

RAPORT

PACJENT Z NTM

W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

WPROWADZENIE DO RAPORTU 5**WSTĘP 5****DEFINICJA NTM 7****EPIDEMIOLOGIA NTM 7****CZĘŚĆ I. SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM - DYNAMIKA ZMIAN 10****KOSZTY BEZPOŚREDNIE 10**

Wizyty u specjalistów 12

Badania diagnostyczne 13

Fizjoterapia 15

Refundacja leków 16

Zabiegi operacyjne 18

Refundacja środków absorpcyjnych 21

KOSZTY POŚREDNIE 27

Leczenie powikłań 27

Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM 29

Koszty absencji w pracy osób z NTM 31

CZĘŚĆ II. POLITYKA REFUNDACYJNA A SYTUACJA PACJENTÓW Z NTM 33**FIZJOTERAPIA JAKO PIERWSZA LINIA LECZENIA 33****ZESPÓŁ PĘCZERZA NADREAKTYWNEGO 35**

Farmakoterapia w OAB 35

I linia leczenia 35

II linia leczenia 37

Leczenie skojarzone 37

Leki dla osób 75+ 37

Historia refundacji leków w Polsce 38

Polska vs. Europa 39

Neuromodulacja nerwów krzyżowych 40

Leczenie chirurgiczne 40

WYSIŁKOWE NIETRZYMANIE MOCZU 41

Leczenie zachowawcze przy lekkim lub średnim nasileniu 42

Leczenie zabiegowe za pomocą taśm - złoty standard, ale coraz więcej powikłań 44

Ośrodki referencyjne - sposób na weryfikację kwalifikacji i doświadczenia 45

ZAOPATRZENIE W ŚRODKI ABSORPCYJNE 46

Refundacja - co nowego? 48

E-zlecenie czy e-potwierdzenie? 51

Dostępność - apteki, sklepy medyczne, supermarkety 51

System refundacji w Polsce na tle wybranych krajów Grupy Wyszehradzkiej 52

OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM 52

Osoby niesamodzielne 55

Osoby niepełnosprawne 59

WNIOSKI I REKOMENDACJE 62

Ogólne 62

Higiena na każdym etapie procesu leczenia 63

Leczenie NTM 65

Opieka długoterminowa 66

WORLD CONTINENCE WEEK 2019

PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2019

8. edycja raportu

Opracowanie raportu:

Karolina Ciepiela

Tomasz Michatek

Anita Poryszewska

Współpraca merytoryczna:

dr n. med. Mariusz Blewniewski

prof. dr hab. n. ekon. Piotr Będowski

dr n. o zdr. Elżbieta Szwałkiewicz

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 Incontinence Patients (WFIP) oraz przy wykorzystaniu materiałów powstałych w latach 2002-2019 podczas kampanii edukacyjno-informacyjnej Programu NTM.

PUBLIKACJA BEZPŁATNA

Wersję elektroniczną można pobrać ze strony www.ntm.pl

Warszawa, czerwiec 2019

WPROWADZENIE DO RAPORTU

Szanowni Państwo,

W tym roku po raz jedenasty obchodzony w Polsce będzie Światowy Tydzień Kontynencji. W tym czasie zostało opublikowanych 7 edycji raportu na temat sytuacji pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Dzisiaj oddajemy w Państwa ręce ósmą edycję zmodyfikowaną o najnowsze dane.

Autorzy raportu skorzystali 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 w sierpniu 2018 roku w Filadelfii oraz z Global Forum on Incontinence, zorganizowanym w kwietniu 2018 roku w Rzymie.

Jak co roku ważnym źródłem informacji była najnowsza edycja wytycznych w nietrzymaniu moczu Europejskiego Towarzystwa Urologicznego oraz Międzynarodowych Konsultacji nad Inkontynencją (ICI - International Consultations on Incontinence). Unikatowym źródłem wiedzy okazują 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 Światowej Organizacji Zdrowia (WHO - World Health Organisation) 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 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie (z dnia 13 kwietnia 2018 r.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne. Po ośmiu latach od złożenia wniosku przez Stowarzyszenie „UroConti” neuromodulacja nerwów krzyżowych została dodana do listy świadczeń gwarantowanych. Od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja krzyżowa jest świadczeniem gwarantowanym dostępnym na oddziałach urologicznych i ginekologicznych.

22 sierpnia 2018 roku Ministerstwo Zdrowia przekazało do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia wprowadzający nowy, rozszerzony do sześciu stron wzór zlecenia. Projekt wywołał zaniepokojenie zarówno w środowisku lekarzy i farmaceutów, jak również samych pacjentów oraz organizacji branżowych, które wskazywały nie tylko na problem zwiększonej liczby danych koniecznych do umieszczenia na wniosku, ale także sposobu wdrażania rozwiązań elektronicznych. Pomimo krytycznych uwag, 28 marca 2019 roku opublikowano Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego, w którym stanowiący załącznik wzór zlecenia, liczył aż siedem stron. Po kolejnej fali krytyki Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na przygotowanie nowego projektu rozporządzenia, który do konsultacji społecznych trafił w połowie maja 2019 roku. Jedną z głównych zmian zawartych w tym projekcie było skrócenie wzoru zlecenia z siedmiu do czterech stron. 13 czerwca 2019 roku ogłoszono tekst

Ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw. Nowe przepisy wydłużyły czas na wdrożenie elektronicznego e-potwierdzenia przesuając termin jego wprowadzenia z 1 lipca na 1 września 2019 roku, kiedy w wybranych punktach zacznie obowiązywać pilotaż. Nowy wzór zlecenia i e-potwierdzenie będą obowiązywały od 1 stycznia 2020 roku.

Od 1 lipca 2018 roku obowiązują przepisy ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, uchwalonej w odpowiedzi na prowadzony w Sejmie protest opiekunów osób niepełnosprawnych i ich dorosłych podopiecznych. Ustawa wprowadziła cztery kluczowe dla pacjentów zmiany: zniesienie okresów użytkowania wyrobów medycznych, wprowadzenie możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz obsługiwanie w aptece poza kolejnością, możliwość korzystania ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) bez konieczności uzyskiwania skierowania, a także zniesienie limitów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Od 2016 roku obowiązuje ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” zapewniająca pomoc rodzinom wychowującym dzieci i młodzież do 18. roku życia, z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. W 2018 roku, po podniesieniu miesięcznego limitu ilościowego środków chłonnych przysługujących pacjentowi w ramach refundacji z 60 na 90 sztuk, w wielu województwach doszło do niekorzystnej dla beneficjentów ustawy „Za życiem” interpretacji przepisów rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W efekcie Minister Zdrowia, 27 marca 2018 roku, zwrócił się do Prezesa NFZ o zastosowanie korzystnej dla pacjentów z ustawy „Za życiem” interpretacji zmian w przepisach.

W czerwcu 2018 roku do Ministra Zdrowia został złożony nowy wniosek o objęcie refundacją leku Betmiga (mirabegron) w ramach listy aptecznej we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi. W listopadzie 2018 roku Prezes Agencji Ocen Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) opublikował pozytywną rekomendację w sprawie objęcia refundacją produktu Betmiga (mirabegron).

23 kwietnia 2018 roku opublikowano opinię Rady Przejrzystości nr 89/2018 w sprawie efektywności oraz przygotowania danych do rankingu produktów leczniczych w populacji osób powyżej 75. roku życia w kategoriach 75.2 (Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna).

W myśl ustawy, w 2018 roku, poszerzono kompetencje fizjoterapeutów o możliwość samodzielnej kwalifikacji, planowania i prowadzenia fizykoterapii oraz kinezyterapii, a także dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych.

Nietrzymanie moczu jest powszechną dolegliwością towarzyszącą osobom niesamodzielnym i niepełnosprawnym. Dlatego niniejszy raport po raz drugi obejmuje również zagadnienia związane z opieką długoterminową. W Polsce opieka długoterminowa łączona jest zazwyczaj z funkcjonowaniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz z pielęgniarstwem domowym. Wynika to ze sztywnego podziału resortowego, jaki obowiązuje w Polsce (Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej).

DEFINICJA NTM

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO - World Health Organisation) i Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS - International Continence Society), nietrzymanie moczu (NTM) to przypadłość obejmująca jakikolwiek 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.

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 nagłych). 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 przepętnienia 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 forum GFI w 2018 roku (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 wynosi około 423 miliony - 303 miliony 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. Globalne trendy demograficzne sugerują, że częstość występowania nietrzymania moczu będzie nadal rosła w nadchodzących latach, co pociągnie za sobą znaczne obciążenie dla zdrowia i społeczeństwa, a także wzrost kosztów ekonomicznych zarówno dla pacjentów, jak i dla płatników usług zdrowotnych⁴.

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

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

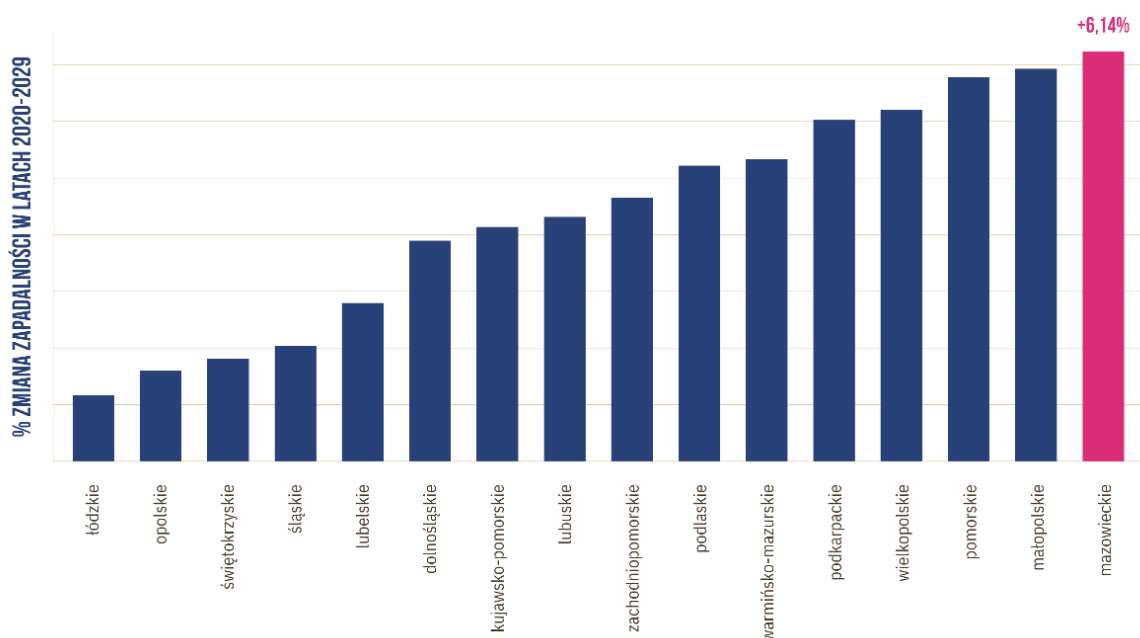
³ Incontinence, 6th edition 2017, red. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A., 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016 tables 22, 23, s. 87-88.

⁴ Global Forum On Incontinence 2018, Rob Riemsma, Article: Can incontinence be cured? A systematic review of cure rates.

Także dane dotyczące epidemiologii nietrzymania moczu w Polsce są rozbieżne. Szacuje się, że problem ten dotyka już ponad 2 miliony Polaków. Jednakże, odsetek osób cierpiących na nietrzymanie moczu może być znacznie wyższy, gdyż intymny charakter schorzenia utrudnia zebranie rzetelnych danych.

W mapie potrzeb zdrowotnych opracowanej w 2018 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia przedstawiono prognozy zapadalności na nietrzymanie moczu (NTM) dla Polski w latach 2020-2029 wg województw.

NTM - ZMIANA ZAPADALNOŚCI W LATACH 2020-2029 WG WOJEWÓDZTW



Wykres 1. Zmiana zapadalności na NTM w latach 2020-2029 według województw.

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych opracowana w 2018 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS za 2016 rok.

Częstość występowania epizodów NTM

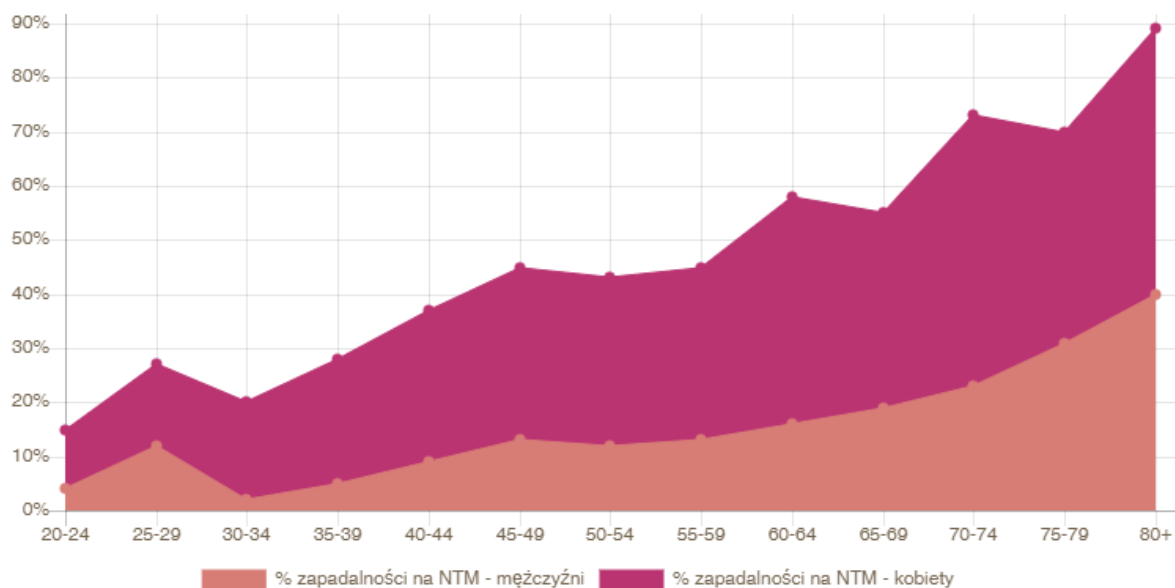
Najbardziej ogólne dane dotyczące epizodów NTM, na które powołuje się, również za danymi ICI (International Consultation on Incontinence), Europejskie Towarzystwo Urologiczne (EAU - European Association of Urology) wskazują, że u 5-69% kobiet (przy czym najczęściej podawane dane kształtują się w granicach 25-45%) i 1-39% mężczyzn występuje co najmniej jeden incydent nietrzymania lub gubienia moczu w okresie 12 miesięcy. Z kolei podczas GFI (Global Forum On Incontinence) w 2018 roku wskazano, że epizody NTM występują u 30-60% kobiet i 3-11% mężczyzn⁵.

