

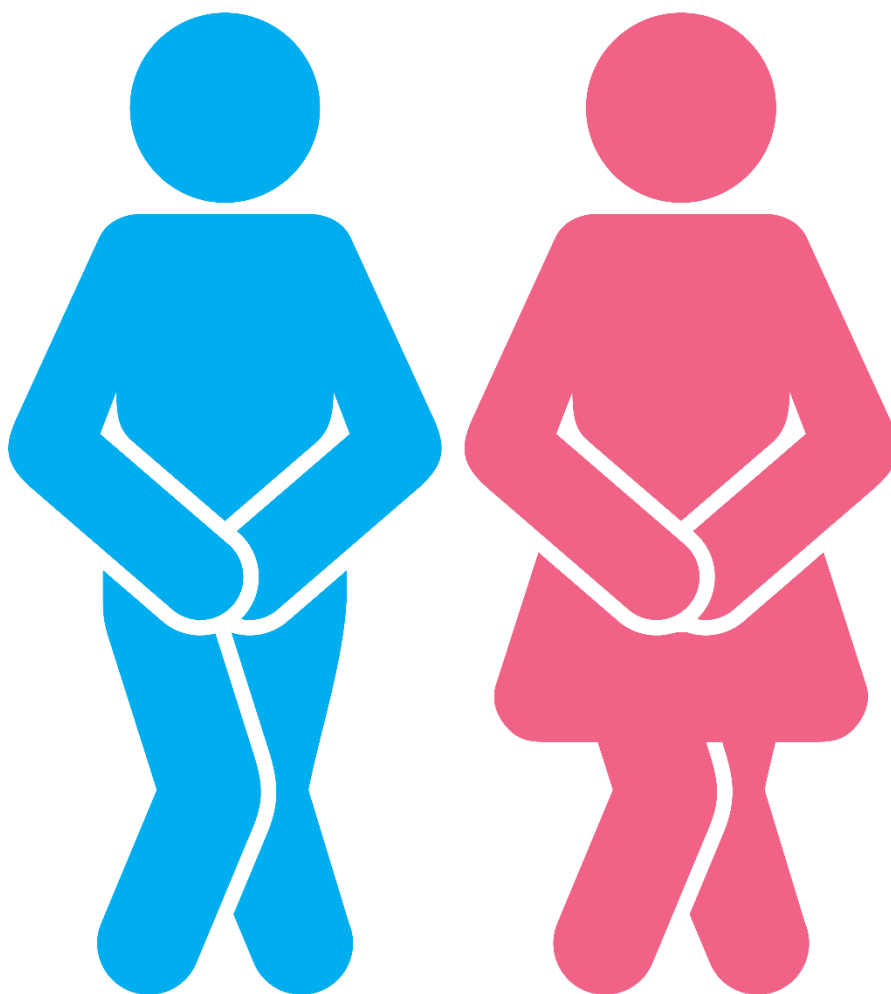
RAPORT

2017

PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Raport powstał pod auspicjami Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” przy współpracy z World Federation of Incontinent Patients (WFIP) oraz przy wykorzystaniu materiałów powstałych w latach 2002-2017 podczas kampanii edukacyjno-informacyjnej Programu NTM.

Czerwiec
2017



WORLD CONTINENCE WEEK 2017

PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2017

6. edycja raportu

Opracowanie raportu:

Monika Gackiewicz

Natalia Klein

Tomasz Michałek

Anita Poryszewska

Współpraca merytoryczna:

dr n. med. Mariusz Blewniewski

prof. dr hab. n. ekon. Piotr Błędowski

dr n. o zdr. Elżbieta Szwałkiewicz

Opracowanie graficzne i skład:

Piotr Lisiecki

Raport powstał pod auspicjami Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” przy współpracy z World Federation of Incontinent Patients (WFIP) oraz przy wykorzystaniu materiałów powstałych w latach 2002-2017 podczas kampanii edukacyjno-informacyjnej Programu NTM.

PUBLIKACJA BEZPŁATNA

Wersję elektroniczną można pobrać ze strony www.ntm.pl

Warszawa, czerwiec 2017

WPROWADZENIE DO RAPORTU 5

WSTĘP 5

DEFINICJA NTM 7

EPIDEMIOLOGIA NTM 7

CZĘŚĆ I. SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM - DYNAMIKA ZMIAN 9

KOSZTY BEZPOŚREDNIE 9

Badania diagnostyczne 10

Fizjoterapia 11

Refundacja leków 12

Zabiegi operacyjne 15

Wizyty u specjalistów 17

Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ 18

Koszty środków absorpcyjnych ponoszone przez chorych 22

KOSZTY POŚREDNIE 23

Leczenie powikłań 23

Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM 24

Koszty absencji w pracy osób z NTM 26

CZĘŚĆ II.

POLITYKA REFUNDACYJNA A SYTUACJA PACJENTÓW Z NTM 27

LECZENIE OAB 27

Fizjoterapia jako pierwsza linia leczenia 27

Farmakoterapia - brak nowych leków, lepsza dostępność 28

Program lekowy: „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” za pomocą iniekcji z toksyny botulinowej - podsumowanie pierwszych 16. miesięcy 30

Neuromodulacja nerwów krzyżowych - 7. rok bez refundacji 30

Zabiegi chirurgiczne (wszczepienie zwieracza hydraulicznego, usunięcie pęcherza) 32

LECZENIE WYSIŁKOWEGO NTM 32

Fizjoterapia - leczenie zachowawcze przy lekkim lub średnim nasileniu nietrzymania moczu 32

Leczenie zabiegowe za pomocą taśm - złoty standard, ale coraz więcej powikłań 34

Ośrodki referencyjne - sposób na weryfikację kwalifikacji 35

ZAOPATRZENIE W ŚRODKI ABSORPCYJNE 36

Dostępność - apteki, sklepy medyczne, supermarkety 36

Jakość - dlaczego wybieramy droższe produkty? 39

OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM 42

Osoby (nie)samodzielne w strategii na rzecz odpowiedzialnego rozwoju 42

Opieka długoterminowa (ODT) - w kierunku integracji polityki zdrowotnej z polityką społeczną 43

WNIOSKI I REKOMENDACJE 46

OGÓLNE 46

HIGIENA NA KAŻDYM ETAPIE PROCESU LECZENIA 47

LECZENIE NTM 48

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 50

WPROWADZENIE DO RAPORTU

Szanowni Państwo,

To już szósta edycja raportu na temat sytuacji pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, którą oddajemy w Państwa ręce. Inkontynencja to jeden z bardziej rozpowszechnionych problemów współczesnego społeczeństwa, posiadająca status choroby społecznej. W Polsce według ostatnich szacunków omawiany problem może dotyczyć 4-8% społeczeństwa, czyli ok. 2,5 mln osób. Na dolegliwość tę narażeni są wszyscy - bez względu na wiek i płeć. Dlatego też, w dobie starzejącego się społeczeństwa oraz zmian cywilizacyjnych, istotna jest kompleksowa analiza społeczna i ekonomiczna kosztów NTM. Bez szerszej perspektywy, poszukiwanie rozwiązań może okazać się mało efektywne i kosztowne.

Ostatnie 12 miesięcy przyniosły dla osób z NTM w Polsce kilka istotnych zmian. 31 maja 2016 r. weszła w życie Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. Zgodnie z jej treścią wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega m.in.: na wystawieniu zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, dobieraniu wyrobów medycznych do potrzeb pacjenta oraz nauczaniu pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi. Ustawa ta zobligowała Ministra Zdrowia do uwzględniania w rozporządzeniu w sprawie wyrobów medycznych zawodu fizjoterapeuty.

31 maja 2017 r. ogłoszono nową treść rozporządzenia, w którym uprawnienia do wypisywania środków absorpcyjnych nabyli lekarze posiadający specjalizację w zakresie: medycyny rodzinnej, pediatrii, chorób wewnętrznych oraz ginekologii i położnictwa. Dzięki nowym przepisom, poszerzył się także zakres uprawnień pielęgniarek posiadających tytuł specjalisty bądź z ukończonymi studiami wyższymi - obecnie, oprócz możliwości kontynuacji zlecenia wypisanego przez lekarza, pielęgniarki spełniające wymienione warunki uzyskały także prawo do samodzielnego przepisania zlecenia na środki absorpcyjne. Po raz pierwszy w wykazie pojawili się również fizjoterapeuci, którym Minister Zdrowia umożliwił wypisywanie zleceń m.in.: na materace przeciwoślizgowe, balkoniki, pończochy ortopedyczne itp.

1 lipca ubiegłego roku po 5 latach batalii środowisk pacjenckich oraz lekarskich z kolejnymi Ministrami Zdrowia oraz ich urzędnikami, podjęto decyzję o zniesieniu wymogu badania urodynamicznego przy refundacji leku na zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB - ang. *overactive bladder*) zawierającego solifenacynę. Stanowi to przełom w trwającym od 2011 r. absurdzie legislacyjnym, w ramach którego leki refundowane na OAB dostępne były jedynie we wskazaniu „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”. Tym samym został stworzony precedens, który powinien doprowadzić do zniesienia wymogu badania urodynamicznego przy refundacji pozostałych leków na OAB, a także przeciwdziałać wpisywaniu wymogu badania przy refundacji nowych substancji medycznych w tym schorzeniu.

Od początku 2016 r. trwają prace legislacyjne nad projektem Ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw. Już pierwsza oficjalna wersja projektu nowelizacji ustawy przekazana w czerwcu ubiegłego roku zapowiadała rewolucyjne wręcz zmiany dla osób korzystających z refundowanych wyrobów medycznych, w tym ze środków absorpcyjnych. Jedną z ważniejszych, szeroko komentowanych zmian, która ma obejmować znowelizowana Ustawa o refundacji wyrobów medycznych, jest wprowadzenie analogicznych zasad do obowiązujących w refundacji leków. Ponieważ za zapowiadany zmianami nie idzie wzrost wydatków narodowego płatnika na grupę wyrobów medycznych, szybko pojawiły się opinie pochodzące z różnych środowisk, w tym pacjenckich, że skutkiem tak przygotowanej zmiany ustawy będzie jedynie pogorszenie jakości wyrobów medycznych i dostępności do nich. Wątpliwości do projektu ustawy zgłaszały również instytucje państwowe (m.in.: Centralne Biuro Antykorupcyjne, Rządowe Centrum Legislacji). W efekcie narastającej krytyki, proces legislacyjny został zatrzymany na poziomie Komitetu Stałego Rady Ministrów.

Jedną z prób wsparcia dla projektu nowelizacji ustawy miało być powołanie w lutym br. przez Ministra Zdrowia zespołu ds. opracowania polityki dotyczącej wyrobów medycznych. Zespół zgodnie z wydanym zarządzeniem miał w ciągu trzech miesięcy opracować projekt założeń dokumentu „Polityka dotycząca wyrobów medycznych Rzeczypospolitej Polskiej”, a do końca 2017 r. projekt już samego dokumentu. Do momentu publikacji niniejszego raportu żaden dokument wypracowany przez w/w zespół jednak nie powstał.

Niemniej jednak, pomimo wyżej wymienionych zmian dla pacjentów z NTM, w dalszym ciągu na decyzję Ministra Zdrowia oczekują wnioski o objęcie refundacją kilku terapii dedykowanych osobom z nietrzymaniem moczu. Najdłużej pacjenci czekają na decyzję Ministra Zdrowia dot. wprowadzenia do koszyka świadczeń gwarantowanych neuromodulacji nerwów krzyżowych w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych (rekomendacja prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z września 2014 r.). We wskazaniu „II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych, uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi” na decyzję Ministra Zdrowia od 3 lat czeka wniosek o objęcie refundacją leku zawierającego substancję medyczną o nazwie mirabegron (rekomendacja prezesa AOTMiT z listopada 2014 r.).

Od września 2015 r. funkcjonuje program lekowy pod nazwą „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10:N31)” polegający na ostrzykiwaniu toksyną botulinową pęcherza. Do programu kwalifikowani są wyłącznie pacjenci z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym. Pierwszy pełny rok (2016) funkcjonowania programu przyniósł bardzo skromne rezultaty. Skorzystało z niego mniej niż 100 osób.

Nietrzymanie moczu jest powszechną dolegliwością towarzyszącą osobom niesamodzielnym. Dlatego niniejszy raport nie po raz pierwszy obejmuje również zagadnienia związane z opieką długoterminową. W Polsce opieka długoterminowa łączona jest zazwyczaj z funkcjonowaniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, opiekuńczo-pielęgniarskich oraz z pielęgniarską opieką domową. Wynika to ze sztywnego podziału, jaki obowiązuje w Polsce, czyli podział: na resort zdrowia oraz resort polityki społecznej, który wspólnie z samorządami dofinansowuje działalność domów opieki społecznej. Tym niemniej, coraz częściej pojawia się postulat dot. większej integracji polityki zdrowotnej z polityką społeczną, którego efektem byłoby skoordynowanie opieki długoterminowej i stworzenie spójnego systemu wsparcia. W założeniach do Ustawy o koordynowanej opiece długoterminowej, łączącej elementy polityki zdrowotnej i społecznej, przygotowanych przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”, zostało uwzględnionych szereg dokumentów, do których niniejszy raport będzie się odnosił.

W raporcie przedstawiono najnowsze statystyki dotyczące kosztów związanych z nietrzymaniem moczu, ponoszonych przez narodowego płatnika, samych chorych, a także całe społeczeństwo. Podjęta została również próba odnalezienia odpowiedzi na pytanie: czy pacjenci w Polsce mają dostęp do optymalnych terapii i opieki, zgodnych z najnowszą wiedzą medyczną oraz standardami europejskimi.

DEFINICJA NTM

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organisation* - WHO) i Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ang. *International Continence Society* - ICS), nietrzymanie moczu (NTM) to przypadłość obejmująca jakikolwiek epizod niezależnego od woli wycieku moczu z pęcherza moczowego¹.

Przyczyny nietrzymania moczu mogą być różne w zależności od tego, czy osoba cierpiąca na to schorzenie jest mężczyzną, kobietą, osobą starszą czy dzieckiem. W każdej sytuacji nietrzymanie moczu może być dalej diagnozowane w oparciu o odpowiednie czynniki, takie jak rodzaj nietrzymania moczu, częstość jego oddawania i stopień zaawansowania.

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 NTM

Dane ogólne

Częstość występowania nietrzymania moczu jest trudna do określenia i brak jest jednoznacznych danych określających odsetek liczby osób cierpiących na tę dolegliwość. Według danych przyjętych podczas 6. Międzynarodowych Konsultacji nad Inkontynencją (ang. *International Consultations on Incontinence* - ICI) szacunki dotyczące występowania problemu nietrzymania moczu w całej populacji wahają się na poziomie 4-8%². Jednakże, przyjmuje się, że w krajach rozwiniętych, problem nietrzymania moczu dotyczy przynajmniej 6% społeczeństwa. Szacowana liczba osób z problemem nietrzymania moczu na całym świecie w 2018 roku wyniesie około 420 milionów - 300 milionów kobiet i 120 milionów mężczyzn. Warto zauważyć, że na przestrzeni ostatniej dekady, liczba osób dotkniętych problemem nietrzymania moczu w całej populacji świata sukcesywnie rośnie. W 2008 roku, szacowana liczba osób z NTM wynosiła 346 milionów, natomiast w 2013 roku - 383 miliony³.

Także dane dotyczące epidemiologii nietrzymania moczu w Polsce są rozbieżne. Jednakże szacuje się, że problem ten dotyka 2,5 mln osób.

Częstość występowania epizodów NTM

Najbardziej ogólne dane dotyczące epizodów NTM, na które powołuje się, również za danymi ICI, Europejskie Towarzystwo Urologiczne (ang. *European Association of Urology, EAU*) wskazują, że u 5-69% kobiet (przy czym najczęściej podawane dane kształtują się w granicach 25-45%) i 1-39% mężczyzn występuje co najmniej jeden incydent nietrzymania lub gubienia moczu w okresie 12 miesięcy. Nietrzymanie moczu występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, do czego predysponują porody naturalne, menopauza, anatomia układu moczowego. U około 10% populacji wszystkich dorosłych kobiet występują epizody NTM⁴.

¹ Incontinence, 6th edition 2017, red. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A., 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016.

² Global Forum On Incontinence 2016, Infographics.

³ Incontinence, 6th edition 2017, red. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A., 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016 tables 22, 23, s. 87-88.

⁴ Incontinence, 6th edition 2017, red. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A., 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016, s. 22.

Z kolei u mężczyzn po radykalnej prostatektomii, problem nietrzymania moczu może wystąpić u od 2 do nawet 57% mężczyzn⁵. Z nietrzymaniem moczu zmagają się na świecie średnio co 3-4. kobieta - ok. 30% przed okresem menopauzy i do 60% po tym okresie. Częstość występowania wysiłkowego NTM wzrasta wraz z wiekiem i jest charakterystyczna dla okresu pomenopauzalnego. Jednakże, jak zwracają uwagę badacze, obok wieku, równie ważnymi czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia epizodów NTM są poziom masy ciała - Body Mass Index (BMI), jak również ilość ciąż i rodzaj przebytego porodu⁶.

⁵ Burkhard (Chair) F.C., Bosch J.L.H.R., Cruz F., Lemack G.E., Nambiar A.K., Thiruchelvam N., Tubaro A., Guidelines Associates: Ambühl D., Bedretdinova D., Farag F., Rozenberg B.B, Guidelines on Incontinence, European Association of Urology, 2017.

⁶ Incontinence, 6th edition 2017, red. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A., 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016, s. 35.

CZĘŚĆ I. SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM - DYNAMIKA ZMIAN

KOSZTY BEZPOŚREDNIE

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

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

Część poświęcona kosztom bezpośrednim opracowana została na podstawie danych pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Na koszty bezpośrednie związane z diagnostyką, leczeniem i utrzymaniem higieny u pacjentów z nietrzymaniem moczu składają się:

- koszty badań diagnostycznych,
- koszty fizjoterapii,
- koszty refundacji leków,
- koszty zabiegów operacyjnych,
- koszty wizyt u specjalistów,
- pozaszpitalne koszty cewników urologicznych,
- pozaszpitalne 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 | 2016 | Dynamika (2016/2015) |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------------|
| Koszt refundacji leków na NTM (PLN) | 3 230 490 | 7 598 335 | 6 555 487 | 7 550 178 | 9 074 847 | 12 666 644 | +39,6% |
| Koszt poniesiony przez NFZ na wykonanie badania urodynamicznego (PLN) | 1 296 791 | 2 700 789 | 11 220 975 | 10 208 784 | 13 343 877 | 12 194 548 | - 8,61% |
| Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM u kobiet i mężczyzn (PLN) | 17 163 267 | 22 045 272 | 29 845 518 | 32 076 686 | 33 566 978 | 33 162 704 | -1,2% |
| Koszty cewników urologicznych (PLN) | 8 253 294* | 8 795 109* | 9 036 642* | 54 681* | 4 139 259 | 4 335 866 | +4,75% |

| | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Koszty zaopatrzenia osób z NTM w środki absorpcyjne (np. pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki) poniesione przez NFZ (PLN) | 173 817 000 | 179 000 000 | 184 295 000 | 195 205 334 | 208 909 742 | 225 598 100 | + 7,9% |
| Szacunkowy roczny koszt ponoszony na środki absorpcyjne przez osoby chore na NTM i ich rodziny (PLN) | 95 800 000 | 104 522 360 | 106 612 807 | 108 612 802 | 122 888 083 | 130 384 256 | +6,1% |
| Ogółem (PLN) | 291 307 548 | 315 866 756 | 329 173 104 | 353 702 789 | 416 399 035 | 491 699 237 | +18,1% |

Tabela 1. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

*W latach 2011-2014 sprawozdania NFZ w podanych kosztach uwzględniały pozycje: cewniki urologiczne, cewniki do odsysania górnych dróg oddechowych. W latach 2015-2016 sprawozdania NFZ w podanych kosztach uwzględniały pozycje: cewniki jednorazowe urologiczne do 180 sztuk miesięcznie lub w równowartości ich kosztu jednorazowe hydrofilowe cewniki urologiczne.

Badania diagnostyczne

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

Podczas wywiadu należy spodziewać się pytań dotyczących chorób współistniejących i przebytych zabiegów operacyjnych, porodów, występowania bólu, krwiomoczu, palenia papierosów, spożywania alkoholu, obecnie stosowanych leków, alergii, a także ustalenia statusu hormonalnego. Lekarz może zadawać szczegółowe pytania dotyczące częstości oddawania moczu w dzień i w nocy, występowania parć nagłych, moczenia nocnego, epizodów gubienia moczu, czy strumienia moczu⁷.

Dzienniczek mikcji jest niezwykle ważnym narzędziem pozwalającym lekarzowi postawić prawidłową diagnozę dotyczącą schorzenia. Analiza dzienniczka mikcji dodatkowo stanowi podstawę do kształtowania właściwych zachowań dotyczących zarówno przyjmowania płynów oraz oddawania moczu. Wielokrotnie zmiana przyzwyczajeń pozwala na rozwiązanie problemów bez konieczności sięgania po inne metody lecznicze.

