



RAPORT

2018

PACJENT Z NTM

W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

C Z E R W I E C 2 0 1 8



ŚWIATOWY
TYDZIEŃ
KONTYNNENCJI 2018



ŚWIATOWY TYDZIEŃ KONTYNENCJI 2018

PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2018

7. edycja raportu

Opracowanie raportu:

Karolina Ciepela

Tomasz Michałek

Anita Poryszewska

oraz zespół HTA Consulting

Współpraca merytoryczna:

dr n. med. Mariusz Blewniewski

prof. dr hab. n. ekon. Piotr Błędowski

dr n. o zdr. Elżbieta Szwąlkiewicz

Opracowanie graficzne i skład:

Piotr Lisiecki

Realizacja wydawnicza: OCI Sp. z o. o.

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 2002-2018 podczas kampanii edukacyjno-informacyjnej Programu NTM.

PUBLIKACJA BEZPŁATNA

Wersję elektroniczną można pobrać ze strony www.ntm.pl

Warszawa, czerwiec 2018

WPROWADZENIE DO RAPORTU 5

WSTĘP 5

DEFINICJA NTM 6

EPIDEMIOLOGIA NTM 7

CZĘŚĆ I. SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM - DYNAMIKA ZMIAN 8

KOSZTY BEZPOŚREDNIE 8

Wizyty u specjalistów 9

Badania diagnostyczne 10

Fizjoterapia 12

Refundacja leków 13

Zabiegi operacyjne 15

Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ 18

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 28

FIZJOTERAPIA JAKO PIERWSZA LINIA LECZENIA 28

ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO 29

Farmakoterapia - brak II linii leczenia, ograniczona dostępność 30

Zabiegi małoinwazyjne 31

Leczenie chirurgiczne 32

WYSIŁKOWE NIETRZYMANIE MOCZU 33

Leczenie zachowawcze przy lekkim lub średnim nasileniu 33

Leczenie zabiegowe za pomocą taśm - złoty standard, ale coraz więcej powikłań 35

Ośrodki referencyjne - sposób na weryfikację kwalifikacji i doświadczenia 36

ZAOPATRZENIE W ŚRODKI ABSORPCYJNE 37

Refundacja - co nowego? 38

Dostępność - apteki, sklepy medyczne, supermarkety 41

Ocena systemu refundacji środków chłonnych. Implikacje dla planika publicznego i pacjentów 42

OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM 53

Osoby niesamodzielne 54

Osoby niepełnosprawne 57

WNIOSKI I REKOMENDACJE 59

OGÓLNE 59

HIGIENA NA KAŻDYM ETAPIE PROCESU LECZENIA 60

LECZENIE NTM 62

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 63

WPROWADZENIE DO RAPORTU

Szanowni Państwo,

W tym roku Stowarzyszenie Osób z NTM świętuje 10 lat istnienia. Również po raz dziesiąty obchodzony w Polsce będzie Światowy Tydzień Kontynencji. W tym czasie zostało opublikowanych 6 edycji raportu na temat sytuacji pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Dzisiaj oddajemy w Państwa ręce siódmą edycję zmodyfikowaną o najnowsze dane.

Nowością w raporcie jest z pewnością podjęcie współpracy z HTA Consulting, jedną z najstarszych firm specjalizujących się w Polsce w obszarze ocen technologii medycznych. Umożliwiło to głębsze przyjrzenie się zasadności zastosowania analizy HTA przy refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, takich jak np. środki absorpcyjne.

Autorzy raportu skorzystali również z szeregu najnowszych doniesień z międzynarodowych wydarzeń naukowych, w tym w szczególności z kongresu naukowego Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS - International Continence Society), który miał miejsce we wrześniu ubiegłego roku we Florencji oraz z Global Forum on Incontinence, zorganizowanym w kwietniu br. w Rzymie.

Jak co roku ważnym źródłem informacji była najnowsza edycja wytycznych w nietrzymaniu moczu Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. Prawdziwą kopalnią wiedzy okazały się pierwsze w Polsce rekomendacje w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji wydane przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Inkontynencja to jeden z bardziej rozpowszechnionych problemów współczesnego społeczeństwa, posiadająca według kryteriów WHO status choroby społecznej. W Polsce 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. Tym niemniej wraz z wiekiem ryzyko rośnie. Dlatego też, w dobie starzejącego się społeczeństwa oraz zmian cywilizacyjnych, istotna jest kompleksowa analiza społeczna i ekonomiczna kosztów NTM.

W ostatnich 12 miesiącach należy odnotować kilka przełomowych wydarzeń, które mają albo wkrótce będą miały istotny wpływ na sytuację osób z NTM w Polsce.

Bez wątpienia należą do nich dwie nowelizacje ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która zobowiązuje obecny i kolejne rządy do zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia do poziomu 6% w roku 2024. Zgodnie z jej treścią rząd co roku będzie określał dziedziny ochrony zdrowia na które przeznaczy dodatkowe środki. Nowelizacje były skutkiem ogólnopolskiego protestu lekarzy rezydentów.

W grudniu 2017 r., po ponad 3 latach procedowania Minister Zdrowia podjął negatywną decyzję w sprawie wpisania na listę leków refundowanych innowacyjnego leku zawierającego substancję czynną o nazwie mirabegron, pozbawiając w ten sposób pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywanego szansy na wprowadzenie w najbliższym czasie II linii leczenia farmakologicznego w tym schorzeniu.

18 stycznia 2018 r. Minister Zdrowia podpisał nowelizację rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie zwiększając m.in. limit ilościowy na pieluchomajtki i zamienniki z 60 szt. do 90 szt. miesięcznie. Rozporządzenie weszło w życie 3 marca 2018 r. i szybko okazało się, że ta pozornie niewielka zmiana uruchomiła wiele nieprzewidzianych i niekorzystnych dla pacjentów procesów w rozliczaniu refundacji. W efekcie trzy tygodnie później Minister Zdrowia został zmuszony do wydania komunikatu o natychmiastowym „zastosowaniu korzystnej dla pacjentów z ustawy Za Życiem interpretacji zmian w Rozporządzeniu”.

Również w styczniu 2018 r. Do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wpłynął wniosek Ministra Zdrowia o wydanie rekomendacji dla leku zawierającego substancję czynną o nazwie desmopresyna, stosowanej na świecie w leczeniu poliurii nocnej. Jest to pierwszy tego typu wniosek w Polsce dedykowany dla dorosłych osób zmagających się z nokturią.

13 kwietnia 2018 r. po wieloletnich oczekiwaniach Minister Zdrowia nowelizując rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dał zielone światło dla zastosowania neuromodulacji nerwów

krzyżowych w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych. Ku zaskoczeniu wszystkich interesariuszy obok urologów znaleźli się w rozporządzeniu również ginekolodzy, jako uprawnieni specjaliści do realizowania tego typu świadczenia. Tym samym rozporządzeniem wprowadzono do leczenia szpitalnego zabieg chirurgiczny radykalnej prostatektomii z użyciem technik robotycznych. Obydwie terapie będą oferowane w pierwszych polskich szpitalach najwcześniej pod koniec 2018 roku.

Również w kwietniu 2018 r. grupa osób niepełnosprawnych wraz z ich opiekunami opanowała budynek sejmu, spędzając w nim 40 dni. Głównym postulatem protestujących było zwiększenia pomocy finansowej. W efekcie, 9 maja sejm uchwalił ustawę o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, znosząc między innymi okresy użytkowania przy nabywaniu refundowanych wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych oraz ułatwiając tej grupie niepełnosprawnych dostęp do lekarzy i rehabilitantów. Zmiany wejdą w życie od 1 lipca 2018 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. Kolejny pełny rok (2017) funkcjonowania programu nie przyniósł zmian w liczbie pacjentów, którzy poddali się tej terapii. Ponownie skorzystało z niego mniej niż 100 osób.

Nietrzymanie moczu jest powszechną dolegliwością towarzyszącą osobom niesamodzielnym i niepełnosprawnym. 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-pielęgniacyjnych oraz z pielęgniarską opieką domową. Wynika to ze sztywnego podziału resortowego, jaki obowiązuje w Polsce (Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej). Ostatni rok nie przyniósł w tym obszarze systemowych zmian. Tym niemniej, w okresie ostatnich 12 miesięcy warto odnotować uruchomienie realizacji projektu rządowego pod nazwą „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnymi - nowe standardy kształcenia i opieki” oraz wniesienie przez klub parlamentarny Platformy Obywatelskiej do łaski marszałkowskiej w maju br. projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. Ważną informacją, szczególnie dla zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgniacyjno-opiekuńczych, było także ogłoszenie obwieszczenia przez prezesa AOTMiT określającego nowe, wyższe poziomy stawek za świadczenia realizowane w ramach opieki długoterminowej na kolejne lata.

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 jakiegokolwiek epizod niezależnego od woli wycieku moczu z pęcherza moczowego¹. Nietrzymanie moczu uważane jest za jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku i ma status choroby społecznej.

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.

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

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. zespół pęcherza nadreaktywnego/nadaktywnego typ mokry (OAB - overactive bladder) oraz mieszane NTM (połączenie wysiłkowego NTM i parć naglących). Nietrzymanie moczu może występować o różnym nasileniu - małym, średnim lub dużym. Przypadłość ta określana jest również mianem inkontynencji. Według Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji poza trzema podstawowymi typami nietrzymania moczu, występuje także nietrzymanie moczu z przepiętnia oraz pozazwieraczowe.

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 przedstawionych podczas tegorocznego forum GFI (ang. Global Forum On Incontinence) w Rzymie szacunki dotyczące występowania problemu nietrzymania moczu w całej populacji wahają się na poziomie 6-10%². Przyjmuje się, że w krajach rozwiniętych, problem nietrzymania moczu dotyczy przynajmniej 8% społeczeństwa. Szacowana liczba osób z problemem nietrzymania moczu na całym świecie w 2018 roku wyniesie około 423 milionów - 303 milionów kobiet i 121 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. Szacuje się, że problem ten dotyka ok. 2,5 mln osób. Jednakże, odsetek osób cierpiących na nietrzymanie moczu może być znacznie wyższy, gdyż intymny charakter schorzenia utrudnia zebranie rzetelnych danych.

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.

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. Nietrzymanie moczu występuje u blisko 90% osób przebywających w domach pomocy społecznej i domach później starości. 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), ilość ciąży i rodzaj przebytego porodu, a także przebyte zabiegi ginekologiczne, radioterapia narządów miednicy, choroby przewlekłe przebiegające z kaszlem, ciężka praca fizyczna, klimakterium, uwarunkowania genetyczne oraz przyjmowanie niektórych leków (np. benzodiazepiny)⁶.

² Global Forum On Incontinence 2018, Ian Milsom, Article: How big is the problem? Incontinence in numbers.

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.

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., Bedretidina D., Farag F., Rozenberg B.B, Guidelines on Incontinence, European Association of Urology, 2017.

⁶ Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji, red. E. Szwałkiewicz, Warszawa 2017, s. 19.

CZĘŚĆ I. SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM - DYNAMIKA ZMIAN

KOSZTY BEZPOŚREDNIE

Koszty związane z nietrzymaniem moczu (NTM) zostały podzielone w niniejszym opracowaniu 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 wizyt u specjalistów,
- koszty badań diagnostycznych,
- koszty fizjoterapii,
- koszty refundacji leków,
- koszty zabiegów operacyjnych,
- 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	2017	Dynamika (2017/2016)
Koszt refundacji leków na NTM (PLN)	3 230 490	7 598 335	6 555 487	7 550 178	9 074 847	12 666 644	20 570 469	+62,4%
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	b.d.	-
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	b.d.	-
Koszty cewników urologicznych (PLN)	8 253 294*	8 795 109*	9 036 642*	54 681*	4 139 259	4 335 866	4 807 000	+10,87%
Koszty zaopatrzenia osób z NTM w środki absorpcyjne (np. pieluchy anatomiczne,	173 817 000	179 000 000	184 295 000	195 205 334	208 909 742	225 598 100	244 823 000	+8,52%

pieluchomajtki) poniesione przez NFZ (PLN)								
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	146 893 800	+12,66%
Ogółem (PLN)	291 307 548	315 866 756	329 173 104	353 702 789	416 399 035	491 699 237	417 094 269	-

Tabela 1. Szacunkowe koszty z tytułu zachorowalności na NTM ponoszone w Polsce (w PLN).

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 2015-2017 sprawozdania NFZ w podanych kosztach uwzględniały pozycje: cewniki jednorazowe urologiczne do 180 sztuk miesięcznie lub w równoważności ich kosztu jednorazowe hydrofilowe cewniki urologiczne.

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 oraz lekarzy geriatrów. 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 2017 r. wyniosły odpowiednio:

Rodzaj poradni	położniczo-ginekologiczne	urologiczne
Liczba badań	8 836 643	2 543 530
Koszt badań	577 005 031,29 zł	167 888 229,83 zł

Tabela 2. Wydatki na finansowanie wizyt u specjalistów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

*Dane dotyczące liczby porad w poszczególnych przychodniach pochodzą z Uchwał Rady NFZ za 2017 r., natomiast koszt porad to kwota kontraktu na świadczenia z zakresu urologii oraz położnictwa i ginekologii.

Z kolei, wydatki NFZ poniesione w latach 2015-2016 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

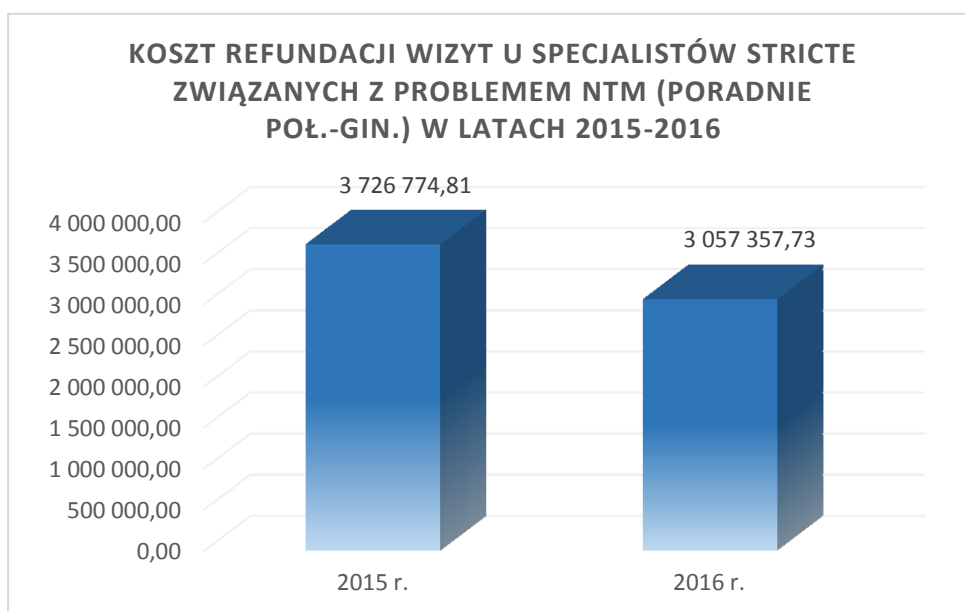
Tabela 3. Koszt refundacji wizyt u specjalistów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

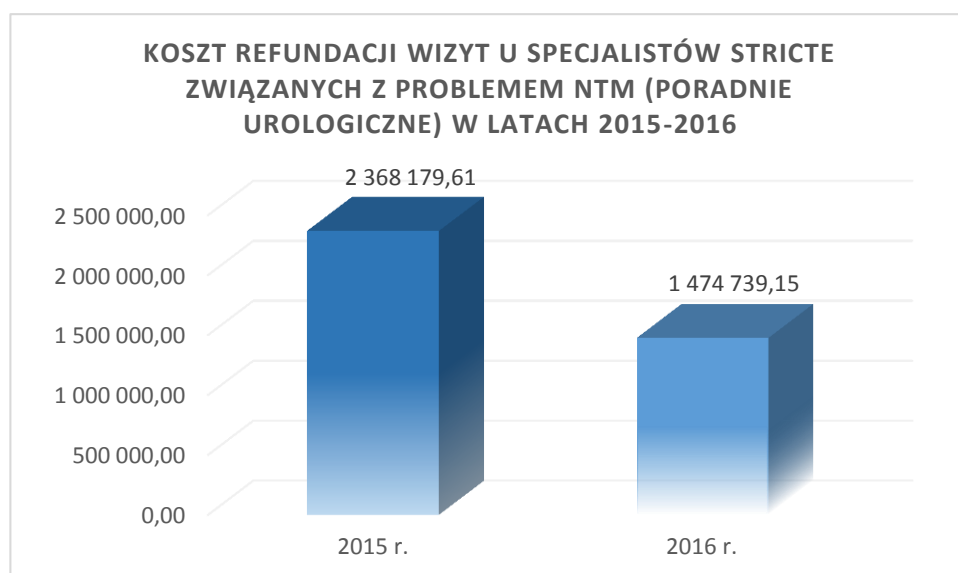
Liczba badań u specjalistów ściśle związanych z problemem NTM		
Rok	2015 r.	2016 r.
Poradnie położniczo-ginekologiczne	32 124	26 897
Poradnie urologiczne	28 057	15 019

Tabela 4. Liczba badań u specjalistów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



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



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

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, krwimoczu, 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.

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

DZIENNICZEK MIKCCJI

Imię

Nazwisko

Wiek

Dzień	Godzina	Ilość moczu oddanego porcję (ml)	Godzina	Napoje (ml)	Uwagi (np. epizody niekultury, moczenia nocnego, moczenia dziennego, parcia naglące, inne objawy)
Dzień 1					
Dzień 2					

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

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

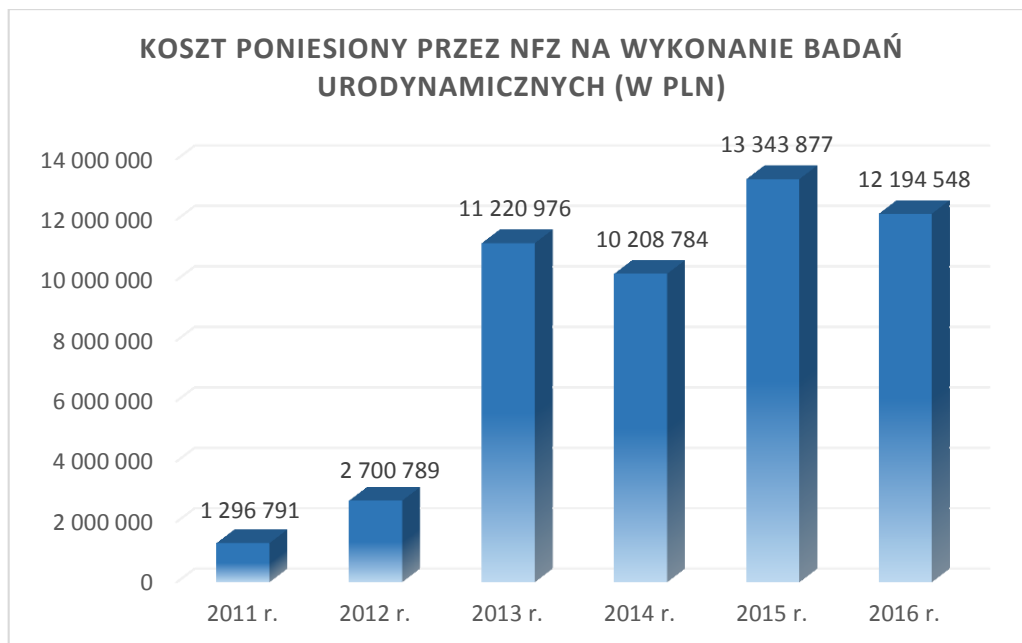
Należy podkreślić, że prawidłowo wykonana diagnostyka, która dokładnie określi rodzaj i przyczynę nietrzymania moczu jest absolutnie kluczowa dla powodzenia terapii NTM. Błędnie postawiona diagnoza niesie za sobą wysokie ryzyko nie tylko braku poprawy, ale wręcz pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.

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

Badania urodynamiczne są szeroko stosowane jako uzupełnienie diagnozy klinicznej, w przekonaniu, że mogą pomóc w dostarczeniu lub potwierdzeniu diagnozy, przewidzieć wyniki leczenia lub ułatwić doradztwo. Urodynamicę często wykonuje się przed inwazyjnym leczeniem wysiłkowego NTM.

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



Wykres 3. 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 mięśni dna miednicy, elektrostymulacja, biofeedback, trening pęcherza i trening kontroli mikcji, nazywany w innych krajach techniką oddawania moczu na żądanie oraz zapobieganie i redukcja zaparć.

Ćwiczenia mięśni dna miednicy (popularnie zwane ćwiczeniami Kegla) polegają na 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 lekarza specjalisty oraz fizjoterapeuty urologicznego, stosowanie technik biofeedback, dodatkowa elektrostymulacja oraz wykorzystanie innych urządzeń specjalistycznych zwiększają znacząco skuteczność terapii.

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.

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.

⁹ P. Dębiński, T. Niezgoda, 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.

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 pielęgnacyjnych¹².

Ponadto, zapobieganie i redukcja zaparć postrzegane są jako podstawowe działanie interwencyjne w zapobieganiu i leczeniu NTM. Międzynarodowe towarzystwa pielęgniarstwa uwzględniają ten fakt w rekomendacjach dotyczących opieki nad osobami z NTM¹³.

Obszar wspólnych działań lekarza i fizjoterapeuty jest bardzo ważny i pozwala na osiągnięcie efektu terapeutycznego¹⁴.

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

Refundacja leków

W 2017 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 2016 liczba leków dostępnych w tej terapii nie uległa zmianie.

Zgodnie z listą leków refundowanych wydaną przez Ministerstwo Zdrowia, wspomniane substancje przeznaczone są wyłącznie 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, aktualizowane co dwa miesiące.

W roku 2017 wydano łącznie **545 807 opakowań leków** stosowanych w przypadku leczenia NTM. Na refundację tych preparatów NFZ wydał **20 570 469,4 zł**.

Poniżej prezentujemy aktualne kwoty dofinansowania leków, które obowiązują od 1 maja 2018 r.

Substancja czynna	Dawka leku	Odpłatność pacjenta (%)	Przedział cenowy za lek (PLN)
Solifenacyna	5 mg/10 mg	30	72,36 - 112,34
Tolterodyna	1 mg/4 mg	30	6,48 - 104,69

Tabela 5. Leki stosowane w leczeniu NTM.

Źródło: obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2018 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.

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: Wytoczne dotyczące najlepszych rozwiązań w zakresie świadczenia usług pielęgniarstwa - Promowanie aktywności związanych z trzymaniem moczu z zastosowaniem techniki oddawania moczu na żądanie).

¹² J. Opara, T. Socha, A. Prajsner, A. Poświata, Fizjoterapia w wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiet. Część I. Aktualne rekomendacje dotyczące ćwiczeń według Kegla. Fizjoterapia, 2011, 19, 3, s. 41-49.

¹³ Wytoczne RNAO dot. najlepszych rozwiązań w zakresie świadczenia usług pielęgniarstwa w zakresie: Zapobieganie Zaparciom w Populacji Osób Starszych (The Nursing Best Practice Guideline, RNAO 2005) Wytoczne są dostępne do pobrania ze strony internetowej RNAO www.rnao.org/bestpractices.