Nietrzymanie moczu występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, do czego predysponują porody naturalne, menopauza, zabiegi ginekologiczne, anatomia układu moczowego. U około 10% populacji wszystkich dorosłych kobiet występują epizody NTM⁶.

⁵ I. Milsom et al. Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal (AI) Incontinence. In: Incontinence, Editors Abrams, Cardozo, Wagg and Wein, 2017.

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

Z kolei u mężczyzn po radykalnej prostatektomii, problem nietrzymania moczu może wystąpić u od 2 do nawet 57% mężczyzn⁷. Z nietrzymaniem moczu zmagają się na świecie średnio co 3-4. kobieta - ok. 30-40% przed okresem menopauzy i do 60% po tym okresie. Nietrzymanie moczu występuje u blisko 90% osób przebywających w domach pomocy społecznej i domach późnej 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 ciąż 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)⁸.



Wykres 2. Zapadalność na NTM według płci i wieku.

Źródło: Global Forum on Incontinence 2018, Rome, Ian Milsom, How big is the problem? Incontinence in numbers.

⁷ 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., Bedretinova D., Farag F., Rozenberg B.B., Guidelines on Incontinence, European Association of Urology, 2017.

⁸ Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, red. E. Szałkiewicz, Warszawa 2017, s. 19.

CZĘŚĆ I. SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM – DYNAMIKA ZMIAN

KOSZTY BEZPOŚREDNIE

Koszty związane z nietrzymaniem moczu (NTM) zostały, wzorem poprzednich edycji, 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. Jak wynika z tabeli 1, dynamika zmian wysokości poszczególnych wydatków finansowanych przez NFZ jest nierównomierna i nie wynika ze zmian w liczbie osób chorujących. Koszty zaopatrzenia osób z NTM w środki absorpcyjne ogółem dzielą się niemal po połowie między NFZ, a samych chorych i ich rodziny. Niepokojący jest jednak fakt, że w latach 2011-2018 wydatki NFZ na ten cel wzrosły o mniej niż połowę, podczas gdy wydatki z budżetów gospodarstw domowych osób chorych - ponad dwuipółkrotnie. Przyczynia się to bezpośrednio do obniżenia poziomu jakości życia osób z NTM.

**SZACUNKOWE KOSZTY Z TYTUŁU ZACHOROWALNOŚCI NA NTM PONOSZONE W POLSCE
W LATACH 2011-2018 (W TYS. PLN)**

ROK	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Dynamika zmian	
									2018/2017	2018/2011
Koszt refundacji leków na NTM	3 230,5	7 598,3	6 555,5	7 550,2	9 074,8	12 666,6	20 570,5	24 198,0	+18%	+749%
Koszt poniesiony przez NFZ na wykonanie badania urodynamicznego	1 296,8	2 700,8	11 221,0	10 208,8	13 343,9	12 194,5	b.d.	12 829,0	-	+989%
Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM u kobiet i mężczyzn	17 163,3	22 045,3	29 845,5	32 076,7	33 567,0	33 162,7	25 287,9	24 484,3	-3%	+14,3%
Koszty cewników urologicznych	8 253,3*	8 795,1*	9 036,6*	54 681,0*	4 139,2	4 335,9	4 807,0	5 071,8	+5,5%	.
Koszty zaopatrzenia osób z NTM w środki absorpcyjne (np. pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki) poniesione przez NFZ	173 817,0	179 000,0	184 295,0	195 205,3	208 909,7	225 598,1	244 823,0	256 463,4	+4,8%	+47,5%
Szacunkowy roczny koszt ponoszony na środki absorpcyjne przez osoby chore na NTM i ich rodziny	95 800,0	104 522,4	106 612,8	108 612,8	122 888,0	130 384,3	146 893,8	251 865,1	+71%	+263%
Ogółem	291 307,5	315 866,8	329 173,1	353 702,8	416 399,0	491 699,2	442 382,1	574 905,7	+30%	+97,3%

Tabela 1. Szacunkowe koszty z tytułu zachorowalności na NTM ponoszone w Polsce w latach 2011-2018.

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 równowartości 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 2018 roku wyniosły odpowiednio:

RODZAJ PORADNI	POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE	UROLOGICZNE
Liczba badań	8 789 102	2 421 685
Koszt badań	600 147 139,14 PLN	178 835 488,08 PLN

Tabela 2. Wydatki na finansowanie wizyt u specjalistów w 2018 roku (w PLN).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z kolei, wydatki NFZ poniesione w latach 2017-2018 na refundację wizyt stricte związanych z problemem nietrzymania moczu u specjalistów wyniosły odpowiednio:

KOSZT REFUNDACJI WIZYT U SPECJALISTÓW STRICTE ZWIĄZANYCH Z PROBLEMEM NTM (W PLN)		
Rok	2017	2018
Poradnie położniczo-ginekologiczne	3 493 103,11	2 904 329,09
Poradnie urologiczne	5 764 002,92	1 496 345,32

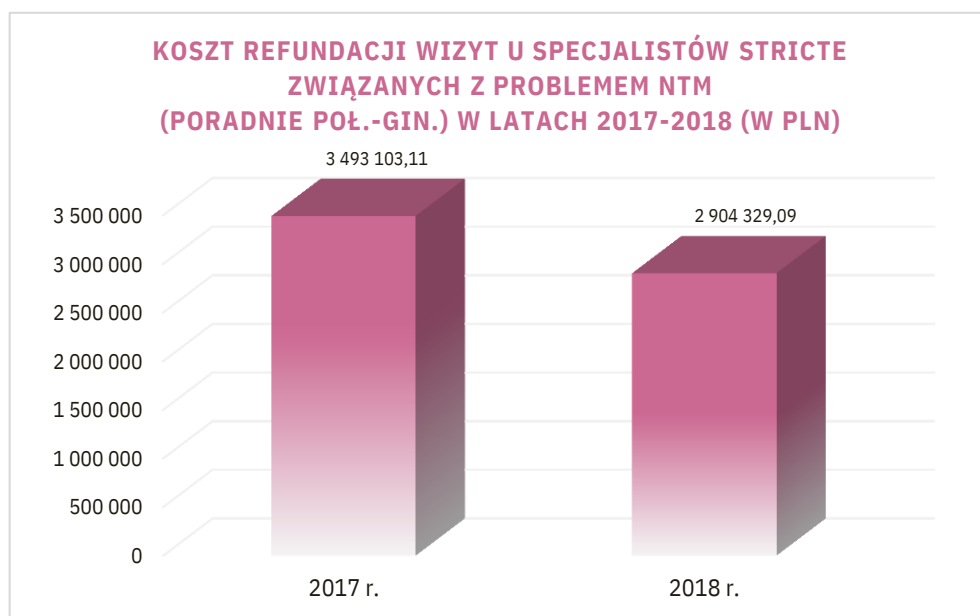
Tabela 3. Koszt refundacji wizyt u specjalistów w latach 2017-2018.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

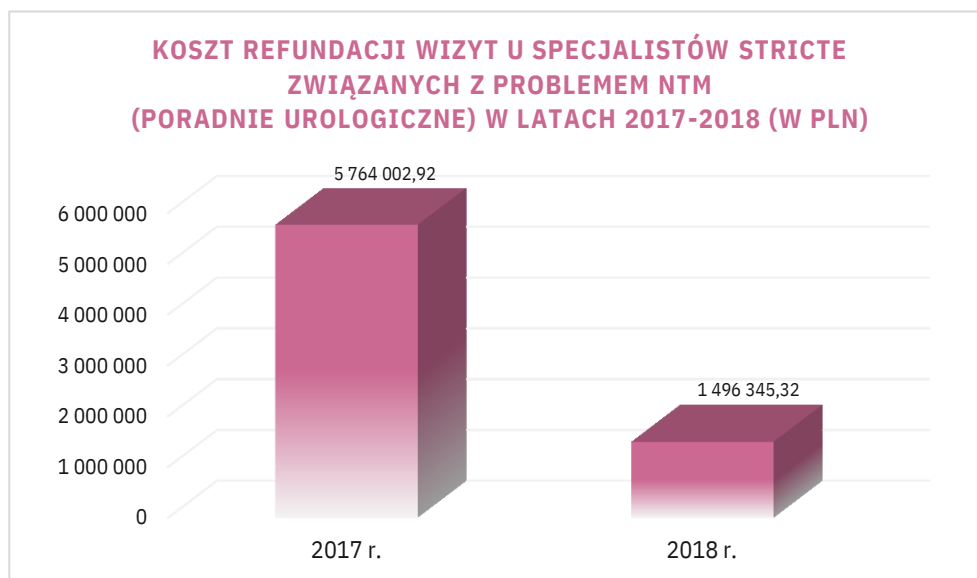
LICZBA BADAŃ U SPECJALISTÓW STRICTE ZWIĄZANYCH Z PROBLEMEM NTM		
Rok	2017	2018
Poradnie położniczo-ginekologiczne	38 701	27 203
Poradnie urologiczne	80 953	16 454

Tabela 4. Liczba badań u specjalistów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



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



Wykres 4. 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 moczu⁹.

⁹ 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 <small>(np. epizody nokturii, moczenie nocnego, moczenie sbitennego, parcia naglące, inne objawy)</small>
Dzień 1					
Dzień 2					

UWAGA
Kontrolę oddawania moczu należy wykonać przez 2 dni (np. sobota i niedziela). Rodzaje nocnej godanej oddania moczu w ciągu całego dnia od pierwszego po przedostatniego do ostatniego przed snem. Pomiar należy wykonać łącznie z ilością moczu nocnego (w samej misce nocny należy zważyć, przelane i od tej wagi odjąć wagę suchej przelanej, co da orientacyjną ilość moczu w przelanej). Pomiar ilości wypitych napojów powinien również uwzględnić płynne pokarmy (np. zupy, jogurty itp.).

Rysunek 1. Dzienniczek mikcji.

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

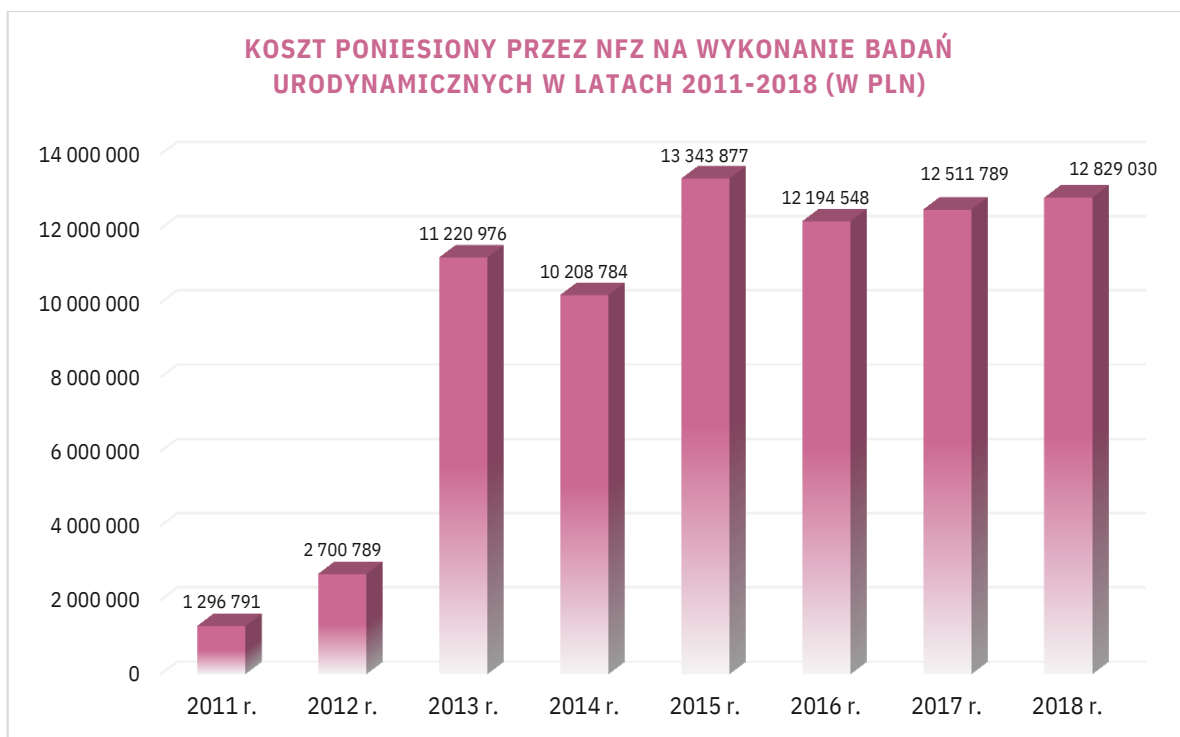
Do prawidłowego zebrania wywiadu pomocny jest trzydniowy dzienniczek mikcji, wypełniany przez pacjenta. Dostarcza on cennych informacji na temat ilości wypitych płynów, ilości oddanego moczu (ml), epizodów z jego nietrzymaniem, liczby mikcji nocnych (nykturia) oraz liczby i nasilenia parć naglących.

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 funkcje pęcherza.

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

Poniższy wykres przedstawia koszty wykonanych badań urodynamicznych na przestrzeni lat 2011-2018.



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

Fizjoterapia

W dniu 31 maja 2016 roku 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 moczu¹⁰.

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 zapań.

Ćwiczenia mięśni dna miednicy (popularnie zwane ćwiczeniami Kegla) polegają na wykonywaniu ćwiczeń wraz z pielęgniarką, położną lub fizjoterapeutą bez używania specjalistycznego sprzętu. Rekomendowane jest stosowanie ćwiczeń mięśni dna miednicy u kobiet z wysiłkowym i mieszanym nietrzymaniem moczu przez minimum 3 miesiące¹¹. Mięśnie dna miednicy łączą kości łonowe i podstawę kręgosłupa od przodu do tyłu, działając jak podpora pęcherza moczowego, macicy i jelita grubego¹².

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.

¹⁰ 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.

¹¹ P. Dębiński, T. Niezgoda, Klasyfikacja nietrzymania moczu i sposoby leczenia, Przegląd Urologiczny, 2014, 5 (87).

¹² Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, red. E. Szałkiewicz, Warszawa 2017, s.15.

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 miednicy¹³.

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 opiekunów¹⁴.

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 pielęgnacyjnych¹⁵.

Ponadto, zapobieganie i redukcja zapańc postrzegane są jako podstawowe działanie interwencyjne w zapobieganiu i leczeniu NTM. Międzynarodowe towarzystwa pielęgniarstwa uwzględniają ten fakt w rekomendacjach dotyczących opieki nad osobami z NTM¹⁶.

Obszar wspólnych działań lekarza i fizjoterapeuty jest bardzo ważny i pozwala na osiągnięcie efektu terapeutycznego¹⁷.

