchomajtkach-mozna-oszczedzic-miliony-zlotych-Tak-,21073.html);

*MZ: Będzie ustawa o wyrobach medycznych*, portal medexpress.pl, 23 marca 2016, [www.medexpress.pl/mz-bedzie-ustawa-o-wyrobach-medycznych/63557](http://www.medexpress.pl/mz-bedzie-ustawa-o-wyrobach-medycznych/63557);

*To będzie rewolucja. MZ zaproponuje lepsze produkty w NFZ, ale za dopłatą*, portal ryneksejora.pl, 20 kwietnia 2016,

<sup>37</sup> *To będzie rewolucja. MZ zaproponuje lepsze produkty w NFZ, ale za dopłatą*, portal ryneksejora.pl, 20 kwietnia 2016, [http://www.ryneksejora.pl/wyroby\\_medyczne/108/to\\_bedzie\\_rewolucja\\_mz\\_zaproponuje\\_lepsze\\_produkty\\_w\\_nfz\\_ale\\_za\\_doplata,5231.html](http://www.ryneksejora.pl/wyroby_medyczne/108/to_bedzie_rewolucja_mz_zaproponuje_lepsze_produkty_w_nfz_ale_za_doplata,5231.html)

<sup>38</sup> *Czy na pieluchomajtkach można oszczędzić miliony złotych? Tak!*, czasopismo „Menedżer Zdrowia”, 1 marca 2016, [www.termedia.pl/mz/Czy-na-pieluchomajtkach-mozna-oszczedzic-miliony-zlotych-Tak-,21073.html](http://www.termedia.pl/mz/Czy-na-pieluchomajtkach-mozna-oszczedzic-miliony-zlotych-Tak-,21073.html)

<sup>39</sup> *MZ: Będzie ustawa o wyrobach medycznych*, portal medexpress.pl, 23 marca 2016, [www.medexpress.pl/mz-bedzie-ustawa-o-wyrobach-medycznych/63557](http://www.medexpress.pl/mz-bedzie-ustawa-o-wyrobach-medycznych/63557)

niewystarczających, restrykcyjnych limitów ilościowych, są zmuszeni zaopatrywać się w produkty chłonne poza refundacją, na własny koszt, tak niskie ceny w rzeczywistości nie są spotykane na otwartym rynku<sup>40</sup>.

Jak zauważają przedstawiciele środowisk pacjenckich, zapowiadane przez reprezentantów Ministerstwa Zdrowia zmiany mogą nieść za sobą wielorakie zagrożenia. Przede wszystkim, wprowadzenie tzw. systemu zamkniętego zagrazić może jakości produktów dostępnych dla chorych w ramach refundacji<sup>41</sup>. Sytuacja bowiem, w której to resort zdrowia, a nie pacjent czy jego opiekun, sprawdza jakość wyrobów medycznych, może w rezultacie wiązać się z wprowadzeniem do refundacji produktów o obniżonej jakości, w wyborze których decydującym kryterium będzie niższa cena. **Taka sytuacja może z kolei spowodować lawinowy przyrost liczby powikłań – między innymi podrażnień skóry, zakażeń oraz ran – powstałych wskutek używania przez pacjentów produktów o niskiej jakości.** W związku z kosztami leczenia powikłań, ponoszonymi przez budżet państwa, takie rozwiązanie można zatem ocenić jako pozorną oszczędność. Jest to opinia podzielana zarówno przez organizacje pacjenckie, jak i środowisko pielęgniarek i położnych. Jak zauważa Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, *środki pomocnicze w ogóle nie powinny być limitowane. To jest pozorna oszczędność. Kiedyś, pracując w szpitalu policzyłam koszty pralni, koszty osobowe i inne aspekty ekonomiczne. Wyliczenia pokazały, że jednorazowe pieluchy wychodzą 1/3 taniej. Korzyści są zatem dwie – oszczędność dla szpitala i komfort dla pacjenta*<sup>42</sup>.

**Zdaniem przedstawicieli organizacji pacjenckich, zmiany w systemie refundacji środków absorpcyjnych są niezbędne. Przede wszystkim, powinny jednak opierać się na zniesieniu barier w dostępie do refundacji środków absorpcyjnych dla licznej grupy pacjentów, jak również podniesienia limitów ilościowych do poziomu umożliwiającego pacjentom godność i komfort, a jednocześnie zapewniającego optymalny poziom higieny, ograniczający możliwość powstania powikłań.** Jak zauważył Tomasz Połec, przewodniczący Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, mimo licznych działań organizacji pacjenckich, od wielu lat w tej kwestii przepisy nie uległy zmianie. *Nadal refundowane są jedynie dwie sztuki pieluchomajtek dziennie, co sprawia, że chorzy, często ludzie niezamożni, muszą pokryć koszt zaopów dodatkowych środków, ponieważ trudno ograniczyć mikcję tylko do dwóch razy dziennie. Decydenci jakby nie rozumieli, że ograniczając te środki higieniczne generują kolejne koszty, ponieważ nieprzestrzeganie zasad higieny sprawia, że osoby leżące lub siedzące na wózkach inwalidzkich doznają odparzeń i innych komplikacji*

---

<sup>40</sup> A. Dokowicz, *Pieluchomajtki za miliony czy miliony za pieluchomajtki?*, Kwartalnik NTM, nr 1(56), 2016.

<sup>41</sup> *Ibidem*.

<sup>42</sup> *Czas skończyć z pozornym oszczędzaniem*, wywiad z Zofią Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Kwartalnik NTM, nr 1(56), 2016.

zdrowotnych, przez co muszą być hospitalizowane. A to sprawia, że państwo ponosi koszty leczenia tych powikłań<sup>43</sup>.

Zmniejszenie barier w dostępie do refundowanych środków absorpcyjnych, jak i rezygnacja z reglamentacji środków higienicznych wiązałyby się zatem nie tylko z korzyścią dla pacjentów, dla których ograniczenia w dostępie do tego typu produktów wiążą się z zagrożeniem dla zdrowia i komfortu życia, ale także dla budżetu państwa – ograniczeniu uległyby bowiem koszty drogiego leczenia powikłań, zwykle odbywającego się na oddziałach szpitalnych.