DZIENNICZEK MIKJI

Imię: _____
Nazwisko: _____
Wiek: _____

| Dzień | Godzina | Ilość moczu oddanego porcją (ml) | Godzina | Napój (ml) | Uwagi | |
|---------|---------|----------------------------------|---------|------------|-------|--|
| Dzień 1 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Dzień 2 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Uwagi:
Proszę zaznaczyć X każdy przypadek wycieku moczu związanego z wysiłkiem oraz czynność, przy której się pojawił np. kaszel, podbiegnięcie, wstanie z krzesła itp.

Proszę zaznaczyć X epizody parcia nagłego (naglego trudnego / niemożliwego do opanowania uczucia parcia na mocz).

7. Zużyte wkładki
8. Zaznacz symbolem wymianę wkładki
S - sucha, W - wilgotna, M - mokra

Rysunek 1. Dzienniczek mikcji.
Źródło: Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017.

⁷ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 62.

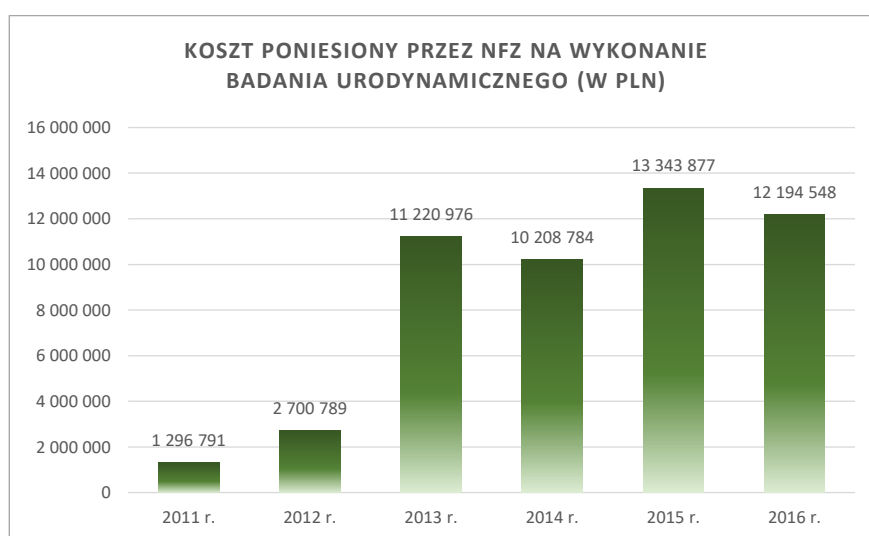
Do prawidłowego zebrania wywiadu pomocny jest trzydniowy dzienniczek mikcji, wypełniany przez pacjenta. Dostarcza on cennych informacji na temat ilości wypitych płynów, ilości oddanego moczu (ml), epizodów z jego nietrzymaniem, liczby mikcji nocnych (nykturia) oraz liczby i nasilenia parć naglących.

Do badań diagnostycznych w leczeniu NTM należy USG, cystoskopia, posiew moczu oraz badanie urodynamiczne. Badania te wykluczają schorzenia wpływające na funkcje pęcherza.

Badanie urodynamiczne pozwala ocenić funkcję pęcherza moczowego i zwieracza cewki moczowej. Polega ono na powolnym wypełnieniu pęcherza z kroplówki podłączonej do cewnika w pęcherzu moczowym, następnie jest mierzone ciśnienie, jakie panuje w pęcherzu. Ostatnią czynnością podczas badania jest oddanie moczu przez pacjenta do specjalnego naczynia, co ma na celu zmierzenie wartości ciśnienia podczas oddawania moczu.

Z uzyskanych danych z NFZ wynika, że koszt świadczeń związanych z wykonaniem badań urodynamicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2016 r. w stosunku do lat poprzednich wyniósł 12 194 548 zł i był niższy o ponad 8% w skali r/r.

Poniższy wykres przedstawia koszty wykonanych badań urodynamicznych na przestrzeni lat 2011-2016.



Wykres 1. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Fizjoterapia

W dniu 31 maja 2016 r. weszła w życie ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. Zgodnie z ustawą, wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega m.in. na wystawianiu zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, dobieraniu wyrobów medycznych do potrzeb pacjenta oraz nauczaniu pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi. Zawód fizjoterapeuty jest również bardzo ważny w obszarze profilaktyki i leczenia NTM. Jedynie wczesna profilaktyka może uchronić pacjentki przed nieprzyjemną dolegliwością nietrzymania moczu⁸.

W leczeniu NTM mamy do wyboru dwa rodzaje leczenia:

- leczenie zachowawcze, czyli bez stosowania leków,
- leczenie zachowawcze farmakologiczne, z zastosowaniem leków.

Metody zachowawczego leczenia NTM wchodzące w zakres fizjoterapii to przede wszystkim ćwiczenia Kegla, elektrostymulacja, biofeedback, trening pęcherza i trening kontroli mikcji, nazywany w innych krajach techniką oddawania moczu na żądanie oraz zapobieganie i redukcja zapać.

⁸ I. Klisowska, A. Dąbek, I. Zborowska, B. Kapkowski, M. Kowalik, *Nietrzymanie moczu - zadanie dla fizjoterapeuty. Część II*, Piel. Zdr. Publ 2012, 2, 2, 145-152.

Ćwiczenia mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla) polegają na wykorzystywaniu napisanych odpowiednich instrukcji lub wykonywaniu ćwiczeń wraz z pielęgniarką lub fizjoterapeutą bez używania specjalistycznego sprzętu. Rekomendowane jest stosowanie ćwiczeń mięśni dna miednicy u kobiet z wysiłkowym i mieszanym nietrzymaniem moczu przez minimum 3 miesiące⁹.

Większa intensywność ćwiczeń, nadzór specjalisty, stosowanie technik biofeedback oraz dodatkowa elektrostymulacja zwiększają skuteczność treningu.

Elektrostymulacja powoduje stymulację krzyżowego ośrodka mikcji i rekomendowana jest jako uzupełnienie terapii behawioralnej (trening pęcherza, biofeedback) w przypadku nietrzymania moczu z parciem.

Biofeedback polega na kontrolowanym zarówno przez terapeutę, jak i pacjenta ćwiczeniu skurczów mięśni dna miednicy. Dzięki zastosowaniu specjalnej aparatury pacjent ma możliwość obserwowania siły skurczu swoich mięśni. Pozwala to na ocenę postępu leczenia oraz na świadome kurczenie właściwych grup mięśni dna miednicy¹⁰.

Wykazano, że trening kontroli mikcji będący interwencyjną metodą behawioralną (znaną jako „oddawanie moczu na żądanie”) przyczynia się do zredukowania epizodów nietrzymania moczu dziennie i zwiększenia mikcji kontrolowanych („z wyboru”). Odnosi się nie tylko do zmiany postaw osób z NTM, ale przede wszystkim do zmiany nastawienia ich opiekunów¹¹.

Promowanie aktywności związanych z trzymaniem moczu z zastosowaniem treningu kontroli mikcji ma bezpośrednie przełożenie na obniżenie kosztów opieki (osobowych i rzeczowych), szczególnie wysokich kosztów leczenia powikłań wynikających m.in. z zaniedbań pielęgnacyjnych.

Ponadto, zapobieganie i redukcja zaparć postrzegane są jako podstawowe działanie interwencyjne w zapobieganiu i leczeniu NTM. Międzynarodowe Towarzystwa Pielęgniarskie uwzględniają ten fakt w rekomendacjach dotyczących opieki nad osobami z NTM¹².

Leczenie zachowawcze nefarmakologiczne nie jest refundowane w Polsce, a NFZ nie dysponuje konkretnymi zarejestrowanymi danymi w tym obszarze.

Refundacja leków

W 2016 r. Narodowy Fundusz Zdrowia refundował siedem preparatów stosowanych w leczeniu NTM - jeden na bazie substancji czynnej solifenacyna (Vesicare) oraz sześć na bazie substancji tolterodyna (Uroflow, Urimper, Tolzurin, Tolterodine Accord, Titlodine, Defur). W stosunku do roku 2015 liczba leków dostępnych w tej terapii nie uległa zmianie.

Zgodnie z listą leków refundowanych wydaną przez Ministerstwo Zdrowia, wspomniane substancje przeznaczone są dla osób chorych na zespół pęcherza nadreaktywnego (ang. *overactive bladder* - OAB).

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 2017 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2017 r. poz. 51), aktualizowane co dwa miesiące.

W roku 2016 wydano łącznie 394 551 opakowań leków stosowanych w przypadku leczenia NTM. Na refundację tych preparatów NFZ wydał 12 666 644 zł.

⁹ P. Dębiński, T. Niezgodna, Klasyfikacja nietrzymania moczu i sposoby leczenia, Przegląd Urologiczny, 2014, 5 (87).

¹⁰ T. Halski, U. Halska, M. Pasternok, Fizjoterapia NTM, Rehabilitacja w Praktyce, 1/2008.

¹¹ RNAO Registered Nurses' Association of Ontario: L'Association des infirmières et autorises de l'Ontario Nursing Best Practice Guidelines Program - Promoting Continence (Stowarzyszenie Pielęgniarek Dyplomowanych w Ontario: Wytyczne dotyczące najlepszych rozwiązań w zakresie świadczenia usług pielęgniarskich - Promowanie aktywności związanych z trzymaniem moczu z zastosowaniem techniki oddawania moczu na żądanie).

¹² Wytyczne RNAO dot. najlepszych rozwiązań w zakresie świadczenia usług pielęgniarskich w zakresie: Zapobieganie Zaparciom w Populacji Osób Starszych (The Nursing Best Practice Guideline, RNAO 2005) Wytyczne są dostępne do pobrania ze strony internetowej RNAO www.mao.org/bestpractices.

Poniżej prezentujemy aktualne kwoty dofinansowania leków, które obowiązują od 1 maja 2017 r.

| Substancja czynna | Dawka leku | Odpłatność pacjenta (%) | Przedział cenowy za lek (PLN) |
|-------------------|------------|-------------------------|-------------------------------|
| Solifenacyna | 5 mg/10 mg | 30 | 72,36 - 113,06 |
| Tolterodyna | 1 mg/4 mg | 30 | 6,48 - 105,22 |

Tabela 2. Źródło: obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2017 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2017 r.

Zakres wskazań objętych refundacją dla leku Vesicare 5 mg 30 tabl. powlekane i Vesicare 10 mg 30 tabl. powlekane (*Solifenacini Succinas*) w 2016 roku uległ zmianie. Do dnia 30 czerwca 2016 r. lek ten był refundowany w zakresie: zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym, od 1 lipca 2016 roku jest refundowany we wskazaniu zespół pęcherza nadreaktywnego.

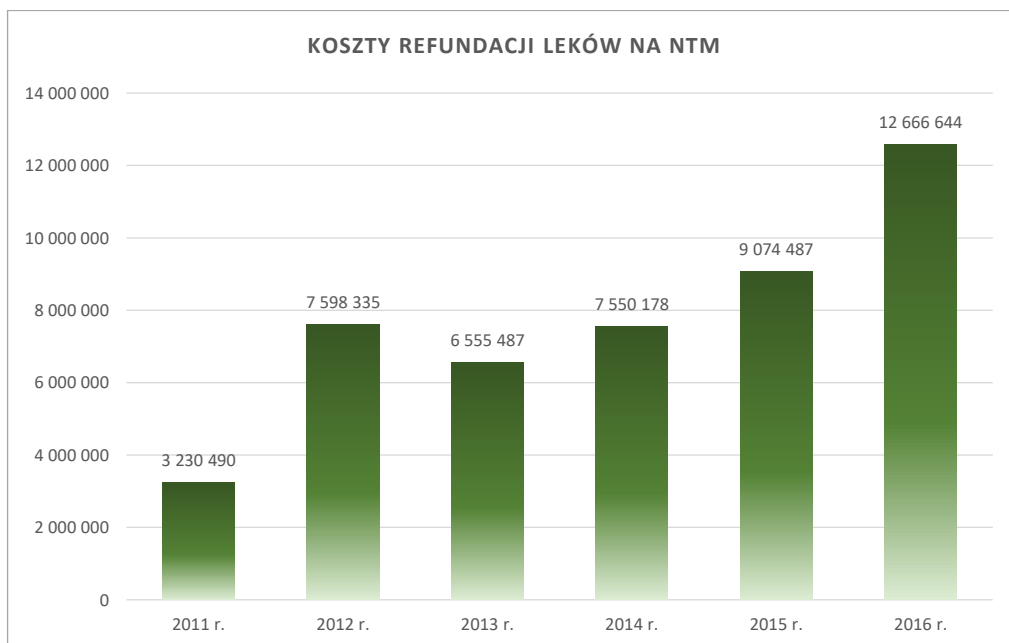
Wartość refundacji wg cen leków oraz ilości wydanego leku w 2016 r.

| Nazwa substancji | Ilość wydanego leku (ilość opakowań) | Kwota refundacji (PLN) |
|---|--------------------------------------|------------------------|
| Solifenacyna (od 1.01.2016 r. do 30.06.2016 r.) | 49 282 | 2 799 262 |
| Solifenacyna (od 1.07.2016 r. do 31.12.2016 r.) | 105 648 | 5 432 662 |
| Tolterodyna | 239 621 | 4 434 720 |
| Razem | 394 551 | 12 666 644 |

Tabela 3. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2016 r. łączna kwota wydana przez NFZ na refundację leków na nietrzymanie moczu wzrosła o 39,6%.

Poniżej przedstawiamy wykres prezentujący dynamikę zmian kosztów leków stosowanych w przypadku leczenia NTM.



Wykres 2. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

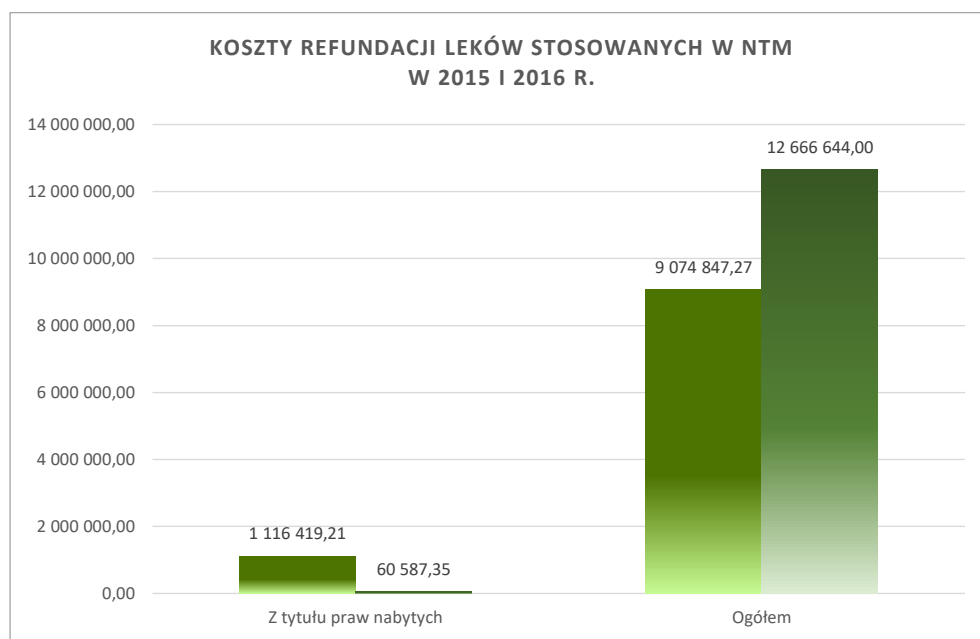
Narodowy Fundusz Zdrowia ponosi także koszty leków na innych zasadach, np. z tytułu praw nabytych, na podstawie których NFZ refunduje w 100% leki inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych, a także osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej i cywilnym, niewidomym ofiarom działań wojennych. Poniżej przedstawiamy zestawienie uwzględniające te koszty.

Koszty leków stosowanych w leczeniu NTM refundowanych przez NFZ z tytułu praw nabytych w 2015 r. i 2016 r.

| Rok | 2015 r. | 2016 r. |
|---|---------------------|------------------|
| Osoby nieubezpieczone do 18 roku życia (PLN) | 3 538,86 | 40 845,62 |
| Inwalidzi wojenni oraz osoby represjonowane (PLN) | 1 112 801,19 | 19 741,73 |
| Żołnierze zasadniczej służby wojskowej (PLN) | 79,16 | 0 |
| Razem (PLN) | 1 116 419,21 | 60 587,35 |

Tabela 4. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

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



Wykres 3. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zabiegi operacyjne

Zabiegi z użyciem taśm

Jeśli zajdzie potrzeba leczenia operacyjnego nietrzymania moczu, do dyspozycji są refundowane operacje z użyciem taśm - taśmy podcewkowe oraz tzw. „minisling” (są to krótkie taśmy o długości ok. 7 cm), podanie do ściany pęcherza toksyny botulinowej oraz zabieg założenia sztucznego zwieracza cewki moczowej (zwieracz hydrauliczny)¹³.

Do leczenia operacyjnego lekarz kwalifikuje na podstawie badania fizykalnego i wyników badań dodatkowych, jak np. badanie urodynamiczne, badanie ogólne moczu, badania obrazowe.

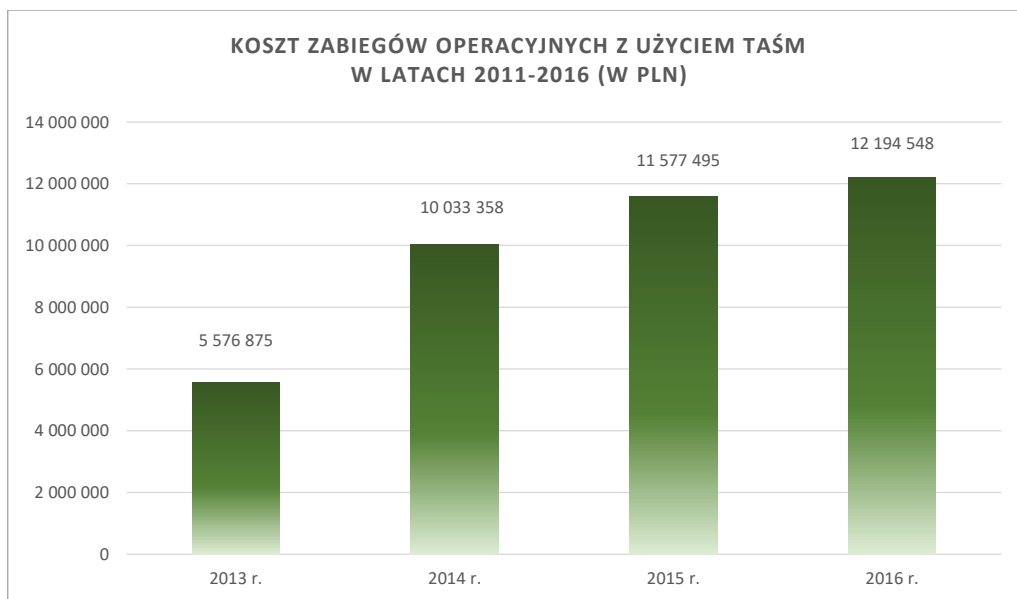
Kwota przeznaczona przez NFZ na refundację zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii nietrzymania moczu u kobiet i mężczyzn w 2016 r., według podanych danych przez NFZ, wyniosła 33 162 704 zł i była niższa r/r o ponad 1,2%.



Wykres 4. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z kolei, liczba wykonanych zabiegów z użyciem taśm w 2016 r. zmniejszyła się względem roku poprzedniego do 3 232. Poniżej przedstawione zostały dane dotyczące tych zabiegów, które zmieniły się na przestrzeni kilku lat. Koszt zabiegów operacyjnych z użyciem taśm w 2016 r. wyniósł 12 194 548,42 zł, co stanowi wzrost o 5,33% r/r.

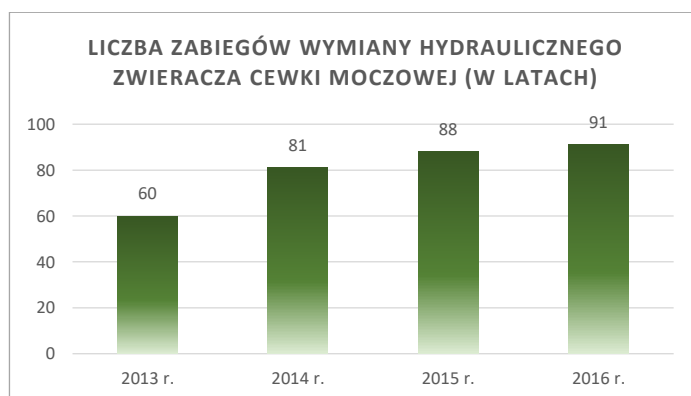
¹³ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017.