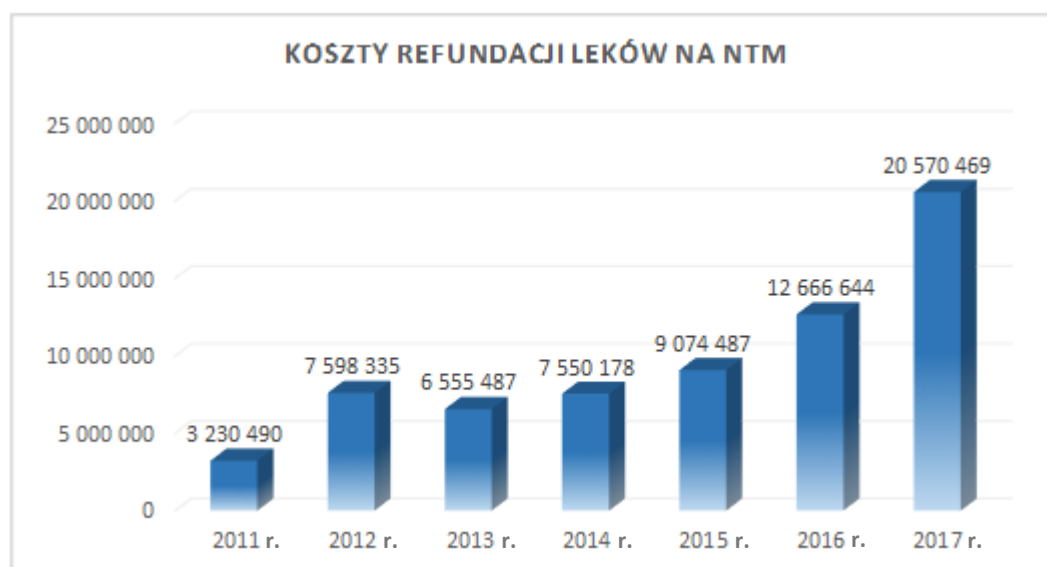
¹⁴ E. Narojczyk-Świeściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM 2016, 1(56).

Wartość refundacji wg cen leków oraz ilości wydanego leku w 2017 r.		
Nazwa substancji	Ilość wydanego leku (ilość opakowań)	Kwota refundacji (PLN)
Solifenacyna	302 948,33	16 006 630,71
Tolterodyna	242 859,00	4 563 838,71
Razem	545 807,33	20 570 469,4

Tabela 6. Wartość refundacji wg cen leków oraz ilości wydanego leku.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2017 r. łączna kwota wydana przez NFZ na refundację leków na nietrzymanie moczu **wzrosła o 62,4%**.

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



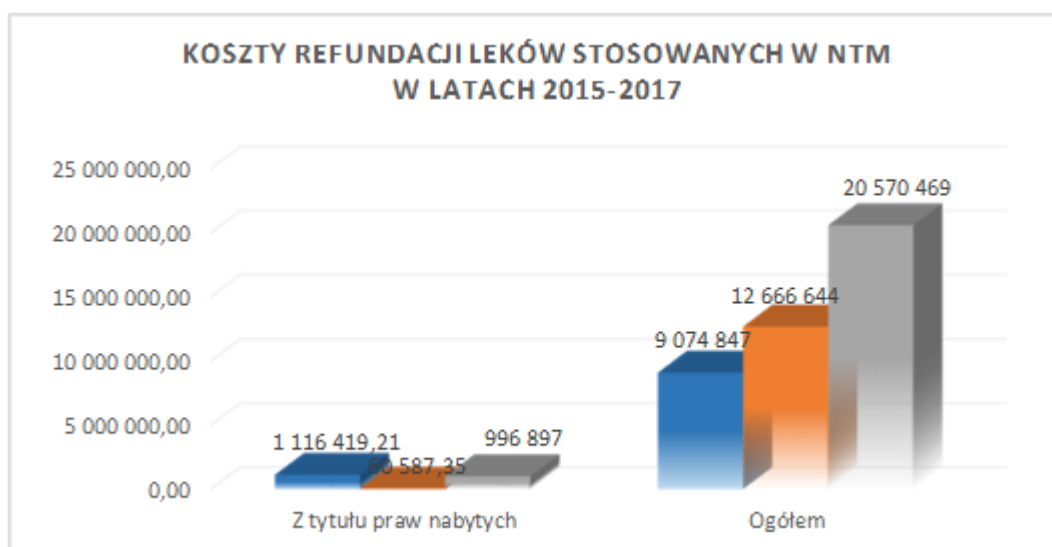
Wykres 4. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

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 cywilnej, niewidomym ofiarom działań wojennych. Poniżej przedstawiamy zestawienie uwzględniające te koszty.

Koszty leków stosowanych w leczeniu NTM refundowanych przez NFZ na innych zasadach z tytułu praw nabytych latach 2015 - 2017			
Rok	2015 r.	2016 r.	2017 r.
Razem (PLN)	1 116 419,21	60 587,35	996 897,26

Tabela 7. Koszty leków stosowanych w leczeniu NTM.
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, desmopresyna 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 5. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zabiegi operacyjne

Jeśli zajdzie potrzeba leczenia operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu lub mieszanej postaci NTM, do dyspozycji lekarzy 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)¹⁵.

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

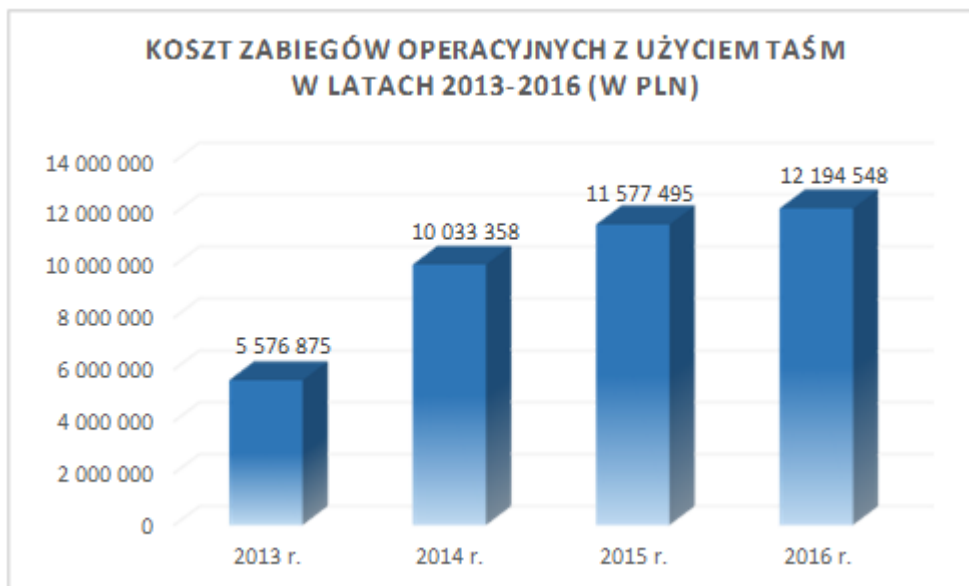


Wykres 6. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

¹⁵ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017.

Zabiegi z użyciem taśm

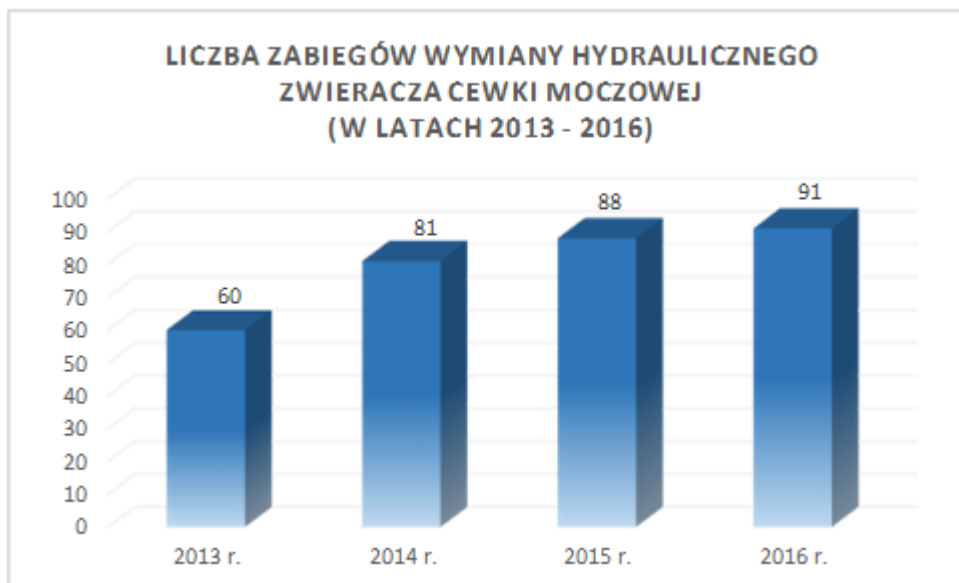
Poniżej przedstawione zostały dane dotyczące zabiegów z użyciem taśm, które zmieniały się na przestrzeni lat 2013-2016.



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

Zabiegi wymiany hydraulicznego zwieracza cewki moczowej

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



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



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

Zabiegi z użyciem toksyny botulinowej typu A rozliczanych w ramach programu lekowego

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 wywieracza (ICD-10:N31).”

W 2017 r. zostały zarejestrowane **łącznie 64 świadczenia**, których koszt wyniósł **42 720 zł**. W porównaniu do roku 2016 nastąpił spadek o 32,5%, spowodowany zmniejszeniem jednostek rozliczeniowych.

Okres	2016 r.		2017 r.	
	Liczba pacjentów	Kwota refundacji (w PLN)	Liczba pacjentów	Kwota refundacji (w PLN)
dolnośląski	0	0	0	0
kujawsko-pomorski	2	1 810	2	1 663
lubelski	9	7 239	17	9 422
lubuski	8	7 239	5	5 542
łódzki	0	0	13	7 205
małopolski	0	0	0	0
mazowiecki	11	12 065	6	3 370
opolski	0	0	0	0
podkarpacki	6	6 636	0	0
podlaski	0	0	0	0
pomorski	8	9 652	10	5 542
śląski	6	1 810	3	1 108
świętokrzyski	0	0	0	0
warmińsko-mazurski	0	0	0	0
wielkopolski	4	3 619	3	3 325
zachodniopomorski	10	13 271	5	5 542
Razem	64	63 340	64	42 720

Tabela 8. Zabiegi z użyciem toksyny botulinowej typu A.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Uchwały Rady NFZ.

Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ

Zasady refundacji

Zasady refundacji środków absorpcyjnych reguluje **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie**¹⁶. Znowelizowane rozporządzenie, po ogłoszeniu pierwszej wersji 5 grudnia 2017 r. i przejściu konsultacji społecznych, weszło w życie od 3 marca 2018 r. Rozporządzenie stanowi nowelizację wydanego w ubiegłym roku rozporządzenia określającego zasady refundacji wyrobów medycznych (z dnia 29 maja 2017 r.), uchwalonego na mocy Ustawy z dnia 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Zgodnie ze znowelizowanym rozporządzeniem, w dalszym ciągu Narodowy Fundusz Zdrowia dofinansowuje pięć rodzajów środków absorpcyjnych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady oraz wkłady anatomiczne. Zmienione zostały limity ilościowe na środki absorpcyjne, przy zachowaniu dotychczasowych limitów cenowych. Osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu w ramach refundacji, po spełnieniu kryterium chorobowego, przysługuje do 90 sztuk produktów chłonnych miesięcznie przy 30% dopłacie pacjenta oraz limicie cenowym 90 zł. Z kolei osoby z chorobą nowotworową mają prawo do 100% refundacji do 90 sztuk środków absorpcyjnych przy limicie cenowym 77 zł.

Ostatni raz limit ten został zwiększony w 1999 roku, podobnie jak limit cenowy, czyli 18 lat temu. W tym czasie nakłady na publiczną służbę zdrowia wzrosły ponad dwukrotnie.

Pozostałe warunki refundacyjne, takie jak: kryteria chorobowe, wykaz osób uprawnionych oraz poziom dopłaty pacjenta, nie uległy zmianie.

Mimo wielokrotnie zgłaszanych 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, do których należą: choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły otępienne, choroby układu nerwowego oraz uszkodzenie układu nerwowego, pokarmowego lub dróg moczowych, wynikające z wad rozwojowych, pochodzenia jatrogenne lub pourazowego. 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^{17,18}.

Osobom spełniającym kryteria chorobowe, w ramach refundacji, przysługuje raz na miesiąc do 90 sztuk materiałów chłonnych (tj. 3 szt. na dobę) niezależnie od ich rodzaju, bez względu na ciężkość schorzenia. Wysokość refundacji dla osób z chorobą nowotworową wynosi 100% przy limicie finansowym 77 zł (0,86 zł/szt.), natomiast pozostałym osobom przysługuje refundacja z 30-procentową odpłatnością przy nieco wyższym limicie finansowym - tj. 90 zł (1,00 zł/szt.). Rozporządzenie nie różnicuje wysokości limitu w zależności od nasilenia NTM. Poniższy rysunek szczegółowo prezentuje zasady refundacji materiałów chłonnych ze środków publicznych. Kolorem czerwonym oznaczono kryteria, które uległy zmianie w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, dostępne na stronie internetowej: <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2018/281/1>.

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Rodzaj środka	Limit ilościowy	Limit finansowy	Dopłata pacjenta	Osoby uprawnione do wypisywania zleceń	Kryteria chorobowe
pieluchomajtki lub pieluchy anatomiczne lub majtki chłonne lub podkiady lub wkłady anatomiczne	90 szt. /msc	77 zł 90 zł	0% 30%	<ul style="list-style-type: none"> • Lekarz ze specjalizacją w: <ul style="list-style-type: none"> ○ chirurgii ogólnej, dziecięcej lub onkologicznej ○ onkologii klinicznej, chemioterapii nowotworów lub onkologii i hematologii dziecięcej ○ geriatrici ○ urologii ○ ginekologii onkologicznej ○ położnictwa i ginekologii ○ neurologii lub neurologii dziecięcej ○ medycyny rodzinnej ○ pediatrii ○ chorób wewnętrznych • Lekarz POZ • Felczer ubezpieczenia zdrowotnego • Pielęgniarka lub położna posiadająca dyplom ukończenia studiów II stopnia (pielęgniarstwo lub położnictwo)* • Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych 	<ul style="list-style-type: none"> • Choroba nowotworowa przebiegająca w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej • Przetoki nowotworowe • Nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych • Powikłania po leczeniu chorób nowotworowych <p><u>NTM (bez wysiłkowego) lub nietrzymanie stolca i wystąpienie głębokiego upośledzenia umysłowego, zespołów otepiennych, wad wrodzonych i chorób UN, trwałego uszkodzenia OUN, wad wrodzonych dolnych dróg moczowych, jatrogenne/ pourazowe uszkodzenie dróg moczowych lub jatrogenne/ pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego</u></p>

Tabela 9. Kryteria refundacji materiałów chłonnych zgodnie z nowelizacją ustawy z dnia 18 stycznia 2018 r. (grupa P.100 i P.101).

Źródło: opracowanie HTA Consulting.

* Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną posiadającą dyplom ukończenia I. stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przez okres do 12 mies. od dnia określonego w dokumentacji medycznej.

Do wypisywania zleceń na środki absorpcyjne i weryfikacji uprawnień upoważnieni są: lekarze pierwszego kontaktu, specjaliści wymienieni w rozporządzeniu, felczer ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów II. stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa. Pozostałe pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia I. stopnia studiów uprawnione są wyłącznie do kontynuacji zlecenia. Wymienieni specjaliści wypełniają druk zlecenia na środki chłonne, który następnie pacjent lub upoważniony opiekun rejestruje w specjalnym punkcie potwierdzania zleceń właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. W momencie rejestracji pacjent otrzymuje Kartę Zaopatrzenia Medycznego, którą wraz z wnioskiem składa w sklepie medycznym lub innym punkcie realizującym zlecenia. Karta pozostaje ważna przez 12 miesięcy, natomiast po upływie tego okresu konieczne jest ponowne potwierdzenie uprawnień do refundacji¹⁹. Pomimo iż taki system refundacyjny wiąże się z niedogodnościami dla pacjentów oraz ich opiekunów, którzy zobowiązani są do potwierdzania zleceń niejednokrotnie w bardzo oddalonych ośrodkach, to jednocześnie umożliwia on indywidualny wybór optymalnego dla potrzeb chorego rodzaju środka chłonnego, pozostawiając pacjentowi (lub opiekunowi) decyzję co do marki, rozmiaru czy rodzaju produktu.

Przepisy dotyczące limitów na środki chłonne, które weszły w życie 3 marca 2018 r. uderzyły także w osoby objęte tzw. **ustawą „Za życiem”**. Limit cenowy dla tych osób został obniżony z 1,5 zł aż do 1 zł za szt. Pacjenci z uprawnieniami ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860), którym lekarz przepisze większą liczbę środków absorpcyjnych niż określona w rozporządzeniu, będą mieli więc refundowane jedynie wydatki proporcjonalnie do ilości sztuk wskazanych w rozporządzeniu.

W związku z powyższym, Minister Zdrowia, 27 marca 2018 r. zwrócił się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zastosowanie korzystnej dla pacjentów z ustawy „Za życiem” interpretacji zmian w przepisach dotyczących wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie²⁰. Poniżej tabele opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia.

¹⁹ Refundacja NFZ | I-Medyczny.pl. Dostęp: http://www.i-medyczny.pl/sklep_medyczny-menu-6-refundacja_nfz.html (8.6.2018).

²⁰ Refundacja dla pacjenta z Ustawy za życiem. Dostęp: <https://www.gov.pl/zdrowie/minister-zdrowia-zapewnia-pacjentom-korzystne-zasady-dofinansowania-srodkow-absorpcyjnych>.

Pozycja 101 - 30% udziału pacjenta:

Liczba sztuk na zleceniu	Cena za sztukę w sklepie	Koszt całkowity w sklepie	Przed zmianą interpretacji			Po zmianie interpretacji			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	1,5	90	90	63	27	90	63	27	0
100		150	100	70	80	180	126	24	-56
120		180	120	84	96	180	126	54	-42
200		300	200	140	160	270	189	111	-49

Tabela 10. Refundacja dla pacjenta z Ustawy za życiem.

Źródło: <https://www.gov.pl/zdrowie/minister-zdrowia-zapewnia-pacjentom-korzystne-zasady-dofinansowania-srodkow-absorpcyjnych>.

Liczba sztuk na zleceniu	Cena za sztukę w sklepie	Koszt całkowity w sklepie	Przed zmianą interpretacji			Po zmianie interpretacji			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	2,5	150	90	63	87	90	63	87	0
100		250	100	70	180	180	126	124	-56
120		300	120	84	216	180	126	174	-42
200		500	200	140	360	270	189	311	-49

Tabela 11. Refundacja dla pacjenta z Ustawy za życiem.

Źródło: <https://www.gov.pl/zdrowie/minister-zdrowia-zapewnia-pacjentom-korzystne-zasady-dofinansowania-srodkow-absorpcyjnych>.

Pozycja 100 - 0% udziału pacjenta:

Liczba sztuk na zleceniu	Cena za sztukę w sklepie	Koszt całkowity w sklepie	Przed zmianą interpretacji			Po zmianie interpretacji			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	1,5	90	77	77	13	77	77	13	0
100		150	85	85	65	154	150	0	-69
120		180	102	102	78	154	154	26	-52
200		300	170	170	130	231	231	69	-61

Tabela 12. Refundacja dla pacjenta z Ustawy za życiem.

Źródło: <https://www.gov.pl/zdrowie/minister-zdrowia-zapewnia-pacjentom-korzystne-zasady-dofinansowania-srodkow-absorpcyjnych>.

Liczba sztuk na zleceniu	Cena za sztukę w sklepie	Koszt całkowity w sklepie	Przed zmianą interpretacji			Po zmianie interpretacji			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	2	120	77	77	43	77	77	43	0
100		200	85	85	115	154	154	46	-69
120		240	102	102	138	154	154	86	-52
200		400	170	170	230	231	231	169	-61

Tabela 13. Refundacja dla pacjenta z Ustawy za życiem.

Źródło: <https://www.gov.pl/zdrowie/minister-zdrowia-zapewnia-pacjentom-korzystne-zasady-dofinansowania-srodkow-absorpcyjnych>.

14 maja 2018 r. podpisane zostały dwie ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rencie socjalnej i o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności precyzuje zakres wsparcia osób, które niezależnie od wieku posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, usług farmaceutycznych oraz wyrobów medycznych. Zmiany wprowadzone w tej ustawie uprawniają ww. osoby m. in. do korzystania z wyrobów medycznych, które zostały określone w art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków medycznych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Oznacza to, że osoby uprawnione mogą korzystać

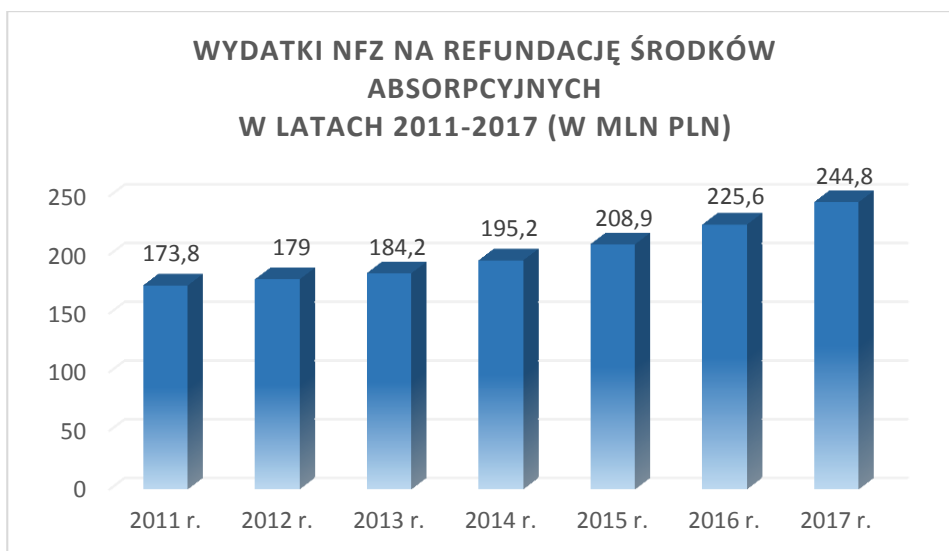
z wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych, według wskaźników medycznych i **bez uwzględniania okresów użytkowania takich wyrobów**²¹.

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 2017 roku **1 000 436 080 zł**. W porównaniu do roku 2016, gdy NFZ wydał na grupę wyrobów medycznych **946 342 620 zł**, nastąpiło zwiększenie kwoty o 54 miliony złotych, co daje wzrost procentowy w wysokości **5,72%**²².

W grupie środków absorpcyjnych (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne), wydatki NFZ w 2017 roku wyniosły **244 823 000 zł**. W stosunku do roku 2016, gdy wydatki na tego rodzaju produkty wyniosły **225 598 100 zł**, nastąpił wzrost o **8,52%**²³.