W połączeniu z leczeniem farmakologicznym, a także przed i po zabiegach chirurgicznych fizjoterapia urologiczna/uroginekologiczna przynosi pozytywne rezultaty. Jednocześnie pomimo wskazań specjalistów i rosnących potrzeb społecznych, w Polsce nie kształci się personelu w tym kierunku. Fizjoterapia urologiczna nie jest refundowana.

Refundacja leków

W 2018 roku 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 2017 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 (OAB - overactive bladder).

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 2018 wydano łącznie **781 269 opakowań leków** stosowanych w przypadku leczenia NTM. Na refundację tych preparatów NFZ wydał **24 197 976,39 zł**.

¹³ T. Halski, U. Halska, M. Pasternok, Fizjoterapia NTM, Rehabilitacja w Praktyce, 1/2008.

¹⁴ 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 pielęgniarstwa - Promowanie aktywności związanych z trzymaniem moczu z zastosowaniem techniki oddawania moczu na żądanie).

¹⁵ 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.

¹⁶ Wytyczne RNAO dot. najlepszych rozwiązań w zakresie świadczenia usług pielęgniarstwa w zakresie: Zapobieganie Zapańcom w Populacji Osób Starszych (The Nursing Best Practice Guideline, RNAO 2005) Wytyczne są dostępne do pobrania ze strony internetowej RNAO www.rnao.org/bestpractices.

¹⁷ E. Narojczyk-Świeściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM 2016, 1(56).

Poniżej prezentujemy aktualne kwoty dofinansowania leków, które obowiązują od 1 maja 2019 roku.

SUBSTANCJA CZYNNNA	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 w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2019 roku.

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 roku lek ten był refundowany w zakresie: zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym, od 1 lipca 2016 roku jest refundowany we wskazaniu zespół pęcherza nadreaktywnego. Dla leków zawierających tolterodynę nadal pozostaje zakres: zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym.

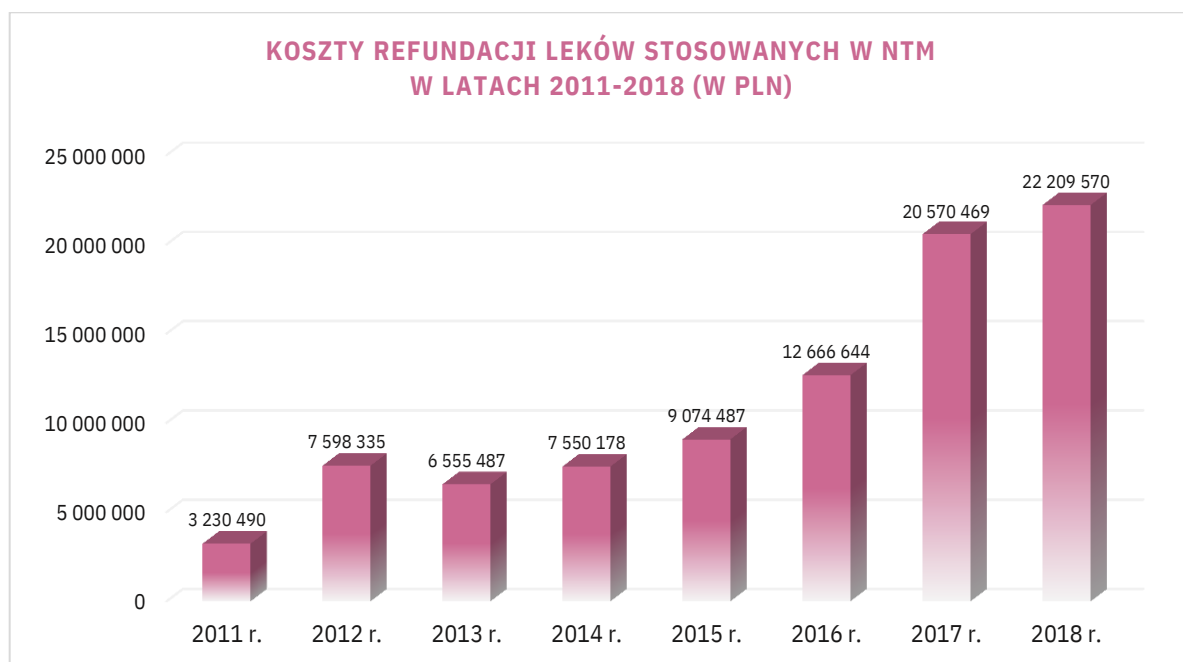
WARTOŚĆ REFUNDACJI WG CEN LEKÓW ORAZ ILOŚCI WYDANEGO LEKU W 2018 ROKU		
Nazwa substancji	Ilość wydanego leku (liczba opakowań)	Kwota refundacji (PLN)
Solifenacyna	388 213	17 864 087,79
Tolterodyna	254 753	4 345 482,99
Razem	642 966	22 209 570,79

Tabela 6. Wartość refundacji wg cen leków oraz ilości wydanego leku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2018 roku łączna kwota wydana przez NFZ na refundację leków na nietrzymanie moczu **wzrosła o 8%**.

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



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

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

KOSZTY LEKÓW STOSOWANYCH W LECZENIU NTM REFUNDOWANYCH PRZEZ NFZ NA INNYCH ZASADACH Z TYTUŁU PRAW NABYTYCH LATACH 2015 - 2018					DYNAMIKA ZMIAN
Rok	2015	2016*	2017	2018	2018/2017
Razem (PLN)	1 116 419,21	60 587,35	996 897,26	1 661 217,09	+67%

Tabela 7. Koszty leków stosowanych w leczeniu NTM.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

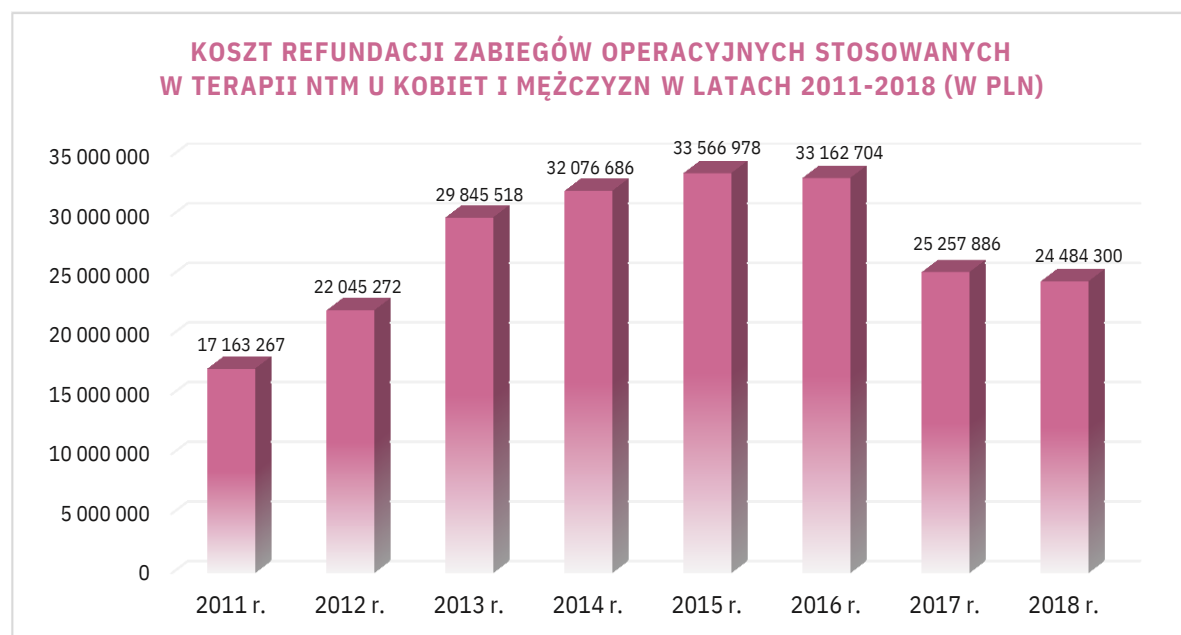
* Różnica między kosztami NFZ poniesionymi w 2016 roku w porównaniu do roku 2015, 2017 oraz 2018 wynika głównie z różnicy w kosztach NFZ poniesionych dla rodzaju uprawnienia „inwalidzi wojenni”.

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.

Zabiegi operacyjne

Jeśli znajdzie potrzeba leczenia operacyjnego nietrzymania moczu, 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, zabieg założenia sztucznego zwieracza cewki moczowej (zwieracz hydrauliczny)¹⁸ oraz od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja nerwów krzyżowych¹⁹.

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



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

¹⁸ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017.

¹⁹ <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Krakow-pionierski-zabieg-wszczepienia-neuromodulatora-nerwow-krzyzowych,194757,8.html>

Zabiegi z użyciem taśm

Poniżej przedstawione zostały dane dotyczące zabiegów z użyciem taśm, które zmieniły się na przestrzeni lat 2013-2018 oraz liczba hospitalizacji w 2018 roku.



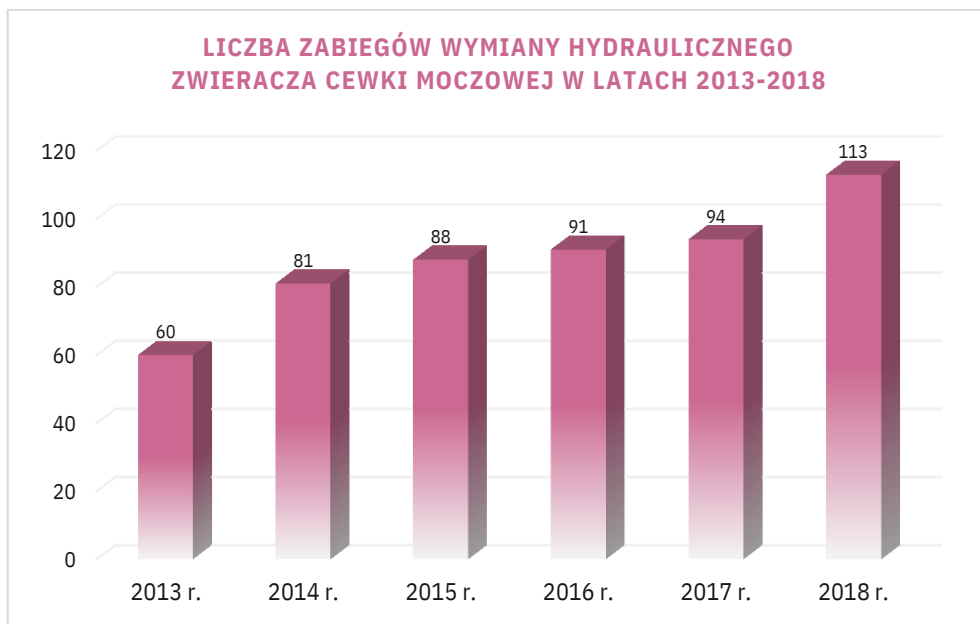
Wykres 8. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

ROK	NAZWA PROCEDURY ICD9	LICZBA HOSPITALIZACJI
2018	OPERACJA WYSIŁKOWEGO NIETRZYMANIA MOCZU PRZEZPOCHWOWA Z UŻYCIEM TAŚMY	3 101
2018	OPERACJA WYSIŁKOWEGO NIETRZYMANIA MOCZU Z DOSTĘPU NADŁONOWEGO Z UŻYCIEM TAŚMY (SLING) Z TKANEK WŁASNYCH CHOREJ LUB Z MATERIAŁU SYNTETYCZNEGO	116

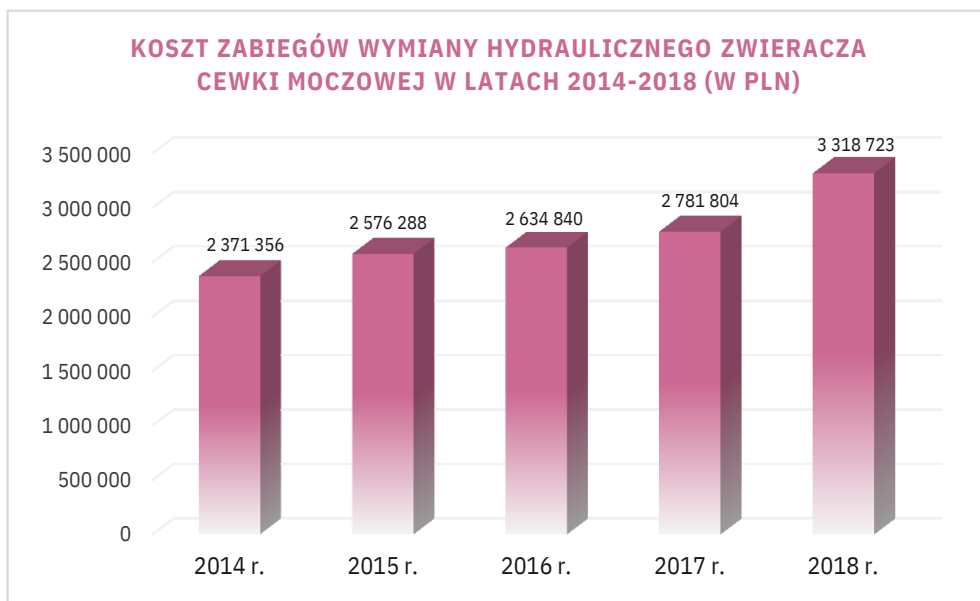
Tabela 8. Liczba hospitalizacji dla procedury ICD9 w 2018 roku.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

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 2018 roku wyniósł **3 318 723 zł** i był wyższy o 19% w stosunku do roku 2017.



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



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

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

Od 1 września 2015 roku 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 2018 roku zostało zarejestrowanych **łącznie 131 świadczeń**, których koszt wyniósł **572 333 zł**. W porównaniu do roku 2017 nastąpił **spadek o 21%**, spowodowany zmniejszeniem jednostek rozliczeniowych.

ROK	NAZWA ZAKRESU ŚWIADCZEŃ	LICZBA ŚWIADCZEŃ	WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ (W PLN)
2015	PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA	10	19 786
2016		96	171 059
2017		169	720 401
2018		131	572 333

Tabela 9. Zabiegi z użyciem toksyny botulinowej typu A.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Refundacja środków absorpcyjnych

Zasady refundacji

Zasady refundacji środków absorpcyjnych reguluje **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie**²⁰. Znowelizowane rozporządzenie, po ogłoszeniu pierwszej wersji 5 grudnia 2017 roku i przejściu konsultacji społecznych, weszło w życie od 3 marca 2018 roku. 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. W tym czasie nakłady na publiczną służbę zdrowia wzrosły trzykrotnie...

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

²⁰ 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>.

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 mieć 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 jatrogennego 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 NTM²¹.

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 2018 roku.