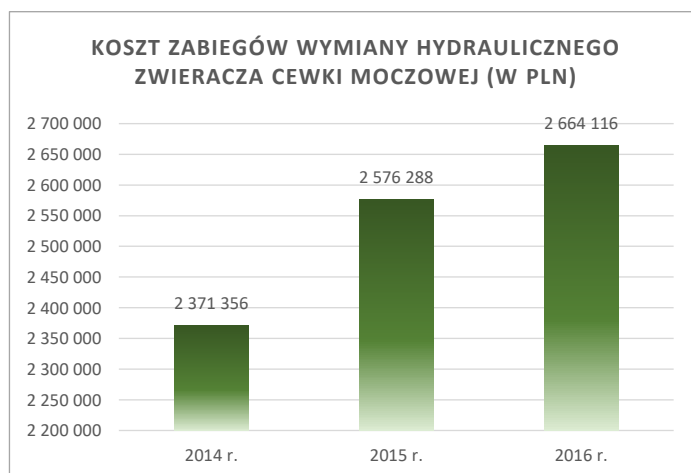
Wykres 5. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zabiegi wymiany hydraulicznego zwieracza cewki moczowej

W poniesionych kosztach za 2016 r. przez NFZ na zabiegi operacyjne uwzględnia się także **91 wykonanych zabiegów wymiany hydraulicznego zwieracza cewki moczowej**. Koszt tych zabiegów w 2016 r. wyniósł **2 664 116 zł**.



Wykres 6. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



Wykres 7. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zabiegi z użyciem toksyny botulinowej typu A

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 wy pieracza (ICD-10:N31).”

W 2016 r. zostało zarejestrowanych 96 świadczeń (dla 94 pacjentów), których łączny koszt wyniósł 171 059 zł.

| Okres | 2015 r. (IX - XII) | | | 2016 r. | | |
|---------------------|--------------------|------------------|--------------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Kwota refundacji (w PLN) | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Kwota refundacji (w PLN) |
| kujawsko-pomorskie | | | | 3 | 3 | 3 787 |
| lubelskie | 1 | 1 | 1 827 | 10 | 10 | 17 395 |
| lubuskie | | | | 17 | 18 | 20 411 |
| łódzkie | | | | 2 | 2 | 936 |
| małopolskie | 1 | 1 | 1 754 | | | |
| mazowieckie | 6 | 6 | 10 929 | 23 | 24 | 39 584 |
| podkarpackie | | | | 6 | 6 | 11 518 |
| pomorskie | | | | 10 | 10 | 19 167 |
| śląskie | 1 | 1 | 3 055 | 7 | 7 | 27 688 |
| wielkopolskie | | | | 5 | 5 | 9 850 |
| zachodnio-pomorskie | 1 | 1 | 2 221 | 11 | 11 | 20 723 |
| Razem | 10 | 10 | 19 786 | 94 | 96 | 171 059 |

Tabela 5. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wizyty u specjalistów

Problem nietrzymania moczu jest zagadnieniem interdyscyplinarnym i skupia uwagę lekarzy kilku specjalności m.in.: lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistów w zakresie ginekologii, a przede wszystkim urologii. Diagnostyka i leczenie pacjentów z NTM zmierza w kierunku tworzenia specjalistycznych zespołów urologicznych i/lub ginekologicznych, niekiedy we współpracy z innymi specjalistami (np. neurologami, fizjoterapeutami, rehabilitantami) zajmującymi się leczeniem chorych dotkniętych nietrzymaniem moczu. Z danych uzyskanych z NFZ wynika, że wydatki na finansowanie wizyt u specjalistów w 2016 r. wyniosły odpowiednio:

| Rodzaj poradni | położniczo-ginekologiczne | urologiczne |
|----------------|---------------------------|----------------|
| Ilość badań | 9 807 683 | 2 635 412 |
| Koszt badań | 609 975 344 zł | 180 256 982 zł |

Tabela 6. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

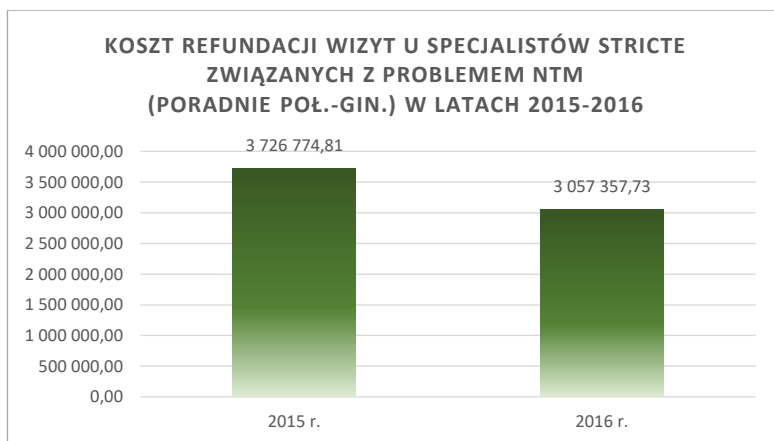
Z kolei, wydatki NFZ poniesione w 2016 r. na refundację wizyt ściśle związanych z problemem nietrzymania moczu u specjalistów wyniosły odpowiednio:

| Koszt refundacji wizyt u specjalistów ściśle związanych z problemem NTM | | |
|---|-----------------|-----------------|
| Rok | 2015 r. | 2016 r. |
| Poradnie położniczo-ginekologiczne | 3 726 774,81 zł | 3 057 357,73 zł |
| Poradnie urologiczne | 2 368 179,61 zł | 1 474 739,15 zł |

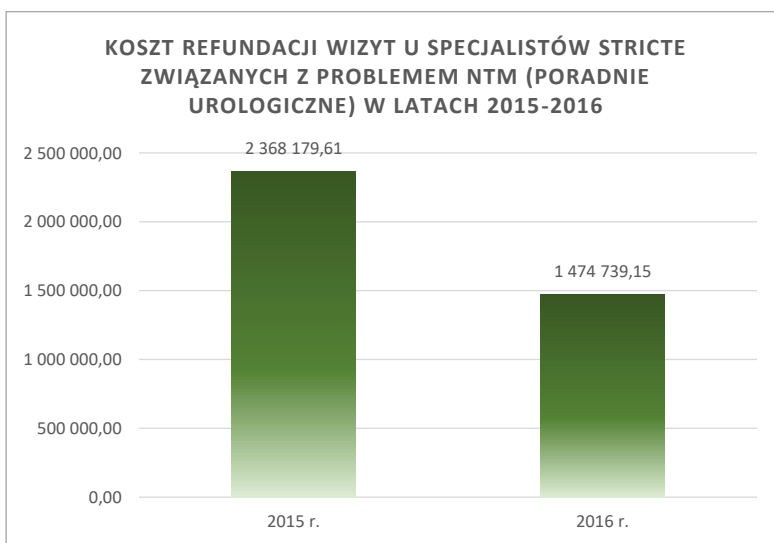
Tabela 7. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

| Liczba badań u specjalistów ściśle związanych z problemem NTM | | |
|---|---------|---------|
| Rok | 2015 r. | 2016 r. |
| Poradnie położniczo-ginekologiczne | 32 124 | 26 897 |
| Poradnie urologiczne | 28 057 | 15 019 |

Tabela 8. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



Wykres 8. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



Wykres 9. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ

Zasady refundacji

Zasady refundacji środków absorpcyjnych reguluje nowo wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie z dnia 29 maja 2017 r.¹⁴. Jest to pierwsza nowelizacja rozporządzenia określającego zasady refundacji wyrobów medycznych od 6 grudnia 2013 r., a więc od ponad czterech lat. Znowelizowane rozporządzenie, po ogłoszeniu pierwszej wersji w marcu 2017 r. i przejściu konsultacji społecznych zakończonych w kwietniu, weszło w życie 1 czerwca 2017 r.

Zgodnie ze znowelizowanym rozporządzeniem, w dalszym ciągu Narodowy Fundusz Zdrowia dofinansowuje pięć rodzajów środków absorpcyjnych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady oraz wkłady anatomiczne. Mimo zgłoszonych w ramach konsultacji społecznych do rozporządzenia postulatów środowisk pacjentów, dotyczących ujednoczenia kryterium chorobowego uprawniającego do refundacji środków absorpcyjnych, nietrzymanie moczu w dalszym ciągu jest kryterium chorobowym uprawniającym do refundacji tylko warunkowo - pacjent z NTM musi jednocześnie posiadać 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.

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, dostępne na stronie internetowej: <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2017/1061/1>.

Zgodnie ze znowelizowanym rozporządzeniem, niezmienione pozostają także 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.

Rozporządzenie z 29 maja 2017 r. wprowadziło jednak istotne zmiany w zakresie personelu medycznego uprawnionego do przepisywania środków absorpcyjnych. Do grona personelu medycznego uprawnionego do przepisywania zleceń na pieluchomajtki i zamienniki, zostali dodani lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie: medycyny rodzinnej, pediatrii, chorób wewnętrznych oraz ginekologii i położnictwa. Dzięki nowym przepisom, poszerzył się także zakres uprawnień pielęgniarek posiadających tytuł specjalisty bądź z ukończonymi studiami wyższymi - obecnie, oprócz możliwości kontynuacji zlecenia wypisanego przez lekarza, pielęgniarki spełniające wymienione warunki uzyskały także prawo do samodzielnego przepisania zlecenia na pieluchomajtki.

Poniższe tabele szczegółowo przedstawiają zasady refundacji w przypadku 30% dopłaty pacjentów, oraz w przypadku 0% dopłaty pacjentów, przysługującej pacjentom onkologicznym. Pogrubione zostały w rubryce „personel uprawniony do wypisania zlecenia” pozycje dodane w rozporządzeniu z dnia 29 maja 2017 r.

| Zasady refundacji środków absorpcyjnych przez NFZ - współpłacenie 30% | | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------|----------------------------------|---|--|
| Rodzaj środka | Limit ilościowy na miesiąc (szt.) | Limit cenowy (PLN) | Dopłata pacjenta w ramach limitu | Personel uprawniony do wypisania zlecenia | Kryteria chorobowe |
| pieluchomajtki | 60 | 90 | 30% | Lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie: chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów/hematologii dziecięcej, geriatrici, ginekologii onkologicznej, położnictwa i ginekologii , neurologii lub neurologii dziecięcej, urologii lub urologii dziecięcej, podstawowej opieki zdrowotnej, medycyny rodzinnej, pediatrii, chorób wewnętrznych , lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i ośpicyjnej, felczer ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej , kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę i położną (jw.) do 12 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej. | Neurogenne i nieneurogenne nietrzymanie moczu lub stolca (z wyłączeniem wysiłkowego nietrzymania moczu) i występowanie co najmniej jednego z kryteriów: - głębokie upośledzenie umysłowe - zespoły ołepienne 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 | 90 | 30% | | |
| lub majtki chłonne | 60 | 90 | 30% | | |
| lub podkłady | 60 | 90 | 30% | | |

Tabela 9. Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Zasady przyznawania refundacji przez NFZ na środki absorpcyjne - współpłacenie 0%

| Rodzaj środka pomocniczego | Limit ilościowy/ miesiąc (szt.) | Limit cenowy (w PLN) | Dopłata pacjenta w ramach limitu | Lekarze uprawnieni do wypisania zlecenia | Kryteria chorobowe |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------------------|--|--|
| pieluchomajtki | 60 | 77 | 0% | Lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie: chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów/hematologii dziecięcej, geriatrici, ginekologii onkologicznej, położnictwa i ginekologii , neurologii lub neurologii dziecięcej, urologii lub urologii dziecięcej, podstawowej opieki zdrowotnej, medycyny rodzinnej, pediatrii, chorób wewnętrznych , lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, felczer ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej , kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę i położną (jw.) do 12 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej. | Choroba nowotworowa przebiegająca w postaci owrzodziały lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej, przetoki nowotworowe lub popromienne, nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych. |
| lub pieluchy anatomiczne | 60 | 77 | 0% | | |
| lub majtki chłonne | 60 | 77 | 0% | | |
| lub podkłady | 60 | 77 | 0% | | |
| lub wkłady anatomiczne | 60 | 77 | 0% | | |

Tabela 10. Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Koszty refundacji

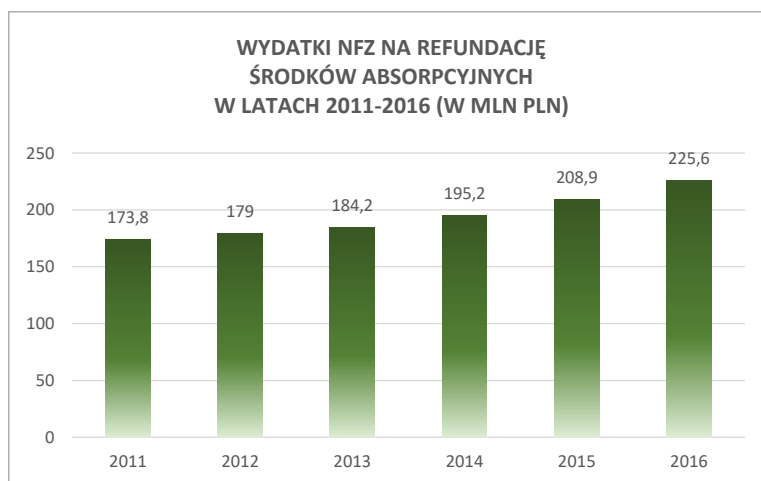
Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na całą grupę zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawę, o których mowa w ustawie o refundacji, w skład której wchodzi środki absorpcyjne, wyniosły w 2016 roku **934 506 530 zł**. W porównaniu do roku 2015, gdy NFZ wydał na grupę wyrobów medycznych **894 269 270 zł**, nastąpiło zwiększenie kwoty o 40 milionów złotych, co daje wzrost procentowy w wysokości **4,49%**¹⁵.

W grupie środków absorpcyjnych (**majtki chłonne, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne, podkłady**), wydatki NFZ w 2016 roku wyniosły 225 598 100 zł. W stosunku do roku 2015, gdy wydatki na tego rodzaju produkty wyniosły 208 909 740 zł, nastąpił wzrost o **7,98%**¹⁶.

¹⁵ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2016 r., część opisowa, s. 18.

¹⁶ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2016 r., załącznik IV.13.1_wyroby medyczne_zaopatrzenie.

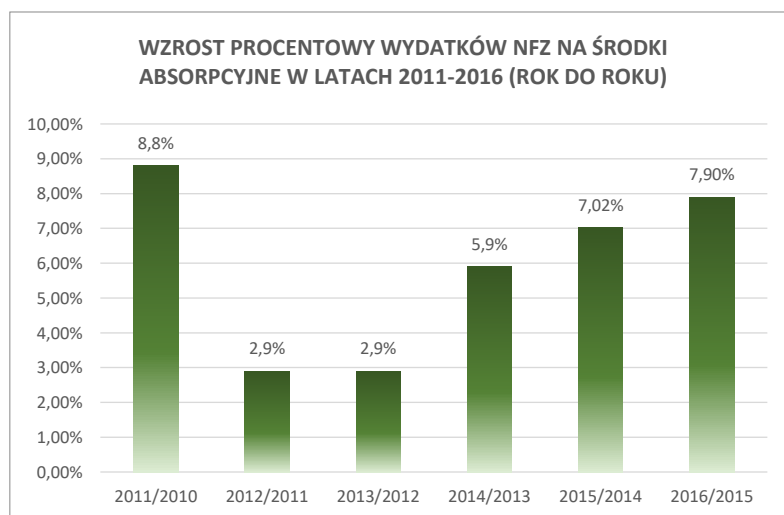
Na poniższym wykresie zobrazowane są szczegółowe dane dotyczące wydatków NFZ na grupę środków absorpcyjnych w ostatnich sześciu latach.



Wykres 10. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

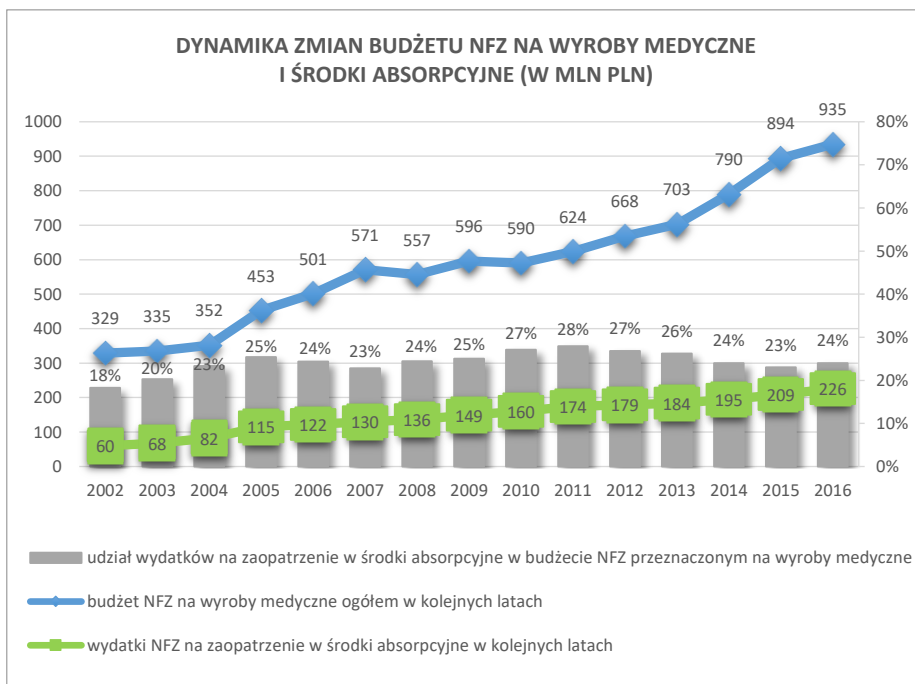
Porównując koszty poniesione przez NFZ na całą grupę wyrobów medycznych z kosztami poniesionymi tylko na środki absorpcyjne, należy zwrócić uwagę, że łącznie w okresie 2011-2016, wzrost wydatków na całą grupę wyrobów medycznych wyniósł 41,9%, tymczasem wzrost kosztów refundacji środków absorpcyjnych w tym samym okresie wyniósł 26,6%, co w stosunku do całej grupy produktów zaopatrzenia medycznego stanowi przyrost niższy o blisko połowę.

Dokonując analizy samej grupy środków absorpcyjnych, należy również zwrócić uwagę, że od roku 2013 do roku 2016, odnotowywany jest stały, jednocyfrowy wzrost wydatków NFZ na te produkty. Po 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 na poziomie ok. 6-7% rocznie. Biorąc jednak pod uwagę postępujące zmiany demograficzne (starzejące się społeczeństwo) oraz cywilizacyjne (wzrost świadomości), tempo wzrostu wydatków na środki absorpcyjne w odniesieniu do innych wyrobów medycznych należy nadal ocenić jako powolne.



Wykres 11. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Dokładne dane przedstawiające dynamikę wzrostu wydatków całej grupy wyrobów medycznych oraz udziału środków absorpcyjnych w budżecie na tę grupę świadczeń na przestrzeni ostatniej dekady ukazane są na poniższym wykresie.



Wykres 2. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Koszty środków absorpcyjnych ponoszone przez chorych

Szacunkowe, rzeczywiste koszty ponoszone przez pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu oraz ich opiekunów, plasują się na znacznie wyższym poziomie, niż określona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w przypadku pacjentów nie-nowotworowych dopłata chorych w wysokości 30%.

Faktyczne potrzeby pacjentów, przy uwzględnieniu ilości moczu wydalanego przez osobę dorosłą w ciągu doby oraz rzeczywistej chłonności produktów absorpcyjnych, dalece przekraczają 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, jest zmuszona do zakupu dodatkowych środków absorpcyjnych na własny koszt. Biorąc pod uwagę ceny rynkowe oraz średnią ilość produktów zużywanych w ciągu doby, dopłaty pacjentów oraz opiekunów szacuje się na poziomie 60-65%, nie zaś 30% wartości środków wpisanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

W przypadku pacjentów onkologicznych sytuacja jest podobna, ponieważ 100% refundacja NFZ jest niwelowana niższym limitem cenowym (77 zł za 60 szt.), co w efekcie daje poziom współpłacenia ze strony pacjenta również na poziomie 60-65%. Dodatkowo, zdaniem większości przedstawicieli organizacji pacjenckich, nie jest prawdą, że poza refundacją, na rynku otwartym - np. w supermarketach, sztukę pieluchomajtek można nabyć za cenę tak niską, jak 60 groszy. Informacje takie pojawiały się w licznych wypowiedziach przedstawicieli resortu zdrowia w roku 2016 i 2017, przy okazji dyskusji nad reformą refundacji wyrobów medycznych. Z doświadczenia organizacji pacjenckich, których członkowie są zmuszeni zaopatrywać się w produkty chłonne poza refundacją, tak niskie ceny w rzeczywistości nie są spotykane na otwartym rynku.

KOSZTY POŚREDNIE

Na potrzeby niniejszego opracowania ograniczono się do trzech rodzajów kosztów:

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

Ta część raportu powstała w oparciu o dane opublikowane przez GUS oraz ZUS. W związku z brakiem nowych danych od NFZ, dotyczących pośrednich kosztów związanych z leczeniem NTM, poniższa analiza zawiera zaktualizowane szacunkowe dane na podstawie założeń i danych zebranych w latach poprzednich.

Leczenie powikłań

W tej części przedstawione zostały koszty leczenia odleżyn III stopnia wśród pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) w 2015 roku. Koszty te zostały porównane i zestawione z wydatkami z roku 2014, 2013, 2012 i 2011. Prezentowane obliczenia powstały na podstawie:

- danych pozyskanych z GUS (2016 r.),
- założenia, że 55,5% wszystkich pacjentów stanowią osoby w wieku powyżej 75 lat,
- założenia, że w tej grupie osób na NTM cierpi 60%,
- założenia, że u 3% pacjentów z NTM odnotowano odleżyny^{17,18,19}.