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



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

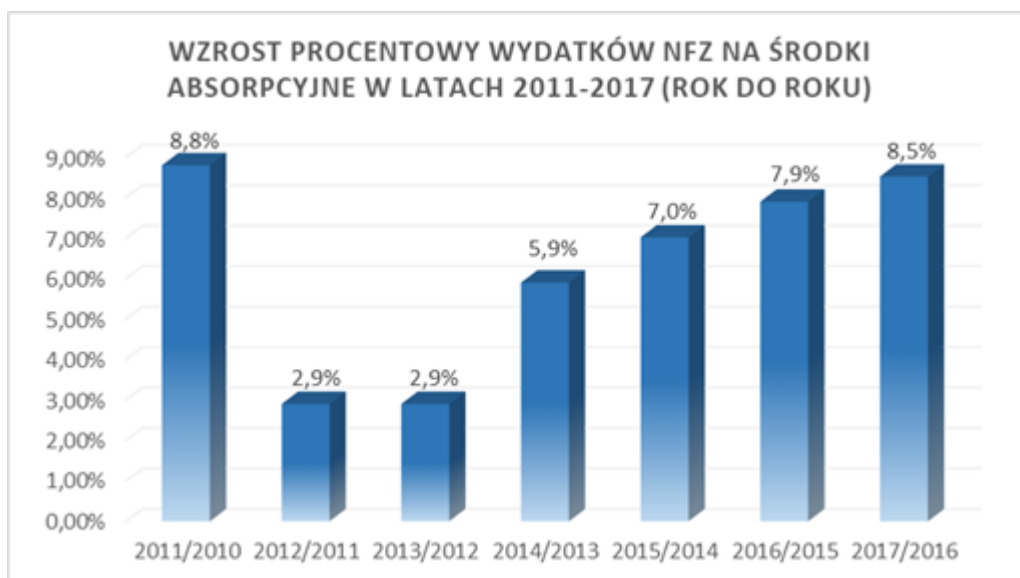
Porównując koszty poniesione przez NFZ na refundację środków absorpcyjnych, należy zwrócić uwagę, że łącznie w okresie 2011-2017, wzrost kosztów refundacji środków absorpcyjnych w tym okresie wyniósł ok. 40%.

Dokonując analizy samej grupy środków absorpcyjnych, należy również zwrócić uwagę, że od roku 2013 do roku 2017, odnotowywany jest stały 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. 6-8% rocznie. Biorąc jednak pod uwagę postępujące zmiany demograficzne (starzejące się społeczeństwo) oraz cywilizacyjne (wzrost świadomości), wejście w życie z dniem 4 listopada 2016 r. ustawy „Za życiem” zwiększającej dostępność wybranej grupie osób do środków absorpcyjnych oraz to, że środki absorpcyjne są największą spośród wszystkich wyrobów medycznych grupą produktów, tempo wzrostu wydatków na środki absorpcyjne w odniesieniu do innych wyrobów medycznych należy nadal ocenić jako umiarkowane.

²¹ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności.

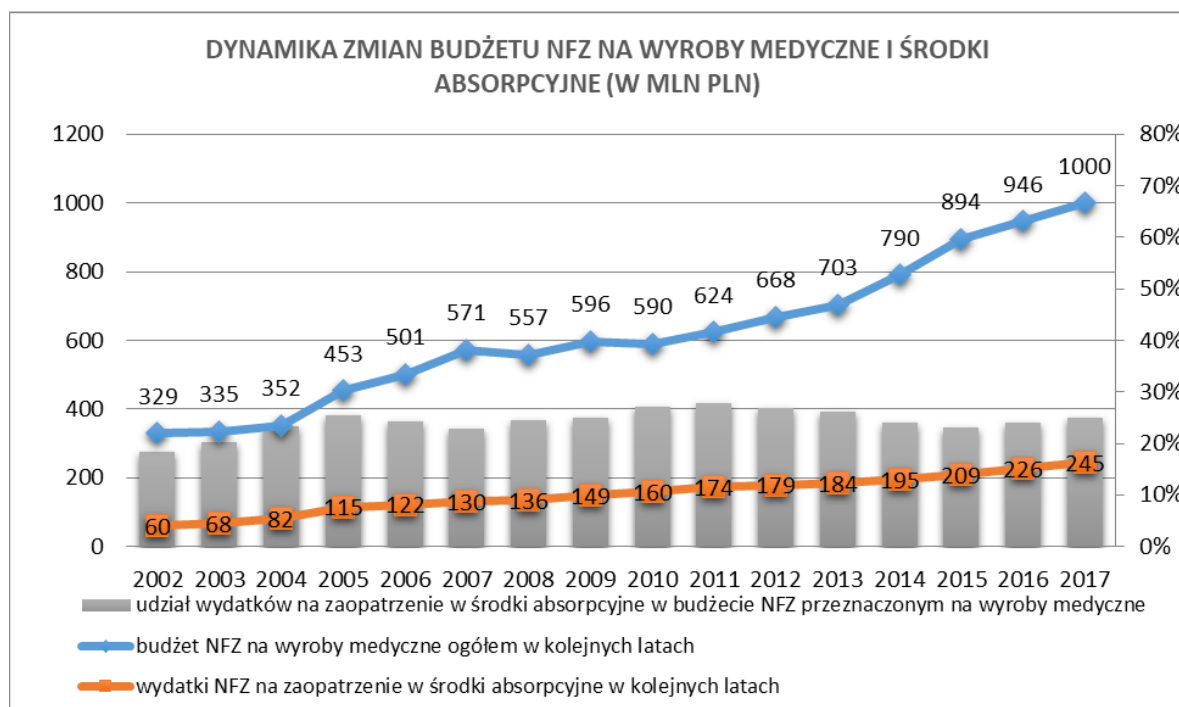
²² Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2017 r., część opisowa, s. 16.

²³ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2017 r., załącznik IV.13.1_wyroby medyczne_zaopatrzenie.



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, zaprezentowane zostały na poniższym wykresie.



Wykres 12. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

KOSZTY POŚREDNIE

Na potrzeby niniejszego opracowania ograniczono się do trzech rodzajów kosztów:

- leczenie powikłań NTM,
- leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM,
- koszty absencji w pracy osób z NTM.

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 2016 roku. Koszty te zostały porównane i zestawione z wydatkami z lat 2011-2015. Prezentowane obliczenia powstały na podstawie:

- danych pozyskanych z GUS (2017 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^{24, 25, 26}.

W 2016 roku łącznie w Polsce funkcjonowały 554 zakłady ZOL i ZPO. W tym okresie ośrodki te przyjęły 61 053 pacjentów²⁷.

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
2016	400	47 398

Tabela 14. Zakłady opiekuńczo-lecznicze

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
2016	154	13 655

Tabela 15. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze.

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

²⁴ <http://www.termedia.pl/Odleżyny-profilaktyka-i-leczenie,8,1214,1,0.html> (dostęp: 12.05.2017 r.).

²⁵ <http://www.termedia.pl/Procedura-profilaktyki-odleżyn-jako-narzedzie-do-oceny-jakosci-opieki-pielęgniarskiej,50,15256,0,0.html> (dostęp: 12.05.2017 r.).

²⁶ <http://www.umed.pl/geriatria/pdf/odleżyny.pdf> (dostęp: 28.05.2017 r.).

²⁷ Rocznik Statystyczny Województw, GUS 2017, s. 360.

Szacunkowy koszt leczenia odleżyn u osób z NTM w ZOL i ZPO							
Rok	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.	Dynamika 2016/2015
Liczba pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych	41 779	43 000	43 800	44 199	47 600	47 398	-0,42%
Liczba pacjentów przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych	12 716	15 200	15 100	14 509	14 200	13 655	-3,84%
Razem liczba pacjentów w ZOL i ZOP	54 495	58 200	58 900	58 708	61 800	61 053	-1,21%
Szacunkowa liczba pacjentów powyżej 75. roku życia w ZOL i ZPO	29 972	32 301	32 690	32 583	34 299	33 884	-1,21%
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	20 330	-1,21%
Szacunkowa liczba pacjentów ZOL i ZPO cierpiących na odleżyn w wyniku NTM (3% wszystkich chorych z NTM)	1635	1746	1767	1800	1854	1831	-1,24%
Szacunkowy miesięczny koszt leczenia odleżyn u osób z NTM (ogółem w PLN)	613 069	726 336	742 140	756 000	771 264	756 203	-1,95%
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	9 074 436	-1,95%

Tabela 16. Szacunkowy koszt leczenia odleżyn u osób z NTM w ZOL i ZPO.
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, 2016 r. - 413 zł. Aktualizacja na podstawie inflacji.

Powyższe opracowanie nie obejmuje domów opieki społecznej (DPS) oraz prywatnych ośrodków senioralnych, które coraz częściej przyjmują pacjentów kwalifikujących się do opieki długoterminowej w ZOL lub ZPO z uwagi na brak miejsc w tych zakładach i wydłużające się kolejki oczekujących. Ponadto, zaprezentowane wyliczenia nie obejmują pacjentów przebywających w domu i korzystających ze świadczeń środowiskowej opieki długoterminowej.

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 planów zawodowych, zmianę aktywności seksualnej, a nawet zaburzenia depresyjne lub lękowe^{28, 29}. 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 2016 r. wartość umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniosła 2 451 507,82 zł³⁰. Nastąpił wzrost wartości kontraktów i wyniósł ok. 2% w stosunku do 2015 roku. Z kolei wartość zrealizowanych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2016 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych wyniosła 811,74 tys. złotych³¹.

²⁸ A. Ejsmont, <http://klinikatambir.pl/wp-content/uploads/2015/12/NTM.pdf>.

²⁹ M. Bidzan, Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu, Kraków 2008.

³⁰ Sprawozdanie z działalności NFZ za 2016 r., s. 20.

³¹ Sprawozdanie z działalności NFZ za IV kwartał 2016 r., załącznik IV.L.4_wskaźnik 10tys_opieka psychiatryczna.

Koszty NFZ	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016	Dynamika 2016/2015
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	2 451 507 820	2,11%
Koszty realizacji świadczeń psychiatrycznych na 10 tys. ubezpieczonych (w PLN)	541 190	580 410	635 260	659 580	687 360	811 749	18,10%

Tabela 17. Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Szacunkowy koszt, jaki poniósł NFZ z tytułu leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM, został wyliczony w oparciu o dane GUS - dane o tym, że stan ludności Polski na dzień 31.12.2016 r. wyniósł ok. **38,443 mln**³² oraz założenia, że:

- 6-10% 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 psychicznych³³.

W oparciu o wymienione założenia oszacowano, że ok. 51 667 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 2016 r. **4 194 017 zł.**

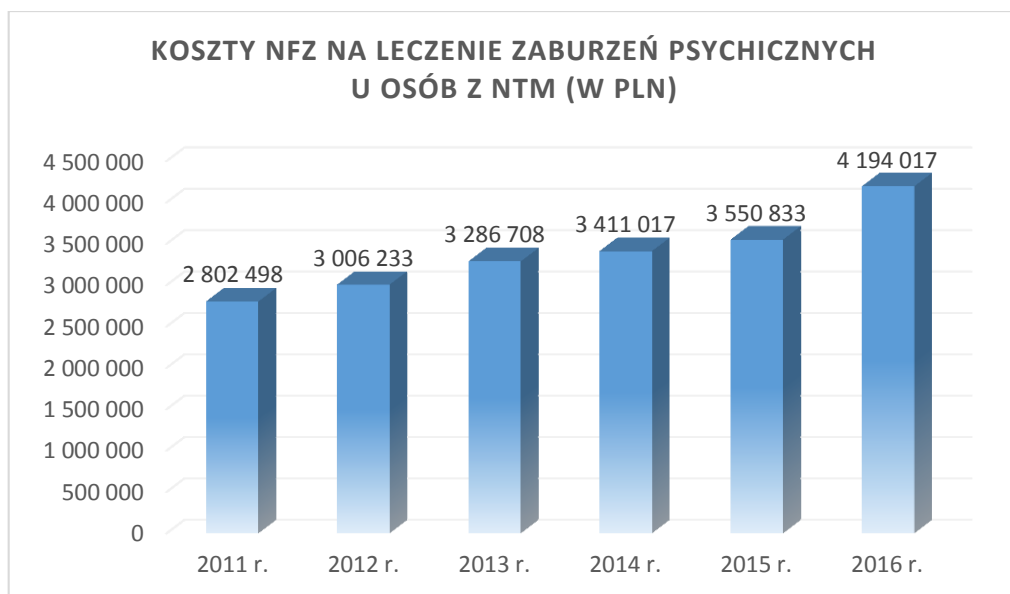
Szacunkowy koszt leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM							
ROK	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Dynamika 2016/2015
Liczba osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi	1 479 546	1 479 876	1 478 246	1 477 593	1 475 980	1 476 211	0,02%
Liczba osób z NTM konsultująca zaburzenia psychiczne ze specjalistą	51 784	51 795	51 738	51 715	51 659	51 667	0,02%
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	2 451 507 820	2,11%
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych na 10 tys. osób (w PLN)	541 190 000	580 410 000	635 260 000	659 580 000	687 360 000	811 740 000	18,10%
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	4 194 017	18,11%

Tabela 18. Szacunkowy koszt leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS.

Zaprezentowane dane wskazują, że koszty jakie poniósł Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie grupy osób z nietrzymaniem moczu cierpiących na zaburzenia psychiczne, wzrosły o 18,11% w stosunku do roku poprzedniego.

³² Mały Rocznik Statystyczny, GUS 2017, s. 97.

³³ J. Heitzman, Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków, NAUKA 4, 2010, s. 56.



Wykres 13. Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS.

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 I półroczu 2017 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych	
Grupa chorobowa	Liczba dni absencji chorobowej
N00 - N99 Choroby układu moczowo-płciowego	3318,3 tys.

Tabela 19. Absencja chorobowa grupy N00 - N99.
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,
- przeciętna długość zwolnienia lekarskiego wystawionego z powodu choroby układu moczowo-płciowego w I połowie 2017 roku, wg danych ZUS, wynosiła 11,02 dnia³⁴.

Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM					
ROK	2013	2014	2015	2016	2017
Kobiety aktywne zawodowo	7 854 000	7 839 000	7 293 000	7 731 000	7 667 000
Mężczyźni aktywni zawodowo	9 559 000	9 588 000	8 983 000	9 554 000	9 506 000
Kobiety aktywne zawodowo cierpiące na NTM	471 240	470 340	437 580	463 860	460 020
Mężczyźni aktywni zawodowo cierpiący na NTM	191 180	191 760	179 660	191 080	190 120
Osoby aktywne zawodowo z NTM (ogółem)	662 420	662 100	617 240	654 940	650 140
Przeciętna długość zwolnienia lekarskiego (dni rocznie) z powodu choroby układu moczowo-płciowego	11,28	11,19	16,11	11,11 (I półrocze)	11,02 (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)	5 069 420 (I półrocze)

³⁴ Informacja o absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w I półroczu 2017 r.

Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród mężczyzn	2 156 510	2 145 794	2 894 322	2 122 899 (I półrocze)	2 095 122 (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)	7 164 542 (I półrocze)
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet brutto w IV kwartale roku (w PLN)	3 441	3 549	3 660	3 797	4 200
Średnie dzienne wynagrodzenie kobiet brutto w IV kwartale roku (w PLN)	156	169	174	180	200
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie mężczyzn brutto w IV kwartale roku (w PLN)	4 167	4 337	4 474	4 640	5 000
Średnie dzienne wynagrodzenie mężczyzn brutto w IV kwartale roku (w PLN)	189	207	213	221	238
Koszty z tytułu utraty produktywności przez kobiety w wyniku NTM (rocznie, w PLN)	829 231 572	889 464 745	1 226 598 036	927 627 300	1 013 884 000
Koszty z tytułu utraty produktywności przez mężczyzn w wyniku NTM (rocznie, w PLN)	407 580 466	443 157 634	616 490 586	469 160 679	498 639 036
Koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM rocznie (ogółem, w PLN)	1 236 812 038	1 332 622 739	1 843 088 622	1 396 787 979	1 512 523 036

Tabela 20. Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZUS i GUS³⁵.

*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 2017 w wyniku NTM wyniosły **1,5 mld zł** i były wyższe w skali r/r o **8,29%**.

³⁵ Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2017 r., GUS, Warszawa 2018.

CZĘŚĆ II. POLITYKA REFUNDACYJNA A SYTUACJA PACJENTÓW Z NTM

FIZJOTERAPIA JAKO PIERWSZA LINIA LECZENIA

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. Odpowiednio przeszkolony team gwarantuje największą skuteczność terapii i daje pewność, że pacjent będzie prawidłowo kontynuował zalecenia w domu³⁶. 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 dolegliwością, przepływ informacji o walce z tym problemem jest nadal niewielki³⁷.

31 maja 2016 r. weszła w życie ustawa o zawodzie fizjoterapeuty, która reguluje zasady wykonywania zawodu fizjoterapeuty w tym uzyskiwania prawa wykonywania zawodu, kształcenia zawodowego i podyplomowego oraz odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów. Pomimo tego, w Polsce jest nadal brak dobrych programów nauczania podczas studiów dot. fizjoterapii dolnych dróg moczowych.

Obecnie w Polsce żadna forma leczenia wchodząca w zakres fizjoterapii urologicznej lub uroginekologicznej 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. Zainteresowani i posiadający zlecenie lekarskie mogą skorzystać z fizjoterapii, finansując ją z własnych środków lub korzystając z programu ćwiczeń organizowanych w ramach organizacji pozarządowych (np. Stowarzyszenia UroConti).

Medyczne Towarzystwa Naukowe: ginekologiczne, urologiczne oraz medycyny rodzinnej, opublikowały stanowisko dotyczące diagnostyki i leczenia kobiet oraz mężczyzn z NTM. Algorytmy diagnostyczno-terapeutyczne zawarte w tych dokumentach są spójne - w każdym przypadku NTM u kobiet oraz mężczyzn zaleca się konsultację lekarską i rekomenduje się wstępne leczenie zachowawcze, które niesie ze sobą niskie ryzyko efektów niepożądanych³⁸.

Fizjoterapia NTM odgrywa dużą rolę w leczeniu tego schorzenia i jest kluczowym elementem nie tylko terapii rehabilitacyjnej, ale również profilaktyki.

Do gabinetów fizjoterapii pacjenci z problemami utrzymania moczu zgłaszają się po wcześniejszej wizycie u lekarza pierwszego kontaktu, ginekologa bądź urologa, określającego rodzaj nietrzymania moczu i na tej podstawie wyznaczającego rodzaj terapii zachowawczej. Lekarz stawia diagnozę, która jest punktem wyjścia dla fizjoterapeuty do przeprowadzenia własnych testów, pozwalających na dobór odpowiedniego zestawu ćwiczeń³⁹.

Przebieg leczenia 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 moczowego⁴⁰.

³⁶ A. Przybyła, Nadreaktywny pęcherz moczowy po radykalnej prostatektomii w teorii i praktyce, Kwartalnik NTM, 2017, 2(61).

³⁷ Z. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, nr 1.

³⁸ E. Narojczyk-Świeściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM, 2016, 1(56).

³⁹ I. Klisowska, A. Dąbek, I. Zborowska, B. Kapkowski, M. Kowalik, Nietrzymanie moczu - zadanie dla fizjoterapeuty, Piel. Zdr. Publ., 2012, 2.

⁴⁰ Z. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, nr 1.

Podstawową metodą fizjoterapeutyczną stosowaną u pacjentek z zaburzeniem funkcjonowania dolnych dróg moczowych, 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 miednicy⁴¹.

Kompleksowe podejście do terapii osób z nietrzymaniem moczu zakłada również zachowania behawioralne jako kolejną metodę leczenia zachowawczego. Polega ona na wypracowaniu przez pacjentkę/pacjenta przyzwyczajeń oraz odruchów, które pozwalają kontrolować oddawanie moczu. Terapia ta nosi nazwę treningu pęcherza moczowego. Podczas niej pacjent 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”⁴².

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”).

ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO

Zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB - ang. overactive bladder syndrome) tworzy zespół objawów, którego elementem są parcia naglące, przebiegające z nietrzymaniem moczu z parcia lub bez niego, którym towarzyszy częstomocz dzienny i/lub nokturia. Obecność OAB sugeruje, rozpoznawaną na podstawie badania urodynamicznego, nadaktywność wypieracza pęcherza moczowego, ale wynikać może również z innych zaburzeń czynności pęcherza i cewki moczowej⁴³. Schorzenie dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn⁴⁴.

Zespół pęcherza nadreaktywnego rozpoznawany jest u 27% kobiet i 10,8% mężczyzn powyżej 18 roku życia, a częstość jego występowania znacząco zwiększa się wraz z wiekiem⁴⁵.

W polskiej terminologii określenie pęcherz nadreaktywny używane jest na przemian z pęcherzem nadaktywnym i oznaczają ten sam rodzaj schorzenia.

OAB jest składową zespołu objawów z dolnych dróg moczowych (LUTS - ang. Lower Urinary Tract Symptoms)⁴⁶.

Do przyczyn wpływających na czynność dolnych dróg moczowych pęcherza należą:

- łagodny rozrost prostaty,
- osłabienie dna miednicy mniejszej lub wypadanie narządu rodno u kobiet, wysiłkowe nietrzymanie moczu, atrofia pochwy,
- schorzenia neurologiczne, jak urazy rdzenia kręgowego, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona,
- infekcje układu moczowego, szczególnie pęcherza,
- nowotwory dolnych dróg moczowych,
- cukrzyca⁴⁷.

⁴¹ D. Purc, A. Rasała, Metody leczenia nietrzymania moczu, European Journal of Medical Technologies, 2015, 3(8).

⁴² 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).

⁴³ Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. Neurourology and Urodynamics. 2010;29 (1):4-20, [w]: Model opieki koordynowanej nad dorosłym pacjentem z dolegliwościami dolnych dróg moczowych w ramach POZ, Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów, grudzień 2017.

⁴⁴ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, Warszawa 2017, 61-66.

⁴⁵ Model opieki koordynowanej nad dorosłym pacjentem z dolegliwościami dolnych dróg moczowych w ramach POZ, Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów, grudzień 2017.

⁴⁶ Abrams P. Describing bladder storage function: overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. Urology 2003; 62(5 Suppl 2): 28-37.

⁴⁷ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, Warszawa 2017, 61-66.

Farmakoterapia - brak II linii leczenia, ograniczona dostępność

W I linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder - OAB) stosuje się leki antycholinergiczne. 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 pacjenta⁴⁸.

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

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 - tolterodynę⁴⁹. 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. Ponadto, badanie to jest wyjątkowo nieprzyjemne i powinno być stosowane tylko wtedy, gdy jest naprawdę niezbędne w procesie diagnostycznym, np. przed kwalifikacją do zabiegu z użyciem taśmy syntetycznej w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu⁵⁰.

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, do których należą: suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia procesów poznawczych, bóle głowy, zaburzenia rytmu serca, zaleganie moczu, nasilenie dolegliwości wrzodowych⁵¹.

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 ubocznymi⁵².

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

Eksperti w Polsce i na świecie od wielu lat podkreślają, że terapia farmakologiczna w tym schorzeniu ma charakter wybitnie indywidualny. Dlatego kluczowy jest szeroki dostęp do leków, gdyż tylko w ten sposób lekarz może dobrać odpowiedni lek do indywidualnej osoby.

⁴⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2018 r.

⁴⁹ A. Dokowicz, Badanie urodynamiczne usunięte. Sukces UroConti po 5 latach walki, Kwartalnik NTM, 2016, 3(58).

⁵⁰ Poradnik dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB), Broszura edukacyjna „UroConti”, 2016.

⁵¹ Tamże.

⁵² Rekomendacja nr 244/2014 Prezesa AOTM z dnia 17 listopada 2014 r.

W leczeniu farmakologicznym zespołu pęcherza nadreaktywnego coraz bardziej popularne staje się również leczenie skojarzone. Wykazano większą skuteczność leczenia skojarzonego solifenacyny z mirabegronem w porównaniu z solifenacyną⁵³.

Pozytywne efekty może przynieść również połączenie fizjoterapii urologicznej z leczeniem farmakologicznym. Dotyczy to szczególnie leczenia zachowawczego u pacjentów ze zdiagnozowanym mieszanym typem NTM.