Rodzaj środka	Limit ilościowy	Limit finansowy	Dopłata pacjenta	Osoby uprawnione do wypisywania zleceń	Kryteria chorobowe
pieluchomajtki lub pieluchy anatomiczne	90 szt. /msc	77 zł	0%	<ul style="list-style-type: none"> • Lekarz ze specjalizacją w: <ul style="list-style-type: none"> o chirurgii ogólnej, dziecięcej lub onkologicznej o onkologii klinicznej, chemioterapii nowotworów lub onkologii i hematologii dziecięcej o geriatriczki o urologii o ginekologii onkologicznej o położnictwa i ginekologii o neurologii lub neurologii dziecięcej o medycyny rodzinnej o pediatrii o 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 owrzodzących lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej • Przetoki nowotworowe • Nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych • Powikłania po leczeniu chorób nowotworowych
lub majtki chłonne lub podkłady lub wkłady anatomiczne		90 zł	30%		

Tabela 10. 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 dotychczas wypełniali druk zlecenia na środki chłonne, który następnie pacjent lub upoważniony opiekun rejestrował w specjalnym punkcie potwierdzania zleceń właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. W momencie rejestracji pacjent otrzymywał Kartę Zaopatrzenia Medycznego, którą wraz z wnioskiem składał w sklepie medycznym lub innym punkcie realizującym zlecenia. Karta pozostawała ważna przez 12 miesięcy, natomiast po upływie tego okresu konieczne było ponowne potwierdzenie uprawnień do refundacji²². Pomimo iż taki system refundacyjny wiązał się z niedogodnościami dla pacjentów oraz ich opiekunów, którzy zobowiązani są

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

²² Refundacja NFZ | I-Medyczny.pl. Dostęp: http://www.i-medyczny.pl/sklep_medyczny-menu-6-refundacja_nfz.html (8.6.2018).

do potwierdzania zleceń niejednokrotnie w bardzo oddalonych ośrodkach, to jednocześnie umożliwił on indywidualny wybór optymalnego dla potrzeb chorego rodzaju środka chłonnego, pozostawiając pacjentowi (lub opiekunowi) decyzję co do marki, rozmiaru czy rodzaju produktu.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego wprowadza nowe wzory wypisywania zleceń na wyroby medyczne (**e-zlecenia**).

Przepisy dotyczące limitów na środki chłonne, które weszły w życie 3 marca 2018 roku 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 roku 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 zlecenie²³. Poniżej tabele opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 6 kwietnia 2018 roku i do dzisiaj obowiązujące.

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 11. 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 12. Refundacja dla pacjenta z Ustawy za życiem.

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

²³ Refundacja dla pacjenta z Ustawy za życiem. Dostęp: <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 13. 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 14. 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 roku 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 wskazań medycznych i bez uwzględniania okresów użytkowania takich wyrobów²⁴.

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 2018 roku **1 075 330 490 zł**. W porównaniu do roku 2017, gdy NFZ wydał na grupę wyrobów medycznych 1 000 436 080 zł, nastąpiło zwiększenie kwoty o 74 miliony złotych, co daje **wzrost procentowy w wysokości 7,4%**²⁵.

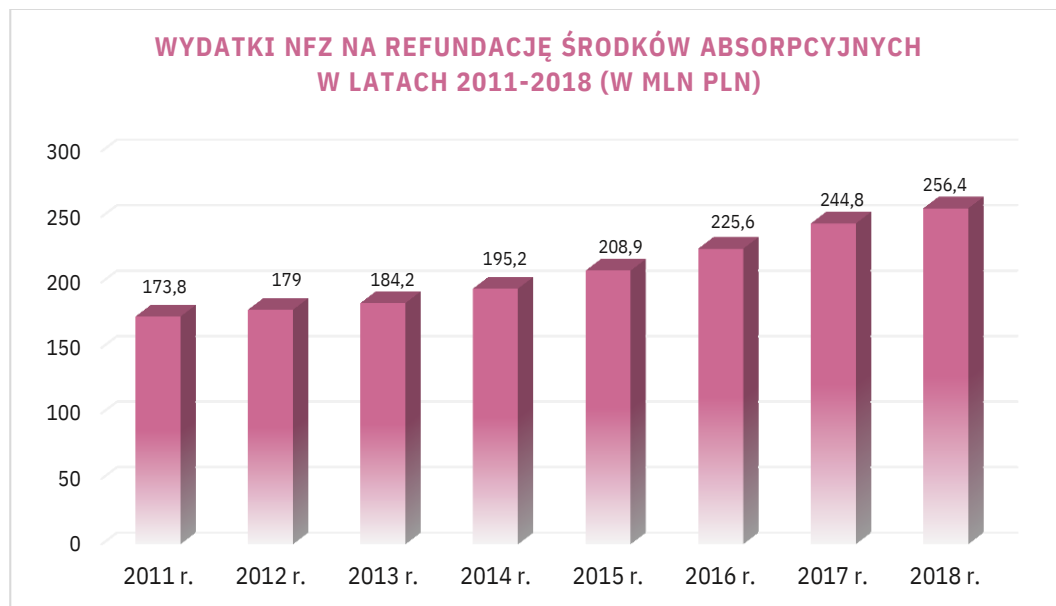
W grupie środków absorpcyjnych (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne), wydatki NFZ w 2018 roku wyniosły **256 463 450 zł**. W stosunku do roku 2017, gdy wydatki na tego rodzaju produkty wyniosły 244 823 000 zł, nastąpił **wzrost o 4,8%**²⁶.

²⁴ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności.

²⁵ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2018 r., część opisowa, s. 16.

²⁶ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2018 r., załącznik IV.13.1_wyroby_medyczne_zaoptowanie.

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

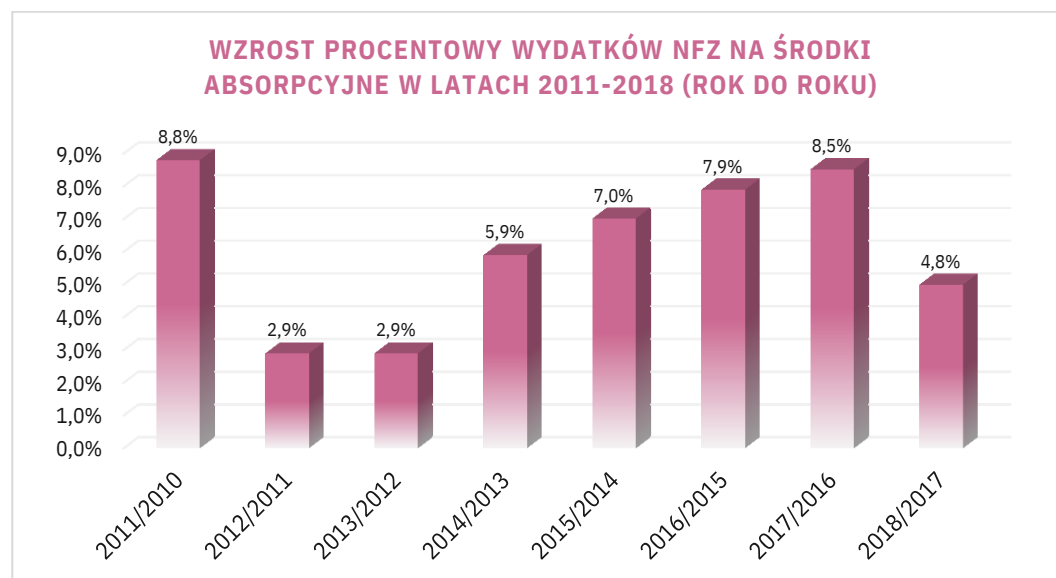


Wykres 11. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Porównując koszty poniesione przez NFZ na refundację środków absorpcyjnych, należy zwrócić uwagę, że łącznie w okresie 2011-2018, wzrost kosztów refundacji środków absorpcyjnych w tym okresie wyniósł ok. 40%.

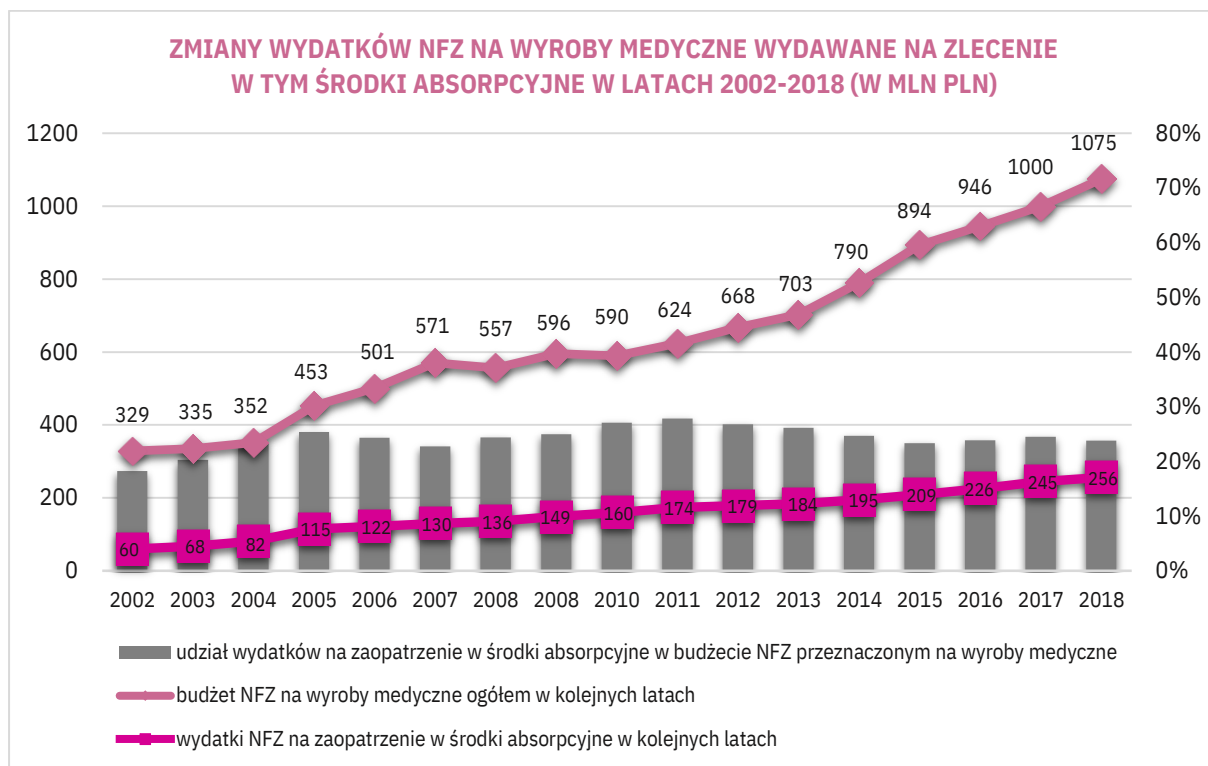
Dokonując analizy samej grupy środków absorpcyjnych, należy również zwrócić uwagę, że od roku 2013 do roku 2018, odnotowywany jest stały wzrost wydatków NFZ na te produkty. Po spowolnieniu wzrostu, obserwowanym w latach 2011-2012, u podstaw którego leżała między innymi ustawa refundacyjna, wprowadzająca 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, z wyjątkiem roku 2018 gdzie wzrost wyniósł poniżej 5%.**

Biorąc jednak pod uwagę postępujące zmiany demograficzne (starzejąca się ludność kraju) oraz cywilizacyjne (wzrost świadomości), wejście w życie z dniem 4 listopada 2016 roku 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.



Wykres 12. 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 13. 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 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 2017 roku. Koszty te zostały porównane i zestawione z wydatkami z lat 2011-2016. Prezentowane obliczenia powstały na podstawie:

- danych pozyskanych z GUS (2018 rok),
- 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^{27, 28, 29}.

W 2017 roku łącznie w Polsce funkcjonowało **576** zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO). W tym okresie ośrodki te udzieliły świadczeń **61 541** pacjentom³⁰.

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
2017	415	46 720

Tabela 15. Zakłady opiekuńczo-lecznicze

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

²⁷ <http://www.termedia.pl/Odleżyny-profilaktyka-i-leczenie,8,1214,1,0.html> (dostęp: 12.05.2017 r.).

²⁸ <http://www.termedia.pl/Procedura-profilaktyki-odleżyn-jako-narzedzie-do-oceny-jakosci-opieki-pielęgniarskiej,50,15256,0,0.html> (dostęp: 12.05.2017 r.).

²⁹ <http://www.umed.pl/geriatria/pdf/odleżyny.pdf> (dostęp: 28.05.2017 r.).

³⁰ Rocznik Statystyczny Województw, GUS 2018, s. 340.

ZAKŁADY PIELEGNACYJNO-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
2017	161	14 821

Tabela 16. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze.

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

SZACUNKOWY KOSZT LECZENIA ODLEŻYN U OSÓB Z NTM W ZOL I ZPO								
Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dynamika 2017/2016
Razem liczba pacjentów w ZOL i ZOP	54 495	58 200	58 900	58 708	61 800	61 053	61 541	+0,8%
Szacunkowa liczba pacjentów powyżej 75. roku życia w ZOL i ZPO	29 972	32 301	32 690	32 583	34 299	33 884	33 847	-0,11%
Szacunkowa liczba pacjentów powyżej 75. roku życia w ZOL i ZPO cierpiących na NTM (przy założeniu, że w tej grupie wiekowej choruje 60% osób)	17 983	19 381	19 614	19 550	20 579	20 330	20 308	-0,11%
Szacunkowa liczba pacjentów ZOL i ZPO cierpiących na odleżyny w wyniku NTM (3% wszystkich chorych z NTM)	1 635	1 746	1 767	1 800	1 854	1 831	1 846	+0,82%
Szacunkowy miesięczny koszt leczenia odleżyn u osób z NTM (ogółem w PLN)	613 069	726 336	742 140	756 000	771 264	756 203	777 166	+2,77%
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	9 325 992	+2,77%

Tabela 17. 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, 2017 r. - 421 zł. Aktualizacja na podstawie stopy 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 lękowe³¹. 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 2017 roku wartość umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniosła **2 632 684 120 zł**³². Nastąpił wzrost wartości kontraktów i wyniósł **ok. 7,39%** w stosunku do 2016 roku.

KOSZTY NFZ	LATA							Dynamika 2017/2016
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Leczenie zaburzeń psychicznych	2 015 191 910	2 158 458 880	2 245 011 260	2 316 608 270	2 400 848 420	2 451 507 820*	2 632 684 120	+7,39%
Koszty realizacji świadczeń psychiatrycznych na 10 tys. ubezpieczonych	541 190	580 410	635 260	659 580	687 360	702 437*	754 350	+7,39%

Tabela 18. Koszty leczenia zaburzeń psychicznych związanych z NTM w latach 2011-2017 (w PLN).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

* Prawdopodobnie zaptaty za świadczenia wykonane ponad limit umowy zawartej ze świadczeniodawcą o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz rehabilitacja lecznicza w latach 2015-2016. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia dotyczące m. in.: nieparafowania każdej strony umowy oraz przypadków braku podpisów przy skreśleniach w treści umowy.