W 2015 roku łącznie w Polsce funkcjonowało 560 zakładów ZOL i ZPO. W tym okresie ośrodki te przyjęły 61 800 pacjentów²⁰.

| Zakłady opiekuńczo-lecznicze | | |
|------------------------------|-----------------|--------------------------|
| Rok | Liczba zakładów | Liczba pacjentów rocznie |
| 2011 | 367 | 41 779 |
| 2012 | 360 | 43 000 |
| 2013 | 379 | 43 800 |
| 2014 | 388 | 44 199 |
| 2015 | 408 | 47 600 |

Tabela 11. Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika Statystycznego Województw, GUS.

| Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze | | |
|----------------------------------|-----------------|--------------------------|
| Rok | Liczba zakładów | Liczba pacjentów rocznie |
| 2011 | 138 | 12 716 |
| 2012 | 156 | 15 200 |
| 2013 | 152 | 15 100 |
| 2014 | 155 | 14 509 |
| 2015 | 152 | 14 200 |

Tabela 12. Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika Statystycznego Województw, GUS.

¹⁷ <http://www.termia.pl/Odleżyny-profilaktyka-i-leczenie,8,1214,1,0.html> (dostęp: 12.05.2017 r.).

¹⁸ <http://www.termia.pl/Procedura-profilaktyki-odleżyn-jako-narzedzie-do-oceny-jakosci-opieki-pielgniarskiej,50,15256,0,0.html> (dostęp: 12.05.2017 r.).

¹⁹ <http://www.umed.pl/geriatria/pdf/odleżyny.pdf> (dostęp: 28.05.2017 r.).

²⁰ Rocznik Statystyczny Województw, GUS 2016, s. 414.

| Szacunkowy koszt leczenia odleżyn u osób z NTM w ZOL i ZPO | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|
| Rok | 2011 r. | 2012 r. | 2013 r. | 2014 r. | 2015 r. | Dynamika 2015/2014 |
| Liczba pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych | 41 779 | 43 000 | 43 800 | 44 199 | 47 600 | 7,69% |
| Liczba pacjentów przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych | 12 716 | 15 200 | 15 100 | 14 509 | 14 200 | -2,13% |
| Razem liczba pacjentów w ZOL i ZOP | 54 495 | 58 200 | 58 900 | 58 708 | 61 800 | 5,27% |
| Szacunkowa liczba pacjentów powyżej 75. roku życia w ZOL i ZPO | 29 972 | 32 301 | 32 690 | 32 583 | 34 299 | 5,27% |
| 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 | 19 381 | 19 614 | 19 550 | 20 579 | 5,26% |
| Szacunkowa liczba pacjentów ZOL i ZPO cierpiących na odleżyny w wyniku NTM (3% wszystkich chorych z NTM) | 1635 | 1746 | 1767 | 1800 | 1854 | 3% |
| Szacunkowy miesięczny koszt leczenia odleżyn u osób z NTM (ogółem w PLN) | 613 069 | 726 336 | 742 140 | 756 000 | 771 264 | 2,02% |
| Szacunkowy roczny koszt leczenia odleżyn u osób z NTM (ogółem w PLN) | 7 866 898 | 8 716 032 | 8 905 680 | 9 072 000 | 9 255 168 | 2,02% |

Tabela 13. Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Miesięczny koszt leczenia odleżyn III stopnia przypadający na 1 pacjenta:

2011 r. - 401 zł, 2012 r. - 416 zł, 2013 r. - 420 zł, 2014 r. - 420 zł, 2015 r. - 416 zł. Aktualizacja na podstawie inflacji.

Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM

Problemy związane z NTM wpływają na psychikę i znacznie obniżają jakość życia pacjentów. Często towarzyszą im takie uczucia, jak dyskomfort, niskie poczucie własnej godności, pogorszenie nastroju oraz bezradność. Pogorszeniu ulega jakość ich życia zarówno osobistego, społecznego, jak i zawodowego. Obawa przed wykryciem ich przykrych dolegliwości przez innych wymusza zmianę stylu życia. Powoduje ograniczenie kontaktów towarzyskich, alienację, spadek poczucia własnej wartości, izolację społeczną, zmianę aktywności seksualnej, a nawet zaburzenia depresyjne lub lękowe²¹. 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 2015 r. wartość umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniosła 2 400 848,42 zł, a liczba tych umów to 1 600²². Nastąpił wzrost wartości kontraktów i wyniósł ok. 3% w stosunku do 2014 roku. Z kolei wartość zrealizowanych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2015 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych wyniosła 687,36 tys. złotych.

| Koszty NFZ | Rok 2011 | Rok 2012 | Rok 2013 | Rok 2014 | Rok 2015 | Dynamika 2015/2014 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|
| Leczenie zaburzeń psychicznych (w PLN) | 2 015 191 910 | 2 158 458 880 | 2 245 011 260 | 2 316 608 270 | 2 400 848 420 | 3,64% |
| Koszty realizacji świadczeń psychiatrycznych na 10 tys. ubezpieczonych (w PLN) | 541 190 | 580 410 | 635 260 | 659 580 | 687 360 | 4,21% |

Tabela 14. Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

²¹ A. Ejsmont, <http://klinikatazbir.pl/wp-content/uploads/2015/12/NTM.pdf>.

²² Sprawozdanie z działalności NFZ za 2015 r., str. 66.

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 31.12.2015 r. wynosił ok. 38,437 mln²³ oraz założenia, że:

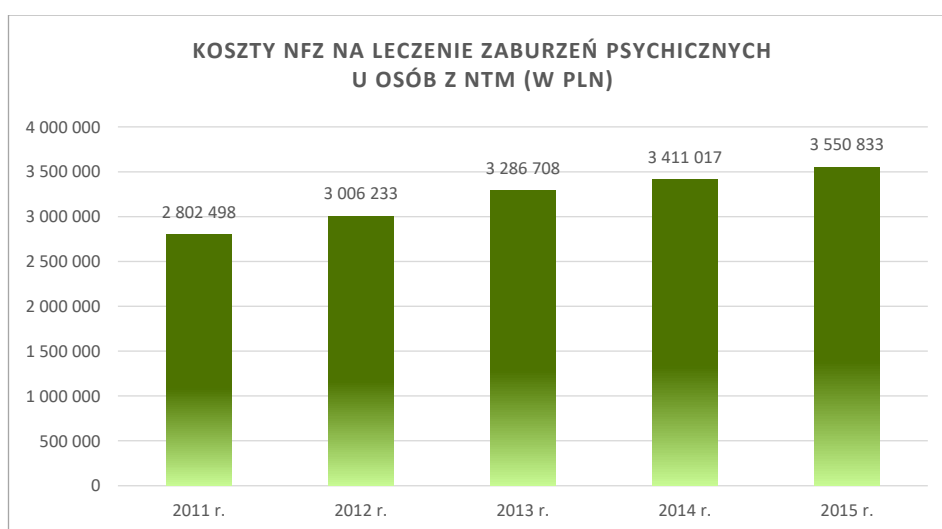
- 4-8% populacji cierpi na NTM,
- u 64% osób z NTM stwierdza się objawy depresyjne,
- 3,5% osób z NTM konsultuje swą dolegliwość ze specjalistą od leczenia zaburzeń psychicznych²⁴.

W oparciu o wymienione założenia oszacowano, że ok. 51 659 osób z NTM 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 wyniosły w 2015 r. 3 550 833 zł.

| Szacunkowy koszt leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|
| ROK | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Dynamika 2015/2014 |
| Liczba osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi | 1 479 546 | 1 479 876 | 1 478 246 | 1 477 593 | 1 475 980 | -0,11% |
| Liczba osób z NTM konsultująca zaburzenia psychiczne ze specjalistą | 51 784 | 51 795 | 51 738 | 51 715 | 51 659 | -0,11% |
| Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych (w PLN) | 2 015 191 910 | 2 158 458 880 | 2 245 011 260 | 2 316 608 270 | 2 400 848 420 | 3,64% |
| Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych na 10 tys. osób (w PLN) | 541 190 | 580 410 | 635 260 | 659 580 | 687 360 | 4,21% |
| Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych u osób z NTM (w PLN) | 2 802 498 | 3 006 233 | 3 286 708 | 3 411 017 | 3 550 833 | 4,10% |

Tabela 15. Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zaprezentowane dane wskazują, że koszty jakie poniósł Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie grupy osób z nietrzymaniem moczu cierpiących na zaburzenia psychiczne, wzrosły o 4,10% w stosunku do roku poprzedniego.



Wykres 3. Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

²³ Mały Rocznik Statystyczny, GUS 2016, str. 97.

²⁴ J. Heitzman, Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków, NAUKA 4, 2010, s. 56.

Koszty absencji w pracy osób z NTM

Do kosztów pośrednich można zaliczyć również utratę zdolności zarobkowych 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 2016 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według jednostek chorobowych

| Jednostka chorobowa | Liczba dni absencji chorobowej | Liczba zaświadczeń lekarskich |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| R32 Nietrzymanie moczu | 16 655 | 995 |

Tabela 16. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZUS.

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

- 4-8% populacji aktywnych zawodowo kobiet cierpi na NTM,
- 2% populacji aktywnych zawodowo mężczyzn cierpi na NTM,
- długość zwolnienia lekarskiego z powodu choroby układu moczowo-płciowego w I połowie 2016 roku, wg danych ZUS, wynosiła 11,11 dnia²⁵.

Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM

| ROK | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------------|
| Kobiety aktywne zawodowo | 7 854 000 | 7 839 000 | 7 293 000 | 7 731 000 |
| Mężczyźni aktywni zawodowo | 9 559 000 | 9 588 000 | 8 983 000 | 9 554 000 |
| Kobiety aktywne zawodowo cierpiące na NTM | 471 240 | 470 340 | 437 580 | 463 860 |
| Mężczyźni aktywni zawodowo cierpiący na NTM | 191 180 | 191 760 | 179 660 | 191 080 |
| Osoby aktywne zawodowo z NTM (ogółem) | 662 420 | 662 100 | 617 240 | 654 940 |
| Przeciętna długość zwolnienia lekarskiego (dni rocznie) z powodu choroby układu moczowo-płciowego | 11,28 | 11,19 | 16,11 | 11,11 (I półrocze) |
| Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród kobiet | 5 315 587 | 5 263 105 | 7 049 414 | 5 153 485 (I półrocze) |
| Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród mężczyzn | 2 156 510 | 2 145 794 | 2 894 322 | 2 122 899 (I półrocze) |
| Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM rocznie (ogółem) | 7 472 097 | 7 408 899 | 9 943 736 | 7 276 384 (I półrocze) |
| *Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet brutto w IV kwartale roku | 3 441 zł | 3 549 zł | 3 660 zł | 3 797 zł |
| Średnie dzienne wynagrodzenie kobiet brutto w IV kwartale roku | 156 zł | 169 zł | 174 zł | 180 zł |
| *Przeciętne miesięczne wynagrodzenie mężczyzn brutto w IV kwartale roku | 4 167 zł | 4 337 zł | 4 474 zł | 4 640 zł |
| Średnie dzienne wynagrodzenie mężczyzn brutto w IV kwartale roku | 189 zł | 207 zł | 213 zł | 221 zł |
| Koszty z tytułu utraty produktywności przez kobiety w wyniku NTM (rocznie) | 829 231 572 zł | 889 464 745 zł | 1 226 598 036 zł | 927 627 300 zł |
| Koszty z tytułu utraty produktywności przez mężczyzn w wyniku NTM (rocznie) | 407 580 466 zł | 443 157 634 zł | 616 490 586 zł | 469 160 679 zł |
| Koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM rocznie (ogółem) | 1 236 812 038 zł | 1 332 622 739 zł | 1 843 088 622 zł | 1 396 787 979 zł |

Tabela 17. 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 z tytułu utraty produktywności w roku 2016 w wyniku NTM wyniosły 1,4 mld i były niższe w skali r/r o 24,2%.

²⁵ Informacja o absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w I półroczu 2016 roku.

CZĘŚĆ II. POLITYKA REFUNDACYJNA A SYTUACJA PACJENTÓW Z NTM

LECZENIE OAB

Fizjoterapia jako pierwsza linia leczenia

Towarzystwa Naukowe: ginekologiczne, urologiczne oraz medycyny rodzinnej, opublikowały stanowisko dotyczące diagnostyki i leczenia kobiet z NTM. Algorytmy diagnostyczno-terapeutyczne zawarte w tych dokumentach są spójne - w każdym przypadku NTM u kobiet zaleca się konsultację lekarską i rekomenduje się wstępne leczenie zachowawcze, które niesie ze sobą niskie ryzyko efektów niepożądanych²⁶.

Fizjoterapia 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 gabinetów fizjoterapii pacjentki zgłaszają się po wcześniejszej wizycie u lekarza pierwszego kontaktu, ginekologa bądź urologa, określającego rodzaj nietrzymania moczu. Lekarz stawia diagnozę, która jest punktem wyjścia dla fizjoterapeuty do przeprowadzenia własnych testów, pozwalających na dobór odpowiedniego zestawu ćwiczeń²⁷.

Przebieg leczenia pęcherza nadreaktywnego (OAB) powinien rozpocząć się od zniwelowania czynników ryzyka i położenia nacisku na zmianę trybu życia poprzez propagowanie zdrowego stylu życia. Jeżeli problemy z nietrzymaniem moczu mają swoje podłoże w zmianach lub osłabieniu struktur kolagenu, tym samym wpływając na brak prawidłowego napięcia mięśni, bardzo istotne staje się postępowanie fizjoterapeutyczne. Może ono obejmować: trening mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla), fizykoterapię w postaci elektrostymulacji, biofeedback oraz trening pęcherza moczowego²⁸.

Podstawową metodą fizjoterapeutyczną stosowaną u pacjentek z zaburzeniem funkcjonowania dolnych dróg moczowych, również z zespołem pęcherza nadreaktywnego, są ćwiczenia czynno-wzmacniające, inaczej nazywane treningiem mięśni dna miednicy (ang. *pelvic floor muscle training* - PFMT) lub ćwiczeniami Kegla. Ćwiczenia te mają na celu zwiększenie objętości włókien mięśniowych. Metoda ta polega na systematycznym świadomym napinaniu, a następnie rozluźnianiu mięśni dna miednicy²⁹.

Równie znaną metodą jest biofeedback. Metoda ta polega na biologicznym sprzężeniu zwrotnym oraz nauce świadomego kurczenia i rozkurczenia mięśni dna miednicy. Aparatura pozwala na odbiór rejestrowanych zmian, które powstają podczas kurczenia mięśni przez pacjenta. Jest również możliwość zwiększania siły skurczu poprzez elektrostymulację. Skuteczność tej metody dochodzi do 45%³⁰.

Bierną metodą stosowaną w leczeniu nietrzymania moczu jest elektrostymulacja. Polega na użyciu prądu impulsywnego o częstotliwości od 20-100 Hz powodującego skurcz tężcowy mięśni dna miednicy trwający 1-5 sekund. Za pomocą elektrody dopochwowej i prądu zmiennego stymuluje się nerw sromowy w celu odbudowy mięśni. Okres leczenia tą metodą trwa kilka miesięcy. Ten rodzaj terapii mogą stosować osoby ciężko chore oraz otyłe, ponieważ nie obciąża takich układów, jak układ kostny, krwionośny czy oddechowy. Elektrostymulację można przeprowadzać również samemu w domu po uprzednim przeszkoleniu przez fizjoterapeutę. Ten rodzaj terapii przeciwwskazany jest u kobiet w ciąży, mających stan zapalny układu rodowego bądź moczowego oraz u pacjentek, u których trwa proces nowotworowy w okolicy przeznaczonej do stymulacji.

²⁶ E. Narojczyk-Świeściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM, 2016, 1(56).

²⁷ I. Klisowska, A. Dąbek, I. Zborowska, B. Kapkowski, M. Kowalik, Nietrzymanie moczu - zadanie dla fizjoterapeuty, Piel. Zdr. Publ., 2012, 2.

²⁸ Ż. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, nr 1.

²⁹ D. Purc, A. Rasała, Metody leczenia nietrzymania moczu, European Journal of Medical Technologies, 2015, 3(8).

³⁰ A. M. Borowicz, K. Wieczorowska-Tobis, Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu, Gerontologia Polska, 2010, tom 18, nr 3.

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

Kolejną metodą behawioralną zalecaną w leczeniu NTM, jest trening kontroli mikcji, znany w innych krajach pod nazwą „technika oddawania moczu na żądanie”. W swej istocie jest podobny do treningu toaletowego stosowanego wobec dzieci uczonych właściwych dla danej społeczności zachowań związanych z kontrolowanym wydalaniem. Metoda ta odnosi się do indywidualnego schematu wydalania, który rozpoznaje się z wykorzystaniem „dzienniczka mikcji”³¹.

Można go stosować u osób z zaburzeniami funkcji czynnościowych lub psychicznych/poznawczych lub też z ograniczoną zdolnością do rozpoznania, w jaki sposób najlepiej zaspokajać swoje potrzeby. W badaniach potwierdzono, że trening kontroli mikcji przyczynia się do zredukowania epizodów nietrzymania moczu dziennie i zwiększenia mikcji kontrolowanych („z wyboru”).

Formę uzupełniającą fizjoterapii stanowi stosowanie stożków, kulek i pessarów dopochwowych o różnej wielkości i ciężarze. Zalecane są przede wszystkim dla kobiet mających problemy z zaakceptowaniem zasad treningu mięśni dna miednicy.

Postępowanie zachowawcze w leczeniu nietrzymania moczu powinno opierać się na współpracy lekarzy różnych specjalności - lekarza POZ, ginekologii, urologii i rehabilitacji oraz pielęgniarki i fizjoterapeuty. Aby cały system opieki mógł sprawnie działać, bardzo ważna jest edukacja personelu medycznego. Na terenie 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. Z kolei, w Belgii czy Holandii każda kobieta po porodzie jest zobowiązana do 10 wizyt u terapeuty profilaktyki krocza. W Polsce na profilaktykę nie zwraca się aż tak dużej uwagi ani w czasie ciąży, ani po porodzie. Często chorzy uważają również, że NTM to nieodłączny element starości. Dowodzi to wciąż bardzo małej wiedzy na temat nietrzymania moczu. Pomimo że około 30% kobiet dotkniętych jest tą chorobą, przepływ informacji o walce z tym problemem jest nadal niewielki³².

Obecnie w Polsce żadna forma leczenia wchodząca w zakres fizjoterapii pęcherza nadreaktywnego nie jest refundowana z budżetu państwa. Nie odnotowano również jakichkolwiek sygnałów o prowadzonych pracach na rzecz zmiany tego stanu w Polsce. Brak finansowania tego typu metody leczenia nie oznacza jednak, że chorzy w ogóle nie mają do niej dostępu. Osoby cierpiące na zespół pęcherza nadreaktywnego mogą skorzystać z ćwiczeń, finansując je z własnych środków lub korzystając z programu ćwiczeń organizowanych w ramach organizacji pozarządowych (np. Stowarzyszenia UroConti).

Farmakoterapia - brak nowych leków, lepsza dostępność

W leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego stosuje się tzw. leki antycholinergiczne, uznawane przez specjalistów za złoty standard w terapii tego schorzenia. W ramach farmakologicznego leczenia OAB w Polsce refundowane są obecnie jedynie dwie substancje: solifenacyna i tolterodyna w postaci siedmiu leków (jeden na bazie substancji czynnej solifenacyny oraz sześć na bazie substancji czynnej tolterodyny) przy 30% odpłatności pacjenta³³.

³¹ RNAO Registered Nurses' Association of Ontario: L'Association des infirmières et autorises de l'Ontario Nursing Best Practice Guidelines Program - Promoting Continence (Stowarzyszenie Pielęgniarek Dyplomowanych w Ontario: Wytyczne dotyczące najlepszych rozwiązań w zakresie świadczenia usług pielęgniarskich - Promowanie aktywności związanych z trzymaniem moczu z zastosowaniem techniki oddawania moczu na żądanie).

³² Ż. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, nr 1.

³³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2017 r.

Wśród innych substancji leczniczych, dopuszczonych do obrotu na terenie Polski, należących do grupy leków antycholinergicznym, znajdują się także: fezoterodyna, trospium, darifenacyna, które nie są obecnie współfinansowane z budżetu państwa oraz oksybutynina - dostępna w refundacji dla pacjentów ze stwierdzeniem rozsiały.

Do niedawna leki zawierające solifenacynę lub tolterodynę w omawianym schorzeniu były refundowane w ramach tzw. grupy terapeutycznej: „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”. **1 lipca 2016 r. zniesiono wymóg wykonywania badania urodynamicznego jako warunku refundacji leku zawierającego substancję czynną solifenacynę we wskazaniu zespół pęcherza nadreaktywnego. Wymóg wykonywania badania urodynamicznego został podtrzymany natomiast dla leków zawierających inną substancję czynną - tolterodynę³⁴.** Zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych, badanie urodynamiczne nie jest konieczne, aby zdiagnozować OAB. Jest natomiast metodą inwazyjną, która wiąże się z ryzykiem uszkodzenia dróg moczowych i w konsekwencji zakażeń.