## Kryteria indywidualnego doboru środków absorpcyjnych

W ostatnich latach w Polsce, odnotowywany jest zdecydowany wzrost liczby osób starszych. Według danych z raportu Najwyższej Izby Kontroli dotyczącego opieki medycznej nad osobami starszymi, osoby powyżej 65. roku życia stanowią obecnie w Polsce ok. 14,7% populacji, natomiast w roku 2035, według szacunków GUS, osób starszych będzie ponad 23%.<sup>44</sup> Jednakże, mimo starzenia się społeczeństwa w Polsce, poziom świadczeń opiekuńczych i zdrowotnych związanych z wiekiem podeszłym, w tym zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze, pozostaje na niskim, odbiegającym od standardów europejskich poziomie.

Obowiązujące w Polsce, restrykcyjne kryterium uprawniające do otrzymania refundowanych środków absorpcyjnych, nie funkcjonuje w żadnym innym kraju Unii Europejskiej, w tym w krajach o podobnym do Polski poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego, tj. krajach Grupy Wyszehradzkiej (Czechy, Węgry, Słowacja). Co więcej, nie tylko w krajach zachodniej Europy, ale także w wymienionych krajach sąsiedzkich, w ramach refundacji pacjenci uprawnieni są do otrzymania ok. 120-150 sztuk środków absorpcyjnych, bądź nieograniczonej limitem ilości środków<sup>45</sup>.

W krajach Unii Europejskiej, szeroki bądź nieograniczony dostęp do środków higienicznych dla osób z nietrzymaniem moczu w rezultacie przynosi więcej korzyści zarówno dla pacjentów, jak i dla budżetu państwa. Dzięki profilaktyce powikłań, takich jak zakażenie dróg moczowych czy uszkodzenia skóry, będącej wskaźnikiem odpowiedniego poziomu pielęgnacji pacjenta z NTM, unika się generowania wysokich kosztów leczenia powikłań wynikających z zaniedbań higienicznych. Zgodnie ze zdaniem ekspertów, szacunkowe koszty leczenia powikłań oraz koszty związane z utratą produktywności przez pacjentów zmuszonych do rezygnacji z aktywności zawodowej są wielokrotnie wyższe, niż wydatki

---

<sup>43</sup> A. Dokowicz, *Pieluchomajtki za miliony czy miliony za pieluchomajtki?*, Kwartalnik NTM, nr 1(56), 2016.

<sup>44</sup> Raport Najwyższej Izby Kontroli, *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*, 10.03.2015, s. 6.

<sup>45</sup> Raport *Leczenie OAB – gdzie jesteśmy w Europie?*, grudzień 2015

związane z refundacją zaopatrzenia w środki absorpcyjne. Dlatego też, **w celu wygenerowania długofalowych oszczędności dla budżetu narodowego płatnika w Polsce, limity ilościowe na refundowane środki absorpcyjne powinny ulec zwiększeniu przy pozostawieniu pacjentom i ich opiekunom indywidualnego doboru rodzaju, rozmiaru i marki produktu.** Nadmierny przyrost wydatków państwa jest regulowany przez obowiązujące w Polsce współpłacenie pacjenta, które, o ile nie jest zbyt wysokie, może chronić budżet państwa przed nadużyciami.

Natomiast, zapowiadane w ostatnim czasie plany zmian w systemie refundacji środków absorpcyjnych, polegające na wprowadzeniu systemu zakupów centralnych, które również mają na celu ograniczenie wydatków budżetu państwa na tę grupę świadczeń opieki zdrowotnej, mogą wiązać się z szeregiem negatywnych zjawisk. Przede wszystkim, rozwiązania takie jak planowane przez resort zdrowia zakupy centralne (które mają polegać na wnioskowaniu przez producentów o objęcie refundacją danego produktu, następnie sprawdzeniu przez resort jakości tych wyrobów, ustaleniu maksymalnej ceny urzędowej i limitu cenowego na dany wyrób), mogą wiązać się radykalnym obniżeniem jakości dostępnych w refundacji produktów, jak i z odebraniem decyzyjności pacjentowi oraz jego rodzinie. Jeżeli to po stronie ministerstwa zdrowia leżałoby sprawdzenie jakości wyrobów medycznych, pacjenci oraz ich opiekunowie mieliby ograniczoną możliwość samodzielnego, indywidualnego wyboru konkretnego produktu – danego typu, wielkości czy stopnia chłonności produktu. Obecnie bowiem, między innymi dzięki możliwości zasięgnięcia opinii na temat całego asortymentu dostępnych środków w aptece lub sklepie medycznym, pacjenci oraz opiekunowie posiadają możliwość przemyślanego wyboru optymalnego środka. **Mimo restrykcyjności kryterium chorobowego oraz reglamentacji ilości dostępnych dla pacjentów środków, obecny system zaopatrzenia w refundowane środki absorpcyjne, zapewnia pacjentowi szerszy wybór produktów, szerszy wybór placówek oferujących produkty i co za tym idzie, większą konkurencyjność cenową. Umożliwia także indywidualny, samodzielny dobór odpowiedniego produktu.**

Zgodnie z cennikami refundowanych środków absorpcyjnych czterech głównych producentów (TZMO, SCA, Hartmann, Abena), pacjenci mogą skorzystać aż z 223 różnych produktów chłonnych, biorąc pod uwagę różne rodzaje oraz rozmiary<sup>46</sup>. **W celu zapewnienia optymalnej opieki i najwyższego komfortu dla pacjenta, wybierając środek absorpcyjny spośród tak dużego asortymentu, zarówno pacjent, jak i opiekun, powinni uwzględnić szereg czynników.** Ze względu na fakt, że podawane przez producenta poziomy chłonności nie uwzględniają innych czynników mających wpływ na wartości użytkowe produktu, np. zwiększonego ciśnienia spowodowanego naciskiem ciała