Pomimo pozytywnej rekomendacji AOTMiT w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego zawierającego mirabegron, w grudniu 2017 r. jedyny wniosek jaki był złożony do Ministerstwa Zdrowia, został ostatecznie odrzucony, ponieważ proponowany przez Wnioskodawcę poziom ceny uznano za nieodpowiedni. Oznacza to, że pacjenci cierpiący na zespół pęcherza nadreaktywnego, nadal zostali tylko z dwoma refundowanymi lekami antycholinergicznymi o podobnym mechanizmie działania.

Na początku 2018 roku do Ministerstwa Zdrowia wpłynął wniosek o objęcie refundacją leku Noqturina, w objawowym leczeniu nokturii spowodowanej idiopatycznym nocnym wielomoczem u dorosłych. Lek ten zawiera substancję czynną o nazwie desmopresyna, wcześniej wpisaną na listę leków refundowanych dla dzieci ze wskazaniem pierwotnego izolowanego moczenia nocnego u dzieci w wieku powyżej 6 lat z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu. Do dnia wydania raportu wniosek był na etapie procedowania w Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji.

Zabiegi małoinwazyjne

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

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.

Ostryknięcie 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 naglące, częstomocz oraz objawy nietrzymania moczu, u których zawiodło dotychczasowe leczenie farmakologiczne I i II rzutu.

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 powtórzony⁵⁴. Jednym z poważniejszych skutków ubocznych tej terapii może być tymczasowy brak możliwości oddania moczu.

W całym 2017 roku wykonano w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza”, łącznie 64 świadczenia, których koszt wyniósł 42 720 zł. W porównaniu do roku 2016 nastąpił spadek o 32,5%, spowodowany zmniejszeniem rozliczonych jednostek rozliczeniowych.

Niska wycena programu lekowego oraz zawężone kryteria kwalifikacji powodują, że większość pacjentów jest leczona tą terapią w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) w leczeniu szpitalnym.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych

Neuromodulacja nerwów krzyżowych (NNK) stosowana jest na całym świecie od ponad 20 lat i 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 nadreaktywnego (w przypadku niepowodzenia

⁵³ Lucas MG, Bosch RJJ, Burkhard FC, et al. EAU Guidelines on Surgical Treatment of Urinary Incontinence. Actas Urologicas Espanolas. 2013;37(8):459-472 [w]: Model opieki koordynowanej nad dorosłym pacjentem z dolegliwościami dolnych dróg moczowych w ramach POZ, Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów, grudzień 2017.

⁵⁴ Rekomendacja nr 115/2014 Prezesa AOTM z dnia 5 maja 2014 r.

farmakoterapii), niedoczynność wypieracza, zespół bolesnego pęcherza i śródmięzszowe zapalenie pęcherza moczowego oraz zaburzenia mikcji spowodowane zespołem Fowlera, gdy występuje zatrzymanie moczu⁵⁵.

NNK jest metodą możliwą do zastosowania u nielicznych chorych z nasilonymi objawami pęcherza nadreaktywnego, 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 moczu⁵⁶.

Po siedmiu latach od złożenia wniosku przez Stowarzyszenie UroConti neuromodulacja nerwów krzyżowych została dodana do listy świadczeń gwarantowanych. Reguluje to rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁵⁷.

W uzasadnieniu swojej decyzji Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że wprowadzenie terapii neuromodulacji krzyżowej do wykazu świadczeń gwarantowanych jest zasadne z klinicznego oraz ekonomicznego punktu widzenia. Na podstawie analizy kosztów-użyteczności przeprowadzonej w dożywotnym horyzoncie czasowym, przy uwzględnieniu bezpośrednich kosztów medycznych, wskaźnik opłacalności świadczenia neuromodulacji krzyżowej wskazuje na efektywność kosztową tej metody terapeutycznej. Szacuje się, iż w pierwszym i drugim roku od rozpoczęcia finansowania świadczenia neuromodulacji krzyżowej zostanie ono zastosowane odpowiednio u 126 i 251 pacjentów⁵⁸.

Szacuje się, że pierwsze oddziały w Polsce zaczną oferować refundowane zabiegi z użyciem neuromodulatora u pacjentów z ciężkimi postaciami NTM pod koniec 2018 r.

Leczenie chirurgiczne

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

Hydrauliczny zwieracz cewki moczowej jest endoprotezą, czyli protezą wewnętrzną. Chirurgiczne wszczęcie 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 radykalnej⁵⁹.

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

W Polsce występują następujące typy sztucznych zwieraczy cewki moczowej:

- AMS 800 - najstarszy i pierwszy SZCM istniejący od 1983, wszczepiony dotychczas u 150 000 pacjentów, na świecie,
- Zephyr (ZSI 375),
- Aroyo,
- Flowsecure⁶⁰.

Utrzymujący się od wielu lat poziom liczby pacjentów (ok. 80-100 osób rocznie) zakwalifikowanych do zabiegów wymiany hydraulicznego zwieracza cewki moczowej, generuje koszty dla NFZ w wysokości 2-3 mln zł rocznie.

Ostateczną radykalną 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:

⁵⁵ M. Gackiewicz, Dlaczego w Polsce potrzebujemy neuromodulacji nerwów krzyżowych? Kwartalnik NTM, 2016, 2(57).

⁵⁶ 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).

⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

⁵⁸ OCENA SKUTKÓW REGULACJI, Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Dostęp: <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12306710/katalog/12481378#12481378>.

⁵⁹ Leczenie nietrzymania moczu w Polsce, Przegląd Urologiczny, 2007, 3(43).

⁶⁰ T. Hessel, Sztuczny zwieracz cewki moczowej - pytania i odpowiedzi, Kwartalnik NTM, 2016, 2(57).

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 (ureteroileocunatostomia), ureterostomię, nefrostomię, zastępczy pęcherz moczowy.

WYSIŁKOWE NIETRZYMANIE 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 mężczyzn⁶¹. Badacze są zgodni, że częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet wzrasta wraz z wiekiem⁶².

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).

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

- przeżyty poród, w czasie którego zaangażowane 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 mniejszej⁶³.

W wysiłkowym nietrzymaniu moczu występują trzy stopnie:

- **Stopień I:** nietrzymanie moczu tylko w pozycji stojącej podczas znacznego i gwałtownego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego (kaszel, śmiech).
- **Stopień II:** nietrzymanie moczu w następstwie wysiłku fiz. związanego z napięciem mięśni brzucha (skakanie, chodzenie po schodach z obciążeniem).
- **Stopień III:** nietrzymanie moczu podczas leżenia (zmiana pozycji ciała)⁶⁴.

Leczenie zachowawcze przy lekkim lub średnim nasileniu

Pierwszym krokiem stosowanym w terapii wysiłkowego typu NTM, jest leczenie zachowawcze, którym mogą zostać objęci chorzy z lekkim lub średnim nasileniem nietrzymania moczu⁶⁵.

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.

⁶¹ S. Wroński, P. Radziszewski, D. Lewczak, Pęcherz nadreaktywny i nagłe nietrzymanie moczu - choroba jednostki czy choroba społeczeństwa. Etiologia i leczenie, Przegląd Urologiczny, 2010, 5(63).

⁶² 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>.

⁶³ M. Dalewska, A. Kasicka-Jonderko, K. Jonderko, H. Augustyniak, Wysiłek fizyczny - lek bez recepty: znaczenie kinezyterapii w profilaktyce i leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet (w aneksie zestaw proponowanych ćwiczeń), Annales Academiae Medicinae Silensis, 2013, 67.

⁶⁴ Konferencja Pacjent z NTM - leczenie, pielęgnacja i opieka - najnowsze standardy, 2018, H. Błaszczak, Prezentacja: Pacjent z nietrzymaniem moczu leczenie, pielęgnacja i opieka.

⁶⁵ Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet, red. T. Rechberger, Warszawa 2009.

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:

- ćwiczenia mięśni dna miednicy (PFMT - Pelvic Floor Muscle Training), zwane potocznie ćwiczeniami Kegla,
- 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 fizjologicznymi⁶⁶,
- 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 przyzwyczajeń i odruchów pozwalających na kontrolowanie oddawania moczu, poprzez hamowanie skurczów mięśnia wypieracza.

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

Najważniejszym celem ćwiczeń Kegla 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 tlocznia brzuszna i układ oddechowy, jako że ćwiczenia wykonuje się w trakcie wydechu.

Treningi mięśni dna miednicy powinny obejmować ćwiczenia wpływające na siłę i czas maksymalnego skurczu, ćwiczenia wzmacniające tułów oraz ćwiczenia oddechowe⁶⁷. 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 ćwiczeń⁶⁸.

W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn, także centralnym elementem leczenia zachowawczego są ćwiczenia mięśni dna miednicy. Diagnostyka problemów nietrzymania moczu bywa skomplikowana. Dlatego każde nietrzymanie moczu, także występujące po radykalnej prostatektomii powinno być skonsultowane z lekarzem urologiem. Najczęstszą formą inkontynencji jest tu nietrzymanie moczu tzw. wysiłkowe. Główny element terapii nietrzymania moczu po radykalnej prostatektomii stanowi trening kontynencji. W wielu klinikach na świecie, stosuje się specjalną gimnastykę mającą wzmocnić właśnie mięśnie dna miednicy (mięśnie Kegla). Odmianą treningu mięśni Kegla jest trening kontynencji u mężczyzn po radykalnej prostatektomii⁶⁹.

Inną znaną metodą jest biofeedback. Metoda ta polega na biologicznym sprzężeniu zwrotnym oraz nauce świadomego kurczenia i rozkurczania 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%⁷⁰.

Bierną metodą stosowaną w leczeniu nietrzymania moczu jest elektrostymulacja. Polega na użyciu prądu impulsyjnego o częstotliwości od 20-100 Hz powodującego skurcz tępcowy 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.

⁶⁶ Z. Fiodorenko-Dumas Ź., Paprocka-Borowicz M., Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, tom 20, nr 1.

⁶⁷ E. Strupińska, Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu - techniki i metodyka ćwiczeń, Przegląd Urologiczny, 2007, 8(6).

⁶⁸ M. Banaszak-Osiewicz, Trening mięśni, Kwartalnik NTM, 2007; 4(23).

⁶⁹ A. K. Przybyła, Radykalna prostatektomia i co dalej?, Kwartalnik NTM, 2015, 1(52).

⁷⁰ A. M. Borowicz, K. Wieczorowska-Tobis, Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu, Gerontologia Polska, 2010, tom 18, nr 3.

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.

Jak wskazują badania naukowe przeprowadzone wśród kobiet, dotychczas wykazano lepsze wyniki leczenia zachowawczego, jeśli ćwiczenia mięśni dna miednicy są nadzorowane przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę urologicznego, w porównaniu z wykonywaniem ćwiczeń bez takiego nadzoru (odpowiednio 80% i 35%). Dobry efekt terapii nadzorowanej obserwowano bez względu na wiek badanych kobiet⁷¹.

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 monofilamentowe. Jednakże, skuteczność większości dostępnych na rynku systemów do leczenia operacyjnego nietrzymania moczu jest podobna⁷².

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 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.**

Innym źródłem poważnych powikłań jest jakość użytych **materiałów**. Ze względu na szukanie oszczędności, szpitale często kupują w przetargach najtańsze materiały syntetyczne o bardzo niskiej jakości, co w rezultacie skutkuje bardzo szybkim zużyciem użytego materiału i koniecznością reoperacji.

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 organicznych⁷³. Materiały używane do tego typu operacji powinny zatem stanowić bardzo istotną kwestię przy podejmowaniu decyzji o przeprowadzeniu zabiegu.

⁷¹ E. Narojczyk-Świeściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM, 2016, 1(56).

⁷² Leczenie nietrzymania moczu w Polsce, Przegląd Urologiczny, 2007, 3(43).

⁷³ Leczenie nietrzymania moczu w Polsce, Przegląd Urologiczny, 2007, 3(43).

Do najczęściej występujących powikłań po implantacji taśm, należy m.in. erozja pęcherza moczowego, erozja pochwy, zaleganie moczu po mikcji, nawrót parć nagłych. 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 operacji⁷⁴.

Ośrodki referencyjne - sposób na weryfikację kwalifikacji i doświadczenia

Biorąc pod uwagę fakt, że operacje wszczepienia 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.

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 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 osób⁷⁵.

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.

W związku, z rosnącą liczbą powikłań i konieczności reoperacji, lekarze ginekolodzy uważają, że wprowadzenie umiejętności lub wprowadzenie nadspecjalizacji o nazwie „uroginekologia” umożliwiłoby pacjentom lepsze identyfikowanie wykwalifikowanych specjalistów w tej dziedzinie.

⁷⁴ P. Gmerek, Powikłania operacji wysiłkowego nietrzymania moczu z użyciem taśm, Przegląd Urologiczny, 2009, 2(54).

⁷⁵ K. Walewska, Nadspecjalizacja z uroginekologii - czy jest potrzebna? Cz. I, Kwartalnik NTM, 2013, 1 (44).

ZAOPATRZENIE W ŚRODKI ABSORPCYJNE

Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne oraz wkłady urologiczne) powinny być dostępne dla pacjentów od samego początku wystąpienia problemu z utrzymaniem moczu. Już w trakcie wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, personel medyczny powinien informować o rodzajach dostępnych produktów oraz refundacji, a także służyć wsparciem przy indywidualnym doborze produktu. Właściwie dobrane środki chłonne powinny być regularnie używane na każdym etapie leczenia - zarówno w jego początkowych fazach, jak i w sytuacji, gdy dana metoda terapeutyczna nie przyniesie pełnego wyleczenia. Produkty chłonne powinny być traktowane jako zabezpieczenie przed wyciekami - choć nie jako alternatywa toalety - i stosowane w celu zapewnienia higieny i uniknięcia powikłań, takich jak zakażenie dróg moczowych czy uszkodzenia skóry, będącej wskaźnikiem odpowiedniego poziomu pielęgnacji pacjenta z NTM. Takie podejście umożliwia zredukowanie ryzyka generowania wysokich kosztów leczenia wynikających z zaniedbań higienicznych.




Odpowiedni rodzaj środka absorpcyjnego należy dostosować do indywidualnych potrzeb pacjenta biorąc pod uwagę trzy kwestie:

- stopień mobilności pacjenta,
- stopień nietrzymania moczu,
- obwód pacjenta w pasie i biodrach⁷⁶.

Wyroby chłonne stosowane w nietrzymaniu moczu można podzielić na dwie podstawowe kategorie:

- wyroby chłonne przeznaczone do stosowania z dopasowaną bielizną lub majtkami higienicznymi z elastycznej siatki,
- wyroby chłonne nie wymagające odrębnego mocowania bielizną.

Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu⁷⁷.

LP	PRODUKTY CHŁONNE		
A.	WYROBY CHŁONNE PRZEZNACZONE DO STOSOWANIA Z BIELIZNĄ	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE
1.	<p>Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla kobiet</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu w NTM. Chłona (pulpa celulozowa) i zamieniają mocz w żel (superabsorbent).</p>	<p>Wkłady profilowane odpowiednio do anatomii kobiet, w różnych rozmiarach i o różnej chłonności. Zalecane przy średnim NTM u osób samodzielnych i aktywnych lub częściowo samodzielnych. Przy lekkim stopniu NTM zaleca się wkładki urologiczne.</p>
2.	<p>Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla mężczyzn</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu w NTM.</p>	<p>Wkłady profilowane odpowiednio do anatomii mężczyzn, w różnych rozmiarach i o różnej chłonności. Zalecane przy średnim NTM u osób samodzielnych i aktywnych lub częściowo samodzielnych. Przy lekkim stopniu NTM zaleca się wkładki urologiczne.</p>
3.	<p>Pieluchy anatomiczne dla kobiet i dla mężczyzn</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu w NTM, a także zabezpieczenie bielizny osobistej w nietrzymaniu kału.</p>	<p>Produkty profilowane do anatomii ciała, różnią się między sobą wielkością, uniwersalne dla kobiet i mężczyzn, o dużej chłonności. Zalecane przy średnim i ciężkim stopniu NTM dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych.</p>

⁷⁶ Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017.

⁷⁷ Tamże.






PRODUKTY CHŁONNE			
LP	WYROBY CHŁONNE NIEWYMAGAJĄCE DODATKOWEGO MOCOWANIA	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE
			Uwaga! Przy doborze produktu uwzględnia się obwód pacjenta w pasie i biodrach oraz stopień NTM.
4.	Majtki chłonne dla kobiet 	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu w NTM.	Majtki chłonne profilowane dla kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Rozmiar produktu musi być odpowiedni do rozmiaru ciała - należy zmierzyć obwód pacjenta w pasie. Rekomendowane są dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych ze średnim i ciężkim NTM. Ich zakładanie i zdejmowanie podobnie jak zwykłej bielizny nie wymaga pomocy opiekuna.
5.	Majtki chłonne dla mężczyzn 	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu w NTM.	Majtki chłonne profilowane dla mężczyzn, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Rozmiar produktu musi być odpowiedni do rozmiaru ciała - należy zmierzyć obwód pacjenta w pasie. Rekomendowane są dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych ze średnim i ciężkim NTM. Ich zakładanie i zdejmowanie podobnie jak zwykłej bielizny nie wymaga pomocy opiekuna.
6.	Majtki chłonne uniwersalne dla kobiet i mężczyzn 	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu w NTM.	Majtki chłonne uniwersalne, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Rozmiar produktu musi być odpowiedni do rozmiaru ciała - należy zmierzyć obwód pacjenta w pasie. Rekomendowane są dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych ze średnim i ciężkim NTM. Ich zakładanie i zdejmowanie podobnie jak zwykłej bielizny nie wymaga pomocy opiekuna.
7.	Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z pasem biodrowym 	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu w NTM	Uniwersalne dla mężczyzn i kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane dla osób z ciężkim NTM, leżących i niemobilnych. Utrzymywane wokół bioder za pomocą taśmy biodrowej. Uwaga! Pieluchomajtki z pasem biodrowym mogą być zakładane samodzielnie lub przez opiekuna.
8.	Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z rzepami 	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu w NTM	Uniwersalne dla mężczyzn i kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane dla osób z ciężkim NTM, leżących i niemobilnych. Utrzymywane wokół bioder za pomocą przylepców, przylepco-rzepów lub rzepów. Uwaga! Pieluchomajtki zapinane na rzepy/przylepce musi zakładać opiekun.

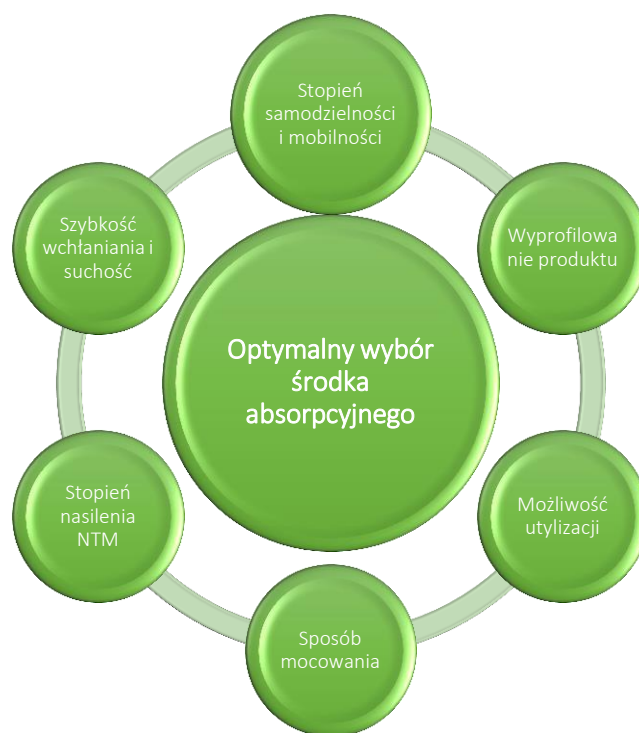
Tabela 21. Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu.

Źródło: Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu.

Refundacja - co nowego?

Refundacja środków absorpcyjnych w Polsce od kilkunastu lat opiera się na tzw. systemie otwartym, w ramach którego lekarz POZ, lekarz specjalista lub pielęgniarka i położna, po weryfikacji uprawnień pacjenta do otrzymania refundacji (kryterium chorobowe)⁷⁸, wystawia druk zlecenia na refundowane środki absorpcyjne. Co najmniej raz na 12 miesięcy pacjent lub upoważniony przez niego opiekun zobowiązany jest do weryfikacji swoich uprawnień w jednym z punktów potwierdzania zleceń danego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Wiąże się to często z niedogodnościami, gdyż w niektórych województwach takich punktów jest niewiele, co zmusza pacjentów do pokonywania wielu kilometrów. Alternatywą może być potwierdzenie zlecenia za pośrednictwem poczty, co jednak wydłuża czas uzyskania refundacji.

⁷⁸ Kryterium chorobowym uprawniającym do otrzymania refundowanych środków absorpcyjnych nie jest nietrzymanie moczu, lecz jednoczesne występowanie jednej z chorób współistniejących wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.



Rysunek 2. Optymalny wybór środka absorpcyjnego.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Standardu ISO 15621.

Tak skonstruowany system refundacyjny umożliwia jednak pacjentowi lub jego opiekunowi **indywidualny wybór optymalnego do potrzeb chorego rodzaju środka absorpcyjnego**. W ramach refundacji dostępnych jest pięć rodzajów środków absorpcyjnych: wkłady anatomiczne, majtki chłonne, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne oraz podkłady. Zgodnie z cennikami refundowanych środków absorpcyjnych czterech głównych producentów (Abena, Essity, Paul Hartmann, TZMO), pacjenci mogą skorzystać z ponad dwustu różnych produktów chłonnych, biorąc pod uwagę dostępne rodzaje oraz rozmiary⁷⁹. Decyzja co do wyboru rodzaju, marki i rozmiaru produktu chłonnego należy więc do pacjenta i jego rodziny.

W roku 2016 w Ministerstwie Zdrowia toczyły się prace legislacyjne nad projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Proponowane w projekcie ustawy rozwiązania, a zwłaszcza wprowadzenie do refundacji wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych zasad analogicznych do obowiązujących w refundacji leków wywoływały duże kontrowersje, zarówno wśród pacjentów korzystających z tych wyrobów, jak i wśród ich producentów. Obawiano się przede wszystkim możliwości wystąpienia nadużyć analogicznych do systemu leków refundowanych, np. pobierania przez niektórych chorych recept na ten sam lek od różnych lekarzy. Ministerstwo Zdrowia nie zdecydowało się jednak na dalsze procedowanie ustawy.

4 listopada 2016 roku uchwalono ustawę o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”⁸⁰ zapewniającą pomoc rodzinom wychowującym dzieci z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Uprawnienia wynikające z ustawy polegają między innymi na: pierwszeństwie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej i rehabilitacji leczniczej, zakupie leków poza kolejnością oraz możliwości nabycia refundowanych wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych bez stosowania limitu ilościowego.

Kolejną istotną zmianą w zaopatrzeniu osób z nietrzymaniem moczu w refundowane środki absorpcyjne była nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Od 3 marca 2018 roku limit ilościowy na refundowane środki absorpcyjne **zwiększył się z 60 do 90 sztuk miesięcznie**, o co organizacje pacjenckie apelowały od kilkunastu lat. **Za zmianą limitów ilościowych nie poszły jednak**

⁷⁹ Źródło: cenniki czterech producentów (Abena, Essity Poland, Paul Hartmann Polska, Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych) zgłoszone do NFZ w 2018 roku.

⁸⁰ Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016 poz. 1860).

zmiany limitów cenowych, które pozostały na tym samym poziomie, czyli 77 zł miesięcznie dla pacjentów onkologicznych oraz 63 zł miesięcznie dla pozostałych.