Tak prowadzona polityka refundacyjna nie pozwala skorzystać w pełni z możliwości, jakie daje współczesna farmakoterapia. Zespół pęcherza nadreaktywnego może być wynikiem wielu procesów patologicznych. Z tego względu należy dokonywać indywidualnego doboru stosowanych leków dla potrzeb poszczególnych pacjentów. Brak refundacji innych substancji stanowi poważną barierę dla dużej części chorych, u których niepowodzeniem zakończyła się terapia za pomocą wyżej wymienionych, refundowanych substancji.

W polskim systemie refundacyjnym brakuje również 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.

Lek zawierający substancję czynną o nazwie mirabegron, dostępny na polskim rynku od kilku lat, nie jest nadal refundowany w ramach NFZ. Należy odnotować, iż w listopadzie 2014 roku ukazała się pozytywna rekomendacja AOTMiT w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego zawierającego mirabegron we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych, uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi (antycholinergiczne). 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 ubocznymi³⁵.

Na całym świecie, mirabegron uznawany jest za terapię przyszłości w leczeniu OAB. Jego skuteczność jest porównywalna do leków antycholinergicznym przy znikomych działaniach niepożądanych. Zdaniem specjalistów, mirabegron może być w przyszłości lekiem pierwszego rzutu.

W leczeniu farmakologicznym OAB coraz bardziej popularne staje się również leczenie skojarzone. Pojawienie się mirabegronu w panelu farmaceutyków wykorzystywanych w leczeniu OAB zrodziło pytania dotyczące możliwości zastosowania skojarzonej terapii z wykorzystaniem wspomnianego agonisty receptorów β_3 oraz 41 selektywnych leków antymuskarynowych³⁶.

³⁴ A. Dokowicz, Badanie urodynamiczne usunięte. Sukces UroConti po 5 latach walki, Kwartalnik NTM, 2016, 3(58).

³⁵ Rekomendacja nr 244/2014 Prezesa AOTM z dnia 17 listopada 2014 r.

³⁶ A. Wróbel, T. Rechberger, Przyszłość farmakoterapii OAB: leczenie skojarzone przy pomocy mirabegronu i solifenacyny, Kwartalnik NTM, 2015, 1(52).

Program lekowy: „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” za pomocą iniekcji z toksyny botulinowej - podsumowanie pierwszych 16. miesięcy

Zgodnie z wykazem leków refundowanych, który został opublikowany 28 sierpnia 2015 r. na stronie Ministerstwa Zdrowia, od 1 września 2015 r. w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10: N31)”, refundacją objęta została toksyna botulinowa typu A we wskazaniu nietrzymanie moczu u pacjentów dorosłych z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

Ostrzyknięcie botoksem pęcherza jest stosunkowo małoinwazyjnym zabiegiem, który może pomóc pacjentom borykającym się z nadczynnością pęcherza moczowego. Zabieg zalecany jest osobom, u których nadreaktywności pęcherza moczowego towarzyszą parcie nagłace, częstomocz oraz objawy nietrzymania moczu.

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 powtórzony³⁷.

Od 1 września 2015 r. do końca roku 2016 wykonano 106 świadczeń (104 pacjentów) w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza”, których łączny koszt wyniósł 190 845 zł. Dane te wskazują, że z programu lekowego skorzystała bardzo niewielka grupa pacjentów.

Program lekowy obejmuje stosunkowo niewielką grupę osób z pęcherzem nadreaktywnym 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.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych - 7. rok bez refundacji

Neuromodulacja nerwów krzyżowych (NNK) 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 za pośrednictwem elektrod wprowadzanych do otworów w kości krzyżowej S2-S3. Zdaniem prof. Marka Sosnowskiego, byłego konsultanta krajowego ds. urologii, są trzy główne wskazania do neuromodulacji nerwów krzyżowych: zespół pęcherza nadaktywnego (w przypadku niepowodzenia farmakoterapii), niedoczynność wypieracza, zespół bolesnego pęcherza i śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego oraz zaburzenia mikcji spowodowane zespołem Fowlera, gdy występuje zatrzymanie moczu³⁸.

³⁷ Rekomendacja nr 115/2014 Prezesa AOTM z dnia 5 maja 2014 r.

³⁸ M. Gackiewicz, Dlaczego w Polsce potrzebujemy neuromodulacji nerwów krzyżowych? Kwartalnik NTM, 2016, 57(2).

NNK jest metodą możliwą do zastosowania u nielicznych chorych z nasilonymi objawami pęcherza nadreaktywanego, u których wszystkie inne metody leczenia (farmakoterapia, toksyna botulinowa), nie przyniosły zmniejszenia bardzo uciążliwych objawów. NNK jest również opcją leczenia chorych, którym zaproponowano leczenie operacyjne pod postacią częściowego wycięcia pęcherza moczowego i powiększenia izolowaną pętlą jelita lub wycięcia pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu³⁹.

Wniosek o refundację tego zabiegu 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 szpitalnego⁴⁰.

W Polsce nadal nie przeprowadza się zabiegów neuromodulacji nerwów krzyżowych (nawet komercyjnie). Jednym z wyjątków był przeprowadzony w czerwcu 2014 r. w Bydgoszczy z okazji 20. rocznicy istnienia terapii InterStim na świecie zabieg wszczepienia dwóm pacjentkom neuromodulatora nerwów krzyżowych. Na całym świecie, do 2014 r. wszczepiono około 150 000 neuromodulatorów (w tym około 115 000 w USA)⁴¹.

Jedyną opcją skorzystania z zabiegu jest, po uzyskaniu zgody konsultanta krajowego w dziedzinie urologii, ubieganie 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 Hiszpanii⁴². Również 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 farmakologiczne⁴³.

Eksperci szacują, że przewidywane zapotrzebowanie na implantację neuromodulatorów w Polsce może dotyczyć około 100 pacjentów rocznie. Jednakże, Ministerstwo Zdrowia w dalszym ciągu nie zdecydowało się na objęcie refundacją powyższej terapii. Ostatni opublikowany komentarz z dn. 9 czerwca br., rzecznika prasowego Ministerstwa Zdrowia, Mileny Kruszewskiej, brzmi: „Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia zakończono prace analityczne nad oceną zasadności zakwalifikowania neuromodulacji krzyżowej w leczeniu zaburzeń dolnych dróg moczowych jako świadczenia gwarantowanego. Dodatkowym działaniem, które podjęto w ostatnim czasie, jest ocena prawna proponowanych rozwiązań. Po analizie dokumentacji zgromadzonej w sprawie, podjęte zostaną kierunkowe decyzje”⁴⁴.

³⁹ Z. Wolski, To nie będzie terapia dla każdego. Zasady kwalifikacji pacjentów z objawami zespołu nadreaktywnego pęcherza do zabiegu neuromodulacji nerwów krzyżowych, Kwartalnik NTM, 2017, 2(61).

⁴⁰ Rekomendacja nr 213/2014 Prezesa AOTMiT z dnia 8 września 2014 r.

⁴¹ T. Hessel, Neuromodulacja krzyżowa czyli „rozrusznik” pęcherza. Innowacyjna i rewolucyjna metoda leczenia zaburzeń mikcji, Kwartalnik NTM, 2015, 4(55).

⁴² M. Gackiewicz, Dlaczego w Polsce potrzebujemy neuromodulacji nerwów krzyżowych? Kwartalnik NTM, 2016, 57(2).

⁴³ 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.

⁴⁴ Z. Wolski, To nie będzie terapia dla każdego. Zasady kwalifikacji pacjentów z objawami zespołu nadreaktywnego pęcherza do zabiegu neuromodulacji nerwów krzyżowych, Kwartalnik NTM, 2017, 2(61).

Zabiegi chirurgiczne (wszczepienie zwieracza hydraulicznego, usunięcie pęcherza)

W przypadku niepowodzenia omówionych metod leczenia nietrzymania moczu, stosuje się zabiegi chirurgiczne, m.in. wszczepienie zwieracza hydraulicznego czy usunięcie pęcherza (oba zabiegi refundowane przez NFZ).

Chirurgiczne wszczepienie zwieracza hydraulicznego ma zastosowanie u tych chorych, u których nie powiodło się wielokrotne leczenie operacyjne lub u których występuje ciężka niewydolność zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. 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 radykalnej⁴⁵.

Sztuczne zwieracze cewki moczowej są urządzeniami trwałymi, dobieranymi indywidualnie do pacjenta. Zwieracze wszczepia się głównie u mężczyzn, kobiety stanowią zaledwie ok. 10% wszystkich operowanych.

Ostateczną metodą leczenia NTM jest tzw. nadpęcherzowe odprowadzanie moczu (usunięcie pęcherza), które powstaje w przypadku chirurgicznego oddzielenia od pęcherza moczowego pozostałej części układu moczowego (nerki, moczowody) i wytworzenia innego niż naturalne ujścia moczu. Obecnie na świecie stosuje się ponad 40 typów odprowadzeń moczu. Istnienie tak wielu rodzajów zabiegów i ich modyfikacji świadczy o tym, że nie ma jednego najlepszego sposobu odprowadzania moczu. Każdy z nich ma zarówno wady, jak i zalety. Bierze się pod uwagę: wskazania do danego typu odprowadzenia moczu, wybór określonego odcinka jelita, ogólne zasady i powikłania technik operacyjnych oraz aspekt psychospołeczny.

Do najczęstszych postaci nadpęcherzowych odprowadzeń moczu, zaliczamy: urostomię Brickera (ureteroileocunateostomia), ureterostomię, nefrostomię, zastępczy pęcherz moczowy.

LECZENIE WYSIŁKOWEGO NTM

Fizjoterapia - leczenie zachowawcze przy lekkim lub średnim nasileniu nietrzymania moczu

Zgodnie z badaniami dotyczącymi rodzajów nietrzymania moczu, wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęstszym typem NTM występującym w populacji żeńskiej. Wysiłkowe NTM stanowi około 49% wszystkich rodzajów tego schorzenia u kobiet, natomiast około 8% - u mężczyzn⁴⁶. Badacze są zgodni, że częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet wzrasta wraz z wiekiem⁴⁷.

Wysiłkowy typ nietrzymania moczu jest schorzeniem objawiającym się mimowolnym wyciekaniem moczu podczas wysiłku, 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).

⁴⁵ Leczenie nietrzymania moczu w Polsce, Przegląd Urologiczny, 2007, 3(43).

⁴⁶ S. Wroński, P. Radziszewski, D. Lewczak, Pęcherz nadreaktywny i naglące nietrzymanie moczu - choroba jednostki czy choroba społeczeństwa. Etiologia i leczenie, Przegląd Urologiczny, 2010, 5(63).

⁴⁷ P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein, Incontinence, 5th International Consultation on Incontinence, 5th Edition 2013, European Association of Urology, <http://www.icud.info/PDFs/INCONTINENCE%202013.pdf>.

Do najważniejszych czynników ryzyka, szczególnie predysponujących do pojawienia się objawów wysiłkowego nietrzymania moczu, należą:

- przebyty poród, w czasie którego angażowane są również mięśnie odpowiedzialne za mechanizm trzymania moczu,
- niedobór estrogenów związany z okresem menopauzalnym, którego skutkiem jest obniżenie napięcia mięśniowego struktur mięśniowo-łącznotkankowych przepony moczowo-płciowej, w konsekwencji czego dochodzi do osłabienia podparcia cewki moczowej i objawów nietrzymania moczu,
- otyłość - nadmiar tkanki tłuszczowej, zwłaszcza w części brzusznej, zwiększa nacisk na pęcherz moczowy oraz jego połączenie z cewką moczową; zbyt mała aktywność fizyczna,
- skutki przebycia we wcześniejszych latach życia zabiegów operacyjnych w obrębie miednicy mniejszej⁴⁸.

Pierwszym krokiem stosowanym w terapii wysiłkowego typu NTM, jest leczenie zachowawcze, którym mogą zostać objęci chorzy z lekkim lub średnim nasileniem nietrzymania moczu⁴⁹.

Wśród zalecanych metod leczenia zachowawczego, wymieniana jest między innymi:

- zmiana stylu życia - wzmożenie aktywności fizycznej, zmniejszenie masy ciała, zmiana diety, rezygnacja z używek,
- farmakoterapia - głównie leki alfaadrenomimetyczne (efedryna, pseudoefedryna, midodryna, fenylopropanolamina) - powodujące wzrost napięcia zwieracza wewnętrznego. Leki te charakteryzują się jednak stosunkowo niską skutecznością, a jednocześnie powodują szereg skutków ubocznych, takich jak: bóle głowy, zaburzenia snu, wzrost ciśnienia tętniczego krwi.

Najważniejszą jednak metodą zachowawczego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, o skuteczności udowodnionej licznymi badaniami, jest fizjoterapia. Do metod fizjoterapii zalecanych dla pacjentek z wysiłkowym NTM, należy między innymi:

- tzw. biofeedback - biologiczne sprzężenie zwrotne, nauka świadomego kurczenia i relaksacji mięśni dna miednicy. Metoda ta wymaga specjalnej aparatury rejestrującej i umożliwiającej odbiór rejestrowanych zmian. Obserwując, jak urządzenie reaguje na różne próby osiągania pożądanego rezultatu, pacjent uczy się rozpoznawać mechanizmy sterujące swoimi reakcjami fizjologicznymi,⁵⁰
- stymulacja elektryczna - za pomocą bodźców elektrycznych, do pracy pobudzane są konkretne mięśnie lub grupy mięśni, odpowiedzialne za proces trzymania moczu,
- stosowanie dopochwowych wkładek o różnych kształtach - między innymi kulek i stożków dopochwowych z wymiennymi ciężarkami o różnej wadze,
- trening pęcherza - wypracowanie przez pacjentkę przyzwyczajień i odruchów pozwalających na kontrolowanie oddawania moczu, poprzez hamowanie skurczów mięśnia wypieracza.

Najczęściej stosowaną metodą fizjoterapii NTM są ćwiczenia gimnastyczne, w szczególności ćwiczenia mięśni Kegla. Jest to bezpieczna, pozbawiona przeciwwskazań i skuteczna metoda fizjoterapii, która może być stosowana u pacjentek z małym i średnim nasileniem wysiłkowego nietrzymania moczu jako metoda samodzielna. Ćwiczenia mięśni Kegla mogą być także praktykowane jako profilaktyka nietrzymania moczu. Powinny być one wykonywane już od momentu pojawienia się pierwszych objawów zwiotczenia mięśni i epizodów popuszczania moczu.

Najważniejszym celem ćwiczeń mięśni dna miednicy jest podwyższenie ich napięcia spoczynkowego, wzrost ich siły, wydłużenie czasu skurczu maksymalnego oraz poprawa kontroli nerwowo-mięśniowej, co w rezultacie usprawnia mechanizmy trzymania moczu. Podczas wykonywania ćwiczeń mięśni dna miednicy, usprawnia się także tłocznia brzuszna i układ oddechowy, jako że ćwiczenia wykonuje się w trakcie wydechu.

⁴⁸ M. Dalewska, A. Kasicka-Jonderko, K. Jonderko, H. Augustyniak, Wysilek fizyczny - lek bez recepty: znaczenie kinezyterapii w profilaktyce i leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet (w aneksie zestaw proponowanych ćwiczeń), *Annales Academiae Medicae Silensis*, 2013, 67.

⁴⁹ Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet, red. T. Rechberger, Warszawa 2009.

⁵⁰ Ż. Fiodorenko-Dumas Ż., Paprocka-Borowicz M., Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, tom 20, nr 1.

Zanim rozpocznie się właściwy trening mięśni dna miednicy, pacjentki powinny być wprowadzone w rekomendowany schemat świadomego napinania mięśni w różnych częściach miednicy, jak również naukę wstrzymywania moczu podczas jego oddawania, co pozwala na identyfikację właściwych mięśni. Po uzyskaniu umiejętności identyfikacji właściwych mięśni, pacjentki powinny wykonywać ćwiczenia kilka razy dziennie. Skurcze początkowo powinny być utrzymywane krótko, przez jedną lub dwie sekundy, a następnie wydłużane do 10 sekund. W przerwach pomiędzy skurczami mięśnie powinny być rozluźniane na tyle samo czasu. Powinno się wykonywać przynajmniej 10 powtórzeń.

Treningi mięśni dna miednicy powinny obejmować ćwiczenia wpływające na siłę i czas maksymalnego skurczu, ćwiczenia wzmacniające tułów oraz ćwiczenia oddechowe⁵¹. Ćwiczenia powinny być wykonywane w różnych pozycjach ciała - na brzuchu, na plecach, w pozycji siedzącej i stojącej. Poprawa stanu mięśni dna miednicy powinna być odczuwalna dla pacjentek już po 2-4 miesiącach regularnego wykonywania ćwiczeń⁵².

Mimo że fizjoterapia powinna być wdrożona jako leczenie zachowawcze bądź element wspomagający leczenie NTM, obecnie w Polsce żadna forma leczenia wchodząca w zakres fizjoterapii nietrzymania moczu nie jest finansowana przez narodowego płatnika. Brak finansowania metod fizjoterapeutycznych w NTM nie oznacza jednak, że chorzy w ogóle nie mają do niej dostępu. Wiele pacjentów cierpiących na wysiłkowe NTM korzysta z ćwiczeń w ramach własnego finansowania lub ćwiczeń organizowanych w ramach organizacji pozarządowych (np. przez Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”).

Aby wdrożyć odpowiedni schemat fizjoterapii przy wysiłkowym NTM, pacjentka powinna najpierw skonsultować swój stan zdrowia z lekarzem - pierwszego kontaktu, a następnie specjalistą ginekologiem bądź urologiem, którzy powinni określić rodzaj nietrzymania moczu. Lekarz stawia diagnozę, która jest punktem wyjścia dla fizjoterapeuty do przeprowadzenia własnych testów, pozwalających na dobór odpowiedniego zestawu ćwiczeń⁵³.

Jak wskazują badania naukowe, dotychczas wykazano lepsze wyniki leczenia zachowawczego, jeśli ćwiczenia mięśni dna miednicy są nadzorowane przez fizjoterapeutę, w porównaniu z wykonywaniem ćwiczeń bez takiego nadzoru (odpowiednio 80% i 35%). Dobry efekt terapii nadzorowanej obserwowano bez względu na wiek badanych kobiet⁵⁴.

Leczenie zabiegowe za pomocą taśm - złoty standard, ale coraz więcej powikłań

W sytuacji, gdy różne metody leczenia zachowawczego nie przynoszą pożądanego rezultatu, a także w przypadku pacjentów z ciężką postacią wysiłkowego nietrzymania moczu, złotym standardem w terapii wysiłkowego NTM jest leczenie zabiegowe. Kwalifikując pacjentkę do leczenia operacyjnego powinno być wykonane kompleksowe badanie urodynamiczne.

W ostatnich latach, najczęściej wykonywanym typem zabiegu w wysiłkowym nietrzymaniu moczu są operacje z użyciem taśm syntetycznych, tzw. operacja TOT (ang. *trans obturator tape*) w przypadku pierwotnego nietrzymania moczu lub TVT (ang. *tension free vaginal tape*) w przypadku nawrotowego NTM. Różnica między taśmami polega na ich charakterystyce biomechanicznej, jak również sposobie implantacji. Wszystkie obecnie stosowane taśmy są mono-filamentowe. Jednakże, skuteczność większości dostępnych na rynku systemów do leczenia operacyjnego nietrzymania moczu jest podobna⁵⁵.

TOT jest operacją, w której taśma syntetyczna wprowadzana jest pod środkowy odcinek cewki moczowej, ale nie ku górze, za spojeniem łonowym, tylko pomiędzy tzw. otworami zasłoniętymi. W przypadku operacji TOT, 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

⁵¹ E. Strupińska, Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu - techniki i metodyka ćwiczeń, Przegląd Urologiczny, 2007, 8(6).

⁵² M. Banaszak-Osiewicz, Trenuj mięśnie, Kwartalnik NTM, 2007; 4(23).

⁵³ I. Klisowska, A. Dąbek, I. Zborowska, B. Kapkowski, M. Kowalik, Nietrzymanie moczu - zadanie dla fizjoterapeuty, Piel. Zdr. Publ., 2012, 2.

⁵⁴ E. Narojczyk-Świeściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM, 2016, 1(56).

⁵⁵ Leczenie nietrzymania moczu w Polsce, Przegląd Urologiczny, 2007, 3(43).

TOT. Według różnych źródeł, metoda TOT skutkuje od 42 do ok. 92% wyleczeniami wczesnymi i do około 85% po 5 latach.

Z kolei w przypadku metody TVT cięcia przeprowadza się nad spojeniem łonowym. Taśma zakładana jest nie na szyję pęcherza, a na środkowy odcinek cewki moczowej. Metoda ta daje ok. 95% wyleczeń wczesnych i około 85% po 5 latach. Powikłania są rzadkie. Zdarzają się jednak przebicia pęcherza moczowego oraz uszkodzenie jelit przeprowadzającymi igłami (do 10%). Obecnie istnieje wiele rodzajów taśm wprowadzanych pod cewkę na drodze załonowej (Sparc, Monarc, T-Sling).