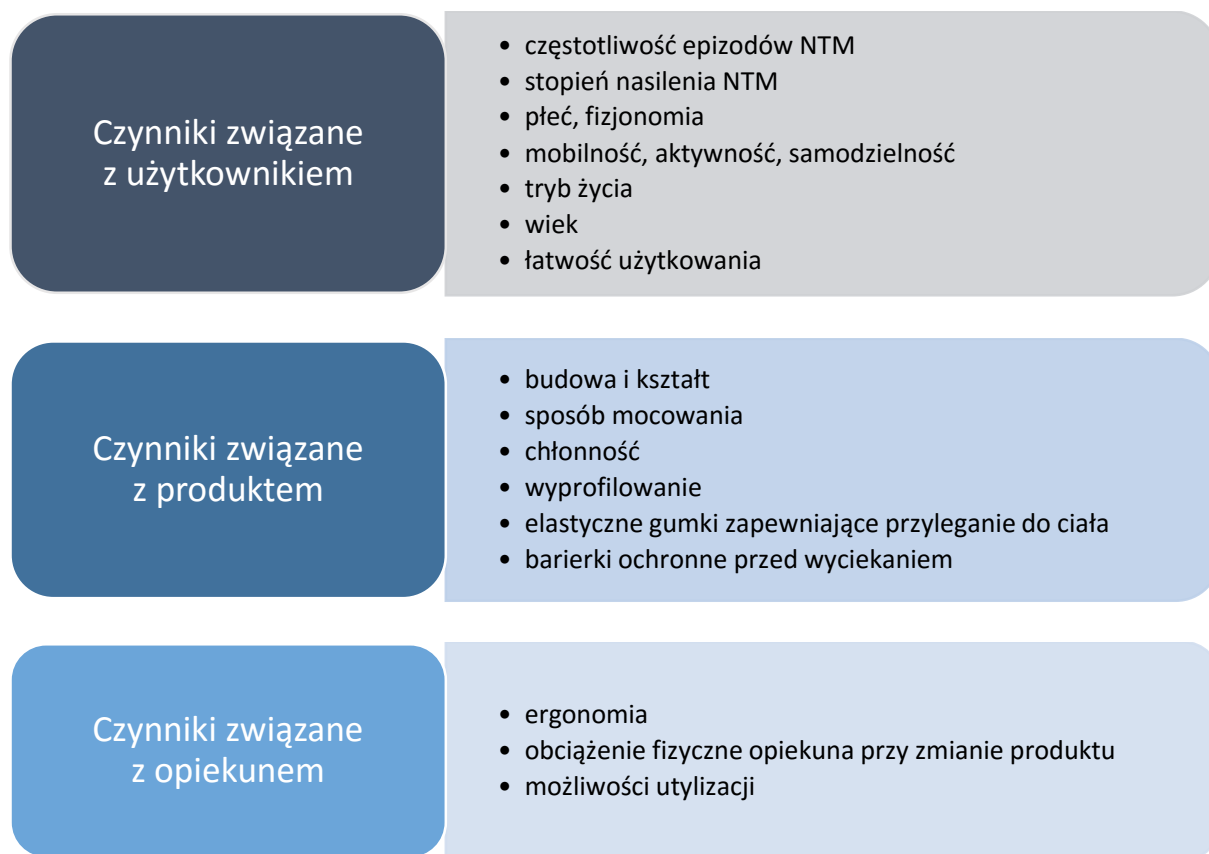
---

<sup>46</sup> Źródło: cenniki czterech producentów (SCA Hygiene Products, Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych, Paul Hartmann Polska, Abena) obowiązujące w 2016 r.



czy rodzaju zabezpieczenia przed wyciekaniem<sup>47</sup>, chłonność produktu, która w powszechnym mniemaniu jest najistotniejszym czynnikiem, nie powinna być jedynym kryterium wyboru, a uśrednione parametry całkowitej, a nie rzeczywistej chłonności nie powinny mieć zastosowania w przypadku tworzenia kryteriów do refundacji.

Optymalny model zaopatrzenia w środki absorpcyjne, zgodny z normą ISO 15621, obejmuje ponad 20 kryteriów wyboru środka absorpcyjnego<sup>48</sup>, uwzględniających cały szereg zmiennych związanych z użytkowaniem przez pacjenta środków absorpcyjnych. Kryteria te można podzielić na różne grupy, między innymi związane z użytkownikiem, z produktem, z opiekunem. Grupy czynników wraz z przykładowymi kryteriami wymienione są w schematach poniżej.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Standardu ISO 15621

<sup>47</sup> E. Szałkiewicz, *Opinia w sprawie refundacji środków absorpcyjnych stosowanych przez pacjentów z nietrzymaniem moczu i stolca*, Olsztyn 30.04.2013 r.

<sup>48</sup> Norma międzynarodowa ISO 15621, *Produkty pochłaniające moczu - Ogólne wytyczne do oceny*, Wydanie drugie, 15.02.2011.

W obecnie obowiązującym, otwartym systemie refundacji środków absorpcyjnych, pacjent oraz jego opiekun mają możliwość uwzględnienia indywidualnych czynników oraz preferencji przy doborze środka absorpcyjnego. Dzięki temu, chory, mimo że w ramach zdecydowanie niewystarczającego limitu, może skorzystać ze środka wysokiej jakości, optymalnego dla swoich potrzeb. Wprowadzenie scentralizowanego systemu refundacji środków absorpcyjnych może stać się dużym zagrożeniem dla obecnej swobody wyboru środka przez pacjenta, jak również dla jakości produktów używanych przez pacjentów z nietrzymaniem moczu.