Szacunkowy koszt, jaki poniósł NFZ z tytułu leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM, został wyliczony w oparciu o dane GUS, według których stan ludności Polski na dzień 31 grudnia 2017 roku wynosił ok. **38,434 mln**³³ 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 psychicznych³⁴.

W oparciu o wymienione założenia oszacowano, że ok. 51 656 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 2017 roku **3 698 569 zł**.

³¹ A. Ejsmont, <http://klinikatambir.pl/wp-content/uploads/2015/12/NTM.pdf>; M. Bidzan, Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu, Kraków 2008.

³² Sprawozdanie z działalności NFZ za 2017 r., s. 376.

³³ Mały Rocznik Statystyczny, GUS 2018, s. 96.

³⁴ J. Heitzman, Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków, NAUKA 4, 2010, s. 56.

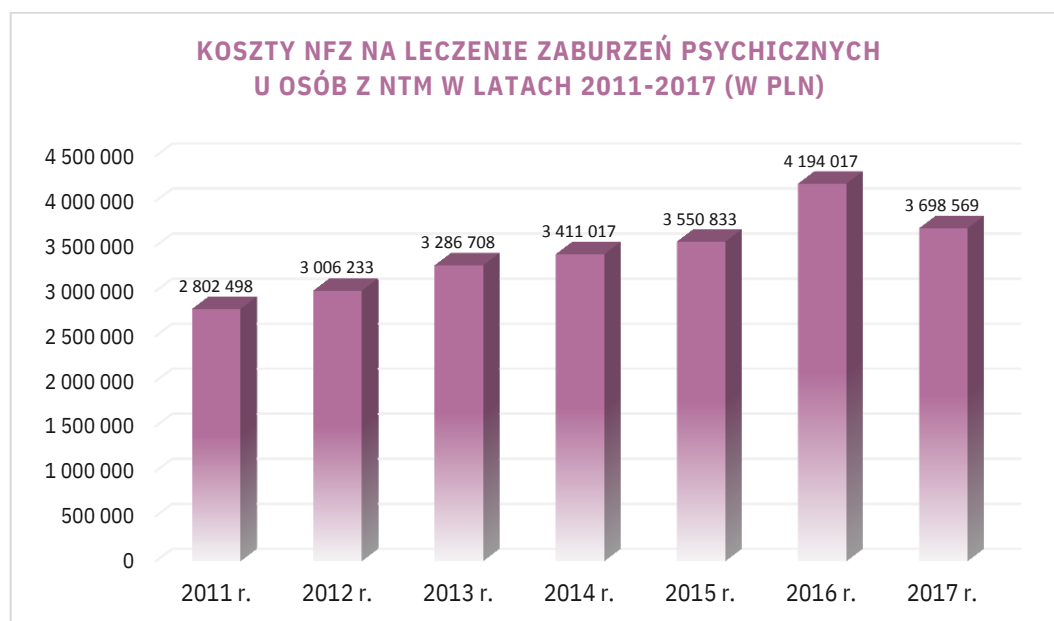
SZACUNKOWY KOSZT LECZENIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH WŚRÓD OSÓB Z NTM

ROK	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dynamika 2017/2016
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	1 475 866	-0,02%
Liczba osób z NTM konsultująca zaburzenia psychiczne ze specjalistą	51 784	51 795	51 738	51 715	51 659	51 667	51 656	-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	2 632 684 120	+7,39%
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych na 10 tys. osób (w PLN)	541 190	580 410	635 260	659 580	687 360	811 740	716 000	-11,8%
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	3 698 569	-11,8%

Tabela 19. Szacunkowy koszt leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM w latach 2011-2017.

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, **spadły o 11,8%** w stosunku do roku poprzedniego.



Wykres 14. 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 CHOROBY W I PÓŁROCZU 2017 ROKU ORAZ W I PÓŁROCZU 2018 ROKU Z TYTUŁU CHOROBY WŁASNEJ OSÓB UBEZPIECZONYCH W ZUS WEDŁUG GRUP CHOROBYCH		
Grupa chorobowa	Liczba dni absencji chorobowej w 2017 r.	Liczba dni absencji chorobowej w 2018 r.
N00 - N99 Choroby układu moczowo-płciowego	3 318,3 tys.	3 239,6 tys.

Tabela 20. 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 tytułu choroby układu moczowo-płciowego w I połowie 2018 roku, wg danych ZUS, wynosiła 10,8 dnia³⁵.

KOSZTY ABSENCJI CHOROBYCH SPOWODOWANEJ NTM						
ROK	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kobiety aktywne zawodowo	7 854 000	7 839 000	7 293 000	7 731 000	7 667 000	7 322 000
Mężczyźni aktywni zawodowo	9 559 000	9 588 000	8 983 000	9 554 000	9 506 000	9 087 000
Kobiety aktywne zawodowo cierpiące na NTM	471 240	470 340	437 580	463 860	460 020	439 320
Mężczyźni aktywni zawodowo cierpiący na NTM	191 180	191 760	179 660	191 080	190 120	181 740
Osoby aktywne zawodowo z NTM (ogółem)	662 420	662 100	617 240	654 940	650 140	621 060
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)	10,8 (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)	4 744 656 (I półrocze)

³⁵ Informacja o absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w I półroczu 2018 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)	1 962 792 (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)	6 707 448 (I półrocze)
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet brutto w IV kwartale roku (w PLN)	3 441	3 549	3 660	3 797	4 200	4 863
Średnie dzienne wynagrodzenie kobiet brutto w IV kwartale roku (w PLN)	156	169	174	180	200	231
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie mężczyzn brutto w IV kwartale roku (w PLN)	4 167	4 337	4 474	4 640	5 000	5 186
Średnie dzienne wynagrodzenie mężczyzn brutto w IV kwartale roku (w PLN)	189	207	213	221	238	247
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	1 096 015 536
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	484 809 624
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	1 580 825 160

Tabela 21. Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZUS i GUS³⁶.

* 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 2018 w wyniku NTM wyniosły 1,58 mld zł** były wyższe w porównaniu do poprzedniego roku **o 4,52%**.

³⁶ Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2018 r., GUS, Warszawa 2019.

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 i położnictwa, urologii, rehabilitacji oraz pielęgniarki, położnej 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 domu³⁷. 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 niewielki³⁸.

31 maja 2016 roku 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.

W myśl ustawy, fizjoterapeuta może sam kwalifikować, planować i prowadzić fizykoterapię oraz kinezyterapię, a także dobierać do potrzeb pacjenta wyroby medyczne.

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”) lub placówek komercyjnych.

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 niepożądanych³⁹.

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 ćwiczeń⁴⁰.

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,

³⁷ A. Przybyła, Nadreaktywny pęcherz moczowy po radykalnej prostatektomii w teorii i praktyce, Kwartalnik NTM, 2017, 2(61).

³⁸ Ż. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, nr 1.

³⁹ E. Narojczyk-Świeściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM, 2016, 1(56).

⁴⁰ I. Klisowska, A. Dąbek, I. Zborowska, B. Kapkowski, M. Kowalik, Nietrzymanie moczu - zadanie dla fizjoterapeuty, Piel. Zdr. Publ., 2012, 2.

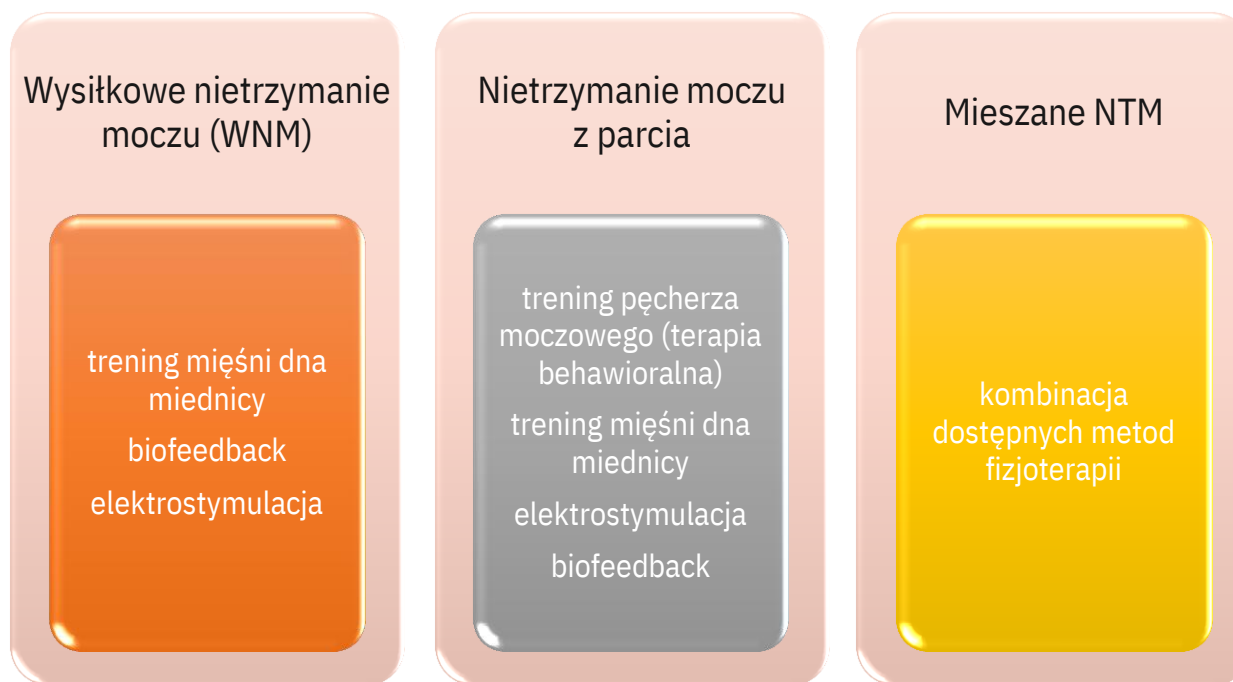
bardzo istotne staje się postępowanie fizjoterapeutyczne. Może ono obejmować: trening mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla), fizykoterapię w postaci elektrostymulacji, biofeedback oraz trening pęcherza moczowego⁴¹.

Podstawową metodą fizjoterapeutyczną stosowaną u pacjentek z zaburzeniem funkcjonowania dolnych dróg moczowych, są ćwiczenia czynno-wzmacniające, inaczej nazywane treningiem mięśni dna miednicy (PFMT - pelvic floor muscle training) lub ćwiczeniami Kegla. Ćwiczenia te mają na celu zwiększenie objętości włókien mięśniowych. Metoda ta polega na systematycznym świadomym napinaniu, a następnie rozluźnianiu mięśni dna miednicy⁴².

Kompleksowe podejście do terapii osób z nietrzymaniem moczu zakłada również zachowania behawioralne jako kolejną metodę leczenia zachowawczego. Polega ona na wypracowaniu przez pacjentkę/pacjenta przyzwyczajzeń 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”⁴³.

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”).



Rysunek 2. Rodzaje nietrzymania moczu oraz metody fizjoterapii.

Źródło: opracowanie na podstawie Smolarek N., Pisarska-Krawczyk M., Sajdak S., Fizjoterapia jako sposób terapii stosowanej u kobiet z powodu nietrzymania moczu, „Ginekologia Praktyczna” 2007, nr 4.

⁴¹ Ż. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, nr 1.

⁴² D. Purc, A. Rasata, Metody leczenia nietrzymania moczu, European Journal of Medical Technologies, 2015, 3(8).

⁴³ 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).

ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO

Zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB - overactive bladder) 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 moczowej⁴⁴. Schorzenie dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn⁴⁵.

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 wiekiem⁴⁶.

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 - Lower Urinary Tract Symptoms)⁴⁷.

Do przyczyn wpływających na czynność dolnych dróg moczowych pęcherza należą:

- łagodny rozrost prostaty,
- osłabienie dna miednicy mniejszej lub wypadanie narządu rodowego 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,
- cukrzyca⁴⁸.

Leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) składa się z pięciu etapów:

1. I linia leczenia - leki antycholinergiczne,
2. II linia leczenia - terapia z użyciem agonistów receptorów beta-3-adrenergicznych,
3. iniekcje z toksyny botulinowej,
4. neuromodulacja nerwów krzyżowych,
5. zabiegi chirurgiczne.

Farmakoterapia w OAB

I linia leczenia

W I linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB - overactive bladder) stosuje się tzw. 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 pacjenta⁴⁹.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, Warszawa 2017, 61-66.

⁴⁶ Model opieki koordynowanej nad dorosłym pacjentem z dolegliwościami dolnych dróg moczowych w ramach POZ, Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów, grudzień 2017.

⁴⁷ Abrams P. Describing bladder storage function: overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. *Urology* 2003; 62(5 Suppl 2): 28-37.

⁴⁸ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, Warszawa 2017, 61-66.

⁴⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2019 r.

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

Do niedawna leki zawierające solifenacynę lub tolterodynę w omawianym schorzeniu były refundowane w ramach tzw. grupy terapeutycznej: „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”. Badanie urodynamiczne jest metodą inwazyjną, która wiąże się z ryzykiem uszkodzenia dróg moczowych.

1 lipca 2016 roku 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 - tolterodynę⁵⁰. 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 moczu⁵¹.

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.

Ponadto, leki antycholinergiczne charakteryzują się licznymi skutkami ubocznymi, do których należą: suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia procesów poznawczych, bóle głowy, zaburzenia rytmu serca, zaleganie moczu, nasilenie dolegliwości wrzodowych⁵². Dlatego tak istotny jest indywidualny dobór leku oraz jego dawkowania.

Rok	2015	2016*	2017	2018**
Solifencyna	25 717	59 115	104 271	78 533
Tolterodyna	64 628	65 497	62 555	41 398
Łącznie	90 345	124 612	166 826	119 931

Tabela 22. Liczba niepowtarzających się pacjentów, którzy przyjmowali refundowane preparaty solifencyny i tolterodiny.
Źródło: Raport AOTMiT: Wniosek o objęcie refundacją leku Betmiga (mirabegronum) we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi. 8 listopad 2018 r.

* W połowie 2016 r. zniesiono warunek wykonywania badania urodynamicznego dla otrzymania refundowanej solifencyny, stąd dane obejmują część pacjentów, którzy mieli wykonane badanie i część pacjentów, którzy nie mieli tego badania.

** Dane za rok 2018 obejmują 7 miesięcy 2018 roku.

⁵⁰ A. Dokowicz, Badanie urodynamiczne usunięte. Sukces UroConti po 5 latach walki, Kwartalnik NTM, 2016, 3(58).

⁵¹ Poradnik dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB), Broszura edukacyjna „UroConti”, 2016.

⁵² Tamże.