W efekcie zgodnie z nowym rozporządzeniem limity cenowe faktycznej refundacji dla pacjenta onkologicznego (pozycja 100 rozporządzenia) zostały obniżone z poziomu 1,28 zł do poziomu 0,86 zł za jedną sztukę, a dla pacjentów pozostałych (pozycja 101) z poziomu 1,05 zł do poziomu 0,7 zł za sztukę. Zdaniem środowisk pacjenckich oznacza to znaczne pogorszenie sytuacji osób korzystających z refundacji, gdyż w tych kwotach, bez konieczności dodatkowej dopłaty możliwy będzie zakup jedynie 90 sztuk małych wkładek anatomicznych o niskiej chłonności.

Ceny produktów chłonnych czterech największych producentów na polskim rynku (kolejność alfabetyczna) ⁸¹				
Nazwa środka	Cena brutto dla 1 pacjenta (w PLN)			
	Abena	Essity/TENA	Paul Hartmann/MoliCare	TZMO/SENI
Pieluchomajtki	1,50 - 9,85	1,65 - 3,10	1,61 - 3,80	1,65 - 3,70
Wkłady anatomiczne	0,80 - 1,40	0,94 - 1,35	0,70 - 1,50	0,75 - 1,50
Pieluchy anatomiczne	0,90 - 3,20	1,28 - 1,80	1,28 - 1,98	1,10 - 2,20
Podkłady higieniczne	1,00 - 2,80	1,25 - 1,60	0,69 - 2,09	1,00 - 2,30
Majtki chłonne	-	2,05 - 3,45	2,20 - 3,75	2,05 - 3,55

Tabela 22. Ceny produktów chłonnych czterech największych producentów na polskim rynku (kolejność alfabetyczna).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie oficjalnych cenników zgłoszonych do NFZ w 2018 r. przez producentów: Abena, Essity, Paul Hartmann, TZMO.

Po wejściu w życie nowelizacji rozporządzenia w części województw doszło do niekorzystnej dla pacjentów - beneficjentów ustawy „Za życiem” - interpretacji przepisów⁸², co spowodowało, że 27 marca 2018 roku na stronie Ministerstwa Zdrowia opublikowano komunikat, w którym Minister Zdrowia zwrócił się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o natychmiastowe zastosowanie korzystnej dla pacjentów z ustawy „Za życiem” interpretacji zmian w rozporządzeniu w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W komunikacie Minister Zdrowia wskazał, że w przypadku, gdy osoba, której przysługują uprawnienia wynikające z ustawy „Za życiem” potrzebuje większej liczby wyrobów medycznych przysługujących miesięcznie, przyjąć należy, że takiej uprawnionej osobie przysługuje zwielokrotniony limit finansowy w zależności od liczby sztuk wypisanych na zleceniu przez osobę uprawnioną. Zapowiedziano, że stosowanie powyższej interpretacji do środków absorpcyjnych będzie obowiązywało do czasu wypracowania kompleksowych rozwiązań dla tej grupy wyrobów medycznych⁸³. Nie rozwiązało to sytuacji we wszystkich województwach. Pacjenci skarżą się, że panuje bałagan i pomimo zwiększenia limitu w aptekach za część i tak muszą zapłacić 100 procent⁸⁴.

Dodatkowo w komunikacie Ministerstwa Zdrowia pojawiła się zapowiedź powołania wspólnego zespołu Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, który miałby wypracować możliwie najlepsze, docelowe rozwiązania w zakresie zaopatrzenia pacjentów w materiały chłonne. W ten sposób po raz pierwszy Ministerstwo Zdrowia stara się podejść do tematu refundacji wyrobów chłonnych kompleksowo. Świadczy o tym również fakt, że w kwietniu 2018 roku interesariusze otrzymali z Ministerstwa Zdrowia pisma z prośbą o wskazanie optymalnych chłonności produktów chłonnych, odpowiednio zabezpieczających potrzeby pacjentów z nietrzymaniem moczu. Włączenie do przepisów limitów chłonności może wpłynąć na wyeliminowanie z rynku produktów wątpliwej jakości, które obecnie bez problemu można zarejestrować jako wyrób refundowany.

18 kwietnia 2018 roku w Sejmie rozpoczął się protest osób niepełnosprawnych i ich opiekunów. Domagali się oni realizacji dwóch głównych postulatów. Pierwszy to wprowadzenie dodatku "na życie" dla osób niepełnosprawnych niezdolnych do samodzielnej egzystencji po ukończeniu 18. roku życia w kwocie 500 złotych miesięcznie. Drugi postulat to zrównanie kwoty renty socjalnej z najniższą rentą z ZUS z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

⁸¹ Podane ceny produktów chłonnych uzależnione są od ich rozmiaru od XS, poprzez S, M, L, aż do XL. Firma Abena jako jedyna zgłosiła do NFZ także produkt o największym rozmiarze XXL i najwyższej cenie.

⁸² Komunikat opublikowany 19 lutego 2018 r. przez Śląską Izbę Aptekarską, z którego wynikało, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wprowadzające zmianę w liczbie na refundowane środki absorpcyjne z 60 do 90 sztuk miesięcznie, nie utrzymuje cen na tym samym poziomie, lecz je obniża w pozycji P100 (0,85 PLN) oraz P101 (1 PLN), także dla dzieci niepełnosprawnych korzystających z dobrodziejstw „Ustawy za Życiem” (47DN wynosi 1 PLN).

⁸³ Źródło: <https://www.gov.pl/zdrowie/minister-zdrowia-zapewnia-pacjentom-korzystne-zasady-dofinansowania-srodkow-absorpcyjnych>.

⁸⁴ Za darmowe pieluchomajtki... trzeba płacić. Seniorzy czują się oszukani, Nowiny, 14.05.2018.

W odpowiedzi na trwający 40 dni protest 9 maja 2018 roku Sejm uchwalił ustawę o zmianie ustawy o rencie socjalnej⁸⁵, podnoszącą rentę socjalną do poziomu najniższej renty z tytułu niezdolności do pracy. Tego samego dnia uchwalono również ustawę o wsparciu o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności⁸⁶. Na podstawie przyjętych przepisów, które wejdą w życie 1 lipca br. nastąpi zniesienie okresów użytkowania wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz zniesione zostaną limity finansowania przez NFZ świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności będą miały też prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, takich jak rehabilitacja oraz usług farmaceutycznych w aptekach poza kolejnością.

Dostępność - apteki, sklepy medyczne, supermarkety

Aktualnie obowiązujący w Polsce system zaopatrzenia w refundowane środki absorpcyjne zapewnia pacjentowi szeroki wybór produktów, szeroki wybór placówek oferujących produkty i co za tym idzie, dużą konkurencyjność cenową. Środki absorpcyjne można nabyć w aptekach, sklepach medycznych, a także, poza refundacją w coraz większej liczbie punktów spoza systemu aptecznego.

Wg danych GUS na koniec 2016 roku prowadzenie obrotu detalicznego produktami leczniczymi potwierdziło 13 164 aptek ogólnodostępnych, 24 apteki zakładowe oraz 1 316 punktów aptecznych⁸⁷. Do października 2017 roku liczba ta rosła, osiągając w październiku 2017 roku łączną liczbę 14 936. Od listopada liczba aptek stale spadała o kilkanaście - kilkadziesiąt miesięcznie. Na dzień 30 maja 2018 roku, w Polsce funkcjonowało 13 496 aptek, w tym 281 prowadzących sprzedaż internetową⁸⁸. Szacuje się że już ponad 50% z nich oferuje pacjentom z nietrzymaniem moczu refundowane środki absorpcyjne, ale w bardzo ograniczonym asortymencie, składającym się często jedynie z pieluchomajtek o rozmiarze M lub L 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. Wyłącza to możliwość prawidłowego indywidualnego doboru produktu chłonnego stosownie do rzeczywistego zapotrzebowania osoby z NTM.

Najszerzy wybór środków absorpcyjnych znaleźć można w ponad 2000 sklepów medycznych rozsianych po całym kraju. Dodatkowo w zdecydowanej większości z nich pacjent lub jego opiekun skorzystać mogą z profesjonalnej porady dotyczącej doboru środka, co nie zawsze ma miejsce w aptece. Przyczyną jest brak przedmiotów dot. wyrobów medycznych w programach nauczania przyszłych magistrów farmacji oraz techników farmaceutycznych (Ministerstwo Edukacji Narodowej w 2017 roku zawiesiło kształcenie w tym zawodzie).

W ostatnich latach zwiększyła się dostępność do produktów absorpcyjnych poza systemem refundacji. W wielu supermarketach (Auchan, Carrefour, Biedronka czy Tesco) pojawiły się w asortymencie produkty chłonne dla dorosłych obejmujące zazwyczaj wkładki urologiczne, pieluchomajtki i majtki chłonne. Oferowana cena tych produktów jest porównywalna lub nieco wyższa od ceny odpowiedników sprzedawanych w systemie refundacji.

Zapowiadane zmiany, związane z nowelizacją ustawy „Za życiem” które nastąpią po 1 lipca br. budzą duże obawy w środowisku pacjentów. Istnieje ryzyko, że wprowadzone rozwiązania będą polem do nadużyć, których obecnie obowiązujący system jednak nie powoduje. Może dojść do sytuacji, w której osoba uprawniona nabędzie np. 1000 szt. produktów chłonnych w jednym miesiącu i nadwyżkę wprowadzi na rynek wtórny oferując atrakcyjną cenę. Takie działania mogą w dłuższej perspektywie z jednej strony spowodować braki w zaopatrzeniu, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach, a z drugiej eskalację wydatków publicznych.

⁸⁵ Ustawa z dnia 9 maja 2018 roku o zmianie ustawy o rencie socjalnej (Dz. U. 2018, poz. 933).

⁸⁶ Ustawa z dnia 9 maja 2018 roku o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018, poz. 932).

⁸⁷ Notatka informacyjna Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 25 lipca 2017 roku

https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/15/1/1/apteki_i_punkty_apteczne_w_2016_r.pdf.

⁸⁸ <http://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/w-ciagu-miesiaca-ubylo-37-aptek,26221.html>.

Ocena systemu refundacji środków chłonnych.

Implikacje dla płatnika publicznego i pacjentów

HTA w ocenie materiałów chłonnych

Ocena technologii medycznych (HTA) to interdyscyplinarny proces, który podsumowuje dostępne informacje o zdrowotnych, społecznych, ekonomicznych i etycznych aspektach związanych z zastosowaniem technologii medycznej, prowadzony w sposób systematyczny, przejrzysty, bezstronny i rzetelny. Celem oceny jest dostarczenie informacji potrzebnych do stworzenia bezpiecznych i skutecznych kierunków rozwoju polityki zdrowotnej skoncentrowanej na pacjencie i zmierzającej do optymalnego wykorzystania środków finansowych^{89,90,91}. Dokument prezentujący wyniki oceny nazywany jest zwyczajowo raportem HTA. W skład pełnego raportu HTA wchodzi elementy takie jak: analiza problemu decyzyjnego, analiza efektywności klinicznej, analiza ekonomiczna, analiza wpływu na budżet oraz analiza racjonalizacyjna⁹².

Obecnie HTA w Polsce jest obligatoryjnym narzędziem do oceny technologii lekowych. Począwszy od 2012 roku, kiedy to weszła w życie Ustawa Refundacyjna, do dnia dzisiejszego wszystkie nowe technologie lekowe, tj. nieposiadające refundowanego odpowiednika w danym wskazaniu, muszą zostać poddane ocenie HTA^{93,94,95}. Instytucją publiczną działającą na potrzeby Ministra Zdrowia, zajmującą się tą dziedziną, jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która funkcjonuje w Polsce już od 2006 roku⁹⁶. Od tego czasu prezes AOTMiT na zlecenie Ministra Zdrowia opracowuje rekomendacje odnośnie do zasadności finansowania ze środków publicznych: świadczeń zdrowotnych, wyrobów medycznych, programów zdrowotnych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz przede wszystkim leków⁹⁷. Obowiązująca Ustawa Refundacyjna obowiązuje wnioskodawcę (najczęściej firmę farmaceutyczną) do przedłożenia wniosku wraz z pełnym raportem HTA, na który składają się analizy wymienione powyżej. Rolą AOTMiT jest przeprowadzenie analizy weryfikacyjnej przedłożonej dokumentacji - zgodnie z obecnym prawodawstwem, zasięgnięcie opinii niezależnej grupy ekspertów (Rady Przejrzystości) i wydanie rekomendacji wraz z pogłębionym uzasadnieniem odnośnie do warunków i zasadności refundacji wnioskowanego leku. Jest to standardowa procedura regulowana w ww. ustawie, która powinna trwać nie więcej niż 60 dni. Przeprowadzenie analizy weryfikacyjnej przez AOTMiT poprzedzone jest potwierdzeniem wniesienia przez wnioskodawcę opłaty w kwocie nieprzekraczającej 150 tysięcy zł⁹⁸.

⁸⁹ M. Władysiek, Czy opracowanie raportu HTA dla wyrobów medycznych jest konieczne? Dostęp: <http://docplayer.pl/3584766-Czy-opracowanie-raportu-hta-dla-wyrobow-medycznych-jest-konieczne-magdalena-wladysiek-md-mba.html>.

⁹⁰ Systemy HTA w Europie, 2016. Dostęp: <https://www.eupati.eu/pl/ocena-technologii-medycznych/systemy-hta-w-europie/> (5.6.2018).

⁹¹ Ocena technologii medycznych: Główne definicje, 2016. Dostęp: <https://www.eupati.eu/pl/ocena-technologii-medycznych/ocena-technologii-medycznych-glowne-definicje/> (5.6.2018).

⁹² A. Zawada, Ł. Andrzejczyk, Rola oceny technologii medycznych w refundacji leków w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie - Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia* 11(1), 2013.

⁹³ Tamże.

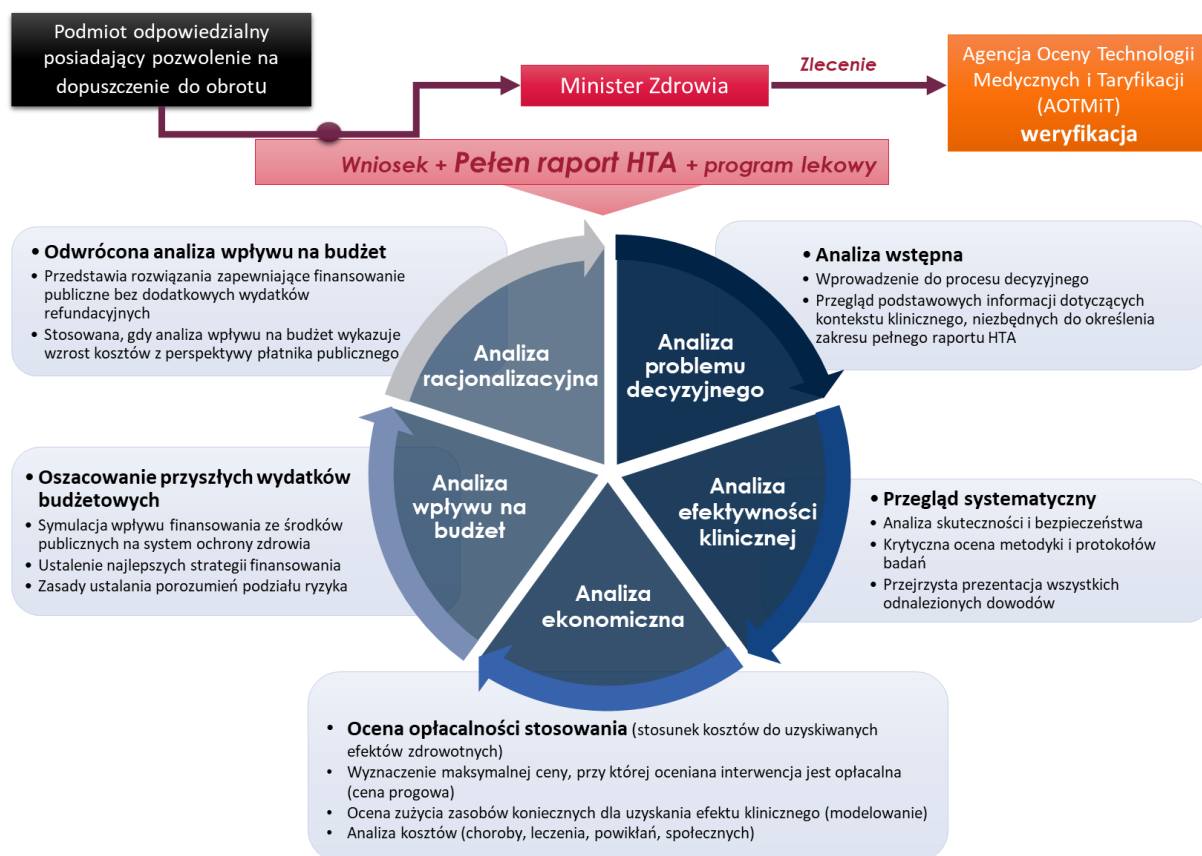
⁹⁴ Ministerstwo Zdrowia. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dostęp: http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/3491_u.html.

⁹⁵ Ministerstwo Zdrowia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 roku w sprawie minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu oraz o podwyższenie urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, które nie mają odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu. Dostęp: http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/2016/02/Rozporzadzenie_MZ_minimalne_wymagania_03042012_pol.pdf.

⁹⁶ Powołanie Agencji nastąpiło w 2005 roku.

⁹⁷ A. Zawada, Ł. Andrzejczyk, Rola oceny technologii medycznych w refundacji leków w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie - Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia* 11(1), 2013.

⁹⁸ Ministerstwo Zdrowia. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Dostęp: http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/3491_u.html.



Rysunek 3. Obecna ścieżka refundacji leków w Polsce oraz typy analiz wchodzących w skład pełnego raportu HTA.

Należy zwrócić uwagę, że AOTMiT, oprócz ocen technologii lekowych w ramach Ustawy Refundacyjnej, opracowuje również analizy i rekomendacje na zlecenie Ministra Zdrowia, który to może zlecić Prezesowi AOTMiT dokonanie weryfikacji zasadności włączenia do świadczeń gwarantowanych każdego rodzaju technologii medycznej (lekowej i nielekowej). Pomimo iż istotną część zadań AOTMiT stanowią oceny technologii lekowych (ok. 90% wydanych stanowisk/rekomendacji i opinii), Minister Zdrowia może zlecić Agencji również ocenę technologii nielekowych, takich jak świadczenia zdrowotne czy też wyroby medyczne^{99,100,101}. **Dlatego też w tym miejscu należy zwrócić uwagę na fakt, że AOTMiT rzeczywiście dokonuje oceny wyrobów medycznych, ale głównie tych kosztochłonnych, mających zastosowanie w trakcie wykonywania specjalistycznych świadczeń szpitalnych.**

Pojęcie wyrobów medycznych jest bardzo szerokie i obejmuje zarówno wszelkiego rodzaju urządzenia techniczne, aparaty, sprzęty medyczne, jak i różnego rodzaju środki ortopedyczne, materiały medyczne i sanitarne wykorzystywane w prewencji, diagnostyce, leczeniu i usuwaniu skutków choroby, urazów, upośledzeń i rehabilitacji chorych (począwszy od urządzeń najprostszych aż po niezwykle skomplikowane, które współcześnie określane są mianem technologii medycznych wysokiej generacji). Z uwagi na wysoką różnorodność wyrobów medycznych stosuje się ich kategoryzację na inwazyjne (klasa II, III) i nieinwazyjne (klasa I). Wyroby medyczne znajdujące się w klasie I stanowią produkty stosunkowo proste, natomiast produkty wyższych klas cechują się coraz to wyższym stopniem zaawansowania pod kątem medycznym i istotnej ingerencji w organizm ludzki¹⁰². Można więc przyjąć, że im wyższy stopień zaawansowania/inwazyjności wyrobów medycznych, tym większa jest potrzeba oceny zasadności finansowania w oparciu o HTA w momencie kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych.

Standardowa ocena wyrobów medycznych, zwłaszcza tych o niskiej inwazyjności (m.in. środki chłonne) w wielu krajach, w tym w Polsce, nie wymaga zastosowania narzędzi HTA^{103,104}. Brak powszechnego użycia oceny HTA dla

⁹⁹ M. Władysiuik, Czy opracowanie raportu HTA dla wyrobów medycznych jest konieczne? Dostęp: <http://docplayer.pl/3584766-Czy-opracowanie-raportu-hta-dla-wyrobow-medycznych-jest-konieczne-magdalena-wladysiuik-md-mba.html>.

¹⁰⁰ Systemy HTA w Europie, 2016. Dostęp: <https://www.eupati.eu/pl/ocena-technologii-medycznych/systemy-hta-w-europie/> (5.6.2018).

¹⁰¹ Ocena technologii medycznych: Główne definicje, 2016. Dostęp: <https://www.eupati.eu/pl/ocena-technologii-medycznych/ocena-technologii-medycznych-glowne-definicje/> (5.6.2018).

¹⁰² S. Poździejch, Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz, Warszawa 2012.

¹⁰³ M. Władysiuik, Czy opracowanie raportu HTA dla wyrobów medycznych jest konieczne? Dostęp: <http://docplayer.pl/3584766-Czy-opracowanie-raportu-hta-dla-wyrobow-medycznych-jest-konieczne-magdalena-wladysiuik-md-mba.html>.

wyrobów medycznych wynika z wielu trudności napotykanych podczas próby zastosowania jednolitych algorytmów dla wszystkich wyrobów medycznych^{105,106,107}. Spośród tych trudności należy wymienić: **wysoką zmienność, krótki czas życia, szybką erozję cen, niewielką ilość dowodów klinicznych najwyższej wiarygodności (RCT), problemy z doborem komparatora oraz małe doświadczenie płatników.**

	Wyroby medyczne	Leki
Czas życia produktu (zdataności do użycia)	Krótki - 2-4 lata	Długi - >10 lat
Dostępność dowodów	Często badania bez grupy kontrolnej lub obserwacyjne	Najczęściej RCT
Doświadczenie płatnika	Małe	Duże
Zmienność produktu	Wysoka	Mała
Dobór komparatora	Trudny	Stosunkowo łatwy
Wpływ operatora na wynik	Tak	Nie

Tabela 23. Różnica w ocenie HTA technologii nielekowych i lekowych¹⁰⁸.

Z uwagi na fakt, iż obecnie stosowana ocena HTA opiera się na analizie dowodów naukowych, jej zastosowanie w przypadku wyrobów medycznych wymagałoby opracowania odrębnej metodologii. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest brak randomizowanych badań klinicznych (RCT) dla wielu rodzajów wyrobów medycznych, pozwalających stwierdzić skuteczność i efektywność kosztową ocenianych interwencji. Ponadto, wysoka zmienność produktów generuje konieczność ciągłych aktualizacji oceny, czego nie obserwuje się w przypadku oceny leków, które pozostają niezmienione do końca cyklu życia produktu.

Dowodem trudności zaadoptowania oceny HTA dla wyrobów medycznych była próba wprowadzenia w 2016 roku ustawy nakazującej ocenę wyrobów medycznych analogiczną do oceny leków w procesie refundacji. Projekt wywołał liczne komentarze i kontrowersje w branży zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz wśród grup pacjentów korzystających z refundowanych wyrobów medycznych, w tym środków chłonnych. Poza obawami związanymi z ograniczeniem swobody wyboru dowolnego rodzaju, wielkości i chłonności materiałów chłonnych, zmniejszeniem liczby placówek zaopatrujących się w materiały chłonne oraz wprowadzeniem skomplikowanych list refundacyjnych, zgłaszano również obawy związane z koniecznością składania kilku wniosków dla poszczególnych konfiguracji jednego modelu produktu w krótkim okresie czasu (wysoka zmienność środków chłonnych) oraz brak uregulowań przeprowadzania analiz HTA dla wyrobów medycznych. Ponadto, wprowadzenie takiego systemu skutkowałoby niewydolnością ze strony organów państwowych, obciążonych dużą ilością nowych obowiązków, takich jak ocena jakości wyrobów medycznych.