Aby umożliwić chorym z nietrzymaniem moczu jak najwyższą jakość życia, konieczne jest zachowanie możliwości indywidualnego doboru rodzaju, rozmiaru, typu środka absorpcyjnego, który będzie dostosowany do preferencji, stanu zdrowia, aktywności i innych potrzeb pacjenta i opiekuna. Swoboda wyboru środków absorpcyjnych, wraz z jednoczesnym zwiększeniem dostępnej ilości środków w ramach refundacji, będzie wiązała się także z długofalowym zyskiem dla budżetu państwa. Przy odpowiednio dobranym produkcie, wzrasta poziom ochrony skóry pacjenta i jednocześnie maleje ryzyko groźnych powikłań zdrowotnych, których leczenie odbywa się w ramach hospitalizacji, pochłaniających znaczną część całościowego budżetu NFZ.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Standardu ISO 15621

## OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM

### Opieka długoterminowa (ODT) – ogromne wyzwanie, brak rozwiązań

Procesy demograficzne i zmiany w stylu życia powodują, że problem opieki długoterminowej staje się jednym z ważniejszych wyzwań polityki społecznej w wielu krajach. W całej Europie, jak również w Polsce obserwuje się postępujący proces starzenia się ludności i wzrost liczby osób przewlekle chorych, szczególnie wśród osób starszych. Stawia to przed opieką zdrowotną nowe wyzwania związane z zapewnieniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej coraz większej liczbie osób.

Według normy określonej przez Organizację Narodów Zjednoczonych, próg starości demograficznej oznacza udział ponad 7% osób w wieku 65 lat i starszych w ogólnej strukturze ludności. Zgodnie z danymi GUS wskaźnik ten dla Polski w roku 2010 osiągnął poziom około 14% (liczba osób w wieku powyżej 65 lat – 5 184 564 (13,5%)). Z kolei prognozy demograficzne GUS pokazują, że do 2035 r. subpopulacja ludzi mających 65 lat i więcej w Polsce wzrośnie o 62% w porównaniu do 2010 r., natomiast subpopulacja ludzi mających 80 lat i więcej wzrośnie w tym samym okresie aż o 96%. Wzrost liczby osób najstarszych ma z kolei istotny wpływ na jeszcze szybszy wzrost zapotrzebowania na opiekę i środki absorpcyjne. Polska jest już społeczeństwem bardzo starym w ujęciu demograficznym i taka sytuacja ma swoje odzwierciedlenie w wydatkach Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę zdrowotną.

Prognoza ludności Polski do roku 2035 (w tys.)						
Wiek	2010	2015	2020	2025	2030	2035
0-17	7107	6918	6959	6816	6253	5632
18-44	15294	15005	14072	12823	11624	10834
45-59	8211	7473	7195	7765	8622	8719
60-64	2327	2691	2650	2190	2102	2450
65+	<b>5153</b>	<b>5929</b>	<b>6954</b>	<b>7844</b>	<b>8195</b>	<b>8358</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS.

Biorąc pod uwagę strukturę korzystania ze świadczeń w różnych grupach wiekowych, jak również obecny i przyszły trend demograficzny oraz transformację epidemiologiczną (choroby przewlekłe i niepełnosprawność), zmiany w zakresie popytu i podaży na rynku usług medycznych oraz feminizacja starości, należy spodziewać się dynamicznego wzrostu kosztów, a tym samym nakładów na opiekę długoterminową.

Zabezpieczenie potrzeb osób niesamodzielnych w formie opieki długoterminowej realizowanej zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej. Tak więc, świadczenia i usługi dostępne w ramach opieki długoterminowej są rozproszone pomiędzy różne części systemu zabezpieczenia społecznego,<sup>49</sup> co ukazuje poniższa tabela.

Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia i w systemie pomocy społecznej		
	System ochrony zdrowia	System pomocy społecznej
<b>Akt prawny</b>	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	Ustawa o Pomocy Społecznej i rozporządzenia wykonawcze
<b>Rodzaje świadczeń</b>	Usługi opiekuńcze Opieka instytucjonalna	Opieka domowa Opieka instytucjonalna Pomoc finansowa
<b>Kryterium dostępności</b>	Sprawność ADL 0-40 punktów w skali Barthel Stan zdrowia wymagający systematycznych interwencji pielęgniarstkich oraz stałego nadzoru profesjonalnego nad kontynuacją leczenia farmakologicznego	Kryterium podmiotowe (art. 5, Ustawa o Pomocy Społecznej), niezdolność do samodzielnej egzystencji Kryterium trudnej sytuacji (art. 2, ust.1, art. 7, Ustawa o Pomocy Społecznej) Kryterium dochodowe w przypadku świadczeń pieniężnych (art. 8., ust. 1, Ustawa o Pomocy Społecznej)
<b>Opieka stacjonarna</b>	Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO)	Domy pomocy społecznej (DPS) dla: – osób w podeszłym wieku – osób przewlekle somatycznie chorych – osób przewlekle psychicznie chorych – dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie – osób niepełnosprawnych fizycznie
<b>Odpłatność za pobyt w placówkach stacjonarnych</b>	Pacjent – koszty żywienia i zakwaterowania do 70% jego dochodu, resztę finansuje zakład, koszty leczenia – NFZ	Mieszkaniec – koszt pobytu do 70% jego dochodu resztę pokrywa rodzina ewentualnie gmina zależnie od sytuacji osób obowiązanych do alimentacji lub gdy osoba jest samotna

Źródło: opracowanie własne.

Opieka domowa (w formie usług opiekuńczych), podobnie jak opieka instytucjonalna czy szpitalna, niesie za sobą szereg kosztów. William A. Jackson w swojej książce „The political economy of population ageing” starał się wyznaczyć optymalną równowagę opieki (ang. balance of care) na bazie podstawowych technik analizy ekonomicznej. Przeprowadzona przez niego analiza kosztów umożliwia zakwalifikowanie osób, na podstawie ich poziomu zależności, do najbardziej efektywnego sektora opieki. Przy porównywaniu poszczególnych sektorów oszacowano całkowity koszt społeczny opieki (ang. *social cost of care*), który obejmuje, oprócz wydatków pieniężnych (publicznych

<sup>49</sup> P. Błędowski, M. Maciejasz, *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*, „Nowiny Lekarskie” 2013, 82, 1, s.61-69.

i prywatnych), również powiązane koszty niepieniężne oraz koszty alternatywne ponoszone przez beneficjentów opieki i opiekunów.