II linia leczenia

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

Lek zawierający substancję czynną o nazwie mirabegron, dostępny na polskim rynku od kilku lat, nadal nie jest refundowany w ramach NFZ. Należy odnotować, iż **w listopadzie 2014 roku, a następnie 23 listopada 2018 r. ukazały się pozytywne rekomendacje Prezesa 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 (antycholinergicznymi).** Jak czytamy w rekomendacji AOTMiT: wyniki analizy klinicznej wskazują na możliwe korzyści ze stosowania ww. technologii medycznej w zakresie średniej liczby epizodów nietrzymania moczu czy też poprawy jakości życia⁵³.

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.**

Eksperci 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.

Niestety, w dalszym ciągu w opublikowanym projekcie listy leków refundowanych, znajdują się tylko dwie substancje lecznicze (tolterodyna i solifenacyna) przeznaczone dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB) w I linii leczenia. Pacjenci z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB) czekają już ponad 5 lat na uruchomienie drugiej linii leczenia farmakologicznego. Lek można nabyć na receptę przy pełnej odpłatności. Jego aktualny koszt wynosi ok. 200-220 zł miesięcznie.

Leczenie skojarzone

W leczeniu farmakologicznym zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) coraz bardziej popularne staje się również leczenie skojarzone. Wykazano większą skuteczność leczenia skojarzonego solifenacyny z mirabegronem w porównaniu tylko z solifenacyną⁵⁴.

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

Leki dla osób 75+

Od 2011 roku na liście leków refundowanych znajdują się jedynie dwie substancje - solifenacyna i tolterodyna. Na zlecenie Prezesa AOTMiT, na podstawie pisma Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2018 r. skorygowanym pismem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2018 r., zlecono wydanie opinii Rady Przejrzystości w sprawie efektywności wskazanych produktów leczniczych, w populacji osób powyżej 75. roku życia.

⁵³ Rekomendacja nr 117/2018 Prezesa AOTM z dnia 23 listopada 2018 r.

⁵⁴ 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.

23 kwietnia 2018 roku opublikowano Opinię Rady Przejrzystości nr 89/2018 w sprawie efektywności oraz przygotowania danych do rankingu produktów leczniczych w populacji osób powyżej 75. roku życia.

W kategoriach 75.2 (75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna) Rada uznała problem zdrowotny, jakim jest nietrzymanie moczu za bardzo istotny, ale wskazanie refundacyjne, w odniesieniu do którego Rada rozpatrywała skuteczność wymienionych wyżej preparatów - czyli nadreaktywność pęcherza moczowego - za umiarkowanie istotny. Zarówno tolterodyna, jak i solifenacyna są lekami podstawowymi stosowanymi w leczeniu pęcherza nadreaktywnego. Według dostępnych danych klinicznych preparaty solifenacyny i tolterodyny o przedłużonym uwalnianiu wykazują przewagę pod względem ryzyka cholinolitycznych działań niepożądanych. Ma to istotne znaczenie w aspekcie wysokiej częstości występowania dolegliwości, których objawy mogą nasilać się pod wpływem środków o działaniu cholinolitycznym w populacji 75+.

W stanowisku Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” opublikowanym w maju 2018 roku czytamy, że problem jakim jest zespół pęcherza nadreaktywnego, powinien być uznany za problem zdrowotny co najmniej równie istotny co nietrzymanie moczu. Elementem zespołu pęcherza nadreaktywnego są parcia naglące, przebiegające z nietrzymaniem moczu, którym towarzyszy częstomocz dzienny i/lub nokturia. W efekcie tej niesprawności osoby starsze nie mają wpływu na częstotliwość oddawania moczu i jego ilość. Dla osób starszych stwarza to szereg niebezpieczeństw w życiu codziennym, takie jak np. nocne upadki i wynikające z tego konsekwencje w postaci skomplikowanych złamań.

Historia refundacji leków w Polsce

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).

Pomimo pozytywnej rekomendacji AOTMiT w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego zawierającego mirabegron, w grudniu 2017 roku 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. Jednak 15 listopada 2018 roku w Rekomendacji nr 113/2018 **Prezes AOTMiT uznał za niezasadne objęcie refundacją leku Noqturina**. Prezes AOTMiT wydał negatywną rekomendację w oparciu o negatywne stanowisko Rady Przejrzystości w tej sprawie. Do daty publikacji niniejszego raportu Minister Zdrowia nie wydał w tej sprawie jeszcze ostatecznej decyzji.

W czerwcu 2018 roku do Ministra Zdrowia został złożony nowy wniosek o objęcie refundacją leku Betmiga (mirabegron) w ramach listy aptecznej we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi.

19 listopada 2018 roku zostało opublikowane **stanowisko nr 119/2018 Rady Przejrzystości działającej przy Prezisie AOTMiT**, w którym uznano za zasadne objęcie refundacją substancji mirabegron w drugiej linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB). Na podstawie stanowiska Rady Przejrzystości **Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w rekomendacji nr 117/2018 z dnia 23 listopada 2018 roku również**

uznać za zasadne objęcie refundacją produktów leczniczych Betmiga (mirabegron) we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi pod warunkiem znacznego obniżenia ceny leku i pogłębienia mechanizmu dzielenia ryzyka.

Do daty publikacji niniejszego raportu Minister Zdrowia nie wydał w tej sprawie jeszcze ostatecznej decyzji.

Polska vs. Europa

W Polsce w dalszym ciągu w wykazie leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, obowiązującym od 1 maja 2019 roku, znajdują się tylko dwie substancje lecznicze (tolterodyna i solifenacyna) przeznaczone dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB). Na świecie - znacznie więcej.

Według danych World Federation of Incontinence Patients (WFIP), nawet w krajach ościennych (Czechy, Węgry, Słowacja, Niemcy), w ramach refundacji dostępnych jest 4-6 substancji medycznych o różnych mechanizmach działania. W Polsce lista substancji medycznych refundowanych w zespole pęcherza nadreaktywnego (OAB) nie była zmieniana od początku jej utworzenia w 2011 roku. Brak II linii leczenia farmakologicznego w Polsce oznacza od razu przejście do kolejnej linii leczenia, już inwazyjnej i konieczność hospitalizacji.

Zabiegi małoinwazyjne

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

Zgodnie z wykazem leków refundowanych, który został opublikowany 28 sierpnia 2015 roku 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 powtórzony⁵⁵. Jednym z poważniejszych skutków ubocznych tej terapii może być tymczasowy brak możliwości oddania moczu.

W całym 2018 roku wykonano w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza”, łącznie 131 świadczeń, których koszt wyniósł 572 333 zł. W porównaniu do roku 2017 wykonano o 38 mniej świadczeń. Jest to już kolejny rok, gdy liczba świadczeń realizowanych w ramach tego programu lekowego maleje.

⁵⁵ Rekomendacja nr 115/2014 Prezesa AOTM z dnia 5 maja 2014 r.

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 25 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 nadaktywnego (w przypadku niepowodzenia farmakoterapii), niedoczynność wypieracza, zespół bolesnego pęcherza i śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego oraz zaburzenia mikcji spowodowane zespołem Fowlera, gdy występuje zatrzymanie moczu⁵⁶.

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 moczu⁵⁷.

Po ośmiu latach od złożenia wniosku przez Stowarzyszenie UroConti neuromodulacja nerwów krzyżowych została dodana do listy świadczeń gwarantowanych. Reguluje to rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie (z dnia 13 kwietnia 2018 r.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁵⁸ oraz zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne⁵⁹.

Dzięki publikacji zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2019 r. możliwe jest już rozliczanie tego świadczenia przez szpitale. Od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja krzyżowa jest świadczeniem gwarantowanym dostępnym na oddziałach urologicznych i ginekologicznych.

Pierwsze refundowane zabiegi wszczepienia neuromodulatora nerwów krzyżowych terapii InterStim w Polsce odbyły się w maju 2019 roku w Klinice Urologii Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Łodzi oraz w Klinice Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie⁶⁰.

Leczenie chirurgiczne

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

Hydrauliczny zwieracz cewki moczowej jest endoprotezą, czyli protezą wewnętrzną. Chirurgiczne wszczepienie zwieracza hydraulicznego ma zastosowanie u tych chorych, u których nie powiodło się wielokrotne leczenie operacyjne lub u których występuje ciężka niewydolność zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Chory musi być wystarczająco sprawny, aby samodzielnie obsługiwać urządzenie i akceptować ryzyko ponownych operacji.

⁵⁶ M. Gackiewicz, Dlaczego w Polsce potrzebujemy neuromodulacji nerwów krzyżowych? Kwartalnik NTM, 2016, 2(57).

⁵⁷ 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).

⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

⁵⁹ Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

⁶⁰ Biuletyn Informacyjny Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, nr 2(34)/2019, s. 2, maj 2019 r.

Jednakże, najczęstszym wskazaniem (90%) do zastosowania sztucznego zwieracza jest NTM po prostatektomii radykalnej⁶¹.

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,
- Flowsecure⁶².

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: 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 (ureteroileo-cunostomia), 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 mężczyzn⁶³. Badacze są zgodni, że częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet wzrasta wraz z wiekiem⁶⁴.

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).

⁶¹ Leczenie nietrzymania moczu w Polsce, Przegląd Urologiczny, 2007, 3(43).

⁶² T. Hessel, Sztuczny zwieracz cewki moczowej - pytania i odpowiedzi, Kwartalnik NTM, 2016, 2(57).

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

⁶⁴ P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein, Incontinence, 5th International Consultation on Incontinence, 5th Edition 2013, European Association of Urology, <http://www.icud.info/PDFs/INCONTINENCE%202013.pdf>.

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

- przebyty poród, w czasie którego angażowane są również mięśnie odpowiedzialne za mechanizm trzymania moczu,
- niedobór estrogenów związany z okresem menopauzalnym, którego skutkiem jest obniżenie napięcia mięśniowego struktur mięśniów-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 miednicy⁶⁵.

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)⁶⁶.

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 moczu⁶⁷.

Wśród zalecanych metod leczenia zachowawczego, wymieniana jest między innymi:

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

Najważniejszą jednak metodą zachowawczego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, o skuteczności udowodnionej licznymi badaniami, jest fizjoterapia. Do metod fizjoterapii zalecanych dla pacjentek z wysiłkowym NTM, należą 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 osiągnięcia pożądanego rezultatu, pacjent uczy się rozpoznawać mechanizmy sterujące swoimi reakcjami fizjologicznymi⁶⁸,
- 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,

⁶⁵ M. Dalewska, A. Kasicka-Jonderko, K. Jonderko, H. Augustyniak, Wysilek fizyczny - lek bez recepty: znaczenie kinezyterapii w profilaktyce i leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet (w aneksie zestaw proponowanych ćwiczeń), *Annales Academiae Medicae Silensis*, 2013, 67.

⁶⁶ Konferencja Pacjent z NTM - leczenie, pielęgnacja i opieka - najnowsze standardy, 2018, H. Błaszczuk, Prezentacja: Pacjent z nietrzymaniem moczu leczenie, pielęgnacja i opieka.

⁶⁷ Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet, red. T. Rechberger, Warszawa 2009.

⁶⁸ Z. Fiodorenko-Dumas Z., Paprocka-Borowicz M., Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, tom 20, nr 1.

- trening pęcherza - wypracowanie przez pacjentkę przyzwyczajień 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 zwiotczenia 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 tłocznia 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 oddechowe⁶⁹. 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 ćwiczeń⁷⁰.

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 prostatektomii⁷¹.

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%⁷².

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

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.

⁶⁹ E. Strupińska, Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu - techniki i metodyka ćwiczeń, Przegląd Urologiczny, 2007, 8(6).

⁷⁰ M. Banaszak-Osiewicz, Trening mięśnie, Kwartalnik NTM, 2007; 4(23).

⁷¹ A. K. Przybyła, Radykalna prostatektomia i co dalej?, Kwartalnik NTM, 2015, 1(52).

⁷² A. M. Borowicz, K. Wleczorowska-Tobis, Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu, Gerontologia Polska, 2010, tom 18, nr 3.

Jak wskazują badania naukowe przeprowadzone wśród kobiet, dotychczas wykazano lepsze wyniki leczenia zachowawczego, jeśli ćwiczenia mięśni dna miednicy są nadzorowane przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę urologicznego/uroginekologicznego, w porównaniu z wykonywaniem ćwiczeń bez takiego nadzoru (odpowiednio 80% i 35%). Dobry efekt terapii nadzorowanej obserwowano bez względu na wiek badanych kobiet⁷³.

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, 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 (trans obturator tape) w przypadku pierwotnego nietrzymania moczu lub TVT (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 podobna⁷⁴.

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 zastłanionymi. 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).

Najnowszą i najmniej inwazyjną odmianą tego rodzaju procedur są tzw. minisystemy, będące rozwinięciem techniki TVT a dokładniej TVT Secur, czyli dostępu jedynie od strony pochwy. Zalicza się do nich m.in. zabieg z wykorzystaniem taśmy Miniarc. Zabieg wykonywany jest drogą przezpochwową a więc bez naruszenia powłok brzucha. Metoda jest mało inwazyjna, zabieg trwa krótko a po jego przeprowadzeniu kobieta nie musi długo przebywać w szpitalu. Przy prawidłowej kwalifikacji do operacji skuteczność terapii jest oceniana na 90%⁷⁵.

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.**

⁷³ E. Narojczyk-Świeściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM, 2016, 1(56).

⁷⁴ Leczenie nietrzymania moczu w Polsce, Przegląd Urologiczny, 2007, 3(43).

⁷⁵ Leczenie nietrzymania moczu u kobiet taśmą Miniarc: <https://www.tourmedica.pl/blog/leczenie-nietrzymania-moczu-u-kobiet-tasma-miniarc/>

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 erozję, zakażenia i przetoki. Częstość erozji cewki moczowej może być 10-krotnie większa po użyciu syntetycznych materiałów niż w przypadku taśm organicznych⁷⁶. Materiały używane do tego typu operacji powinny zatem stanowić bardzo istotną kwestię przy podejmowaniu decyzji o przeprowadzeniu zabiegu.

Do najczęściej występujących powikłań po implantacji taśm, należy m.in. erozja pęcherza moczowego, erozja pochwy, zaleganie moczu po mikcji, nawrót parć nagłących. 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 operacji⁷⁷.

Óśrodki referencyjne - sposób na weryfikację kwalifikacji i doświadczenia

Biorąc pod uwagę fakt, że operacje wszczęcia taśm stanowią jedną z nielicznych metod leczenia nietrzymania moczu w pełni finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wykonanie ich jest możliwe w wielu placówkach w Polsce, posiadających oddziały urologiczne lub ginekologiczne.

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 osób⁷⁸.

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.

⁷⁶ Leczenie nietrzymania moczu w Polsce, Przegląd Urologiczny, 2007, 3(43).

⁷⁷ P. Gmerek, Powikłania operacji wysiłkowego nietrzymania moczu z użyciem taśmy, Przegląd Urologiczny, 2009, 2(54).