Pomimo problematycznego w praktyce założenia ustawy, należy jednak zaznaczyć, iż sama idea wprowadzenia oceny HTA dla wyrobów medycznych wydaje się szczególnie mocno uzasadniona. Stosowanie narzędzi HTA pozwalających na kosztowoefektywne kreowanie polityki lekowej, powinno zostać zaimplementowane do oceny wyrobów medycznych. Jednakże niezbędna jest do tego regulacja jej przeprowadzania i wyłonienie kategorii produktów wymagających takiej oceny¹⁰⁹.

Co istotne, w ramach prac europejskiej sieci EUnetHTA oraz Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej w dniu 31.01.2018 r. wydano rozporządzenie w sprawie **oceny technologii medycznych, w którym podkreślono, że ocena wyrobów medycznych powinna skupiać się na produktach, które są innowacyjne i odnoszą się do niezaspokojonych potrzeb pacjentów w obszarach chorób, w których wytworzono lub można wytworzyć odpowiednie dowody kliniczne i ekonomiczne**¹¹⁰.

¹⁰⁴ Ocena technologii medycznych: Główne definicje, 2016. Dostęp: <https://www.eupati.eu/pl/ocena-technologii-medycznych/ocena-technologii-medycznych-glowne-definicje/> (5.6.2018).

¹⁰⁵ Tamże.

¹⁰⁶ K. Skóra, Wyroby medyczne – artystyczny nieład, czy nieefektywny bałagan?, 2018. Dostęp: <https://www.termedia.pl/mz/Wyroby-medyczne-artystyczny-nielad-czy-nieefektywny-balagan-29787.html> (6.6.2018).

¹⁰⁷ A. Krenek, Czy wyroby medyczne będą refundowane podobnie jak leki?, 2016. Dostęp: <http://www.rynekzdrowia.pl/Aparatura-i-wyposazenie/Czy-wyroby-medyczne-beda-refundowane-podobnie-jak-leki,160981,5.html>.

¹⁰⁸ M. Władysiek, Czy opracowanie raportu HTA dla wyrobów medycznych jest konieczne? Dostęp: <http://docplayer.pl/3584766-Czy-opracowanie-raportu-hta-dla-wyrobow-medycznych-jest-konieczne-magdalena-wladysiek-md-mba.html>.

¹⁰⁹ Alternatywne metody refundacji wyrobów medycznych. Dostęp: <http://fairfield.pl/alternatywne-metody-refundacji-wyrobow-medycznych-w-polsce-slowo-o-reformie/> (5.6.2018).

¹¹⁰ Komisja Europejska. (2018) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie oceny technologii medycznych i zmiany dyrektywy 2011/24/UE. Dostęp: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2014_2019/plmrep/COMMITTEES/ENVI/DV/2018/02-19/COM_COM20180051_PL.pdf.

W obecnym kształcie ocena HTA dla wyrobów medycznych o niskiej inwazyjności (klasa I - w tym materiały chłonne) nie ma zastosowania, co wydaje się w zupełności uzasadnione. Jedynie w przypadku pojawienia się innowacyjnych produktów istotnie zmieniających podejście do opieki i jakości życia pacjentów zasadne byłoby przeprowadzenie oceny HTA w celu określenia terapeutycznej wartości dodanej, w zakresie skutków zdrowotnych dla pacjentów, w porównaniu do obecnie stosowanych standardów opieki medycznej.

System refundacji w Polsce na tle wybranych krajów Grupy Wyszehradzkiej (Czechy, Słowacja)

Polska

Aktualnie obowiązujący w Polsce system refundacji wyrobów medycznych, m.in. środków chłonnych, reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, które weszło w życie 3 marca 2018 r. i stanowi nowelizację rozporządzenia z dnia 29 maja 2017 r. Zasady refundacji środków absorpcyjnych przez NFZ w Polsce, zostały opisane w części I niniejszego raportu.

Rozporządzenie z dnia 29 maja 2017 r.

Rozszerzenie zakresu osób uprawnionych do wydawania zlecenia na materiały absorpcyjne o lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii, medycyny rodzinnej, pediatrii, chorób wewnętrznych oraz pielęgniarek i położnych

Rozporządzenie z dnia 18 stycznia 2018 r.

Zwiększenie limitów ilościowych z 60 sztuk do 90 sztuk miesięcznie, przy zachowaniu pozostałych limitów

Rysunek 4. Nowelizacje rozporządzenia o wyrobach medycznych wydawanych na zlecenie - zmiany dotyczące materiałów absorpcyjnych.

Czechy

Refundacja wyrobów medycznych w Czechach opiera się na systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Funkcjonuje tam 7 towarzystw ubezpieczeniowych, a największym z nich, obejmującym aż 60% populacji, jest VZP (Všeobecná Zdravotní Pojišťovna). Działalność towarzystw ubezpieczeniowych regulowana jest Ustawą o Towarzystwach Ubezpieczeń Zdrowotnych^{111,112}. Ceny wyrobów medycznych ustalane są na podstawie ww. ustawy oraz regulacji i decyzji Ministerstwa Zdrowia. Zakres świadczeń określany jest w wyniku regularnych negocjacji między podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną, zakładami ubezpieczeń zdrowotnych, szpitalami, ekspertami medycznymi i stowarzyszeniami pacjentów. W wyniku tych negocjacji powstają umowy ramowe, na podstawie których zakłady ubezpieczeń zdrowotnych zawierają własne umowy z określonymi świadczeniodawcami¹¹³. Ostatecznie zasady refundacji wyrobów medycznych przedstawiane są w postaci Katalogu Refundacji VZP, który prezentuje metody realizacji świadczeń oraz listę wyrobów gwarantowanych^{114,115}.

¹¹¹ O nás - VZP ČR. Dostęp: <https://www.vzp.cz/o-nas> (13.6.2018).

¹¹² Kancelář ZP - Health insurance system in CZ. Dostęp: <https://www.kancelarzp.cz/en/links-info-en/health-insurance-system-in-cz> (13.6.2018).

¹¹³ INKONTINENCE V ČR 2013. Koalice pro zdraví, o.p.s., Dostęp: http://www.horecky.cz/images/1372399050_brozura-cz-final.pdf.

¹¹⁴ Tamże.

¹¹⁵ Úhradový katalog VZP - ZP | Poukaz. VZP ZP, 2018. Dostęp: https://prod-publicweb-media.azureedge.net/media/Default/dokumenty/ciselniky/pzt_1001_p.pdf.

Zgodnie z Katalogiem Refundacji VZP środki chłonne należą do grupy wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Do otrzymania zlecenia na środki chłonne kwalifikowane są osoby, u których zdiagnozowano NTM w stopniu I-III, definiowane jako mimowolny wyciek moczu w zakresie:

- 50-100 ml w ciągu 4 godzin - **stopień I (lekkie)** - głównie wysiłkowe u pacjentów nieregularnie korzystających z pomocy,
- 100-200 ml w ciągu 4 godzin - **stopień II (umiarkowane)** - wysiłkowe, nagłące lub pozazwieraczowe u pacjentów mobilnych,
- >200 ml w ciągu 4 godzin - **stopień III (ciężkie)** - w tym nietrzymanie stolca u pacjentów niesamodzielných^{116,117}.

Limity finansowe oraz rodzaj refundowanych środków chłonnych uzależnione są od stopnia nasilenia NTM. Pacjenci z diagnozą NTM w stopniu I uprawnieni są do otrzymania zlecenia na wkłady anatomiczne (chłonność >120 ml), przy miesięcznym limicie cenowym równym 450 CZK (76,5 zł). Chorzy spełniający kryteria umiarkowanego NTM (stopień II) mają prawo do otrzymania pieluch anatomicznych oraz elastycznych majtek siatkowych przy limicie cenowym wynoszącym 900 CZK (153 zł) i 190 CZK (32,3 zł), odpowiednio. Natomiast w przypadku NTM stopnia III pacjentom przysługują pieluchomajtki, majtki chłonne lub podkłady przy limicie cenowym 1700 CZK (289 zł) lub do 75% ostatecznej ceny opcji najkorzystniejszej ekonomicznie (podkłady). Niezależnie od stopnia NTM pacjentom przysługuje maksymalnie 150 szt./msc (5 szt. na dobę) materiałów chłonnych, z wyjątkiem podkładów, których limit wynosi 30 szt./msc i elastycznych majtek siatkowych dostępnych w limicie 24 szt./rok. Środki refundowane są w 100% przez ubezpieczyciela publicznego, przy zachowaniu wskazanych limitów^{118,119,120}.

Rodzaj środka	Limit ilościowy	Limit finansowy	Dopłata pacjenta	Osoby uprawnione do wypisywania zleceń	Kryteria chorobowe
Wkłady anatomiczne (>120 ml)	150 szt./msc	450 CZK (76,5 zł)	0%	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatra • Urolog • Ginekolog • Neurolog • Pediatra • Lekarz POZ 	NTM I stopnia (lekkie): <ul style="list-style-type: none"> • mimowolny wyciek moczu w zakresie 50–100 ml w ciągu 4h • Wysiłkowe • osoby nieregularnie korzystające z pomocy
Pieluchy anatomiczne	150 szt./msc	900 CZK (153 zł)			NTM II stopnia (umiarkowane): <ul style="list-style-type: none"> • mimowolny wyciek moczu w zakresie 100–200 ml w ciągu 4h • Wysiłkowe, nagłące lub pozazwieraczowe • osoby mobilne
Elastyczne majtki siatkowe	24 szt./rok	190 CZK (32,3 zł)			NTM III stopnia (ciężkie): <ul style="list-style-type: none"> • mimowolny wyciek moczu w zakresie >200 ml w ciągu 4h • W tym nietrzymanie stolca u pacjentów niesamodzielných
Pieluchomajtki	150 szt./msc	1700 CZK (289 zł)			
lub majtki chłonne					
lub podkłady					30 szt./msc

Rysunek 5. Kryteria refundacji środków chłonnych w Czechach

Do wydawania zleceń uprawnieni są: urolodzy, neurologrzy, ginekolodzy, pediatrzy, lekarze ogólni oraz geriatrzy. Na zleceniu mogą oni przedstawić tylko jeden rodzaj produktu z określonym kodem znajdującym się w Katalogu Refundacji VZP. Łączenie różnych rodzajów środków w jednym stopniu NTM nie jest uprawnione, tak więc pacjenci mogą stosować wyłącznie jeden rodzaj produktu wskazany przez lekarza (wyjątek stanowią elastyczne majtki siatkowe

¹¹⁶ VZP. (2016) Úhradový katalog VZP – ZP - Metodika. Dostup: http://www.vitalsoft.cz/_download_file/METODIKA_981.pdf.

¹¹⁷ Ministerstvo zdravotnictví. (1997) Act No. 48/1997 on Public Health Insurance [as amended]. Dostup: <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/63369/95264/F1024092264/CZE63369.pdf>.

¹¹⁸ Tamže.

¹¹⁹ VZP. Úhradový katalog VZP – ZP – Metodika, 2016. Dostup: http://www.vitalsoft.cz/_download_file/METODIKA_981.pdf.

¹²⁰ Ministerstvo zdravotnictví. Act No. 48/1997 on Public Health Insurance [as amended]. Dostup: <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/63369/95264/F1024092264/CZE63369.pdf>.

wydawane w limicie rocznym do stosowania wraz z pieluchami anatomicznymi). Lekarz wystawiający zlecenie podejmuje również decyzję w sprawie ilości środków chłonnych (zawsze w granicach określonych limitów) na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta. Zlecenie zachowuje ważność przez maksymalnie 3 miesiące^{121,122,123}.

Słowacja

Podobnie jak w przypadku Czech refundacja wyrobów medycznych na Słowacji oparta jest o system ubezpieczeń zdrowotnych (5 towarzystw ubezpieczeniowych). Każdy obywatel posiada kartę z numerem niezbędnym do rozliczania świadczeń, nadanym przez zakład ubezpieczeń zdrowotnych. Zasady refundacji oraz ceny wyrobów medycznych regulowane są rozporządzeniem Ministra Zdrowia, a te ostatnie określane są na podstawie cen referencyjnych z innych państw członkowskich Unii Europejskiej. W przypadku gdy tylko jedno państwo członkowskie posiada oficjalnie ustaloną cenę danego wyrobu, należy ją przyjąć jako cenę referencyjną, natomiast gdy jest ona dostępna w dwóch państwach, należy przyjąć średnią cen referencyjnych z tych dwóch państw. Cenę referencyjną w danym państwie stanowi średnia z 3 najniższych oficjalnie ustalonych cen wyrobu medycznego przeliczonych na jednostkę¹²⁴. Zakres wyrobów medycznych objętych refundacją prezentowany jest w postaci skategoryzowanych list publikowanych na stronie Ministerstwa Zdrowia co kwartał (aktualna z 1 kwietnia 2018 r.)^{125,126}. Włączenie wyrobu medycznego na listy skategoryzowane i nadanie mu kodu odbywa się na wniosek producenta.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia środki chłonne wydawane są na zlecenie, a warunkiem uprawniającym do uzyskania zlecenia jest NTM w stopniu:

- umiarkowanym (stopień II): częsty wyciek moczu - wysiłkowe NTM przy zachowaniu funkcji, pęcherz nadreaktywny nieneurogeny lub oba typy;
- ciężkim (stopień III): ciągły wyciek moczu - wysiłkowe przy utracie funkcji, pęcherz nadreaktywny neurogeny, przetoki, ich kombinacja lub nietrzymanie stolca^{127,128,129}.

Pacjentom spełniającym w/w kryteria przysługują środki chłonne o rodzaju i limicie finansowym uzależnionym od stopnia choroby. Dla pacjentów z NTM refundowane są wkłady anatomiczne o minimalnej chłonności >120 ml (stopień II NTM) lub >800 ml (stopień III NTM), a także pieluchy anatomiczne i elastyczne majtki siatkowe. Ponadto, osoby z NTM stopnia III dodatkowo mają prawo do uzyskania zlecenia na pieluchomajtki, majtki chłonne i podkłady. W przypadku pacjentów z II stopniem NTM nie obowiązują limity ilościowe, natomiast w przypadku pacjentów z III stopniem NTM limitem ilościowym objęte są wyłącznie podkłady i wkłady anatomiczne (60 szt./msc). Obowiązują miesięczne limity finansowe, wynoszące 14,77 € (63,1 zł) dla NTM stopnia II oraz 51,94 € (221,8 zł) dla NTM stopnia III. Materiały chłonne refundowane są w 100% przez Kasę Chorych. Ubezpieczyciel dostarcza przepisane środki do wskazanej jednostki, gdzie są rozpakowywane i wydawane pacjentom zgodnie ze zleceniem¹³⁰.

¹²¹ Úhradový katalog VZP - ZP | Poukaz. VZP ZP Dostup: https://prod-publicweb-media.azureedge.net/media/Default/dokumenty/ciselniky/pzt_1001_p.pdf.

¹²² VZP. Úhradový katalog VZP – ZP – Metodika, 2016. Dostup: http://www.vitalsoft.cz/_download_file/METODIKA_981.pdf.

¹²³ Ministerstvo zdravotníctví. Act No. 48/1997 on Public Health Insurance [as amended]. Dostup: <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/63369/95264/F1024092264/CZE63369.pdf>.

¹²⁴ Národná rada Slovenskej republiky. Zákon č. 363/2011 Z. z. Zákon o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Dostup: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2011-363>.

¹²⁵ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Dostup: <http://www.health.gov.sk/Clanok?zkzp-201807> (12.6.2018).

¹²⁶ Ministerstvo zdravotníctva. Zoznam kategorizovaných zdravotníckych pomôcok 1.4.2018 – 30.6.2018. Dostup: <http://www.health.gov.sk/Clanok?zkzp-201804>.

¹²⁷ Národná rada Slovenskej republiky. Zákon č. 363/2011 Z. z. Zákon o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Dostup: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2011-363>.

¹²⁸ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Dostup: <http://www.health.gov.sk/Clanok?zkzp-201807> (12.6.2018).

¹²⁹ Ministerstvo zdravotníctva. Zoznam kategorizovaných zdravotníckych pomôcok 1.4.2018 – 30.6.2018. Dostup: <http://www.health.gov.sk/Clanok?zkzp-201804>.

¹³⁰ Tamže

Rodzaj środka	Limit ilościowy	Limit finansowy	Dopłata pacjenta	Osoby uprawnione do wypisywania zleceń	Kryteria chorobowe
Wkłady anatomiczne (>120 ml)	brak	14,77 € (63,1 zł)	0%	<ul style="list-style-type: none"> Geriatra Urolog Ginekolog Neurolog Pediatra Pielęgniarka lub położna Lekarz POZ 	NTM II stopnia (umiarkowane): <ul style="list-style-type: none"> częsty wyciek moczu Wysiłkowe, przy zachowaniu funkcji, pęcherz nadreaktywny (nieneurogeny) lub oba typy
Pieluchy anatomiczne					
Elastyczne majtki siatkowe					
Pieluchy anatomiczne	brak	51,94 € (221,8 zł)	0%	<ul style="list-style-type: none"> Geriatra Urolog Ginekolog Neurolog Pediatra Pielęgniarka lub położna Lekarz POZ 	NTM III stopnia (ciężkie): <ul style="list-style-type: none"> ciągły wyciek moczu Wysiłkowe, przy utracie funkcji, pęcherz nadreaktywny (neurogeny), przetoki, ich kombinacja lub nietrzymanie stolca
Elastyczne majtki siatkowe					
Pieluchomajtki					
Majtki chłonne					
Wkłady anatomiczne (>800 ml)	60 szt./msc				
Podkłady					

Rysunek 6. Kryteria refundacji środków chłonnych na Słowacji.

Do wypisywania zleceń na wszystkie dostępne środki chłonne uprawnieni są specjaliści z dziedziny urologii, neurologii, ginekologii i geriatry, natomiast w przypadku pieluchomajtek i majtek chłonnych dodatkowo zlecenie może wystawić chirurg lub onkolog. Na zlecenie ww. specjalistów środki chłonne może przepisywać również lekarz ogólny, pediatra, pielęgniarka lub położna. Zlecenie utrzymuje ważność do 12 miesięcy, wyjątek stanowi zdiagnozowanie uporczywego i nieodwracalnego NTM stopnia III, dla którego nie jest wymagana ponowna kontrola lekarza zlecającego. Specjalista określa na zleceniu rodzaj środków chłonnych przysługujący pacjentowi, podając jego kod widniejący na liście skategoryzowanych wyrobów medycznych. Maksymalny okres, na jaki wydawane są środki chłonne, wynosi 1 miesiąc, po tym czasie wymagana jest ponowna wizyta u lekarza i przepisanie kolejnych sztuk (z wyjątkiem pacjentów z NTM stopnia III, u których nie jest wymagana kontrola). W przeciwieństwie do Czech, na Słowacji dopuszcza się przepisywanie różnych rodzajów środków chłonnych w obrębie jednego stopnia NTM - wymagane jest jednak oddzielne zlecenie. Analogicznie jak w Czechach materiały chłonne refundowane są w 100% przez ubezpieczyciela publicznego, przy zachowaniu wskazanych limitów¹³¹.

Podsumowanie

W opisanych powyżej państwach Grupy Wyszehradzkiej takich jak Czechy i Słowacja zwraca uwagę brak rygorystycznych kryteriów chorobowych oraz wysokie limity ilościowe i cenowe na środki chłonne. W przeciwieństwie do Polski w krajach tych refundacją objęci są wszyscy pacjenci spełniający określone kryteria NTM bez względu na rodzaj schorzenia leżącego u podłoża istniejących dolegliwości^{132,133}.

Kolejnym limitem nałożonym na większość polskich pacjentów jest konieczność 30-procentowej dopłaty do refundacji, jedynie chorzy z rozpoznaniem nowotworem złośliwym mają zapewniony bezpłatny dostęp do zleconych środków chłonnych, podczas gdy w obu opisanych krajach pacjenci nie muszą dopłacać do zleceń. Limity ilościowe i finansowe, nakładane na pacjentów w Polsce, również są bardziej rygorystyczne w porównaniu do tych obowiązujących w Czechach czy na Słowacji. Dla przykładu - miesięczny limit ilościowy w Czechach jest aż o 60 szt. wyższy niż w Polsce, natomiast na Słowacji większość produktów dostępna jest bez limitu - wyjątek stanowią podkłady i wkłady anatomiczne w NTM stopnia III (60 szt./msc). Limity finansowe obowiązują we wszystkich analizowanych krajach, przy czym w Polsce są niezależne od stopnia nasilenia NTM i utrzymują się na poziomie najniższych limitów czeskich i słowackich przewidzianych dla NTM w stopniu lekkim (Czechy - 76,5 zł) lub umiarkowanym (Słowacja - 63 zł). W przypadku NTM w stopniu ciężkim różnica w limicie u pacjentów z chorobami współistniejącymi jest aż o **132 zł niższa** względem limitu

¹³¹ Tamże.

¹³² VZP. (2016) Úhradový katalog VZP – ZP - Metodika. Dostęp: http://www.vitalsoft.cz/_download_file/METODIKA_981.pdf.

¹³³ Ministerstvo zdravotníctví. (1997) Act No. 48/1997 on Public Health Insurance [as amended]. Dostęp: <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/63369/95264/F1024092264/CZE63369.pdf>.

na Słowacji i o **199 zł niższa** niż w Czechach. Różnice w limitach przewidzianych dla pacjentów onkologicznych są jeszcze większe (**145 zł niższy względem Słowacji i 212 zł niższy względem Czech**). Ponadto, w żadnym z wymienionych krajów nie jest potrzebna dodatkowa rejestracja wniosków, tak jak ma to miejsce w Polsce. Prowadzona w Czechach i na Słowacji polityka zapewniająca szeroki dostęp chorym z NTM do materiałów chłonnych przyczynia się do zapewnienia lepszej opieki medycznej, poprawia nie tylko komfort pacjentów, ale zmniejsza również ryzyko groźnych powikłań, a w konsekwencji może przyczynić się do ograniczenia hospitalizacji i redukcji kosztów związanych z leczeniem szpitalnym.

W przeciwieństwie do Czech i Słowacji, system refundacji materiałów chłonnych w Polsce zakłada, że dobór produktu zależy całkowicie od pacjenta, który podejmuje decyzję zarówno odnośnie do rodzaju jak i marki, podczas gdy w systemie czeskim pacjent pozbawiony jest tej możliwości i uzależniony jest od decyzji lekarza, a także od dostępności produktu w wykazie przygotowanym przez ubezpieczyciela¹³⁴. Ponadto, w Polsce szerszy jest również katalog osób uprawnionych do wypisywania zleceń.