W sektorze opieki domowej głównymi kosztami do oszacowania są nakłady związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, osobiste wydatki osoby starszej na życie, koszt usług opieki nieformalnej oraz koszty formalnej opieki i pielęgnacji. Najtrudniejszy do oszacowania jest koszt opieki nieformalnej, gdyż nie ma on ceny rynkowej. W instytucjonalnej pomocy społecznej oraz instytucjonalnej opiece medycznej głównymi nakładami są wydatki stałe, koszty operacyjne (catering, utrzymanie czystości, nadzór), koszty usług opiekuńczych (pielęgniarskich, wspierających, itp.) oraz osobiste wydatki osoby starszej na życie.

W Polsce liczba osób niesamodzielných w 2008 roku to około 2 mln osób. 80-90 proc. z nich to osoby w wieku 65+. Niewiele z nich korzysta z opieki instytucjonalnej. Według OECD było to mniej niż 1 proc., podczas gdy średnia dla OECD wynosi ponad 4 proc. Wydatki z budżetu państwa wynoszą mniej niż 0,5 proc PKB (w OECD 1,2 proc.). Ponadto na 1000 osób wymagających długoterminowej opieki na specjalistycznych oddziałach przysługuje w Polsce 17,2 łóżka (w OECD 44,5). 80 proc. osób niesamodzielných w Polsce korzysta z rodzinnych form opieki. Wydatki na nią są prawie 3 razy większe niż te na opiekę instytucjonalną.<sup>50</sup>

Obecnie system zapewniający usługi opieki długoterminowej, jaki funkcjonuje w Polsce, jest niejednorodny i niespójnie skonstruowany. Środki przeznaczane na ten cel nie zapewniają kompleksowej opieki wszystkim potrzebującym, a czasem tylko w niewielkim stopniu rekompensują koszty zapewnienia opieki.

Również różnice w formach świadczeń oraz w podmiotach odpowiedzialnych za ich świadczenie powodują dezorientację potrzebujących pomocy, a także trudności w określeniu rzeczywistych kosztów niezbędnych do analizy efektywności podejmowanych działań. Zmiany nie tylko organizacyjne, ale również niosące nowy sposób finansowania usług opiekuńczych są konieczne. Bez nich zapewnienie pomocy większej liczbie potrzebujących nie będzie możliwe. Wprowadzenie stosownych reform w systemach zabezpieczeń społecznych, które uwzględniałyby wspomniane zmiany, są nieuniknione i bardzo potrzebne.

W celu dostosowania opieki długoterminowej do zmieniających się potrzeb i preferencji konieczne jest stworzenie „elastycznych” warunków dla rozwoju opieki długoterminowej, poprzez:

---

<sup>50</sup> K. Nowakowska, *Opieka długoterminowa w Polsce nie istnieje. Będziemy mieli problem z seniorami*, Gazeta Prawna, [www.praca.gazetaprawna.pl/artykuly/829011,opieka-dlugoterminowa-w-polsce-nie-istnieje-bedziemy-mieli-problem-z-seniorami.html](http://www.praca.gazetaprawna.pl/artykuly/829011,opieka-dlugoterminowa-w-polsce-nie-istnieje-bedziemy-mieli-problem-z-seniorami.html)

- stworzenie odpowiednich mechanizmów finansowych rozwoju opieki geriatrycznej i długoterminowej, umożliwiającej poprawę świadczenia usług zdrowotnych i socjalnych,
- rozwój kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych i personelu pomocniczego, jak również nieprofesjonalistów (rodzina sprawująca opiekę),
- upowszechnianie domowej opieki długoterminowej i zapewnienie wielostronnej opieki i pomocy osobom przewlekle chorym i ich opiekunom.

Aby sprostać tym wyzwaniom, jakie niosą ze sobą zmiany demograficzne, „należy dążyć do stworzenia kompleksowego i spójnego systemu opieki długoterminowej, który będzie odpowiadał potrzebom osób niesamodzielnych oraz zastąpi dotychczasowy zbiór bliżej niepowiązanych działań. Należy wypracować nowy system wykraczający poza horyzont krótkookresowy i umożliwiający holistyczne podejście do kwestii społecznych.”<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> P. Błędowski, M. Maciejasz, *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*, „Nowiny Lekarskie” 2013, 82, 1, s.67.

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

---

### Wnioski

Nietrzymanie moczu NTM jest problemem społecznym, obejmującym znaczny odsetek populacji kobiet dorosłych, a ryzyko jego wystąpienia narasta z wiekiem, szczególnie u mężczyzn po 75 roku życia. Nietrzymanie moczu można z pewnością uznać za chorobę o charakterze społecznym dotyczącą kobiet, niezależnie od różnic etnicznych i kulturowych. Dokładną częstość występowania nietrzymania moczu trudno ustalić ze względu na to, że duża część chorych nie ujawnia swoich dolegliwości, traktując je jako wstydliwe lub jako jeden z nieuniknionych objawów starości, mimo iż dotyczą one także coraz młodszej grupy pacjentów. Z przedstawionej w raporcie analizy, nasuwają się następujące wnioski:

- ❖ W Polsce brakuje edukacji pacjentów, w przypadku których fizjoterapię bardzo często należy wprowadzać nie tylko w ramach profilaktyki wtórnej, ale i pierwotnej (np. kobiety przed ciążą). Takie postępowanie umożliwiłoby wprowadzenie właściwie wyuczonych ćwiczeń w codzienny rytm życia kobiety. Wskazaniem do refundacji tego typu terapii powinna być postawiona przez lekarza POZ, ginekologa, urologa, neurologa bądź geriatrę diagnoza. Dodatkowo, aby cały system opieki mógł sprawnie działać, bardzo ważna jest edukacja personelu medycznego. Na terenie, np. Wielkiej Brytanii istnieją okręgi pielęgniarskie, które między innymi prowadzą dla wszystkich zainteresowanych kursy na różnych poziomach, poświęcone NTM. Są one przeznaczone przede wszystkim dla pielęgniarek i fizjoterapeutów.
- ❖ Refundacja farmakologicznego leczenia zachowawczego NTM jest w Polsce obwarowana dodatkowym administracyjnym obostrzeniem. Poprzez zdefiniowanie jednostki chorobowej „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym” stworzono sztuczną, pozamedyczną barierę, ograniczającą dostęp chorych do farmakoterapii. Zapis, na podstawie którego badanie urodynamiczne jest warunkiem otrzymania refundacji na leki stosowane w terapii pęcherza nadreaktywnego, nie jest uzasadniony zarówno medycznie, jak i ekonomicznie, co zostało ukazane w pozytywnej rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 7/2016, wydanej 2 lutego br. Dodatkowo, wg danych uzyskanych z NFZ, koszty diagnostyki powyższej jednostki chorobowej, przewyższają koszty refundacji samego leczenia farmakologicznego.
- ❖ W leczeniu farmakologicznym, obecnie refundowane są jedynie dwie substancje lecznicze (solifenacyna i tolterodyna), co daje zdecydowanie mniejsze możliwości polskim lekarzom na