⁷⁸ K. Walewska, Nadspecjalizacja z uroginekologii - czy jest potrzebna? Cz. I, Kwartalnik NTM, 2013, 1(44).

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. Ten postulat nie został jednak pozytywnie odebrany przez aktualne władze Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Nie jest także zbieżny ze strategią obecnego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, które dąży do redukcji liczby specjalizacji lekarskich w Polsce.

ZAOPATRZENIE W ŚRODKI ABSORPCYJNE

Środki absorpcyjne (wkłady urologiczne, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne oraz pieluchomajtki) powinny być dostępne dla pacjentów od samego początku wystąpienia problemu z utrzymaniem moczu. Już w trakcie wizyty w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zarówno lekarz, jak i pielęgniarka powinni informować pacjenta o rodzajach dostępnych na rynku produktów chłonnych, a także obowiązujących zasadach refundacji i służyć wsparciem przy indywidualnym doborze produktu. Właściwie dobrane środki absorpcyjne powinny być stosowane na każdym etapie leczenia - zarówno w jego początkowych fazach, jak i w sytuacji, gdy dana metoda terapeutyczna nie przynosi pełnego wyleczenia. Należy jednak pamiętać, że produkty chłonne powinny być zawsze traktowane jako zabezpieczenie przed wyciekami moczu, a nie jako alternatywa toalety (fizjologiczne wydalenie), zarówno u osób mobilnych, jak i niesamodzielnymi, wymagających opieki. Stosować je należy w celu zabezpieczenia przed niekontrolowanym wyciekami, zapewnienia higieny i uniknięcia powikłań, takich jak zakażenie dróg moczowych czy podrażnienia skóry (wskaźnik odpowiedniego poziomu pielęgnacji pacjenta z NTM). Takie podejście umożliwia zmniejszenie ryzyka wystąpienia wysokich kosztów leczenia powikłań wynikających z zaniedbań higienicznych.


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

- stopień mobilności pacjenta (mobilny / niesamodzielny),
- stopień nietrzymania moczu (lekkie / średnie / ciężkie),
- obwód pacjenta w pasie i biodrach⁷⁹.

Produkty chłonne stosowane w nietrzymaniu moczu dzieli się na dwie podstawowe kategorie:

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

Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu⁸⁰.

LP	PRODUKTY CHŁONNE		
A.	PRODUKTY CHŁONNE PRZEZNACZONE DO STOSOWANIA Z BIELIZNĄ	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE
1.	<p>Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla kobiet</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu. Chłona (pulpa celulozowa) i wiąże 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 NTM zaleca się wkładki urologiczne.</p>

⁷⁹ Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017.

⁸⁰ Tamże.

2.	<p>Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla mężczyzn</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu. Chłona (pulpa celulozowa) i wiąże moczu w żel (superabsorbent).</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 NTM zaleca się wkładki urologiczne.</p>
3.	<p>Pieluchy anatomiczne dla kobiet i dla mężczyzn</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu, 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>
B	<p>PRODUKTY CHŁONNE NIEWYMAGAJĄCE DODATKOWEGO MOCOWANIA</p>	<p>FUNKCJA</p>	<p>WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE Uwaga! Przy doborze produktu uwzględnia się obwód pacjenta w pasie i biodrach oraz stopień NTM.</p>
5.	<p>Majtki chłonne dla kobiet</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.</p>	<p>Majtki chłonne profilowane dla kobiet, w różnych rozmiarach, kolorach 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.</p>
6.	<p>Majtki chłonne dla mężczyzn</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.</p>	<p>Majtki chłonne profilowane dla mężczyzn, w różnych rozmiarach, kolorach 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.</p>




7.	Majtki chłonne uniwersalne dla kobiet i mężczyzn 	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.	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.
8.	Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z pasem biodrowym 	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.	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 <u>moga być zakładane samodzielnie</u> .
9.	Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z rzepami 	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.	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 przyklepców, przylepco-rzepów lub rzepów. Uwaga! Pieluchomajtki zapinane na rzepy/ przylepce <u>musi zakładać opiekun</u> .

Tabela 23. Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu.

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

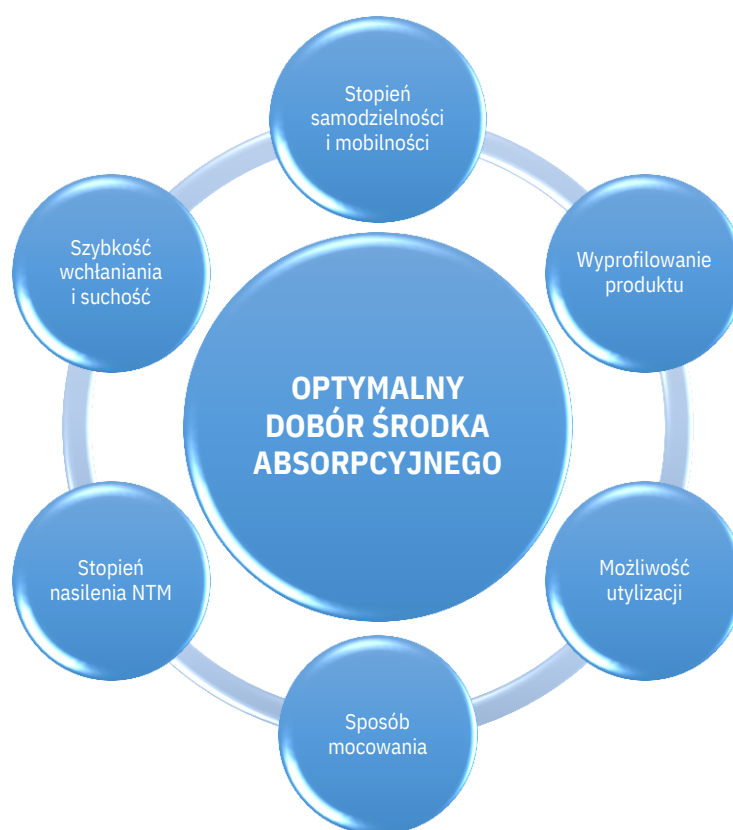
Refundacja - co nowego?

Refundacja środków absorpcyjnych w Polsce od piętnastu lat opiera się na tzw. systemie otwartym, w ramach którego lekarz POZ, lekarz specjalista, felczer lub pielęgniarka czy położna, po weryfikacji uprawnień pacjenta do otrzymania refundacji (kryterium chorobowe)⁸¹, mogą wystawić 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. Często wiąże się to z niedogodnościami, gdyż w niektórych województwach takich punktów jest niewiele, co zmusza pacjentów do pokonywania dużych odległości. Alternatywą jest możliwość potwierdzenia zlecenia za pośrednictwem poczty, co jednak wydłuża czas uzyskania refundacji. Ma się to zmienić po wprowadzeniu tzw. e-zlecenia, które umożliwi potwierdzenie prawa do otrzymania refundowanych środków absorpcyjnych automatycznie za pośrednictwem elektronicznego systemu NFZ. Jego uruchomienie połączone jest z wprowa-

⁸¹ Nietrzymanie moczu nie jest kryterium chorobowym uprawniającym do otrzymania refundowanych środków absorpcyjnych. U pacjenta musi wystąpić jednocześnie jedna z chorób współistniejących wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

dzeniem nowego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego⁸².

Obowiązujący obecnie w Polsce system zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym środki absorpcyjne umożliwia jednak pacjentowi lub jego opiekunowi **indywidualny wybór optymalnego do potrzeb chorego rodzaju środka absorpcyjnego**. W refundacji dostępnych jest pięć rodzajów środków absorpcyjnych: wkłady anatomiczne (urologiczne), 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 pięćdziesięciu różnych produktów chłonnych, biorąc pod uwagę dostępne rodzaje oraz rozmiary⁸³. Decyzja co do wyboru rodzaju, marki i rozmiaru produktu chłonnego należy więc do pacjenta i jego rodziny.



Rysunek 3. Optymalny dobór środka absorpcyjnego.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Standardu ISO 15621.

3 marca 2018 roku, po wieloletnich apelach organizacji pacjenckich, weszła w życie nowelizacja rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, w której **zwiększono limit ilościowy na refundowane środki absorpcyjne z 60 do 90 sztuk miesięcznie**⁸⁴. Niestety, jak od ponad roku alarmują organizacje pacjenckie, wprowadzając zmianę limitów ilościowych „zapomniano” o **proporcjonalnym podniesieniu limitów cenowych**. W praktyce oznacza to, że aktualnie obowiązujące limity cenowe faktycznej refundacji dla pacjentów onkologicznych (kod P100) zostały obniżone z poziomu 1,28 zł do poziomu 0,86 zł za jedną sztukę, a dla pacjentów pozostałych (kod P101) z poziomu 1,05 zł do poziomu 0,7 zł za jedną sztukę. Za tak

⁸² Możliwość elektronicznego potwierdzania zleceń na wyroby medyczne umożliwia Ustawa z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2019 poz. 1096). Nowy siedmiostronicowy wzór zlecenia wprowadziło Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego. 13 maja 2019 roku opublikowano projekt rozporządzenia, w którym skrócono wzór zlecenia na wyroby medyczne, w tym środki absorpcyjne do 4 stron.

⁸³ Źródło: cenniki czterech producentów (Abena, Essity Poland, Paul Hartmann Polska, Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych) zgłoszone do NFZ w 2019 roku.

⁸⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2018 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

niską kwotę możliwy jest zakup jedynie 90 sztuk wkładek urologicznych o najniższej chłonności, co absolutnie nie zaspokaja potrzeb pacjentów ze średnim i ciężkim NTM. **Aktualnie obowiązujące limity cenowe w Polsce należą do najniższych w Europie, a ostatnia ich zmiana miała miejsce w 1999 roku, a więc 20 lat temu! Do tego obowiązujące kryteria chorobowe nadal wykluczają z refundacji dużą grupę osób, cierpiących na wysiłkowe nietrzymanie moczu.**

Od 2016 roku obowiązuje **ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”**⁸⁵ zapewniająca pomoc rodzinom wychowującym dzieci i młodzież do 18. roku życia, z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Podstawą do skorzystania z uprawnień jest zaświadczenie wystawione przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. Beneficjenci ustawy mają prawo między innymi do: pierwszeństwa w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej i rehabilitacji leczniczej, zakupu leków poza kolejnością oraz nabycia refundowanych wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych bez stosowania limitu ilościowego (liczbę sztuk określa osoba zlecająca stosownie do potrzeb pacjenta). W 2018 roku, po podniesieniu miesięcznego limitu ilościowego środków chłonnych przysługujących pacjentowi w ramach refundacji z 60 na 90 sztuk, w wielu województwach doszło do niekorzystnej dla beneficjentów ustawy „Za życiem” interpretacji przepisów rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W efekcie Minister Zdrowia, 27 marca 2018 roku, zwrócił się do Prezesa NFZ o zastosowanie korzystnej dla pacjentów z ustawy „Za życiem” interpretacji zmian w przepisach⁸⁶. Problemy z jednakowym we wszystkich województwach wyliczaniem kwoty refundacji na środki chłonne spotęgowało wejście w życie ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności⁸⁷. Po interwencji organizacji pacjenckich centrala NFZ poinformowała, że system informatyczny Funduszu został dostosowany tak, aby dla osób korzystających z przepisów ustawy „Za życiem” limit finansowania oraz kwota refundacji były wyliczane łącznie, od ilości faktycznie wydanych wyrobów, bez uwzględniania podziału na miesiące, których dotyczy zaopatrzenie. Stanowisko zostało również przekazane do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ celem jednolitego stosowania w całym kraju⁸⁸. Ostatecznie w 2018 roku kwota przeznaczona przez NFZ na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy „Za życiem” wyniosła **23 992,39 zł.**

W wydanym 27 marca 2018 roku komunikacie Ministerstwa Zdrowia pojawiła się też zapowiedź powołania wspólnego zespołu Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, który miałby wypracować możliwe najlepsze, docelowe rozwiązania w zakresie zaopatrzenia pacjentów w materiały chłonne. Zespół do dziś jednak nie powstał.

Od 1 lipca 2018 roku obowiązują przepisy **ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności**, uchwalonej w odpowiedzi na prowadzony w Sejmie protest opiekunów osób niepełnosprawnych i ich dorosłych podopiecznych. Ustawa wprowadziła cztery kluczowe dla pacjentów zmiany: zniesienie okresów użytkowania wyrobów medycznych, wprowadzenie możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz obsługi w aptece poza kolejnością, możliwość korzystania ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) bez konieczności uzyskiwania skierowania, a także zniesienie limitów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Jak zapowiadano w sumie na leczenie i rehabilitację osób z niepełnosprawnościami NFZ przeznaczyć miał w 2018 roku dodatkowe 360 mln zł. Ostatecznie na refundację środków absorpcyjnych dla osób korzystających z zapisów ustawy przeznaczono **30 654,50 zł**, a na świadczenia rehabilitacyjne **85 150 249,45 zł.**

⁸⁵ Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016 poz. 1860).

⁸⁶ Minister zdrowia zapewnia pacjentom z ustawy "Za Życiem" korzystne zasady dofinansowania środków absorpcyjnych: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/minister-zdrowia-zapewnia-pacjentom-korzystne-zasady-dofinansowania-srodkow-absorpcyjnych>.

⁸⁷ Ustawa z dnia 9 maja 2018 roku o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018, poz. 932).

⁸⁸ "Za życiem" - NFZ o refundacji: <http://uroconti.pl/nowosci.nowosc.609.56.html>.

E-zlecenie czy e-potwierdzenie?

Odpowiedzią na konieczność potwierdzania zleceń na wyroby medyczne w oddziałach wojewódzkich NFZ ma stać się dostępne w formie elektronicznej tzw. e-potwierdzenie zlecenia. Jego uruchomienie połączone jest z wprowadzeniem nowego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego. 22 sierpnia 2018 roku Ministerstwo Zdrowia przekazało do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia wprowadzający nowy, rozszerzony do sześciu stron wzór zlecenia. Projekt wywołał zaniepokojenie zarówno w środowisku lekarzy i farmaceutów, jak również samych pacjentów oraz organizacji branżowych, które wskazywały nie tylko na problem zwiększonej liczby danych koniecznych do umieszczenia na wniosku, ale także sposobu wdrażania rozwiązań elektronicznych. Pomimo krytycznych uwag, 28 marca 2019 roku opublikowano Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego, w którym stanowiący załącznik wzór zlecenia, liczył aż siedem stron. Po kolejnej fali krytyki Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na przygotowanie nowego projektu rozporządzenia, który do konsultacji społecznych trafił w połowie maja 2019 roku⁸⁹. Jedną z głównych zmian zawartych w tym projekcie było skrócenie wzoru zlecenia z siedmiu do czterech stron. 13 czerwca 2019 roku ogłoszono tekst Ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw. Nowe przepisy wydłużyły czas na wdrożenie elektronicznego e-potwierdzenia przesuwając termin jego wprowadzenia z 1 lipca na 1 września br., kiedy w wybranych punktach zacznie obowiązywać pilotaż. Nowy wzór zlecenia i e-potwierdzenie będą obowiązywały od 1 stycznia 2020 roku.