	Polska	Czechy	Słowacja	[*] konieczność zmian / [✓] korzystny element
Kryterium chorobowe	NTM lub nietrzymanie stolca w chorobie nowotworowej lub z chorobą współistniejącą wymienioną w wykazie (brak wysiłkowego NTM)	NTM w stopniu I-III	NTM w stopniu II-III	* refundacja przysługuje tylko wybranym pacjentom z NTM, konieczność spełnienia dodatkowych kryteriów związanych z obecnością chorób towarzyszących
Limit ilościowy	90 szt./ msc	150 szt./ msc	Bez limitu 60 szt./ msc - podkłady i wkłady anatomiczne w NTM III stopnia	* pomimo zwiększenia limitu ilościowego pozostaje on wciąż niewystarczający do zapewnienia optymalnej ochrony i higieny
Limit finansowania	90 zł 77 zł (nowotwór)	Zależny od stopnia NTM* I: 76,5 zł II: 153 zł III: 289 zł	Zależny od stopnia NTM* II: 63,1 zł III: 221,8 zł	* obecne limity finansowe nie pozwalają pokryć kosztów nawet refundowanej ilości produktów, konieczne jest dostosowanie limitów do typów produktów i ich rzeczywistych cen, a także do faktycznego zapotrzebowania
Dopłata pacjenta	30% 0% (nowotwór)	0%	0%	* jedynie pacjenci onkologiczni mają prawo do pełnej refundacji produktów, podczas gdy pozostali pacjenci muszą pokryć 30% ceny refundowanego produktu, a także koszty związane z większym zużyciem materiałów chłonnych (powyżej limitu)
Rodzaj dostępnych produktów chłonnych	pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki, majtki chłonne, wkłady anatomiczne, podkłady	Zależny od stopnia NTM wkłady anatomiczne pieluchy anatomiczne i majtki siatkowe pieluchomajtki, majtki chłonne i podkłady	Zależny od stopnia NTM wkłady i pieluchy anatomiczne, majtki siatkowe wkłady i pieluchy anatomiczne, majtki siatkowe, majtki chłonne, pieluchomajtki, podkłady	✓ pacjenci w Polsce mają szeroki dostęp do produktów niezależnie od nasilenia NTM (jednak po spełnieniu dodatkowych kryteriów chorobowych), co zapewnia dopasowanie produktu do indywidualnych potrzeb pacjenta
Wybór marki, rodzaju	decyzja pacjenta lub opiekuna /Dozwolone stosowanie	decyzja lekarza na podstawie nasilenia NTM i Katalogu Płatności VZP /Niedozwolone	decyzja urologa /Dozwolone stosowanie różnych typów dla jednego stopnia NTM	✓ decyzję odnośnie wyboru marki oraz rodzaju produktu pozostawiono po stronie

¹³⁴ Úhradový katalog VZP - ZP | Poukaz. VZP ZP, 2018. Dostup: https://prod-publicweb-media.azureedge.net/media/Default/dokumenty/ciselniky/pzt_1001_p.pdf.

	różnych typów dla jednego stopnia NTM	przepisywanie różnych typów dla jednego stopnia NTM		pacjenta, który wybiera optymalny dla siebie produkt, co - przy istniejących limitach finansowania - promuje produkty cechujące się korzystnym stosunkiem ceny do jakości, a także umożliwia dopasowanie produktu do indywidualnych potrzeb pacjenta
Osoby uprawnione do wypisywania zleceń	lekarz ogólny, urolog, neurolog, ginekolog, pediatra, geriatra, chirurg, onkolog, internista, pielęgniarka, położna, felczer ubezpieczenia zdrowotnego, lekarz w opiece paliatywnej i hospicyjnej	lekarz ogólny, urolog, neurolog, ginekolog, pediatra, geriatra	lekarz ogólny, urolog, neurolog, ginekolog, pediatra, geriatra, pielęgniarka, położna	✓ analogicznie jak na Słowacji szeroki zakres osób uprawnionych do wydawania zleceń, w tym pielęgniarki i położne
Sposób refundacji	zlecenie na dowolny środek chłonny	zlecenie na daną markę i rodzaj środka chłonnego	zlecenie na daną markę i rodzaj środka chłonnego	✓ dowolność wyboru zapewniająca wybór najwyższej jakości produktów
Okres użytkowania	1 miesiąc	1-3 miesięcy	1 miesiąc	-
Ważność zlecenia	12 miesięcy	1-3 miesięcy	12 miesięcy	✓ brak konieczności potwierdzania uprawnień po wygaśnięciu okresu użytkowania wniosku
Realizacja zleceń	weryfikacja zlecenia w wyznaczonym oddziale i następnie odbiór w punkcie posiadającym umowę z NFZ	dostawa do pacjenta przez ubezpieczyciela na podstawie wystawionego zlecenia	dostawa przez ubezpieczyciela do wskazanych jednostek, paczki rozpakowywane w przychodni i wydawane w odpowiednich limitach pacjentom	* konieczna jest dodatkowa weryfikacja zleceń, co utrudnia dostęp do wyrobów medycznych (kolejki w NFZ), natomiast nie ma ona uzasadnienia merytorycznego, gdyż sprowadza się do potwierdzenia, że pacjent posiada ważne ubezpieczenie zdrowotne, co <i>de facto</i> jest warunkiem udzielenia świadczenia przez lekarza, który wystawił zlecenie
Regulacja cen	Zależna od firmy poprzez dostosowanie do rozporządzenia Ministra Zdrowia / cena za sztukę	zależna od firmy poprzez rejestrację (przewodnik dla lekarzy) / cena za opakowanie	Zależna od cen referencyjnych z ≤2 krajów członkowskich UE / cena za sztukę	-

Tabela 24. Zestawienie zasad refundacji w wybranych krajach Grupy Wyszehradzkiej.

*Limit finansowy w Czechach i Słowacji przeliczono na złoty polski zgodnie z kursem walut aktualnym na dzień 11.06.2018 r., gdzie 1 CZK = 0,17 zł i 1 € = 4,27 zł

Koszty refundacji w Polsce na tle wybranych krajów Grupy Wyszehradzkiej (Czechy, Słowacja)

Polska

Zgodnie z danymi NFZ kwota refundacji na środki chłonne w 2017 roku w Polsce wyniosła 245 mln zł, z czego 90% wydatków przeznaczono na pacjentów z NTM i chorobami współistniejącymi innymi niż nowotwór¹³⁵. Na podstawie przeprowadzonych obliczeń własnych ustalono, iż średnia dopłata pacjenta do produktów refundowanych przez NFZ może sięgać 50% ich całkowitych kosztów, a zatem szacunkowa całkowita wartość materiałów chłonnych refundowanych ze środków publicznych wynosi około 490 mln zł.¹³⁶ Z danych rynkowych wynika, że około 50% sprzedawanych materiałów chłonnych współfinansowane jest przez NFZ, natomiast pozostałe 50% produktów pokrywane jest głównie przez pacjentów¹³⁷. Należy wspomnieć, iż osobom z orzeczoną niepełnosprawnością przysługuje dodatkowe dofinansowanie PFRON, oferowane za pośrednictwem miejskich ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodziny. Ponadto niewielka grupa osób korzystających z ustawy „za życiem” otrzymuje dofinansowanie według wytycznych określonych dla oddziałów NFZ przez Ministra Zdrowia.

Dostępne cenniki refundacyjne czołowych producentów środków chłonnych wskazują na dużą dysproporcję pomiędzy limitem finansowym ustalonym przez NFZ a ceną ustaloną przez producentów. Maksymalny koszt jednej sztuki produktu pokrywany przez NFZ wynosi 0,86 zł (pacjenci onkologiczni) lub 0,70 zł (pozostali pacjenci), podczas gdy ceny materiałów chłonnych wahają się od 0,70 zł do 4,12 zł za sztukę. Zdecydowana większość produktów nie mieści się w limicie finansowym. W związku z powyższym pacjenci oprócz 30-procentowej dopłaty do zleconych produktów zmuszeni są pokrywać również różnicę pomiędzy faktyczną ceną wybranych materiałów chłonnych a limitem refundacyjnym. Odzwierciedleniem tego faktu są dane refundacyjne, z których wynika, że NFZ pokrywa zaledwie 50% kosztów produktów przepisywanych pacjentom w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Zestawienie cen środków chłonnych czołowych producentów zostało przedstawione na stronie 40 niniejszego raportu.

Czechy

Zgodnie z danymi opublikowanymi przez VZP w 2016 roku zrefundowano ponad **6 mln opakowań** środków chłonnych, których wartość wynosiła **1,48 mld CZK, tj. 252 mln zł**. W przeliczeniu na jednostkę, VZP przeznacza średnio **41 zł na jedno opakowanie** środków chłonnych. Niemal wszystkie opakowania sprzedawane są w grupie pacjentów z ciężkim (46%) i lekkim NTM (53%). Pozostałe, stanowiące zaledwie 1% całkowitej puli sprzedanych opakowań, dotyczą pacjentów z umiarkowanym NTM. Zgodnie z oczekiwaniami, większość środków finansowych przeznacza się na materiały chłonne u pacjentów z **ciężkim NTM - 197 mln zł**, co stanowi aż 78% całkowitej kwoty refundacji. Związane jest to z wyższym limitem finansowania oraz możliwością przepisywania pacjentom z ciężkim NTM wyłącznie produktów o najwyższej chłonności - tj. pieluchomajtek, majtek chłonnych i podkładow, których ceny są wyższe od wkładów czy też pieluch anatomicznych¹³⁸.

Słowacja

Nie uzyskano danych dotyczących wartości refundacji środków chłonnych na Słowacji.

Podsumowanie

Na podstawie danych refundacyjnych z czeskiej ubezpieczalni zdrowotnej VZP, obejmującej swoim zasięgiem 60% populacji Czech (około 6,3 mln osób), ustalono, że koszty refundacji materiałów chłonnych wynoszą około 252 mln złotych, co w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego, odpowiada kwocie równej 40 zł rocznie. Tymczasem w Polsce łączne wydatki NFZ na ten cel wynoszą około 245 mln zł, co odpowiada kwocie 6,38 zł w przeliczeniu na 1 mieszkańca na rok.

Biorąc pod uwagę całkowitą kwotę refundacji oraz ogólną liczebność populacji objętej ubezpieczeniem, należy stwierdzić, że w przeliczeniu na 1 mieszkańca wydatki ze środków publicznych w Polsce są ponad 6-krotnie niższe niż w Czechach.

¹³⁵ Uchwała Nr 2/2018/III Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2017 r. NFZ Dostęp: <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-22018iii,6438.html>.

¹³⁶ Dane własne na podstawie informacji udzielonych przez organizację branżową.

¹³⁷ Tamże.

¹³⁸ Obliczenia własne na podstawie danych VZP z 2016 r. (Počet uhrazených měrných jednotek a úhrada v Kč za PZT skupin 01, 02, 03, 13 a 17 v roce 2016).

Dysproporcja w wydatkach na materiały chłonne w przeliczeniu na mieszkańca wynika w dużej mierze z przyjętego w polskim ustawodawstwie podejścia polegającego na uzależnieniu limitów finansowania wyłącznie od rodzaju schorzenia leżącego u podłoża NTM (choroba nowotworowa vs inne schorzenia), podczas gdy na koszty zużywanych materiałów wpływa przede wszystkim stopień nasilenia NTM, gdyż pacjenci z bardziej nasilonym NTM zużywają więcej produktów o wyższych cenach jednostkowych. Zmiany wprowadzone na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 roku, polegające na zwiększeniu limitów ilościowych, przy zachowaniu limitów kwotowych, oznaczają *de facto* zmniejszenie jednostkowych limitów refundacyjnych, które obecnie u pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową wynoszą 0,86 zł, natomiast u pozostałych chorych 1,00 zł (po odjęciu 30% dopłaty pacjenta 0,70 zł)^{139,140}. Przyjęte rozwiązania są szczególnie niekorzystne dla pacjentów z ciężkimi postaciami NTM, wymagających dużej liczby produktów o wysokiej chłonności, których ceny w zależności od rozmiaru wahają się od 1,1 do 4,12 zł za sztukę, a zatem znacznie przekraczają limity refundacyjne. Oznacza to, że przy obecnie obowiązujących limitach możliwy jest zakup jedynie małych wkładek anatomicznych o niskiej chłonności, niezabezpieczających w 100% potrzeb osób z NTM. W tym kontekście wyraźnie widoczne jest, że aktualnie obowiązujący system refundacji środków chłonnych w Polsce dyskryminuje pacjentów wymagających największego wsparcia.

	Polska ^a	Czechy ^b	Słowacja
Liczba mieszkańców	38,4 mln	10,5 mln	5,4 mln
Populacja	NTM i nowotwór	NTM i kryteria wymienione w wykazie	NTM I
Limit ilościowy [szt./msc]	90	90	150
Limit finansowy [zł/msc]	77	90	76,5
Dopłata pacjenta [%]	0	30	0
Liczba zrefundowanych jednostek	17 870 721 szt.	214 382 447 szt.	2 832 285 pacz.
Kwota refundacji na rok [zł]	23 637 727	221 184 754	51 629 387
Kwota na pacjenta na rok [zł]	965,6	753,2	-
Kwota na jednostkę [zł]	0,8	1,0	18,2

Tabela 25. Porównanie nakładów finansowych na pacjentów z NTM w krajach Grupy Wyszehradzkiej.
Kwoty przeliczone zgodnie z kursem walut aktualnym na dzień 11.06.2018 r., gdzie 1 CZK = 0,17 zł i 1 € = 4,27 zł.

- a) Zgodnie z danymi z 2017 roku.
b) Zgodnie z danymi z 2016 roku.

Stosowanie oceny HTA na potrzeby refundacji środków chłonnych zaliczanych do wyrobów medycznych o niskiej inwazyjności (klasa I.) w obecnym kształcie nie znajduje uzasadnienia. Konieczność jej przeprowadzenia mogłaby być zasadna jedynie w przypadku pojawienia się innowacyjnych produktów istotnie zmieniających podejście do opieki i jakości życia pacjentów. Jednakże prawdopodobieństwo pojawienia się takich produktów w obszarze materiałów chłonnych wydaje się niewielkie.

¹³⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Minister Zdrowia. Dostęp: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001061> (8.6.2018).

¹⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Minister Zdrowia Dostęp: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000281> (8.6.2018).

OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM

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”¹⁴¹.

Takie osoby charakteryzuje co najmniej jeden z trzech czynników:

- niesamodzielność,
- niepełnosprawność,
- zaawansowany wiek.

Procesy demograficzne i zmiany w stylu życia powodują, że problem opieki długoterminowej staje się jednym z ważniejszych wyzwań polityki społecznej i zdrowotnej w wielu krajach. W całej Europie, jak również w Polsce obserwuje się postępujący proces starzenia się ludności i wzrost liczby osób niesamodzielnych i przewlekle chorych, szczególnie wśród osób starszych. Stawia to przed opieką zdrowotną nowe wyzwania związane z zapewnieniem usług medycznych, w tym usług pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej coraz większej liczbie osób. W związku z tym, że NTM dotyka ponad połowę z blisko dwóch milionów osób niesamodzielnych, wzrośnie również zapotrzebowanie na refundowane środki absorpcyjne, będące podstawowym środkiem zapobiegawczym.

Według normy określonej przez Organizację Narodów Zjednoczonych, próg starości demograficznej oznacza udział ponad 7% osób w wieku 65 lat i starszych w ogólnej strukturze ludności. Zgodnie z danymi GUS¹⁴² wskaźnik ten dla Polski w roku 2015 osiągnął poziom około 16%. Prognozy demograficzne GUS pokazują z kolei, że do roku 2050 subpopulacja ludzi mających 65 lat i więcej wzrośnie w Polsce o 45% w porównaniu z rokiem 2015, co stanowić będzie wówczas blisko 1/3 liczby ludności. Subpopulacja ludzi mających 80 lat i więcej wzrośnie w tym samym okresie ponad dwukrotnie.

Prognoza ludności Polski do 2050 roku (w tys.)						
Wiek	2015 r.	2020 r.	2025 r.	2030 r.	2040 r.	2050 r.
0-14	5 728	5 659	5 227	4 856	4 302	4 120
15-64	26 620	25 285	24 325	23 683	21 937	18 733
65+	6 071	7 194	8 189	8 646	9 429	11 097
80+	1 560	1 684	1 680	2 206	3 373	3 537
Ogółem	38 419	38 138	37 741	37 185	35 668	33 951

Tabela 26. Prognoza ludności Polski do 2050 roku (w tys.).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Zmiany demograficzne oznaczają również wzrost liczby osób wymagających opieki długoterminowej, realizowanej zarówno w domu jak i w specjalistycznych placówkach, takich jak zakłady opiekuńczo - lecznicze (ZOL) oraz zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze (ZPO). Według raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w 2016 roku czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL wynosił 16 miesięcy, a do ZPO 14 miesięcy, co oznacza, że od 2012 roku nieustannie rośnie. Podobna sytuacja dotyczy Domów Opieki Społecznej (DPS). W efekcie kryterium przyjęcia pacjenta niesamodzielnego lub niepełnosprawnego, wymagającego opieki długoterminowej do jednego z trzech ośrodków: ZOL, ZPO, lub DPS, nie jest jego diagnoza, ale pierwsze wolne miejsce. Dodatkowo stawki za realizowanie opieki długoterminowej proponowane przez oddziały NFZ od wielu lat są niedoszacowane. Średnia stawka oferowana ZOL i ZPO wynosi obecnie poniżej 80 zł za osobodzień. Według AOTMiT minimalna stawka za osobodzień osoby dorosłej w ZLO/ZPO powinna wynosić, w zależności od wariantu 116,71 zł (wariant 1), 151,51 zł (wariant 2) do 211,76 zł (wariant 3) za osobodzień, przy czym wariant 2 uznano za optymalny.

¹⁴¹ Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce, Warszawa 2015.

¹⁴² Prognoza ludności na lata 2014-2050, opracowanie: Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy Głównego Urzędu Statystycznego pod kierunkiem Doroty Szaltys, Warszawa 2014.

15 marca 2018 roku Prezes AOTMiT wydał obwieszczenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej¹⁴³. Obejmuje ono taryfę dla świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. „osobodnia za świadczenia pielęgnarskie w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania”, któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 punkt. Koszt świadczenia bazowego oszacowano na **wartość 30,08 zł**.

Taryfy świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej					
NAZWA ŚWIADCZENIA	TARYFA (obowiązująca do 31 grudnia 2018 r.)	TARYFA (obowiązująca w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r.)	TARYFA (obowiązująca w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2020 r.)	TARYFA (obowiązująca w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2021 r.)	TARYFA (obowiązująca w okresie od 1 stycznia 2022 r.)
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	77,91 zł	86,33 zł	95,05 zł	103,48 zł	111,90 zł
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	111,60 zł	123,63 zł	135,66 zł	147,99 zł	160,03 zł
Osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	77,91 zł	86,33 zł	95,05 zł	103,48 zł	111,90 zł
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	107,99 zł	127,24 zł	146,49 zł	165,44 zł	184,69 zł
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	139,27 zł	163,94 zł	188,90 zł	213,57 zł	238,23 zł

Tabela 27. Taryfy świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
 Źródło: Załącznik do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 marca 2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

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

Osoby niesamodzielne

Pojęcie „niesamodzielnosci” nie funkcjonuje w polskim systemie prawnym z zakresu zabezpieczenia społecznego, natomiast w opracowaniach zwykle definiuje się ją jako „wynikającą z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodującą konieczność stałej lub

¹⁴³ Treść obwieszczenia dostępna jest na stronie: <http://www.aotm.gov.pl/www/obwieszczenie-w-sprawie-taryf-swadczen-gwarantowanych-w-rodzaju-opieki-dlugoterminowej/>.

długotrwałej opieki i pomocy osób drugich w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego”¹⁴⁴.

Od kilku lat trwają prace nad wprowadzeniem definicji niesamodzielnosci do systemu prawnego. Do najważniejszych inicjatyw w tym zakresie należą:

- projekt pn. „PROFESJONALIZACJA USŁUG ASYSTENCKICH I OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH - NOWE STANDARDY KSZTAŁCENIA I OPIEKI”, realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
- powołanie zespołu pod kierownictwem prezesa ZUS, którego zadaniem jest ujednoczenie orzecznictwa dot. niepełnosprawności i który ma m.in. wypracować jasne definicje kto jest niesamodzielnym, kto jest osobą wymagającą całodobowej opieki i jakiego wsparcia ze strony państwa wymaga,
- złożenie w sejmie przez Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, znanego szerzej pod nazwą „ustawy czekowej”.

Najbardziej kompleksowo reforma systemu opieki długoterminowej przedstawiona została jednak w założeniach do projektu ustawy o koordynowanej opiece długoterminowej, która miałaby łączyć elementy polityki zdrowotnej i społecznej. Jest to dokument wypracowany przez ekspertów Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

Od 1 lipca 2017 roku realizowany jest projekt pn. „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnym - nowe standardy kształcenia i opieki”¹⁴⁵. Głównym celem projektu jest profesjonalizacja opieki nad osobami starszymi o różnym stopniu niesamodzielnosci w ich miejscu zamieszkania.

Realizując projekt zespół ekspertów zdefiniował osobę niesamodzielną jako osobę, u której z powodu naruszenia funkcji organizmu stwierdza się ograniczenia aktywności powodujące konieczność stałego albo długotrwałego wsparcia innej osoby w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych¹⁴⁶.

Według założeń projektu powstaną 3 standardy usług dla trzech stopni niesamodzielnosci:

- I stopnia niesamodzielnosci - wspierająca asysta, osobista i w formie teleopieki,
- II stopnia niesamodzielnosci - różnorodne usługi pomocowe,
- III stopnia niesamodzielnosci - usługi opiekuńcze.

Stopnie niesamodzielnosci będą orzekane na podstawie opracowanej przez WHO Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), a ocena poziomu wsparcia będzie wynikała z niezbędnego czasu wsparcia dla każdej osoby i osobistego zaangażowania opiekuna w opiekę (w ciągu dnia): dla I stopnia dwie godziny, dla II stopnia cztery godziny, a dla stopnia III sześć godzin¹⁴⁷.

Realizacja projektu zakłada również powstanie trzech standardów kształcenia:

- w zakresie asystowania - większość treści dotyczyć będzie komunikowania się, szczególnie z osobami z utrudnionym kontaktem, także komunikowania się w formie teleopieki,
- w zakresie pomocy - większość treści dotyczyć będzie metod kompensowania utraconej sprawności,
- w zakresie opieki - większość treści dotyczyć będzie metod wykonywania poszczególnych czynności opiekuńczych¹⁴⁸.

Międzyresortowy Zespół do spraw Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy został powołany 2 lutego 2017 r. przez ówczesną premier Beatę Szydło¹⁴⁹. Pracami Zespołu kieruje prof. Gertruda Uścińska, prezes ZUS. Do najważniejszych zadań Zespołu należy:

- dokonanie analizy funkcjonowania systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w kontekście ich spójności i konieczności koordynacji działań lub możliwości ich zintegrowania,
- opracowanie projektu założeń do ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy,

¹⁴⁴ P. Błędowski, M. Maciejasz, Rozwój opieki długoterminowej w Polsce - stan i rekomendacje, Nowiny Lekarskie, 2013, 82, 1.

¹⁴⁵ Projekt realizowany jest przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych wspólnie z Uniwersytetem Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Stowarzyszeniem Niepełnosprawni dla Środowiska EKON w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) 2014-2020 - II Oś priorytetowa - Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym.

¹⁴⁶ Zakres usług opiekuńczych i asystenckich na rzecz osób starszych, III panel ekspertów, Warszawa, 13.11.2017, <https://www.ipiss.com.pl/?projekt-badawczy=iii-panel-ekspertow>.

¹⁴⁷ Tamże.

¹⁴⁸ Tamże.

¹⁴⁹ Zarządzenie nr 6 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2017 r. w sprawie Międzyresortowego Zespołu do spraw Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy.

- opracowanie projektu ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy po przyjęciu założeń przez Zespół,
- opiniowanie rozwiązań dotyczących systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy wypracowanych w ramach działania 2.6 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów nr 53 z dnia 20 kwietnia 2018 roku zakończenie prac Zespołu nie może nastąpić później niż do dnia 29 czerwca 2018 roku.