indywidualny dobór terapii lekowej. W polskim systemie refundacyjnym brakuje również preparatów farmakologicznych nowszej generacji, jak mirabegron, będący agonistą receptorów beta-3-adrenergicznych. Schorzenie jakim jest NTM, wymaga indywidualnego doboru leków. Dlatego zawężona terapia do jedynie dwóch substancji leczniczych i braku leków nowszej generacji, powoduje że cierpią na tym głównie pacjenci, u których nie nastąpiła pożądana reakcja na leki antycholinergiczne lub którzy zrezygnowali z farmakoterapii ze względu na zbyt dużą uciążliwość skutków ubocznych.

- ❖ W Polsce od 1 września 2015 r., w przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego pacjenci mogą skorzystać z terapii za pomocą toksyny botulinowej. Obecnie, program lekowy obejmuje stosunkowo niewielką grupę osób z pęcherzem nadreaktywnym. Są to pacjenci po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym.
- ❖ Polski system refundacji nadal nie oferuje możliwości skorzystania z małoinwazyjnego zabiegu, jakim jest neuromodulacja nerwów krzyżowych, pomimo że z sukcesem stosowana jest na całym świecie od ponad 20 lat. Dostęp do tej terapii ma duże znaczenie, zwłaszcza w przypadku kobiet z ciężkimi, opornymi na standardowe metody leczenia postaciami pęcherza nadreaktywnego, które obecnie nie mają żadnej alternatywy terapeutycznej prócz wysoko inwazyjnych zabiegów chirurgicznych – w przeciwieństwie do mężczyzn, którym oferuje się refundowany zabieg wszczepienia zwieracza hydraulicznego. Obecnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, pacjenci mogą skorzystać z refundacji poddając się wszczępieniu neuromodulatora w ośrodku poza granicami kraju, jednak wiąże się to ze skomplikowaną procedurą administracyjną i koniecznością uzyskania zgody NFZ oraz konsultanta krajowego ds. urologii.
- ❖ Obecnie w Polsce refundowaną metodą leczenia wysiłkowego NTM są zabiegi operacyjne z użyciem taśm, które można wykonać niemal w każdej placówce posiadającej oddział urologiczny, bądź ginekologiczny. Rozpiętość jeśli chodzi o liczbę wykonywanych rocznie zabiegów na wysiłkowe NTM z użyciem taśm w poszczególnych placówkach jest ogromna. 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. Ponadto, szukanie oszczędności przez szpitale powoduje wybór przez nich najtańszych dostawców materiałów medycznych, które ulegają szybko degradacji. Taka sytuacja skutkuje wzrostem liczby nieprawidłowo wykonanych zabiegów, co



naraża zdrowie oraz komfort pacjenta, a także w przypadku reoperacji, również budżet państwa.

- ❖ Polski system zaopatrzenia w środki absorpcyjne nie uprawnia obecnie pacjenta ze zdiagnozowanym nietrzymaniem moczu do otrzymania refundowanych środków absorpcyjnych. Warunkiem uzyskania refundacji na środki absorpcyjne jest udokumentowanie choroby współistniejącej, np. nowotworu bądź choroby układu nerwowego. Ponadto zdiagnozowanie wysiłkowego NTM wyklucza pacjenta z możliwości otrzymania refundacji nawet przy współistniejących chorobach.
- ❖ Ilość przysługujących pacjentom środków absorpcyjnych, w liczbie dwóch sztuk na dobę, nie jest adekwatna do realnych potrzeb i dalece odbiega od standardów obowiązujących w innych krajach europejskich, które od wielu lat stawiają na profilaktykę i pielęgnację, nie reglamentując podstawowych środków pomocniczych. W opinii tamtejszych decydentów jest to uzasadnione również ekonomicznie.
- ❖ Ministerstwo Zdrowia zapowiada nową ustawę dot. refundacji wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych. Projekt ustawy ma zostać oddany do konsultacji społecznych jeszcze w czerwcu bieżącego roku. Bardzo ważną zmianą, którą ma zawierać nowa ustawa, jest wprowadzenie zasad refundacji analogicznych do funkcjonujących obecnie w systemie refundacji leków. W przypadku wdrożenia w życie zapowiadanych zmian, producenci wyrobów medycznych, podobnie jak obecnie firmy farmaceutyczne, będą musieli składać do Ministerstwa Zdrowia wnioski o objęcie refundacją danego wyrobu medycznego. Po ewentualnej rekomendacji AOTMiT, nastąpią negocjacje ceny, po których Ministerstwo ustali maksymalną cenę danego wyrobu oraz marżę. Ministerstwo Zdrowia przejmie zatem kontrolę nad cenami wyrobów medycznych, które obecnie, przy zachowaniu obowiązujących limitów cenowych, ustalane są na wolnym rynku. Ponadto, wskutek wprowadzenia zapowiadanych zmian, sprzedaż wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie mogłaby zostać przeniesiona ze sklepów medycznych do aptek. To z kolei spowoduje likwidację wielu sklepów medycznych i zmniejszy dostęp pacjentom.
- ❖ Brakuje rozwiązań systemowych, które wzmocniłyby opiekę długoterminową, w tym opiekę nad pacjentem z NTM. Polityka Unii Europejskiej ukierunkowana jest na rozwój lokalnych sieci wsparcia i udzielania pomocy w miejscu zamieszkania osoby starszej, a dopiero w przypadku braku możliwości zapewnienia takiej opieki, udzielenia pomocy instytucjonalnej.