Mimo dużej skuteczności zabiegów z użyciem taśm syntetycznych, w polskim systemie opieki zdrowotnej zauważalne są poważne problemy, związane z wykonywaniem tego typu zabiegów przez ośrodki z małym doświadczeniem oraz przez nieodpowiednio przygotowanych i wyszkolonych operatorów. Wskutek tego typu praktyk, znacznie zwiększa się ryzyko powikłań śród- i pooperacyjnych, które mogą pojawić się nawet po kilku miesiącach lub latach od przeprowadzenia operacji. Wówczas, pacjentki niejednokrotnie wymagają reoperacji, które ograniczają uciążliwe skutki uboczne źle przeprowadzonej operacji pierwotnej.

Co więcej, 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 wszczęcia taśm.

Do najczęściej występujących powikłań po implantacji taśm, należy m.in. erozja pęcherza moczowego, erozja pochwy, zaleganie moczu po mikcji, nawrót parć naglących. Zarówno erozja pęcherza moczowego, jak i erozja pochwy, często powoduje u pacjentek dolegliwości bólowe. Jak wskazują badania, przynajmniej 30% kobiet poddawanych operacji z powodu zaburzeń statyki narządu rodnego lub nietrzymania moczu, będzie wymagało reoperacji. Warto także zaznaczyć, że ryzyko kolejnych operacji z powodu niepowodzenia lub powikłań jest tym większe, im więcej było przebytych wcześniej operacji⁵⁶. Do dodatkowych czynników, zwiększających ryzyko wystąpienia powikłań w przypadku wszczęcia taśm, należy między innymi otyłość, jak również inne choroby, m.in. cukrzyca czy choroby naczyniowe. Innym powikłaniem wynikającym z wszczęcia taśm jest wywołanie objawów podrażnieniowych, w tym parć naglących. Po tzw. operacji TOT parcia naglące i nietrzymanie moczu z parć pojawiają się rzadziej niż po zabiegach nadłonowych (TVT). Nasilenie nietrzymania moczu z parć stwierdza się u około 6% pacjentek po implantacji TOT i u 14-16% po TVT.

Jak wykazały badania, materiał, z jakiego wykonane są taśmy, ma kluczowe znaczenie w powstawaniu powikłań. Syntetyczne, niewchłaniające materiały częściej powodują erozje, zakażenia i przetoki. Częstość erozji cewki moczowej może być 10-krotnie większa po użyciu syntetycznych materiałów niż w przypadku taśm organicznych⁵⁷. Materiały używane do tego typu operacji powinny zatem stanowić bardzo istotną kwestię przy podejmowaniu decyzji o przeprowadzeniu zabiegu.

Ośrodki referencyjne - sposób na weryfikację kwalifikacji

Biorąc pod uwagę fakt, że operacje wszczęcia taśm stanowią jedną z nielicznych metod leczenia nietrzymania moczu w pełni finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wykonanie ich jest możliwe w wielu placówkach w Polsce, posiadających oddziały urologiczne lub ginekologiczne. Przy czym, zgodnie z danymi NFZ, w 2013 r. (najnowsze dane) na 4333 przeprowadzonych zabiegów wszczęcia taśm, aż 3897 zostało wykonanych w ramach hospitalizacji położniczo-ginekologicznych⁵⁸, operacje na oddziałach ginekologicznych stanowią zatem 89,9% wszystkich zabiegów wszczęcia taśm.

Część placówek w Polsce wykonuje nawet ponad 100 zabiegów rocznie, inne natomiast przeprowadzają tego typu operacje rzadko, czego skutkiem są niejednokrotnie powikłania powstałe w wyniku niewłaściwie wykonanych zabiegów. Obecna sytuacja powoduje także dezorientację pacjentów, którzy nie wiedzą, do jakiego specjalisty i ośrodka zgłosić się w celu otrzymania fachowej pomocy i świadczenia na wysokim poziomie. Dlatego też, jak zauważa profesor Tomasz Rechberger (kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie), ginekolog, pierwszy przewodniczący sekcji uroginekologicznej przy

⁵⁶ P. Gmerek, Powikłania operacji wysiłkowego nietrzymania moczu z użyciem taśmy, Przegląd Urologiczny, 2009, 2(54).

⁵⁷ Tamże.

⁵⁸ Zabiegi leczące NTM z użyciem taśm - podsumowanie, Kwartalnik NTM, 2014, 3(50).

Polskim Towarzystwie Ginekologicznym, jednym ze sposobów polepszenia obecnej sytuacji byłoby powstanie ośrodków referencyjnych, specjalizujących się w wykonywaniu zabiegów z użyciem taśm. Jak zauważa prof. Rechberger, ważne jest, aby 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 z zakresu uroginekologii w całym kraju, to na początek absolutne minimum, docelowo liczba ta powinna wzrosnąć nawet do 200-300 osób⁵⁹.

Ośrodki referencyjne, w których operacje z użyciem taśm przeprowadzane byłyby przez lekarzy wyspecjalizowanych w tego typu zabiegach, mogłyby 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. Podobne tendencje można odnotować również w terapii leczenia nowotworu prostaty.

Innym możliwym rozwiązaniem, poprawiającym obecną sytuację w zakresie wszczepiania taśm, mogłoby być także certyfikowanie tzw. umiejętności uroginekologicznych. Tego typu certyfikaty mogłyby być przyznawane po przejściu specjalistycznego kursu organizowanego przez uznane towarzystwa naukowe (np. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Urologiczne).

ZAOPATRZENIE W ŚRODKI ABSORPCYJNE

Dostępność - apteki, sklepy medyczne, supermarkety

Ustawa o refundacji wyrobów medycznych - jak wpłynie na dostępność i jakość środków absorpcyjnych?

Od czerwca 2016 roku trwają w Polsce prace legislacyjne nad projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Proponowane w projekcie ustawy rozwiązania, wprowadzające ważne zmiany dla branż zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz dla wielu grup pacjentów, korzystających z refundowanych wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych, wywołały liczne komentarze i kontrowersje. Jedną z ważniejszych, szeroko komentowanych zmian, którą ma obejmować znowelizowana ustawa o wyrobach medycznych, jest wprowadzenie do refundacji wyrobów medycznych zasad analogicznych do obowiązujących w refundacji leków.

Jak deklaruje Ministerstwo Zdrowia, przepisy, które będą wprowadzone nową ustawą, będą dotyczyły zarówno oceny zasadności objęcia refundacją poszczególnych wyrobów medycznych, jasności podejmowania decyzji w tym zakresie, obniżenia kosztów refundacji, jak i określenia szczegółowych rozwiązań organizacyjnych. Podstawowym warunkiem złożenia wniosku refundacyjnego dla każdego wyrobu medycznego w danej grupie będzie spełnienie minimalnych standardów jakości. Taki wymóg, jak również cały proces tworzenia grup limitowych, ma zagwarantować, że pacjenci będą mieli do wyboru w refundacji szeroką gamę produktów, w tym wykorzystujących nowe technologie. Zgodnie z deklaracjami Ministerstwa Zdrowia, rozwiązania zawarte w nowej ustawie umożliwią spełnienie oczekiwań wielu grup pacjentów, między innymi poprzez podniesienie limitów ilościowych dla wyrobów medycznych czy refundację nowych technologicznie wyrobów. Po wprowadzeniu ustawy, pacjent będzie mógł również skorzystać z mechanizmu dopłaty do preferowanego wyrobu medycznego. Oznacza to, że NFZ będzie osobno pokrywał koszt wykonanej procedury medycznej (np. operację) i koszt wykorzystanego wyrobu medycznego. W takiej sytuacji, pacjent w ramach świadczeń gwarantowanych będzie miał zawsze zapewniony wyrób medyczny mieszczący się w limicie finansowania.

⁵⁹ K. Walewska, Nadspecjalizacja z uroginekologii - czy jest potrzebna? Cz. I, Kwartalnik NTM, 2013, 1 (44).

Jednak w przypadku wskazania przez pacjenta wyrobu medycznego, którego cena urzędowa jest wyższa niż limit finansowania, dopłaci on różnicę w cenie, natomiast gdy wybierze wyrób medyczny spoza obwieszczenia - pokryje koszt jego zakupu.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia zaprezentowane powyżej można odczytywać jako odnoszące się bardziej do wyrobów medycznych stosowanych w leczeniu szpitalnym lub ambulatoryjnym, gdzie zachodzi faktycznie zjawisko zakupu tego samego sprzętu (np. tomografów komputerowych) przez publiczne szpitale po rażąco innych stawkach. Przy czym należy zaznaczyć, iż różnica w cenie może wynikać z wielu innych czynników (okresu gwarancji, zakresu serwisu, ceny części wymiennych itp.).

Inaczej można zinterpretować powyższe stanowisko Ministerstwa Zdrowia w przypadku oceny systemu refundacji wyrobów medycznych na indywidualne zlecenie (w tym m.in. wyroby chłonne). Zgodnie z wypowiedziami przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, wygłaszanymi w mediach na przestrzeni ostatniego roku⁶⁰, planowane zmiany mają na celu zlikwidowanie „zjawiska rozrzutności” w resorcie. 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 ten sam produkt można dostać za dwa lub trzy złote. W innej wypowiedzi pojawiła się z kolei tak niska cena, jak 60 gr za jedną sztukę pieluchomajtek w wolnej sprzedaży.

Dotychczasowa weryfikacja powyższych doniesień wskazuje jednoznacznie, że takie zjawiska w odniesieniu do środków chłonnych w rzeczywistości nie występują. Wskazuje na to również brak odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na zapytanie, jakie w kwietniu ubiegłego roku złożyło w tej sprawie Stowarzyszenie UroConti, oczekując wskazania konkretnych punktów sprzedaży.

Jak zauważają przedstawiciele środowisk pacjenckich, zapowiadane przez reprezentantów Ministerstwa Zdrowia zmiany mogą nieść za sobą różne zagrożenia. Przede wszystkim, **wprowadzenie tzw. systemu zamkniętego, analogicznego do refundacji leków, może negatywnie wpłynąć na jakość produktów dostępnych dla chorych w ramach refundacji.** Sytuacja bowiem, w której to urzędnik, 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 przyrost liczby powikłań - między innymi podrażnień skóry, zakażeń oraz ran - powstałych wskutek używania przez pacjentów produktów o wątpliwej jakości. W związku z kosztami leczenia powikłań, ponoszonymi przez budżet państwa, takie rozwiązanie można zatem ocenić jako pozorną oszczędność.

Obecnie, refundacja środków absorpcyjnych w Polsce opiera się na tzw. systemie otwartym, w ramach którego lekarz uprawniony do przepisywania pacjentom środków absorpcyjnych, po weryfikacji uprawnień chorego, 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, zobowiązanych do potwierdzania zleceń - w niektórych województwach, w bardzo nielicznych punktach, co zmusza pacjentów do pokonywania niejednokrotnie wielu kilometrów. Alternatywą może być potwierdzenie zlecenia za pośrednictwem poczty, co jednak wydłuża czas procedury. Równocześnie, obecny system umożliwi pacjentowi i opiekunowi indywidualny wybór optymalnego dla potrzeb chorego rodzaju środka absorpcyjnego, pozostawiając decyzję co do marki, rozmiaru czy typu produktu, po stronie pacjenta i jego rodziny.

⁶⁰ 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; MZ: Będzie ustawa o wyrobach medycznych, portal medexpress.pl, 23 marca 2016, 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.

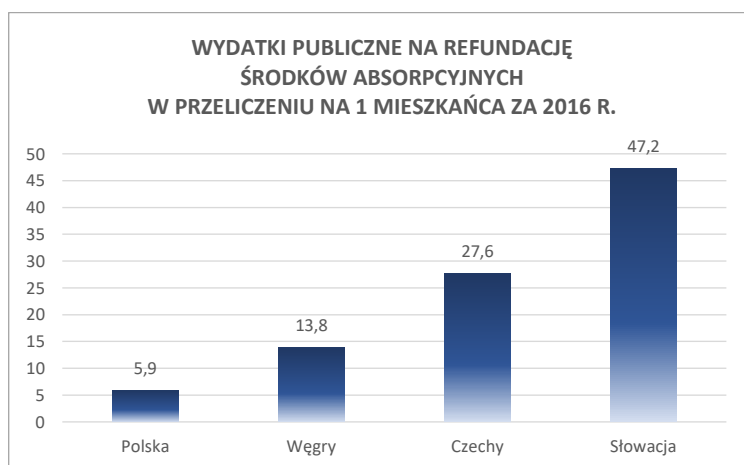
Między innymi dzięki możliwości zasięgnięcia opinii na temat całego asortymentu dostępnych środków w aptece lub sklepie medycznym, pacjenci oraz opiekunowie posiadają szerokie spektrum wyboru optymalnego środka. Mimo restrykcyjności kryterium chorobowego oraz reglamentacji ilości dostępnych dla pacjentów środków (limit ilościowy i cenowy), aktualny system zaopatrzenia w refundowane środki absorpcyjne zapewnia pacjentowi szeroki wybór produktów, szeroki wybór placówek oferujących produkty i co za tym idzie, dużą konkurencyjność cenową.

Wprowadzenie zmian legislacyjnych proponowanych w projekcie ustawy mogłoby wiązać się także z ograniczeniem dostępności miejsc zaopatrywania się w refundowane produkty absorpcyjne jedynie do aptek. W ten sposób, wyeliminowana zostałaby możliwość zakupu środków w ponad 2000 sklepów medycznych, gdzie kupujący ma obecnie najszerszy wybór tego typu produktów i gdzie może skorzystać z profesjonalnej porady dotyczącej doboru środka, co nie zawsze ma miejsce w aptece. Zredukowanie miejsc zaopatrywania się w środki tylko do aptek byłoby niekorzystne także dlatego, że tylko ok. 50% aptek oferuje pacjentom z NTM refundowane środki absorpcyjne i to w bardzo ograniczonym asortymencie. Wyłącza to możliwość prawidłowego indywidualnego doboru produktu stosownie do potrzeb i sytuacji osoby z NTM, np. dostęp tylko do pieluchomajtek zapinanych na rzepy. Jest to jedyny produkt chłonny, w bardzo bogatej ofercie rynkowej, którego nie można założyć samodzielnie i mimo potrzeby angażowania opiekuna, najczęściej stosowany w naszym kraju.

Kolejnym istotnym problemem wynikającym z wprowadzenia w systemie refundacji wyrobów medycznych rozwiązań analogicznych do refundacji leków jest zapowiedź wprowadzenia skomplikowanych list refundacyjnych. Na tego typu listy, wprowadzane byłoby ponad 200 różnych typów i rozmiarów produktów chłonnych. Listy, zmieniające się co 2 miesiące, jak w lekach, wymagałyby od pacjentów ciągłego ich śledzenia i sprawdzenia, czy używany przez nich produkt jest w dalszym ciągu objęty refundacją, a jeżeli tak, czy poziom refundacji pozostał na tym samym poziomie. Co więcej, istnieje duże prawdopodobieństwo, że produkty w różnych rozmiarach, o różnych poziomach chłonności, będą posiadały różne pułapy dofinansowania NFZ, w ramach zróżnicowanych grup limitowych. Oznacza to zwiększenie biurokracji i co za tym idzie, kosztów obsługi takiego systemu.

Tym niemniej, przedstawiciele organizacji pacjenckich wielokrotnie formowali pogląd, że zmiany w systemie refundacji środków absorpcyjnych są potrzebne. Jednakże, powinny być przeprowadzane stopniowo, tak aby poprawiać system, a nie go likwidować. Wydaje się oczywiste, że należy wydłużyć cały proces przygotowywania zmian, tak aby zaangażować wszystkie strony w prace nad nim, umożliwiając w ten sposób rzetelną kalkulację kosztów i co za tym idzie, oszacowanie skutków proponowanych reform.

Warto odnotować, że opisywany projekt ustawy wprost stwierdza w ocenie skutków regulacji, że wydatki narodowego płatnika na grupę wyrobów medycznych pozostaną na dotychczasowym poziomie, czyli wielokrotnie niższym, niż wydatki publiczne na wyroby medyczne w krajach Grupy Wyszehradzkiej. Według dostępnych publicznie danych, wydatki za 2016 r. na refundację środków absorpcyjnych w Polsce należały do najniższych w Grupie Wyszehradzkiej (w Polsce wyniosły 5,9 zł na mieszkańca, podczas gdy na Węgrzech - 13,8 zł, w Czechach - 27,6 zł, a na Słowacji aż 47,2 zł na osobę).



Wykres 4. Wydatki na refundację środków absorpcyjnych.

Jakość - dlaczego wybieramy droższe produkty?

Projekt ustawy o refundacji leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, nad którym od czerwca 2016 r. trwają prace legislacyjne, zawiera zapisy zobowiązujące producentów wyrobów medycznych do wdrożenia nowych procedur refundacyjnych. Jeżeli nowe przepisy wejdą w życie, producenci będą zobowiązani do wnioskowania o objęcie refundacją danego produktu, a następnie resort będzie sprawdzał jakość tych wyrobów. Dopiero po przejściu weryfikacji jakościowej danego produktu oraz uzyskaniu rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, Ministerstwo Zdrowia będzie, w drodze negocjacji, ustalało maksymalną cenę urzędową i limit cenowy na dany wyrób.

Resort zdrowia zapewnia, że **podstawowym warunkiem złożenia wniosku refundacyjnego dla każdego wyrobu medycznego w danej grupie będzie spełnienie minimalnych standardów jakości**⁶¹. Taki wymóg, jak również cały proces tworzenia grup limitowych, ma zagwarantować, że pacjenci będą mieli do wyboru w refundacji szeroką gamę produktów, w tym wykorzystujących nowe technologie. Ministerstwo deklaruje także, że wskutek przemodelowania obowiązującego obecnie w Polsce systemu refundacji tych produktów, zapewniona będzie pacjentom optymalna jakość wyrobów medycznych.

Jednakże, liczne środowiska pacjentów, m.in. w konsultacjach społecznych do ustawy czy też w dyskusjach toczących się na łamach mediów, na przestrzeni ostatniego roku wyrażały obawy, że planowane zmiany mogą wiązać się radykalnym obniżeniem jakości dostępnych w refundacji produktów. Środowiska pacjentów zwracały uwagę, że **w przypadku wdrożenia analogii do systemu refundacji leków, najważniejszym kryterium może być cena, a nie jakość produktów. Ponadto, planowane zmiany mogą wiązać się z ograniczeniem decyzyjności pacjenta oraz jego opiekunów w procesie wyboru produktu.** W sytuacji, gdy to po stronie Ministerstwa Zdrowia leżałoby sprawdzenie jakości wyrobów medycznych, pacjenci oraz ich opiekunowie mieliby ograniczoną możliwość samodzielnego wyboru konkretnego produktu - danego typu, wielkości czy stopnia chłonności produktu, tak, jak ma miejsce to w ramach obecnego systemu.

Dzięki możliwości zasięgnięcia opinii na temat całego asortymentu dostępnych środków w aptece lub sklepie medycznym, pacjenci oraz opiekunowie posiadają możliwość przemyślanego wyboru optymalnego, odpowiadającego ich potrzebom produktu. Mimo ograniczeń obecnego systemu, na które składają się między innymi restrykcyjne kryterium chorobowe, wiążące się z wyłączeniem dużej grupy pacjentów z NTM z refundacji (np. z wysiłkowym NTM), oraz reglamentacja ilości dostępnych w refundacji środków (limit 60 szt. miesięcznie), aktualny system zaopatrzenia w refundowane środki absorpcyjne umożliwia pacjentowi szeroki wybór produktów, jak również indywidualny, samodzielny dobór odpowiedniego produktu. Jak wynika z dostępnych badań, najczęstszym wyborem polskich pacjentów z NTM oraz ich opiekunów są produkty o wysokiej jakości. **Można to tłumaczyć tym, że przy niskim jak na standardy europejskie limicie cenowym i ilościowym, polscy pacjenci rekompensują go sobie wysoką jakością nabywanego produktu umożliwiającą mniejsze zużycie liczby produktów na dobę.**

Jak wynika z cenników refundowanych środków absorpcyjnych czterech głównych producentów na polskim rynku (TZMO, SCA, Hartmann, Abena), pacjenci mogą skorzystać obecnie aż z 223 różnych produktów chłonnych, biorąc pod uwagę różne rodzaje oraz rozmiary⁶². **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 czy rodzaju zabezpieczenia przed wyciekaniem⁶³, chłonność produktu, która w obiegowej opinii opiekunów oraz pacjentów jest najistotniejszym czynnikiem, nie powinna być jedynym kryterium wyboru. Kryteria optymalnego wyboru środka absorpcyjnego powinny uwzględniać różne czynniki, między innymi związane z użytkowaniem, z produktem, z opiekunem. Zgodnie z normami ISO 15621, wyróżnia się ponad

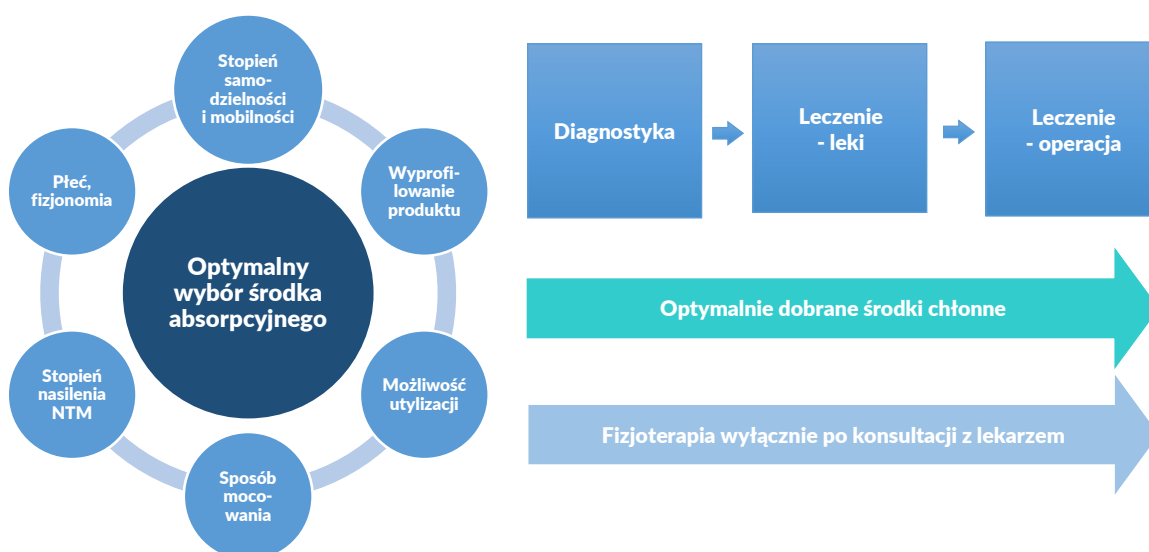
⁶¹ Ustawa o wyrobach medycznych. Co dalej? Kwartalnik NTM, 2017, 1(60).