4 maja 2018 roku senator Mieczysław Augustyn w imieniu Klubu Parlamentarnego Platformy Obywatelskiej ogłosił złożenie do łaski marszałkowskiej projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. Prace nad tym dokumentem trwały ponad 6 lat.

W projekcie osobę niesamodzielną definiuje się jako osobę, w stosunku do której wydano orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, ze wskazaniem na stopień niesamodzielnności, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

W projekcie zaproponowano trzy grupy świadczeń z tytułu niesamodzielnności:

- świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- refundację kosztów teleopieki,
- refundację kosztów usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, zwanych dalej „opieką zastępczą”.

Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym zakłada również wprowadzenie tzw. czeku opiekuńczego, z pomocą którego opłacane byłyby usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze.

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. Od wielu lat eksperci Koalicji podkreślają, że skoordynowanie opieki socjalnej z opieką zdrowotną jest warunkiem poprawy jakości życia osób niesamodzielnym, szczególnie ludzi starszych, którzy są bezradni i zdezorientowani z powodu barier prawnych i urzędniczych.

Zaprezentowane przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym” założenia do projektu międzyresortowej ustawy o koordynowanej opiece długoterminowej łączą rozwiązania zawarte w:

- założeniach 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,
- projekcie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym przygotowanym przez zespół ekspertów powołany przez senatora Mieczysława Augustyna,
- założeniach polityki społecznej wobec osób starszych do roku 2030 Bezpieczeństwo - Uczestnictwo - Solidarność,
- Strategii na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 - projekt strategiczny (Nie)Samodzielnym).

Zdaniem Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” ustawa o koordynowanej opiece długoterminowej powinna gwarantować:

- standaryzację usług i rejestry świadczeniodawców,
- wzajemną obserwację i ocenę pracy opiekunów i pielęgniarek poprzez koordynowaną opiekę;
- przeciwdziałanie nadużyciom i zaniedbaniom,
- duży wybór form opieki i rodzajów usług,
- rozwój opieki nieformalnej (możliwość łączenia pracy zawodowej z opieką),
- wyeliminowanie anonimowości samotnych, starych i niesamodzielnym osób,
- pełny dostęp do sprzętu wspomagającego, pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego,
- podniesienie rentowności placówek opieki długoterminowej i regulacje,
- równą konkurencję: pieniądź idzie za pacjentem, jednakowy dostęp, jednakowe wymagania,
- rozwój rynku usług (nowe firmy, nowe inwestycje, nowe rodzaje świadczeń),
- pole do innowacji organizacyjnych i technologicznych (rozwój teleopieki i telepomocy),
- dostęp do środków UE w nowej perspektywie finansowej,
- rozwój kształcenia w zawodach opiekuńczych i poprawę warunków ich pracy i płacy.

Osoby niepełnosprawne

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje niepełnosprawność jako każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka¹⁵⁰.

W Polsce stosowane są co najmniej dwie definicje dotyczące osób niepełnosprawnych. Pierwsza z nich to definicja wynikająca z przepisów prawa i dotycząca prawnej podstawy kwalifikacji do grupy osób niepełnosprawnych (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: lekkim, umiarkowanym, znacznym). Druga definicja, szersza, stosowana jest w badaniach statystycznych. Obejmuje ona nie tylko osoby niepełnosprawne prawnie, ale również osoby, które orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu wybranych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna)¹⁵¹.

Pod koniec 2014 r. prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało ponad 3,8 mln mieszkańców Polski, z tego prawie 194 tys. dzieci wieku 0-15 lat i ponad 3607 tys. osób dorosłych (w wieku 16 lat i więcej). Od 2009 roku populacja osób niepełnosprawnych prawnie zmniejszyła się o ponad 350 tys.¹⁵².

Osoby niepełnosprawne prawnie w 2009 i 2014 roku		
Stopień niepełnosprawności	Ilość osób (w tys.) w 2009 r.	Ilość osób (w tys.) w 2014 r.
Znaczny	1265,9	1062,8
Umiarkowany	1497,8	1581,8
Lekki	1207,3	962,9
Nie orzekano stopnia (dzieci do lat 16)	184,4	194,0
Ogółem	4155,3	3801,5

Tabela 28. Osoby niepełnosprawne prawnie w 2009 i 2014 r.¹⁵³.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Z kolei według wyników Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) liczba osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w 2016 roku kształtowała się na poziomie 3 207 tys. osób. Oznacza to, że 10,4% ludności w wieku 15 lat i więcej posiadało prawne orzeczenie niepełnosprawności¹⁵⁴.

18 kwietnia 2018 roku w Sejmie rozpoczął się protest osób niepełnosprawnych i ich rodziców, który zawieszono po 40 dniach (27 maja). Protestowi towarzyszyły dwa postulaty - zrównania renty socjalnej z minimalną rentą z tytułu niezdolności do pracy oraz wprowadzenia dodatku "na życie", zwanego też "rehabilitacyjnym", dla osób niepełnosprawnych niezdolnych do samodzielnej egzystencji po ukończeniu 18. roku życia w kwocie 500 złotych miesięcznie.

Na fali wydarzeń w Sejmie, przyjęto ustawy będące zdaniem rządzących odpowiedzią na postulaty protestujących. 9 maja 2018 roku Sejm uchwalił ustawę o zmianie ustawy o rencie socjalnej¹⁵⁵, której celem jest podniesienie wysokości renty socjalnej do kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Wysokość renty socjalnej wzrośnie tym samym z 865,03 zł brutto do 1029,80 zł brutto. Prawo do podwyższonej renty socjalnej będzie przysługiwać od 1 czerwca 2018 roku, z tym że do końca sierpnia renty będą wypłacane w dotychczasowej wysokości, a we wrześniu nastąpi wyrównanie. Uprawnieni nie muszą składać żadnych wniosków o wyższe wypłaty - ponowne ustalenie wysokości rent socjalnych dokonane będzie z urzędu.

Tego samego dnia przyjęto ustawę o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności¹⁵⁶. Na podstawie przyjętych przepisów, które wejdą w życie 1 lipca 2018 roku nastąpi zniesienie okresów użytkowania wyrobów medycznych (jak wózki inwalidzkie, cewniki, ortezy). Osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności będą miały też prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością. Bez kolejki mają także korzystać z usług farmaceutycznych w aptekach. Ta grupa niepełnosprawnych ma również korzystać ze świadczeń specjalistycznych bez konieczności uzyskania skierowania. Ustawa stanowi też, że

¹⁵⁰ <http://www.unic.un.org.pl/niepelnospawnoscd/definicja.php>.

¹⁵¹ Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, opracowanie: Departament Badań Społecznych i Warunków Życia Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa 2016.

¹⁵² Tamże.

¹⁵³ Tamże.

¹⁵⁴ Dane demograficzne dostępne na stronie www.niepelnospawni.gov.pl.

¹⁵⁵ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rencie socjalnej (Dz. U. 2018 poz. 933).

¹⁵⁶ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018 poz. 932).

zniesione zostaną limity finansowania przez NFZ świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności. W tym celu zaproponowano regulację analogiczną do przepisu znoszącego limit finansowania świadczeń z zakresu leczenia i diagnostyki onkologicznej, czyli umożliwiającą zmiany umów zawartych przez NFZ z placówkami medycznymi. Zdaniem rządzących pozwoli to rodzinom osób niepełnosprawnych na miesięczne oszczędności w wysokości 520 zł. Protestujący uważają jednak, że ta ustawa nie realizuje ich żądań w sprawie dodatku rehabilitacyjnego, który chcieli otrzymać w gotówce na wzór programu 500+.

Prezes NFZ Andrzej Jacyna zadeklarował, że na świadczenia rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym, których według szacunków GUS jest w Polsce około 900 tys., Fundusz jeszcze w roku 2018 wyda 450 mln zł, czyli ok. 25 proc. ponad obecne 2,4 mld zł, jakie rocznie przeznacza na wszystkie świadczenia rehabilitacyjne. Środki mają być uruchomione już w drugim półroczu tego roku. Ekspertcy zwrócili jednak uwagę, że po wejściu w życie ustawy, osoby ze znaczną niepełnosprawnością wyprą z kolejki niepełnosprawnych w mniejszym stopniu i ofiary wypadków, ponieważ ośrodków rehabilitacji raczej nie przybędzie¹⁵⁷.

Kolejne 270 mln zł ma do końca 2018 roku zapewnić osobom niepełnosprawnym w stopniu znacznym, nielimitowany dostęp do wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych. Zdaniem ekspertów może rodzić to dwa niebezpieczeństwa. Z jednej strony niepotrzebne „chomikowanie” wyrobów w obawie przed utratą uprawnień, z drugiej zaś możliwość nadużyć i próby dalszego odsprzedawania uzyskanych w ramach refundacji produktów.

Osoby niepełnosprawne mogą skorzystać również ze wsparcia Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) i uzyskać dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Warunkiem uzyskania dofinansowania jest posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności oraz spełnienie kryterium dochodowego (50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym i 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej)¹⁵⁸.

Według danych Funduszu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny w latach 2014-2016 skorzystało odpowiednio 4 384 osoby w roku 2014, 4 750 osób w 2015, 4 531 osób w 2016. Kwoty wydatkowane na ten cel wahały się na poziomie od niespełna 5 milionów do 7 milionów 308 tysięcy zł. Na dofinansowanie do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w latach 2014-2016 przeznaczono blisko 427 mln zł (133 miliony zł w roku 2014, 153 miliony w roku 2015 i prawie 140 milionów rok później). Liczba osób korzystających z takiego wsparcia waha się między 180 a 200 tys. rocznie, przy czym zaznaczyć należy, że jest to liczba szacowana przez Fundusz na podstawie złożonych wniosków. Jedynie szacunkowo Fundusz określa równie, na jakie przedmioty osoby niepełnosprawne najchętniej składają wnioski i jaką otrzymują pomoc¹⁵⁹.

¹⁵⁷ Decyzja rządu spowoduje dłuższe kolejki do rehabilitacji?, www.niesamodzielnym.pl, 10.05.2018.

¹⁵⁸ <https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/rehabilitacja/przedmioty-ortopedyczne-i-srodki-pomocnicze/>.

¹⁵⁹ Dane zaprezentowane przez Naczelnika Wydziału do spraw Projektów w Departamencie do spraw Programów w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych podczas posiedzenia „Dostęp osób chorych i niesamodzielnym do wyrobów medycznych” organizowanego przez Komisję Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej Senatu RP w dniu 17 października 2017 roku.

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 nadal 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, pielęgniarce 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 i utrzymać codzienną aktywność życiową, standardach diagnostyki i leczenia, 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 i optymalnego doboru środków absorpcyjnych, do których dostęp pacjent powinien mieć na wszystkich etapach terapii.

Rekomenduje się dalsze poszerzanie działań edukacyjnych wobec pielęgniarek i lekarzy POZ w celu usprawnienia działań profilaktycznych (m.in. ćwiczenia mięśni dna miednicy, ćwiczenie kontroli mikcji, trening pęcherza, odpowiednia dieta), procesu diagnostycznego (m.in. prawidłowo wykonany wywiad), wskazania kolejnych etapów postępowania w przypadku leczenia nietrzymania moczu (metody inwazyjne jako ostateczność), oraz uzyskania 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.**

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

Istotnym wydarzeniem było wydanie w ubiegłym roku pierwszych w Polsce wytycznych dla pielęgniarek i położnych w zaburzeniach kontynencji poświęcone nietrzymaniu moczu.

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 PROCESU LECZENIA

1. **W NTM, podobnie jak w innych zaburzeniach funkcji ciała, bez codziennej higieny, właściwej pielęgnacji oraz odpowiedniego zabezpieczenia osób chorych w środki i produkty kompensujące utraconą sprawność, żaden system opieki długoterminowej nie może prawidłowo funkcjonować.**

Pielęgnację skóry należy traktować jako podstawę utrzymania jej kondycji, o którą należy dbać przez cały proces leczenia NTM. Jest to obowiązek osoby z NTM lub jej opiekuna, ale też jedno z głównych zadań pielęgniarki i położnej. Brak zachowania higieny oznacza, że efekty leczenia, rehabilitacji czy opieki będą niewspółmiernie niższe do efektów oczekiwanych. W czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych szczególnie istotne 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 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.

Standardem higienicznym w pielęgnacji pacjenta z NTM jest także oczyszczanie skóry za pomocą specjalistycznych, multifunkcyjnych środków do pielęgnacji skóry.

2. **Z dniem 3 marca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, które reguluje zasady refundacji środków absorpcyjnych. Rozporządzenie stanowi nowelizację wydanego w ubiegłym roku rozporządzenia określającego zasady refundacji wyrobów medycznych (z dnia 1 czerwca 2017 r.), uchwalonego na mocy Ustawy z dnia 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.**

Zmienione zostały limity ilościowe na środki absorpcyjne, przy zachowaniu dotychczasowych limitów cenowych. Osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu w ramach refundacji, po spełnieniu kryterium chorobowego, przysługuje do 90 sztuk produktów chłonnych miesięcznie przy 30% dopłacie pacjenta oraz limicie cenowym 90 zł. Z kolei osoby z chorobą nowotworową mają prawo do 100% refundacji do 90 sztuk środków absorpcyjnych przy limicie cenowym 77 zł. W efekcie nowe poziomy refundacji po 3 marca ukształtowały się w następujący sposób (ze względu na zróżnicowane ceny produktów podajemy wartości uśrednione):

Limit miesięczny 90 zł: było 1,05 zł/szt. realnej refundacji - jest 0,70 zł/szt. (- 35 gr na 1 szt.)

Limit miesięczny 77 zł (onkologia): było 1,28 zł/szt. refundacji - jest 0,86 zł/szt. (- 0,42 zł/1 szt.)

Limity ilościowe nie są adekwatne do rzeczywistych potrzeb pacjentów i nadal odbiegają od standardów obowiązujących w krajach sąsiednich, takich jak Czechy czy Słowacja. Miesięczny limit ilościowy w Czechach jest aż o 60 szt. wyższy niż w Polsce, natomiast na Słowacji większość produktów dostępna jest bez limitu.

Limity finansowe w Polsce utrzymują się na bardzo niskim poziomie i nie uległy zmianie od 1999 roku. Pomimo zwiększenia ilości przysługujących środków chłonnych (3 szt. na dzień), przy zachowaniu dotychczasowych limitów finansowych, wielu pacjentów nie odczuje żadnych korzyści. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów korzystających z pieluchomajtek i majtek chłonnych, których cena znacznie przewyższa limity cenowe. Pacjenci, którzy będą zaopatrywać się w sprawdzone i dobre jakościowo produkty, dopłacą taką samą kwotę jak przed zmianą. Jedynie chorzy stosujący tanie wkłady anatomiczne o niskiej chłonności mogą skorzystać na aktualnej zmianie.

Wydatki płatnika publicznego w Polsce na refundację materiałów chłonnych w przeliczeniu na 1 mieszkańca są około 6-krotnie niższe niż w Czechach. Szacuje się, że pokrywają zaledwie 25% kosztów związanych z zakupem materiałów chłonnych przez polskich pacjentów, natomiast pozostałe 75% kosztów pokrywają chorzy ze środków własnych.

Populacja chorych z NTM to przeważnie osoby starsze, ciężko chore, niepełnosprawne, niesamodzielne, pozostające na niewielkiej rencie lub emeryturze. Można przypuszczać, że wobec braku środków na sfinansowanie materiałów chłonnych mogą wybierać produkty gorszej jakości, stosować jeden środek przez czas dłuższy niż zalecany czy też w ogóle nie nabywać środków chłonnych. U takich osób wzrasta ryzyko groźnych powikłań, które mogą skutkować dodatkowymi hospitalizacjami, co w konsekwencji może przyczynić się do wzrostu wydatków płatnika.

Problem w systemie refundacji środków chłonnych stanowią również pozostałe warunki refundacyjne, takie jak: kryteria chorobowe.

Kryteria kwalifikujące chorych do zaopatrzenia w refundowane środki chłonne w Polsce są bardzo rygorystyczne, przez co wielu pacjentów zmuszonych jest do pokrywania ich kosztów ze środków własnych. Rozpoznanie NTM, które przesądza o konieczności stosowania materiałów chłonnych, nie jest wystarczające do uzyskania refundacji, gdyż wymagane jest spełnienie dodatkowego kryterium kwalifikacyjnego, w postaci udokumentowanej choroby współistniejącej. W żadnym z rozpatrywanych krajów Grupy Wyszehradzkiej nie stosuje się tak restrykcyjnych wymogów, zarówno w Czechach jak i na Słowacji jedynym kryterium uprawniającym do otrzymywania środków chłonnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest rozpoznanie NTM.

W kolejnej nowelizacji ustawy rekomendowane jest wprowadzenie następujących zmian:

- rezygnacja z dodatkowych kryteriów chorobowych i pozostawienie diagnozy NTM jako jedynego kryterium wymaganego do otrzymania zlecenia na materiały chłonne,
- zwiększenie limitów finansowych, w szczególności dla najbardziej potrzebujących,
- wprowadzenie kategoryzacji produktów dostosowanych do odpowiedniej grupy pacjentów,
- powiązanie kategorii produktów z intensywnością NTM oraz samodzielnością pacjentów,
- stworzenie polskiej normy dotyczącej kryteriów jakości środków chłonnych, tak aby ułatwić pacjentom dobór produktu w zależności od faktycznego zapotrzebowania.

Wielu pacjentów błędnie zakłada, że chłonność jest głównym wyznacznikiem jakości produktów, w związku z czym wybierają produkty o bardzo dużych chłonnościach, a co za tym idzie, w wysokiej cenie, podczas gdy dla części z nich produkty o niższej chłonności stanowiłyby bardziej odpowiednią i bardziej opłacalną opcję. Istnieje wiele przykładów tanich produktów o bardzo dużej chłonności, lecz w ogóle niespełniających kryteriów dyskrekcji i estetyki (wycofanie społeczne), kontroli zapachu, oddychalności, suchości czy szybkości wchłaniania.

Kolejny problem związany jest z niekorzystną interpretacją zmian w przepisach dotyczących limitów na środki chłonne, które weszły w życie 3 marca 2018 r. dla osób objętych tzw. ustawą „Za życiem”. Limit cenowy dla tych osób został obniżony z 1,5 zł aż do 1 zł za sztukę. Opracowana i opublikowana przez Ministerstwo Zdrowia pod koniec marca br. tabelka z wytycznymi dla oddziałów poprawiła sytuację beneficjentów ustawy „za życiem”, ale i tak nie doprowadziła do stanu sprzed 3 marca br.

Ponadto zmiany interpretacji narzucone przez Ministra Zdrowia oddziałom NFZ spowodowała różne interpretacje co do liczenia limitu a tym samym refundacji przysługującej pacjentowi. Obecnie pacjent biorąc taką samą liczbę sztuk, ma inne limity w zależności od tego czy jest to wpisane, jako ilość na 1 miesiąc, na 3 miesiące lub na 3 oddzielnych zleceniach na pojedyncze miesiące.

Kolejne zmiany dot. osób z orzeczoną ciężką niepełnosprawnością przyniesie od 1 lipca 2018 r. ustawa uchwalona w dniu 9 maja br. Należy się liczyć, że wprowadzi ona jeszcze większy chaos w naliczaniu i rozliczaniu refundacji. Ograniczenia budżetowe, wynikające z niskich nakładów na służbę zdrowia wymuszają na Ministrze Zdrowia szukanie rozwiązań kompromisowych, często niekompatybilnych z wcześniejszymi przepisami. Dlatego w przypadku refundacji środków absorpcyjnych należałoby rozważyć opracowanie nowego, kompleksowego systemu wsparcia różnych grup społecznych z uwzględnieniem zróżnicowanego poziomu refundacji tak, aby zwiększyć limity ilościowe w pierwszej kolejności dla osób najbardziej potrzebujących, w tym niesamodzielnych z dużym stopniem NTM.

W polskim systemie refundacyjnym, poza wymienionymi wadami, obserwuje się także istotne i pozytywne cechy wyróżniające go na tle systemu europejskiego a mianowicie:

- pacjent czy też uprawniony opiekun ma pełną swobodę wyboru produktów chłonnych,
- innowacyjne produkty są wdrażane automatycznie, co w konsekwencji wypiera produkty przestarzałe, które generują identyczne koszty dla płatnika (np. majtki chłonne, majtki chłonne dedykowane płci, pieluchomajtki mocowane na pas biodrowy).

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 przed i po leczeniu chirurgicznym (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 metodą 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). Kolejne, 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 programów zdrowotnych, będących elementem profilaktyki grup społecznych szczególnie narażonych na ryzyko nietrzymania moczu.

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

Pozostałe, dopuszczone do obrotu na terenie Polski substancje (np. fezoterodyna, trospium, darifenacyna, desmopresyna, 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 antycholinergicznyc.

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.

- 3. Na początku 2018 roku do Ministerstwa Zdrowia wpłynął wniosek o objęcie refundacją leku zawierającego substancję czynną o nazwie desmopresyna, w objawowym leczeniu nokturii spowodowanej idiopatycznym nocnym wielomoczem u dorosłych.**

Objęcie refundacją desmopresyny w objawowym leczeniu nokturii spowodowanej idiopatycznym nocnym wielomoczem u dorosłych umożliwi polskim pacjentom dostęp do szerszej liczby refundowanych leków w schorzeniach dolnych dróg moczowych.

- 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 2017 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 rozważenie poszerzenia grupy pacjentów mogących skorzystać z programu lekowego. Ostrzyknięcie botoksem pęcherza jest stosunkowo małoinwazyjnym zabiegiem, który może pomóc pacjentom borykającym się z nadczynnością pęcherza moczowego.

- 5. Do polskiego systemu refundacyjnego została dodana, po siedmiu latach od złożenia wniosku przez Stowarzyszenie UroConti, neuromodulacja nerwów krzyżowych dla pacjentów z ciężkimi postaciami nietrzymania moczu, która 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 dotychczas nie miały żadnej alternatywy

terapeutycznej prócz wysoko inwazyjnych zabiegów chirurgicznych. Kluczowe dla powodzenia terapii w Polsce będzie ustalenie przez AOTMiT poziomu wyceny świadczenia w rozliczeniach z NFZ.

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.

Zabiegi na wysiłkowe NTM z użyciem taśm, 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.

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

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

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 cztery poniższe inicjatywy za ważne dla przyszłości systemu opieki długoterminowej w Polsce:

- realizacja projektu „PROFESJONALIZACJI USŁUG ASYSTENCKICH I OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH - NOWE STANDARDY KSZTAŁCENIA I OPIEKI”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
- powołanie zespołu pod kierownictwem prezes ZUS, którego zadaniem jest ujednoczenie orzecznictwa dot. niepełnosprawności i który ma m.in. wypracować jasne definicje kto jest niesamodzielnym, kto jest tą osobą wymagającą całodobowej opieki i jakiego wsparcia ze strony państwa wymaga;
- złożenie w sejmie przez Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, znanego szerzej pod nazwą „ustawy czekowej”;
- przygotowanie przez ekspertów Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” założeń do ustawy o koordynowanej opiece długoterminowej, która miałaby łączyć elementy polityki zdrowotnej i społecznej. Bezwzględny warunkiem jest jednak współpraca nad tym projektem dwóch resortów: zdrowia oraz rodziny, pracy i polityki społecznej, przy aktywnym wsparciu Ministerstwa Rozwoju i Finansów.

NOTATKI

NOTATKI

NOTATKI

O STOWARZYSZENIU

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