W Polsce nadal brakuje systemu opieki zorientowanego przede wszystkim na pacjenta (ang. patient centered care) – systemu, który oprócz zabezpieczenia leczenia i zaopatrzenia stwarzałby warunki do samodzielnego zarządzania życiem z chorobą, w tym wypadku z NTM.

## Rekomendacje

### OGÓLNE

- ❖ **Należy rozszerzyć działania edukacyjne, poprzez informowanie opinii publicznej o skali występowania problemu nietrzymania moczu, metodach profilaktyki, dostępnych terapiach a także placówkach wyspecjalizowanych w leczeniu NTM i lekarzach specjalizujących się w tej dziedzinie.**

Problem z nietrzymaniem moczu jest problemem natury intymnej, związanym z poczuciem wstydu, skrępowaniem przed rozmową na temat problemu. Niemal połowa pacjentów nie zgłasza tych problemów lekarzowi pierwszego kontaktu czy też ginekologowi. Brak komunikacji i co za tym idzie wiedzy na temat profilaktyki tego schorzenia, skutkuje zbyt późną diagnozą i przez to mniejszymi szansami na pełne wyleczenie schorzenia. Zaburza również wiele obszarów codziennej aktywności. Ma wpływ na funkcjonowanie społeczne, emocjonalne, rodzinne, jak również ekonomiczne.

- ❖ **Należy rozszerzyć działania edukacyjne wobec lekarzy pierwszego kontaktu (w tym lekarzy rodzinnych) w celu usprawnienia procesu diagnostycznego oraz wskazania kolejnych etapów postępowania w przypadku leczenia nietrzymania moczu.**

Pierwszą osobą, która powinna zdiagnozować i odpowiednio pokierować pacjenta, jest lekarz pierwszego kontaktu, który powinien wyrobić w sobie nawyk pacjentów o problemy z trzymaniem moczu, a jeśli, któryś z nich choćby w pewnym stopniu odpowie twierdząco – zlecić diagnostykę. Do dyspozycji ma szereg badań umożliwiających lepsze rozpoznanie problemu, takich jak badanie ogólne i posiew moczu oraz badanie USG. Jednak we wstępnej diagnostyce najważniejsza jest rozmowa i poznanie wszelkich szczegółów. Pomocnym narzędziem w diagnostyce jest test trzech pytań. Uzyskanie odpowiedzi, daje lekarzowi rozeznanie, z jakim typem NTM ma do czynienia i jaki sposób leczenia powinien zalecić.

❖ **Należy rozszerzyć działania edukacyjne wobec urologów, ginekologów, geriatrów, pielęgniarek, a także opiekunów.**

Leczenie nietrzymanie moczu jest specjalnością niszową wśród wyżej wymienianych specjalności. Urolodzy wyspecjalizowali się przede wszystkim w leczeniu onkologicznym. Natomiast ginekolodzy, z nietrzymaniem moczu spotkają się głównie u pacjentek po porodzie. W przypadku geriatrów głównym problemem jest wielochorobowość starszych pacjentów, z którą muszą się mierzyć. Dla pielęgniarek głównym wyzwaniem jest obecnie system refundacji, gdyż od niedawna mogą wpisywać recepty oraz zlecenia na środki absorpcyjne. Nie do przecenienia jest również rola opiekunów, szczególnie przy coraz bardziej ograniczonym dostępie do lekarzy i powiększającym się deficycie pielęgniarek w polskim systemie ochrony zdrowia, szczególnie w zakresie doboru adekwatnego do potrzeb środka absorpcyjnego.

❖ **Należy zwiększyć dostęp do refundowanych środków absorpcyjnych poprzez uproszczenie kryterium chorobowego, zwiększenie limitów ilościowych oraz zwiększenie uprawnień personelu medycznego do wystawiania zleceń na środki absorpcyjne.**

Zaleca się wprowadzenie jednego, jasnego kryterium medycznego, uprawniającego do refundacji środków absorpcyjnych tak, jak jest to w innych krajach Unii Europejskiej, w tym krajach Grupy Wyszehradzkiej.

Refundacja w obecnym kształcie jest niewystarczająca. Obecnie przysługuje pacjentom jedynie 60 sztuk środków absorpcyjnych miesięcznie (dwie sztuki na dobę). Większość krajów europejskich już dekadę temu dostrzegła wyzwania oraz zagrożenia, jakie niesie za sobą starzenie się społeczeństwa, stawiając na profilaktykę i pielęgnację, nie regramentując podstawowych środków pomocniczych. Dlatego też, chcąc zabezpieczyć zarówno obywateli, jak i system opieki zdrowotnej przed niekontrolowanym wzrostem wydatków na hospitalizację, zapewniono pacjentom odpowiednią ilość środków absorpcyjnych odpowiedniej jakości w celu uniknięcia powikłań zdrowotnych, np. stanów zapalnych skóry i dróg moczowych.

Należy poszerzyć listę lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń o wszystkich ginekologów. Administracyjne dzielenie lekarzy tej samej specjalizacji w sposób oczywisty utrudnia funkcjonowanie przede wszystkim pacjentom. Obecnie pacjentka, która pozostaje pod opieką ginekologa, aby otrzymać zlecenie na refundowane środki absorpcyjne, zobowiązana jest zgłosić się do lekarza posiadającego specjalizację np. w zakresie neurologii, onkologii, chirurgii, urologii, ginekologii onkologicznej czy POZ.