⁶² Źródło: cenniki czterech producentów (SCA Hygiene Products, Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych, Paul Hartmann Polska, Abena) obowiązujące w 2017 r.

⁶³ E. Szwałkiewicz, Opinia w sprawie refundacji środków absorpcyjnych stosowanych przez pacjentów z nietrzymaniem moczu i stolca, Olsztyn 30.04.2013 r.

20 kryteriów wyboru środka absorpcyjnego⁶⁴. Dla przykładu, czynnikami związanymi z użytkownikiem, które powinny być brane pod uwagę przy wyborze środka absorpcyjnego, są między innymi: częstotliwość epizodów NTM oraz stopień nasilenia tej przypadłości, ale także stopień mobilności, samodzielności, tryb życia czy indywidualne odczucie pacjenta w noszeniu produktu. Z kolei, analizując czynniki związane z samym produktem, powinno się wziąć pod uwagę, oprócz chłonności, także sposób mocowania, wyprofilowanie produktu, stopień elastyczności gumek zapewniających przyleganie do ciała czy barierki ochronne przed wyciekaniem.

Obecnie, w ramach otwartego systemu refundacji środków absorpcyjnych, pacjent oraz jego opiekun mają możliwość uwzględnienia osobistych preferencji przy doborze środka absorpcyjnego. To ostatecznie właśnie chory oraz opiekun weryfikują faktyczną przydatność danego produktu. Wprowadzenie scentralizowanego systemu refundacji środków absorpcyjnych może stanowić zagrożenie dla obecnej swobody wyboru środka przez pacjenta, jak również dla jakości produktów używanych przez pacjentów z nietrzymaniem moczu. Dlatego w celu umożliwienia chorym z nietrzymaniem moczu jak najwyższej jakości 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.







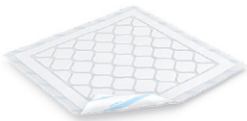
Rysunek 2. Źródło: opracowanie własne na podstawie Standardu ISO 15621.

Stosowanie środków wchłaniających wysokiej jakości, jak również szeroki bądź nieograniczony dostęp do środków higienicznych dla osób z nietrzymaniem moczu przynosi więcej korzyści zarówno dla pacjentów, jak i dla budżetu państwa, ponieważ umożliwia profilaktykę powikłań. 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. Dlatego też, w celu wygenerowania długofalowych oszczędności dla budżetu narodowego płatnika, wraz z rozwojem gospodarczym oraz cywilizacyjnym Polski, stopniowemu zwiększaniu powinien ulegać dostęp pacjentów do refundowanych środków absorpcyjnych, przy pozostawieniu im indywidualnego doboru rodzaju, rozmiaru i marki produktu. Pozwoli to zniwelować dystans dzielący Polskę od pozostałych gospodarek regionu, charakteryzujących się zdecydowanie wyższym poziomem ochrony zdrowia w zakresie zaopatrzenia w środki chłonne.

Środki absorpcyjne powinny być dostępne dla pacjentów od samego początku wystąpienia problemu nietrzymania moczu. Pacjenci powinni być zabezpieczeni przed wyciekaniem już w trakcie diagnostyki NTM, a także przy wdrożeniu fizjoterapii, rekomendowanej jako leczenie zachowawcze. Następnie, na każdym etapie leczenia - zarówno w jego początkowych fazach, jak i w sytuacji, gdy dana metoda terapeutyczna nie przyniesie pożądanego rezultatu. Wyroby chłonne powinny być traktowane jako

⁶⁴ Norma międzynarodowa ISO 15621, Produkty pochłaniające mocz - Ogólne wytyczne do oceny, Wydanie drugie, 15.02.2011.

zabezpieczenie przed wyciekaniem, w celu zapewnienia higieny i uniknięcia niepotrzebnych powikłań. W zależności od stopnia nasilenia NTM, można dostosować odpowiedni rodzaj środka absorpcyjnego do potrzeb pacjenta.

| Nazwa środka/stopień NTM | Wskazywane cechy środka | Wskazywane zastosowanie |
|--|--|--|
| Wkłady anatomiczne /Lekki NTM/  | <ul style="list-style-type: none"> ■ Przyklejane do bielizny ■ Mniejsze, w kształcie podpaski ■ Mniejsza chłonność ■ Dobry kształt, łatwe mocowanie | <ul style="list-style-type: none"> ■ Dla osób aktywniejszych (także zawodowo), mobilnych, samodzielnych, chodzących ■ Dla osób z lekkim NTM |
| Pieluchy anatomiczne /Średni NTM/  | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu ■ Wykonane z materiałów chłonących: pulpy celulozowej i absorbentu zamieniającego mocz w żel | <ul style="list-style-type: none"> ■ Dla osób na wózkach inwalidzkich, osób otyłych oraz trwale unieruchomionych |
| Majtki chłonne /Średni lub ciężki NTM/  | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ścisłe przyleganie do ciała ■ Zakładane i zdejmowane jak zwykła bielizna | <ul style="list-style-type: none"> ■ Rekomendowane są dla osób częściowo samodzielnych oraz częściowo mobilnych ■ Stworzone z myślą o ochronie osób w średnim i ciężkim stopniu nietrzymania moczu |
| Pieluchomajtki /Ciężki NTM/  | <ul style="list-style-type: none"> ■ Mocowane rzepami ■ Większe niż wkłady anatomiczne ■ Wysoce chłonny, szybko działający wsad ■ Dobra, duża chłonność ■ Stosunkowa łatwość zakładania | <ul style="list-style-type: none"> ■ Dla osób z mniejszą samodzielnością, niemobilnych, wymagających opieki, pacjenta leżącego |
| Podkłady /Ciężki NTM/  | <ul style="list-style-type: none"> ■ Wykonane z materiału chłonącego: masy celulozowej, pokrytej włókniną wierzchnią ■ Dolna warstwa z materiału zabezpieczającego przed przemakaniem | <ul style="list-style-type: none"> ■ Dla osób niesamodzielnych, wymagających opieki, pacjenta leżącego |

Osoby (nie)samodzielne w strategii na rzecz odpowiedzialnego rozwoju

14 lutego 2017 roku Rada Ministrów przyjęła *Strategię na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)*, którą przygotowało Ministerstwo Rozwoju we współpracy z innymi resortami oraz partnerami społecznymi. Nowa strategia stanowi kompleksową odpowiedź zarówno na dotychczasowe błędy transformacji, jak i na nowe wyzwania stojące przed szeroko definiowaną polityką społeczno-gospodarczą współczesnego państwa. W wyniku prac rządowych, eksperckich i konsultacyjnych wypracowano wizję rozwojową połączoną z ekonomicznym pragmatyzmem, której celem jest wzmocnienie i unowocześnienie polskiej gospodarki⁶⁵.

W dokumencie również uwzględniono sytuację osób niesamodzielnych i ich opiekunów. Zgodnie z prognozami, w najbliższych latach nastąpi gwałtowny wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne, w tym usługi pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i opiekuńcze, związane ze wzrostem liczby osób starszych i niesamodzielnych w społeczeństwie.

Polska, na tle krajów OECD, znajduje się na jednym z ostatnich miejsc pod względem udziału wydatków na ochronę zdrowia w ogóle PKB. W rezultacie dla wielu rodzin niestety jedynym wyborem pozostaje opieka nieformalno-rodzinna, związana albo z dużym obciążeniem finansowym (konieczność zatrudniania opiekunów), albo ryzykiem wykluczenia społecznego i zawodowego opiekunów - członków rodzin, z uwagi na konieczność całodobowej opieki.

Efektywnie realizowane (dostępne, dobrej jakości) usługi publiczne są istotnym czynnikiem regulacji zachowań społecznych i poprawy jakości życia. **Kierunek interwencji działań i środków publicznych w tym zakresie zakłada m.in. wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi, możliwie szeroki rozwój usług środowiskowych (opiekuńczych oraz asystenckich), a także wsparcie rodziny i opiekunów faktycznych w pełnieniu ich roli opiekuńczo-wychowawczej np. w postaci tworzenia regionalnych centrów wsparcia opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych - starszych, niepełnosprawnych.** Działania te mają na celu przede wszystkim odciążenie rodzin, a tym samym odraczanie w czasie konieczności całodobowej opieki instytucjonalnej nad podopiecznym i zwiększenie szans na zatrudnienie opiekunów, a także wzrost jakości opieki domowej sprawowanej nad osobami niesamodzielnymi⁶⁶.

Deinstytucjonalizacja zakłada stopniowe ograniczanie udziału osób przebywających w placówkach zamkniętych na rzecz zwiększania udziału wsparcia środowiskowego, co (ze względu na wciąż duży i rosnący w dłuższej perspektywie popyt) niekoniecznie oznacza ograniczanie liczby miejsc w samych instytucjach opiekuńczych. Z jednej strony umożliwi to aktywizację osób w wieku aktywności zawodowej, obciążonych dziś obowiązkami opiekuńczymi nad osobami niesamodzielnymi (dzieci, dorosłe osoby z niepełnosprawnością, rodzice), z drugiej zaś może sprzyjać podjęciu aktywności zawodowej osobom, które potrzebują szczególnego wsparcia w tym zakresie⁶⁷.

Działania dotyczące osób niesamodzielnych, jakie przewiduje strategia do 2020 r. to:

- Wsparcie rozwoju (w tym standaryzacja i certyfikacja jakości) usług asystenckich i opiekuńczych, w szczególności w warunkach domowych i pół-stacjonarnych. Włączanie obywateli i podmiotów ekonomii społecznej (w tym organizacji pozarządowych) w realizację usług społecznych na rzecz osób niesamodzielnych i zagrożonych wykluczeniem społecznym;

⁶⁵ Strategia na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), Warszawa 2017.

⁶⁶ Tamże.

⁶⁷ Tamże.

- Poprawa systemu kształcenia kadr medycznych (kadra lekarska, pielęgniarska i inny personel medyczny) m.in. poprzez: zwiększenie oferty dydaktycznej uczelni medycznych, wprowadzenie zachęt do podejmowania kształcenia na kierunkach deficytowych, wsparcie szkoleniowe dla lekarzy w zakresie umiejętności oceny zakresu ograniczeń funkcjonalnych spowodowanych naruszeniem sprawności organizmu, powiązane z orzecznictwem lekarskim o niepełnosprawności, a przyszłościowo także o niesamodzielności i jej stopniu, rozwój kształcenia praktycznego (np. symulacyjnego) oraz podyplomowego (w tym kształcenia specjalizacyjnego); optymalizacja kadr (i procesu ich kształcenia) do zmieniających się potrzeb epidemiologiczno-demograficznych i wdrażanych rozwiązań technologicznych, kształcenie „liderów zmiany” dla sektora zdrowia publicznego, powoływanie nowych zawodów, odpowiadających na zapotrzebowanie w systemie ochrony zdrowia.

Działania dotyczące osób niesamodzielnych, jakie przewiduje strategia do 2030 r. to:

- Poprawa dostępu do produktów i usług umożliwiających mobilność społeczną i zawodową, oraz zwiększających autonomię funkcjonowania społecznego (np. teleopieki, sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu kompensacyjnego, innowacyjnych technologii wspomagających dla osób starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych, bezpiecznych środków/usług transportowych, nowoczesnego sprzętu komputerowego).

Projekty strategiczne dotyczące osób niesamodzielnych to:

- Będący w trakcie opracowania dokument: **Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo - Uczestnictwo - Solidarność**, który będzie rekomendował nie tylko dobre praktyki w zakresie zdrowego i aktywnego starzenia się, ale przede wszystkim wytyczy kierunki reformy opieki nad osobami niesamodzielnymi,
- **(NIE)Samodzielni** - zintegrowane wiązki usług społecznych na rzecz osób niesamodzielnych, które zmniejszą ryzyko nadmiernego obciążenia opieką opiekunów nieformalnych (opieka wspierająca, opieka „wytchnieniowa”, opieka zastępcza) oraz umożliwią im łączenie aktywności społecznej i zawodowej z opieką.

Opieka długoterminowa (ODT) - w kierunku integracji polityki zdrowotnej z polityką społeczną

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zadaniem systemów opieki długoterminowej jest „zapewnienie osobie, która przez długi czas nie jest w pełni zdolna do samoopieki, możliwości utrzymania możliwie najlepszej jakości życia, tzn. możliwie największego zakresu niezależności, samodzielności, uczestnictwa w życiu społecznym, spełnienia osobistego i godności”⁶⁸.

W związku z tym, że liczba osób starszych rośnie w Polsce bardzo szybko, kwestia zapewnienia im długoterminowej opieki staje się niezbędna. Społeczeństwo polskie należy do najszybciej starzejących się społeczeństw Unii Europejskiej (UE): do roku 2060 udział osób w wieku 65-79 lat w populacji ma się zwiększyć dwukrotnie, a udział osób w wieku powyżej 80 lat - nawet trzykrotnie. W związku z powyższym udział procentowy osób w wieku emerytalnym w populacji zwiększy się skokowo z 14,0 w 2015 do 27,8 w roku 2060⁶⁹.

⁶⁸ Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce, Warszawa 2015.

⁶⁹ Tamże.

W Polsce, świadczenia i usługi dostępne w ramach opieki długoterminowej są rozproszone pomiędzy różne części systemu zabezpieczenia społecznego, co prezentuje poniższa tabela⁷⁰.

| Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia i w systemie pomocy społecznej | | |
|---|---|---|
| | System ochrony zdrowia | System pomocy społecznej |
| Akt prawny | Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej | Ustawa o Pomocy Społecznej i rozporządzenia wykonawcze |
| Rodzaje świadczeń | Usługi opiekuńcze Opieka instytucjonalna | Opieka domowa Opieka instytucjonalna Pomoc finansowa |
| Kryterium dostępności | Sprawność ADL 0-40 punktów w skali Barthel Stan zdrowia wymagający systematycznych interwencji pielęgnacyjnych 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) |
| Opieka stacjonarna | Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO) | Domy pomocy społecznej (DPS) dla: <ul style="list-style-type: none"> - osób w podeszłym wieku - osób przewlekle somatycznie chorych - osób przewlekle psychicznie chorych - dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie - dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie - osób niepełnosprawnych fizycznie |
| Odpłatność za pobyt w placówkach stacjonarnych | Pacjent - koszty wyżywienia 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 |

Tabela 18. Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia i w systemie pomocy społecznej.

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.

Z analizy różnych danych dostępnych na stronach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że obecne zasoby umożliwiają świadczenie opieki długoterminowej tylko ¼ potrzebujących. Stąd liczne kryteria kwalifikacyjne ograniczające dostęp do tej opieki. Sytuację utrudnia niski standard materialny polskich seniorów (ale także ich dzieci) i niemożność sfinansowania potrzebnej opieki w ramach własnych środków. Powyższa sytuacja determinuje potrzebę zmiany w opiece długoterminowej. Politycy, eksperci w wielu dziedzinach, przedstawiciele instytucji rządowych i samorządowych, organizacje pozarządowe, w tym Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, zastanawiają się, jaki obrać kierunek, by zapewnić efektywną pomoc naszym niesamodzielnym seniorom i dać wsparcie tym, którzy w dużej mierze są samodzielni⁷¹.

⁷⁰ P. Będowski, M. Maciejasz, Rozwój opieki długoterminowej w Polsce - stan i rekomendacje, Nowiny Lekarskie, 2013, 82, 1.

⁷¹ E. Szałkiewicz, Opieka długoterminowa w Polsce - cisza przed burzą, Kwartalnik NTM, 2017, 1(60).

Dlatego, coraz częściej pojawia się postulat dot. większej integracji polityki zdrowotnej z polityką społeczną, których efektem byłoby skoordynowanie opieki długoterminowej i stworzenie spójnego systemu wsparcia. Istota tych zmian tkwi w uznaniu opieki długoterminowej za obszar międzyresortowy. Przyjęcie koncepcji międzyresortowości umożliwi stworzenie systemu kompleksowej, multidyscyplinarnej i koordynowanej opieki nad ogromną grupą osób, które potrzebują jednocześnie wsparcia socjalnego i medycznego.

Koalicja na pomoc niesamodzielnym, której członkowie brali udział w wieloletnich próbach uporządkowania tego obszaru świadczeń, pod koniec ubiegłego roku zaproponowała kierownictwu obu ministerstw, by ich zadania i działania kierowane do osób niesamodzielnymi, wymagających długotrwałej opieki zostały ujęte w jeden, międzyresortowy obszar, stworzony poprzez koordynację działań na wszystkich szczeblach od gminnego do krajowego. W założeniach do Ustawy o koordynowanej opiece długoterminowej, łączącej elementy polityki zdrowotnej i społecznej, przygotowanych przez Koalicję na Pomoc Niesamodzielnym, zostało uwzględnionych szereg dokumentów wypracowanych w latach ubiegłych⁷², w tym m.in.:

- Założenia do projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym; Przygotowane przez Zespół powołany przez Ministra Zdrowia w drodze zarządzenia (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 3, poz. 7, z późn. zm.) 2007-2009;
- Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym; Przygotowany przez zespół ekspertów powołany przez senatora RP Mieczysława Augustyna 2010-2015;
- Założenia polityki społecznej wobec osób starszych do roku 2030; Bezpieczeństwo - Uczestnictwo - Solidarność - 2016 Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej;
- Strategia na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 - projekt strategiczny (Nie)Samodzielnym) Ministerstwa Rozwoju.

Należy również odnotować uchwałę Rady Ministrów z 20 grudnia 2016 r., która dotyczy programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”. Ważnym elementem programu ma być m.in. powołanie na szczeblu samorządu powiatowego ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych, umożliwiających objęcie wsparciem osób niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku 0-7 lat. Jak zaznaczają autorzy tego projektu, proponowane w programie formy działań, kierowane do osób niepełnosprawnych i ich rodzin, wynikają z diagnozy oraz analizy posiadanych zasobów.

Ponieważ problemem nie do pominięcia jest stabilne źródło finansowania, Koalicja w swojej propozycji uwzględniła to, co było wypracowane wcześniej przy okazji wieloletniej pracy ekspertów i społeczników w różnych zespołach i komisjach. Najbardziej kompleksowa propozycja zawarta jest w założeniach do projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, przygotowanym przez zespół powołany przez Ministra Zdrowia w drodze zarządzenia (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 3, poz. 7, z późn. zm.) 2007-2009, któremu przewodniczyła prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska. Temat finansowania opieki długoterminowej został podjęty również przez zespół ekspertów powołany przez senatora Mieczysława Augustyna w latach 2010-2015, który przygotował projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym.

Podsumowując wszystkie problemy w opiece długoterminowej, wskazywane przez świadczeniodawców, personel, pacjentów, podopiecznych i innych interesariuszy, otrzymamy to, co wymaga naprawy:

- nie odpowiadająca rzeczywistym potrzebom i zgrupowana w większych miastach infrastruktura pomocowa, zarówno dotycząca opieki stacjonarnej całodobowej i dziennej,
- brak koordynacji i przerzucanie kosztów między systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- bardzo ograniczony zakres rzeczywistego, indywidualnego wsparcia w gminnych ośrodkach pomocy społecznej i ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia pieniężne, opiekuńcze i medyczne - brak indywidualnego odniesienia do stanu zdrowia, sprawności i funkcjonowania,
- świadczenia zdrowotne, pielęgnacyjne i usługi opiekuńcze niezdefiniowane, niestandardyzowane, nie wycenione, nieadekwatne do potrzeb i z ograniczoną dostępnością,
- brak pomocy dla opiekunów nieformalnych, także tych, chcących łączyć pracę zawodową z opieką⁷³.