- ❖ **Działania obecnego rządu powinny dążyć do zwiększenia finansowania i przebudowy systemu opieki długoterminowej nad osobami niesamodzielnymi, zabezpieczając się w ten sposób przed nadchodzącymi wyzwaniami społecznymi i ekonomicznymi.**

Opieka długoterminowa wymaga całkowitej przebudowy dzisiejszych zasad kwalifikowania do pomocy, przyznawania świadczeń i funkcjonowania świadczeniodawców w opiece długoterminowej. Należy zwrócić również uwagę na konieczność rozwoju opieki nieformalnej i zapewnienie, w miarę możliwości, opieki instytucjonalnej, także okresowej. Umożliwia to pacjentom jak najdłuższe pozostanie w domu i znacznie opóźnia stałą instytucjonalizację, co sprzyja dobru pacjentów, a także pozwala zmniejszyć wydatki publiczne. Bardzo dobrym przykładem proponowanych zmian jest projekt tzw. ustawy czekowej zaprezentowanej w 2015 roku, łączący wsparcie osób korzystających zarówno z pomocy medycznej, jak i socjalnej.

#### **DOTYCZĄCE LECZENIA NTM**

- ❖ **Należy jak najszybciej usunąć zapis dot. konieczności wykonania badania urodynamicznego jako warunku refundacji leków na OAB.**

Badanie urodynamiczne nie jest ani konieczne ani nawet wskazane, aby zdiagnozować OAB. Badanie to (refundowane przez NFZ) jest niezgodne z obowiązującymi w Polsce i na świecie standardami, co oznacza, że wymóg ten powinien być traktowany w kategorii wręcz marnotrawienia publicznych pieniędzy.

Zapis, na podstawie którego badanie urodynamiczne jest warunkiem otrzymania refundacji na leki stosowane w terapii pęcherza nadreaktywnego, nie jest uzasadniony zarówno medycznie, jak i ekonomicznie. Zgodnie bowiem ze stanowiskiem konsultantów krajowych, prezesa AOTMiT oraz specjalistów urologów oraz ginekologów, badanie urodynamiczne jest metodą inwazyjną, którą z powodzeniem można zastąpić, np. dzienniczkiem mikcji. Potwierdzeniem tej tezy, jest brak takiego wymogu w jakimkolwiek innym kraju Unii Europejskiej.

- ❖ **Należy dążyć do wprowadzenia na listę leków refundowanych nowych, sprawdzonych substancji leczniczych w celu poszerzenia pacjentom możliwości indywidualnego dostosowania terapii.**

Obecnie złoty standard w leczeniu OAB stanowi farmakoterapia za pomocą leków antycholinergicznyc. Jednakże, na liście leków refundowanych w terapii OAB znajdują się jedynie dwie substancje. Pozostałe, dopuszczone do obrotu na terenie Polski substancje (np. fezoterodyna, trospium, darifenacyna), nie są współfinansowane z budżetu państwa lub ich

refundacja jest ograniczona jedynie do wąskiej grupy pacjentów (oksybutynina refundowana jest jedynie dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym).

Dodatkowo, brak refundacji substancji nowszej generacji, stanowi poważną barierę dla dużej części chorych, u których niepowodzeniem zakończyła się terapia za pomocą leków antycholinergicznym. Mirabegron, który jest uważany za terapię przyszłości w leczeniu farmakologicznym OAB, już teraz w niektórych krajach Unii Europejskiej (np. Dania) stanowi lek pierwszego wyboru

❖ **Należy poszerzyć grupę pacjentów mogących skorzystać z leczenia toksyną botulinową, w przypadku niepowodzenia terapii I i II rzuty – leczenia farmakologicznego.**

W chwili obecnej program lekowy obejmuje stosunkowo niewielką grupę osób ze względu na kryteria włączenia chorego do programu. Grupa ta została ograniczona jedynie do pacjentów po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

❖ **Należy, możliwie w jak najkrótszym czasie umieścić w katalogu świadczeń refundowanych procedurę neuromodulacji krzyżowej dla pacjentów z ciężkimi postaciami nietrzymania moczu, u których zawiodły powyższe metody leczenia.**

Pomimo ponad dwudziestoletniej już historii na świecie, posiadania wykwalifikowanej kadry medycznej oraz postulatów środowiska pacjenckiego, zabieg ten nie jest wciąż refundowany oraz przeprowadzany w Polsce.

Neuromodulacja krzyżowa byłaby ostatnią szansą uniknięcia wysokoinwazyjnych zabiegów chirurgicznych, których efekty są nieodwracalne (np. usunięcie pęcherza). Eksperci szacują, że przewidywane zapotrzebowanie na implantację neuromodulatorów w Polsce może dotyczyć około 100 pacjentów rocznie.

## **DOTYCZĄCE LECZENIA WYSIŁKOWEGO NTM**

❖ **Należy rozpocząć prace nad powstaniem referencyjnych ośrodków leczenia wysiłkowego NTM, które specjalizować się będą w wykonywaniu zabiegów chirurgicznych z użyciem taśm.**

Utworzenie ośrodków referencyjnych, w których operacje z użyciem taśm przeprowadzane byłyby przez lekarzy wyspecjalizowanych w tego typu zabiegach, mogłoby zdecydowanie obniżyć ryzyko, obecnie częstego, występowania powikłań wskutek źle wykonanych zabiegów. Rozwiązanie takie wiązałoby się z większym komfortem dla pacjentów, którzy mieliby dostęp do informacji, jakie ośrodki posiadają największe doświadczenie w tego typu zabiegach. Co więcej, takie rozwiązanie przyniosłoby także oszczędności dla budżetu państwa, wynikające z

mniejszych kosztów leczenia powikłań. Ponadto należy tworzyć taki mechanizm rozliczeń ze szpitalami, który będzie promował zakup dobrej jakości materiałów medycznych, gwarantujących skuteczność terapii i brak konieczności szybkiej reoperacji.

**Redakcja:**

Katarzyna Baj  
Monika Gackiewicz  
Natalia Klein  
Tomasz Michałek

**Konsultacja merytoryczna:**

Dr n. med. Mariusz Blewniewski  
Prof. dr hab. n. ekon. Piotr Błędowski  
Dr n. o zdr. Elżbieta Szwałkiewicz

---