⁷² Tamże.

⁷³ Tamże.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Analiza systemu opieki zdrowej w Polsce wskazuje na szereg wad organizacyjnych, w tym funkcjonowania systemu refundacyjnego, dotyczącego leczenia i utrzymania higieny pacjentów z NTM. Przedstawione w raporcie analizy, skłaniają do podsumowujących wniosków i rekomendacji.

OGÓLNE

- 1. W Polsce zauważalny jest problem braku komunikacji na linii pacjent-lekarz (lekarz POZ, lekarz rodzinny, lekarz ginekolog oraz pacjent - pielęgniarka/położna) i co za tym idzie, wiedzy chorego na temat profilaktyki i leczenia nietrzymania moczu.**

Niemal połowa pacjentów nie zgłasza tego problemu lekarzowi pierwszego kontaktu, pielęgniarcze czy też ginekologowi lub położnej, gdyż jest to kwestia natury intymnej, wiążąca się z poczuciem wstydu, skrępowaniem przed rozmową oraz obniżonym poczuciem własnej wartości. Zaburza również wiele obszarów codziennej aktywności - ma wpływ na funkcjonowanie społeczne, emocjonalne, rodzinne oraz ekonomiczne.

Rekomenduje się rozszerzenie działań edukacyjnych, poprzez informowanie opinii publicznej o metodach profilaktyki, dostępnych środkach pozwalających zachować podstawową higienę ciała, dostępnych w Polsce terapiach zachowawczych zabiegowych, a także placówkach wyspecjalizowanych w leczeniu NTM i lekarzach specjalizujących się w tej dziedzinie.

- 2. Pierwszymi osobami, które powinny zdiagnozować i odpowiednio pokierować pacjenta z NTM, są pielęgniarka i lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Od ich decyzji często zależą dalsze etapy terapii.**

Lekarz oraz pielęgniarka POZ powinni posiadać wiedzę z zakresu profilaktyki, diagnostyki, metod leczenia NTM, a także rodzajów środków absorpcyjnych, do których dostęp pacjent powinien mieć na wszystkich etapach terapii.

Rekomenduje się poszerzenie działań edukacyjnych wobec pielęgniarek i lekarzy POZ w celu usprawnienia działań profilaktycznych (m.in. ćwiczenia mięśni dna miednicy, odpowiednia dieta), procesu diagnostycznego (m.in. prawidłowo wykonany wywiad), wskazania kolejnych etapów postępowania w przypadku leczenia nietrzymania moczu (metody inwazyjne jako ostateczność), oraz zdobycia wiedzy na temat możliwości zaopatrzenia pacjentów w odpowiedni rodzaj i rozmiar środka absorpcyjnego.

- 3. W zależności od lekarza specjalisty, do którego trafi pacjent z NTM, wdrażane jest inne postępowanie terapeutyczne. Brakuje holistycznego podejścia do problemu.**

Brakuje obecnie rekomendacji, które usystematyzowałyby obszary pracy lekarza rodzinnego, geriatry, ginekologa oraz urologa na poszczególnych etapach rozpoznania, diagnostyki, leczenia oraz pielęgnacji w różnych rodzajach NTM.

Istotne jest również wypracowanie wytycznych dla pielęgniarek i położnych, które w ostatnim czasie zostały uprawione do samodzielnego wypisywania zleceń na refundowane środki absorpcyjne oraz fizjoterapeutów, których zakres kompetencji w tej dziedzinie ciągle się poszerza.

Rekomenduje się rozszerzenie działań edukacyjnych wobec urologów, ginekologów, geriatrów oraz fizjoterapeutów, pielęgniarek i położnych. W ramach postulowanych działań edukacyjnych powinno się położyć nacisk obok kompetencji medycznych (obejmujących współpracę z lekarzami innych specjalności lub/i fizjoterapeutami, pielęgniarkami i położnymi), także na umiejętności skutecznej komunikacji z pacjentem.

HIGIENA NA KAŻDYM ETAPIE LECZENIA

1. **W NTM, podobnie jak w innych zaburzeniach funkcji ciała, bez odpowiedniego zabezpieczenia osób chorych w środki i produkty kompensujące utraconą sprawność, żaden system wsparcia społecznego nie może prawidłowo funkcjonować.**

Pielęgnację skóry należy traktować jako podstawę, o którą należy dbać przez cały proces leczenia NTM. Jest to zadanie dla wszystkich, zarówno dla pacjenta, jego opiekunów, jak i pielęgniarki, położnej, lekarza czy fizjoterapeuty. Brak zachowania higieny oznacza, że efekty leczenia, rehabilitacji czy opieki będą niewspółmiernie niższe do efektów oczekiwanych.

Istotą w tym przypadku jest skuteczne zabezpieczenie skóry przed drażniącym działaniem moczu. Odpowiedzią na te potrzeby są produkty chłonne lub sprzęt do zbiórki moczu, których podstawową funkcją jest zebranie wypływającego bezwiednie moczu, wyeliminowanie nieprzyjemnego zapachu, utrzymanie produktu w miejscu, dyskrecja, możliwość i umiejętność samodzielnego zakładania, brak uszkodzeń skóry i zakażeń dróg moczowych, komfort i suchość skóry oraz utrzymanie normalnej aktywności życiowej.

2. **Od ponad roku trwają w Polsce prace legislacyjne nad projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Jedną z ważniejszych, szeroko komentowanych zmian, którą ma obejmować znowelizowana ustawa, jest wprowadzenie do refundacji wyrobów medycznych (w tym środków absorpcyjnych odpowiadających za utrzymanie higieny skóry), zasad analogicznych do obowiązujących w refundacji leków.**

- Dotychczas prezentowane przez Ministra Zdrowia wersje projektu nowelizacji ustawy nie dają jakiegokolwiek gwarancji zmian rekomendowanych w ubiegłorocznej edycji raportu, czyli:
 - wprowadzenie jednego, jasnego kryterium medycznego, uprawniającego do refundacji środków absorpcyjnych tak, jak jest to w innych krajach Unii Europejskiej;
 - zwiększenie dostępu do refundowanych środków absorpcyjnych poprzez uproszczenie limitowania tylko do limitu cenowego lub zwiększenie limitów ilościowych oraz rozszerzenie refundowanego asortymentu w celu umożliwienia sensownego zarządzania problemem NTM oraz uniknięcia powikłań zdrowotnych, np. stanów zapalnych skóry i dróg moczowych;
 - zwiększenie poziomu finansowania wyrobów medycznych, bez którego nie będzie możliwa poprawa jakości i dostępności do wyrobów medycznych.

Natomiast ostatnie 12 miesięcy pokazało, że dzięki zastosowaniu dużo prostszego rozwiązania, jakim była nowelizacja rozporządzenia MZ w sprawie wykazu wyrobów medycznych, można uzyskać odczuwalny, pozytywny efekt poprawy, czym było poszerzenie listy osób uprawnionych do przepisywania refundowanych wyrobów medycznych. Zmiana ogłoszona 31 maja br. poszerzyła listę osób uprawnionych do przepisywania środków absorpcyjnych między innymi o lekarza ginekologa.

- Ostatni rok udowodnił również, że wprowadzenie systemu analogicznego do refundacji leków, może negatywnie wpłynąć na jakość produktów dostępnych dla chorych w ramach refundacji. Sytuacja bowiem, w której to urzędnik, 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, oraz z wyeliminowaniem z refundacji produktów droższych o najwyższej jakości. W przypadku środków absorpcyjnych oszczędności mogą być pozorne z uwagi na fakt, że gorsza jakość produktu przekłada się natychmiast na konieczność zwiększenia ich zużycia na dobę.
- Kolejnym problemem wynikającym z wprowadzenia w systemie refundacji wyrobów medycznych rozwiązań analogicznych do refundacji leków jest ryzyko spadku dostępności do refundowanych środków absorpcyjnych. Poprzez wprowadzenie skomplikowanych list refundacyjnych, jak to ma miejsce w przypadku leków refundowanych, Ministerstwo Zdrowia naraża siebie i pacjentów na ograniczenia w dostępności tych produktów. Należy wziąć pod uwagę, że na tego typu listy wprowadzane byłoby kilkaset zróżnicowanych środków absorpcyjnych - różnych typów i rozmiarów produktów, dla których regulator musiałby stworzyć co najmniej 20 grup limitowych w miejsce aktualnych dwóch. Listy, zmieniające się co kilka miesięcy, wymagałyby od pacjentów ciągłego ich śledzenia i sprawdzenia, czy używany przez nich produkt jest w dalszym ciągu objęty refundacją, a jeżeli tak, to w jakim limicie cenowym i ilościowym.

- Ryzyko ograniczenia dostępności może przejawiać się również zmniejszeniem liczby placówek oferujących refundowane środki absorpcyjne. Część aptek oraz sklepów medycznych może wycofać się ze sprzedaży w ramach refundacji ograniczając się jedynie do produktów OTC. Taki trend można zauważyć w lekach (np. furagina, sildenafil) po wprowadzeniu ustawy refundacyjnej w 2011 r.
- Kolejne ryzyko ograniczenia dostępności środków absorpcyjnych wiąże się z koniecznością składania przez producentów i dystrybutorów czasochłonnych i kosztochłonnych wniosków, co skutecznie może zniechęcić część z nich do ubiegania się o refundację.
- Brak jest realnych podstaw do prognozowania oszczędności, jakie budżet państwa mógłby osiągnąć na wprowadzeniu tego typu zmian. Już teraz ceny i poziom refundacji środków absorpcyjnych w Polsce należą do najniższych w Europie.
- Na tle procedowanej ustawy zauważalny jest brak wypracowanej polityki polskiego rządu wobec sektora wyrobów medycznych, który charakteryzuje się ponadprzeciętną innowacyjnością oraz różnorodnością, przez co stanowi wyzwanie dla każdego krajowego regulatora.

Działania rządu powinny dążyć w pierwszej kolejności do wypracowania dokumentu określającego politykę państwa polskiego wobec wyrobów medycznych w kontekście oczekiwanych potrzeb pacjentów, utrzymywania lub podnoszenia poziomu jakości, poszerzania dostępności, przy jednoczesnym optymalizowaniu wydatków. Istotne jest również uwzględnienie, aby polityka rządu polskiego wobec wyrobów medycznych uwzględniała strategię rozwoju gospodarczego państwa, zawartą w dokumencie pt. *Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)*.

Ograniczenia budżetowe, wynikające z niskich nakładów na służbę zdrowia wymuszają na Ministrze Zdrowia szukanie rozwiązań kompromisowych. W przypadku refundacji środków absorpcyjnych należałoby rozważyć możliwość zróżnicowania poziomu refundacji dla poszczególnych grup pacjentów tak, aby zwiększyć limity ilościowe w pierwszej kolejności dla osób niesamodzielnych z dużym stopniem NTM.

Nadal wyzwaniem dla Polski jest zmiana kryteriów chorobowych. Docelowym rozwiązaniem powinno być uproszczenie kryteriów do „nietrzymania moczu”, tak jak to ma miejsce w pozostałych krajach Unii Europejskiej. Ważnym elementem jest również dążenie do uproszczenia systemu refundacji poprzez przejście na elektroniczne e-zlecenie, umożliwiające likwidację jednego etapu, jakim jest konieczność potwierdzania zleceń papierowych w punktach ewidencyjnych NFZ.

LECZENIE NTM

1. Fizjoterapia w NTM odgrywa dużą rolę zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu tego schorzenia. Równie istotna jest jako forma rehabilitacji urologicznej po leczeniu (np. po radykalnej prostatektomii).

Obecnie w Polsce żadna forma leczenia wchodząca w zakres fizykoterapii NTM nie jest refundowana z budżetu państwa. Pacjenci chcąc skorzystać z treningu mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla), metody biofeedback czy elektrycznej stymulacji mięśni, zmuszeni są pokryć koszt ćwiczeń z własnej kieszeni. W Polsce brakuje również profilaktycznych programów NTM, w ramach których fizjoterapia powinna być traktowana nie tylko jako postępowanie wtórne, ale i pierwotne (np. kobiety przed i w trakcie ciąży). Pojedyncze próby uruchomienia na poziomie lokalnym tego typu programów profilaktycznych są tylko potwierdzeniem, jak mało zaawansowany jest to jeszcze proces.

Dlatego istotną zmianą byłoby wprowadzenie jakiegokolwiek formy refundacji zachowawczych metod profilaktycznych, takich jak np. trening mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla), trening kontroli mikcji, zapobieganie i redukcja zapań, biofeedback, elektryczna stymulacja mięśni dna miednicy czy trening pęcherza moczowego. Jeszcze bardziej pilne jest objęcie refundacją osób wymagających rehabilitacji urologicznej. Powinna ona obejmować osoby po leczeniu operacyjnym układu moczowo-płciowego.

- 2. Od 1 lipca 2016 r. zniesiono wymóg wykonywania badania urodynamicznego jako warunku refundacji leku zawierającego substancję czynną solifenacynę we wskazaniu zespół pęcherza nadreaktywnego.**

Wymóg wykonywania badania urodynamicznego został podtrzymany dla leków zawierających inną substancję czynną - tolterodynę. Zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych, badanie urodynamiczne nie jest konieczne, aby zdiagnozować OAB. Jest natomiast metodą inwazyjną, która wiąże się z ryzykiem uszkodzenia dróg moczowych i w konsekwencji zakażeń.

Dlatego wymóg badania urodynamicznego powinien zostać zniesiony dla pozostałych leków wymienionych w leczeniu OAB, a także dla wszystkich leków, które będą wprowadzane na listę leków refundowanych w przyszłości.

- 3. Jako „złoty standard” w leczeniu OAB określa się farmakoterapię realizowaną za pomocą leków antycholinergicznymi. Niestety w Polsce, na liście leków refundowanych w terapii OAB znajdują się jedynie dwie substancje (solifenacyna i tolterodyna).**

Pozostałe, dopuszczone do obrotu na terenie Polski substancje (np. fezoterodyna, tropium, darifenacyna, oksybutynina), nie są współfinansowane z budżetu państwa lub ich refundacja jest ograniczona do wąskiej grupy pacjentów w innych schorzeniach. Oksybutynina na przykład refundowana jest jedynie dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Dodatkowo, brak refundacji jakiegokolwiek substancji nowszej generacji, stanowi poważną barierę dla dużej części chorych, u których niepowodzeniem zakończyła się terapia za pomocą leków antycholinergicznymi.

Dlatego należy podtrzymać rekomendację wprowadzenia na listę leków refundowanych nowych, sprawdzonych substancji leczniczych w celu poszerzenia pacjentom możliwości indywidualnego dostosowania terapii. Szczególnie odczuwalny jest brak na liście leków refundowanych mirabegronu, który charakteryzuje się innym mechanizmem działania niż leki antycholinergiczne. Podczas, gdy w innych krajach Unii Europejskiej rozwija się leczenie skojarzone, polegające na łączeniu dwóch substancji leczniczych o odmiennym działaniu, np. solifenacyny i mirabegronu, w Polsce lekarz przepisujący receptę musi w pierwszej kolejności mierzyć się z możliwościami finansowymi pacjenta i kosztem efektywności terapii.

- 4. Od 1 września 2015 r. w ramach nowego programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” (ICD-10:N31), po spełnieniu kryteriów kwalifikacji, pacjenci mogą skorzystać z terapii za pomocą toksyny botulinowej.**

Dane za 2016 rok wskazują, że z programu lekowego skorzystała bardzo niewielka grupa osób z pęcherzem nadreaktywnym. Są to pacjenci po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym.

Rekomenduje się poszerzenie grupy pacjentów mogących skorzystać z leczenia toksyną botulinową, w przypadku niepowodzenia terapii I i II rzutu (leczenia farmakologicznego). Ostrzyknięcie botoksem pęcherza jest stosunkowo mało inwazyjnym zabiegiem, który może pomóc pacjentom borykającym się z nadczynnością pęcherza moczowego.

- 5. Polski system refundacji nadal nie oferuje możliwości skorzystania z mało inwazyjnego i odwracalnego 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. Brak refundacji w Polsce powoduje, że poddanie się wszczępieniu neuromodulatora w ośrodku poza granicami kraju, nie musi automatycznie oznaczać zwrotu środków przez NFZ. Wiąże się to ze skomplikowaną procedurą administracyjną i koniecznością uzyskania zgody NFZ oraz konsultanta krajowego ds. urologii.

Dlatego jedynym rozwiązaniem jest jak najszybsze umieszczenie w katalogu świadczeń refundowanych procedury neuromodulacji krzyżowej dla pacjentów z ciężkimi postaciami nietrzymania moczu, u których zawiodły wyżej wymienione metody leczenia. Neuromodulacja krzyżowa byłaby ostatnią szansą uniknięcia wysokoinwazyjnych zabiegów chirurgicznych, których efekty są już nieodwracalne (np. usunięcie pęcherza).

6. W Polsce jedną z nielicznych w pełni refundowanych metod leczenia wysiłkowego NTM są zabiegi operacyjne z użyciem taśm, które można wykonać niemal w każdej placówce posiadającej oddział urologiczny, bądź ginekologiczny.

Jeśli chodzi o liczbę wykonywanych rocznie zabiegów na wysiłkowe NTM z użyciem taśm, rozpiętość w poszczególnych placówkach jest ogromna. Taka sytuacja niesie za sobą pewne ryzyko, skutkujące rosnącą liczbą powikłań po tego typu zabiegach. Jednym z powodów jest błędna kwalifikacja wynikająca z braku wykwalifikowanego i doświadczonego lekarza specjalizującego się w uroginekologii w danej placówce. Innym czynnikiem zwiększającym ryzyko powikłań są niskie umiejętności operatora. Często również szukanie oszczędności przez szpitale powoduje wybór przez nie najtańszych dostawców materiałów medycznych, które ulegają szybko degradacji. W efekcie przybywa pacjentek poddających się reoperacji, co niesie za sobą koszty ekonomiczne i społeczne.

Dlatego należy przyspieszyć prace nad powstaniem referencyjnych ośrodków leczenia NTM. 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 nieprawidłowo wykonanych zabiegów. Innym możliwym rozwiązaniem, poprawiającym obecną sytuację w zakresie wszczepiania taśm, mogłoby być także certyfikowanie tzw. umiejętności uroginekologicznych. Tego typu certyfikaty przyznawane byłyby po przejściu specjalistycznego kursu przez uznane towarzystwa naukowe (np. Polskie Towarzystwo Urologiczne czy Polskie Towarzystwo Ginekologiczne).

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

1. Brakuje rozwiązań systemowych, które wzmocniłyby opiekę długoterminową, w tym opiekę nad pacjentem z NTM.

Skoordynowanie opieki socjalnej z opieką zdrowotną jest warunkiem poprawy jakości życia osób niesamodzielnych, szczególnie ludzi starych, którzy są bezradni i zdezorientowani z powodu barier prawnych i urzędniczych. Takie skoordynowanie wiązałoby się też z racjonalnym wydatkowaniem środków publicznych na ten zakres pomocy. Pomoc należy się również opiekunom nieformalnym. Zintegrowana opieka medyczna i socjalna jest promowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako rozwiązanie istotne dla jakości życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych oraz dla ekonomii w wymiarze indywidualnym i społecznym.

Dlatego, należy uznać założenia do Ustawy o koordynowanej opiece długoterminowej, która miałaby łączyć elementy polityki zdrowotnej i społecznej, za dobry kierunek zaproponowanych zmian. Bezwzględnym warunkiem jest jednak współpraca nad tym projektem dwóch resortów: zdrowia oraz rodziny, pracy i polityki społecznej, przy aktywnym wsparciu Ministerstwa Rozwoju i Finansów.

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” zostało założone w kwietniu 2007 roku przez pacjentów i z myślą o pacjentach borykających się z dolegliwością nietrzymania moczu (NTM).

Naszym głównym celem jest działanie na rzecz osób dotkniętych szeroko pojętym problemem NTM oraz propagowanie wiedzy na ten temat. Obecnie zrzeszamy około tysiąca osób w dziewięciu oddziałach oraz dwóch sekcjach (pęcherza i prostaty). Posiadamy oddziały wojewódzkie w:

- Bydgoszczy
- Łodzi
- Gdańsku
- Poznaniu
- Kielcach
- Warszawie
- Krakowie
- Wrocławiu
- Lublinie



Niezależnie od wieku, każdy, kogo dotyka ta intymna dolegliwość, może zostać naszym członkiem i aktywnie uczestniczyć w działalności Stowarzyszenia.

Rozwijając aktywności na rzecz osób dotkniętych NTM, organizujemy cykliczne spotkania edukacyjne z udziałem lekarzy specjalistów, pielęgniarek i fizjoterapeutów, a dla naszych członków zajęcia gimnastyczne wzmacniające mięśnie dna miednicy. Angażujemy się w analizę kosztów leczenia z punktu widzenia pacjenta, jak i systemu ochrony zdrowia. Postulujemy również o poszerzenie dostępu do leczenia OAB oraz zapewnienia odpowiedniego poziomu zaopatrzenia w środki absorpcyjne.



Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”

ul. Erazma Ciołka 13, 01-445 Warszawa

tel. 22 279 49 02

zg@uroconti.pl

www.uroconti.pl

Infolinia NTM: 801 800 038