E-potwierdzenie zlecenia nie jest e-zleceniem, nadal jest to zlecenie papierowe, gdzie potwierdzenie prawa do świadczeń będzie odbywało się automatycznie za pośrednictwem systemu NFZ. Limity i uprawnienia do refundacji będą potwierdzane przez osobę wystawiającą zlecenie przy pomocy systemu elektronicznego NFZ, a podczas wydawania wyrobu medycznego przez aptekę lub sklep medyczny będzie następowała tylko weryfikacja uprawnień. Zlecenie będzie mogło być w całości uzupełniane elektronicznie, ale będzie musiało być drukowane i będzie zawierało podpisy.

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.

Według danych statystycznych na koniec 2018 roku prowadzenie obrotu detalicznego produktami leczniczymi potwierdziło 12 939 aptek ogólnodostępnych oraz 1 303 punkty apteczne. W porównaniu z rokiem poprzednim spadła (o 361) liczba aptek ogólnodostępnych, natomiast wzrosła (o 3) liczba punktów aptecznych. Liczba aptek co miesiąc spada od ponad roku. Na dzień 31 maja 2019 roku, w Polsce funkcjonowało 12 651 aptek ogólnodostępnych i 1 271 punktów aptecznych. 247 aptek i 5 punktów aptecznych prowadziło sprzedaż internetową. 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 i indywidualnego doboru produktu chłonnego stosownie do rzeczywistego zapotrzebowania osoby z NTM.

⁸⁹ Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego opublikowano 13 maja 2019 roku. Konsultacje publiczne trwały do 23 maja, obecnie trwa opiniowanie. Projekt dostępny jest pod adresem: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12321705/katalog/12590807#12590807>.

Najszerzy asortyment środków absorpcyjnych znaleźć można w ponad 2 000 sklepów medycznych w 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 (w 2017 roku zawieszono kształcenie w tym zawodzie, ale ma ono zostać przywrócone od września 2019 roku).

W ostatnich latach zwiększyła się dostępność do produktów absorpcyjnych poza systemem refundacji. W wielu supermarketach i dyskontach (m.in. Auchan, Biedronka, Carrefour czy Lidl) 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. W supermarketach i dyskontach oferowane są również środki do specjalistycznej pielęgnacji, które są całkowicie wyłączone z refundacji w Polsce.

System refundacji w Polsce na tle krajów Grupy Wyszehradzkiej

Aktualnie obowiązujący w Polsce system refundacji wyrobów medycznych, m.in. środków chłonnych, reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, które weszło w życie 3 marca 2018 roku i stanowi nowelizację rozporządzenia z dnia 29 maja 2017 roku.

Narodowy Fundusz Zdrowia dofinansowuje pięć rodzajów środków absorpcyjnych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady oraz wkłady anatomiczne. 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. Pomimo zwiększenia w 2018 roku limitu ilościowego pozostaje on wciąż niewystarczający do zapewnienia optymalnej ochrony i higieny.

W wybranych krajach Grupy Wyszehradzkiej kryterium uprawniającym do otrzymania refundacji na środki chłonne jest nietrzymanie moczu, podczas gdy w Polsce NTM musi być skutkiem choroby współistniejącej. Limity ilościowe w Czechach i na Słowacji również są wyższe, a dopłata pacjenta nie występuje. Plusem systemu obowiązującego w Polsce jest to, że decyzja o wyborze rodzaju refundowanego produktu chłonnego należy do pacjenta i jego opiekuna, podczas gdy w Czechach i na Słowacji do lekarza, który decyduje o rodzaju i marce produktu, który pacjent otrzyma w refundacji. Szczegółowe porównanie systemów refundacji obowiązujących w Polsce, Czechach i na Słowacji znaleźć można w ubiegłorocznej edycji raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2018” (str. 45-52). Przez ostatnie 12 miesięcy nie uległ on zmianom.

OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zadaniem systemu 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”⁹⁰.

Takie osoby charakteryzuje co najmniej jeden z trzech czynników:

⁹⁰ Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, Warszawa 2015.

- niesamodzielność,
- niepełnosprawność,
- zaawansowany wiek.

Zachodzące na świecie procesy demograficzne, w tym starzenie się społeczeństwa i zmiany w stylu życia powodują, że problem opieki długoterminowej staje się jednym z ważniejszych wyzwań polityki społecznej i zdrowotnej w wielu krajach, w tym Polsce. Jak prognozuje Główny Urząd Statystyczny (GUS) w najbliższych dziesięcioleciach czeka nas dalszy, stopniowy ubytek liczby ludności oraz znaczące zmiany struktury według wieku. W 2050 roku liczba ludności Polski wyniesie 33 mln 951 tys., co oznacza zmniejszenie liczby ludności o 12% w stosunku do roku 2015⁹¹. Oprócz ujemnego przyrostu naturalnego, będziemy obserwować dalsze niekorzystne zmiany w strukturze ludności według wieku.

Według normy określonej przez Organizację Narodów Zjednoczonych, próg starości demograficznej oznacza udział ponad 7% osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej strukturze ludności. Jak pokazują dane GUS⁹² wskaźnik ten dla Polski w roku 2015 osiągnął poziom około 20%. W 2020 roku będzie to około 23%, a w roku 2050, jak prognozuje GUS, subpopulacja ludzi mających 65 lat i więcej wzrośnie w Polsce do ponad 43%.

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 24. Prognoza ludności Polski do 2050 roku.

Źródło: Prognoza ludności Polski na lata 2014-2050, GUS, Warszawa 2014.

Zachodzące w Polsce od kilku lat zmiany demograficzne oznaczają systematyczny wzrost liczby osób niesamodzielnych i przewlekle chorych, szczególnie wśród osób starszych. Stawia to przed opieką zdrowotną i pomocą społeczną 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 nietrzymanie moczu dotyka ponad połowę z blisko dwóch milionów osób niesamodzielnych w Polsce, będzie wzrastało również zapotrzebowanie na refundowane środki absorpcyjne, będące dla większości pacjentów podstawowym środkiem zapobiegawczym.

Staty od kilku lat wzrost liczby osób wymagających opieki długoterminowej, realizowanej zarówno w warunkach domowych, jak i w specjalistycznych placówkach, takich jak zakłady opiekuńczo - lecznicze (ZOL) oraz zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze (ZPO), powoduje, że czas oczekiwania na przyjęcie do specjalistycznej placówki opiekuńczej stale rośnie. W I kwartale 2017 roku średni czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL wynosił 16 miesięcy, a do ZPO 14 miesięcy⁹³. Podobna sytuacja dotyczy Domów Opieki Społecznej (DPS), gdzie na przyjęcie oczekuje się zwykle około 6 miesięcy. W efekcie kryterium przyjęcia pacjenta niesamodzielnego lub niepełnosprawnego, wymagającego opieki długoterminowej do jednego z trzech typów ośrodków: ZOL, ZPO, lub DPS, staje się nie diagnoza i rzeczywiste potrzeby, ale to gdzie zwolni się miejsce. Osobę niesamodzielną dopasowuje się tym samym do możliwości finansowych gminy oraz dostępnych na jej terenie świadczeń i infrastruktury opiekuńczej.

⁹¹ Prognoza ludności na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.

⁹² Tamże.

⁹³ Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.541.49.2016, data ukończenia 19.06.2017.

Kolejnym problemem, z jakim mierzą się świadczeniodawcy w opiece długoterminowej jest niedoszacowanie stawek. Średnia stawka oferowana ZOL i ZPO wynosi obecnie poniżej 90 zł za osobodzień. Według Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) minimalna stawka za osobodzień osoby dorosłej w ZOL/ZPO powinna wynosić, w zależności od wariantu:

- od 116,71 zł za osobodzień (wariant 1),
- poprzez 151,51 zł za osobodzień (wariant 2)
- po 211,76 zł za osobodzień (wariant 3).

Za optymalny uznano wariant 2, co oznacza niedoszacowanie na poziomie blisko 70%.

15 marca 2018 roku Prezes AOTMiT wydał obwieszczenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej⁹⁴. 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)	TARYFA (obowiązująca w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2019)	TARYFA (obowiązująca w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2020)	TARYFA (obowiązująca w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2021)	TARYFA (obowiązująca w okresie od 1 stycznia 2022)
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	2,59 pkt = 77,91 zł	2,87 pkt = 86,33 zł	3,16 pkt = 95,05 zł	3,44 pkt = 103,47 zł	3,72 pkt = 111,90 zł
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	3,71 pkt = 111,60 zł	4,11 pkt = 123,63 zł	4,51 pkt = 135,66 zł	4,92 pkt = 147,99 zł	5,32 pkt = 160,02 zł
Osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	2,59 pkt = 77,91 zł	2,87 pkt = 86,33 zł	3,16 pkt = 95,05 zł	3,44 pkt = 103,47 zł	3,72 pkt = 111,90 zł

⁹⁴ Treść Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 marca 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej dostępna jest na stronie: <http://www.aotm.gov.pl/www/obwieszczenie-w-sprawie-taryf-swiadczen-gwarantowanych-w-rodzaju-opieki-dlugoterminowej/>.

Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	3,59 pkt = 107,99 zł	4,23 pkt = 127,24 zł	4,87 pkt = 146,49 zł	5,50 pkt = 165,44 zł	6,14 pkt = 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	4,63 pkt = 139,27 zł	5,45 pkt = 163,94 zł	6,28 pkt = 188,90 zł	7,10 pkt = 213,57 zł	7,92 pkt = 238,23 zł

Tabela 25. 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.

28 maja 2018 roku Prezes AOTMiT wydał kolejne obwieszczenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej⁹⁵, obejmujące taryfę dla świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanej w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel. Taryfę ustalono na 3,76 pkt., czyli 113,10 zł za osobodzień.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 30 maja 2018 roku wydał zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej⁹⁶, w którym uwzględniono taryfy z Obwieszczenia Prezesa AOTMiT.

System opieki długoterminowej w Polsce jest niejednorodny i niespójnie skonstruowany, zakresy wsparcia dotyczące tej samej kategorii beneficjentów - osób przewlekle chorych i niesamodzielnych w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych są rozproszone. Brakuje koordynacji, a koszty są „przerzucane” między systemem opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Oferowane świadczenia zdrowotne, pielęgnacyjne i opiekuńcze często są niezdefiniowane i nieadekwatne do rzeczywistych potrzeb. Brakuje również systemowego wsparcia dla opiekunów nieformalnych, także tych chcących łączyć pracę zawodową z opieką nad osobą bliską. Zmiany nie tylko organizacyjne, ale również wprowadzające nowy sposób finansowania usług opiekuńczych są więc konieczne.

Osoby niesamodzielne

„Niesamodzielność” w opracowaniach zwykle definiuje się jako „wynikającą z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodującą konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób innych w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego”⁹⁷.

⁹⁵ Treść Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 maja 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej dostępna jest na stronie: http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/taryfikacja/taryfy/obwieszczenia/2018/Obwieszczenie_Prezesa_ZOL_ZPO_HIV_uzupe%C5%82nienie.pdf.

⁹⁶ Treść Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej dostępna jest na stronie: <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-452018dsoz.6763.html>.

⁹⁷ P. Błędowski, M. Maciejasz, Rozwój opieki długoterminowej w Polsce - stan i rekomendacje, Nowiny Lekarskie, 2013, 82, 1.

Od kilku lat w Polsce podejmowane są inicjatywy mające na celu wprowadzenie definicji „niesamodzielności” do polskiego systemu prawnego z zakresu zabezpieczenia społecznego. Do najważniejszych należą:

- realizacja projektu „PROFESJONALIZACJA USŁUG ASYSTENCKICH I OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH - NOWE STANDARDY KSZTAŁCENIA I OPIEKI”,
- przyjęcie dokumentu „POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC OSÓB STARSZYCH 2030. BEZPIECZEŃSTWO - UCZESTNICTWO - SOLIDARNOŚĆ”,
- realizacja „RZĄDOWEGO PROGRAMU NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020”,
- realizacja programu „OPIEKA 75+”.

Projekt „PROFESJONALIZACJA USŁUG ASYSTENCKICH I OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH - NOWE STANDARDY KSZTAŁCENIA I OPIEKI”⁹⁸ realizowany jest od 1 lipca 2017 roku w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Głównym celem projektu jest wypracowanie, przetestowanie i wdrożenie standardów świadczenia usług opiekuńczych i asystenckich w lokalnej społeczności, z uwzględnieniem świadczenia tych usług przez osoby 50+, a także opracowanie trzech standardów kształcenia osób świadczących usługi asystenckie, opiekuńcze i teleopieki.

Główne działania zrealizowane przez zespół ekspertów projektu:

- opracowanie definicji osoby niesamodzielnej,
- opracowanie kryteriów oceny stopnia niesamodzielności, rozróżnienie trzech stopni niesamodzielności i adekwatnych zakresów wsparcia,
- opracowanie trzech standardów usług asystenckich i opiekuńczych dla osób o różnym stopniu niesamodzielności opartych na zasadzie indywidualizacji wsparcia, takich jak:
 - asystowanie (A) - wsparcie opiekuna polega na wspierającym, dającym poczucie bezpieczeństwa towarzyszeniu w trudnych sytuacjach związanych z codziennym funkcjonowaniem, nacisk położony jest tu na efektywne komunikowanie się, szczególnie z osobami z utrudnionym kontaktem, oprócz asysty osobistej proponowana jest także asysta w formie teleopieki,
 - pomoc (P) - osobiste, fizyczne zaangażowanie opiekuna w wykonywane przez osobę niesamodzielną codzienne czynności życiowe w stopniu adekwatnym do jej sprawności funkcjonalnej i wydolności opiekuńczej rodziny; pomoc fizyczna współistnieje z efektywnym komunikowaniem się zachęcającym do samodzielności i dającym poczucie bezpieczeństwa oraz z asystą elektroniczną w formie teleopieki; nadrzędnym celem tego standardu jest kompensowanie utraconej sprawności i wzmacnianie samodzielności życiowej,
 - opieka (O) - opiekun zastępuje osobę niesamodzielną w samoopiece w zakresie adekwatnym do stanu jej zdrowia i wydolności opiekuńczej rodziny.

Wszystkie trzy standardy odnoszą się do poziomu zaangażowania opiekuna we wsparcie osoby niesamodzielnej, która w procesie opieki przy jednych czynnościach będzie potrzebowała wspierającej asysty, w innych częściowej pomocy, a w jeszcze innych wyręczenia. To elastyczne, adekwatne do potrzeb angażowanie się opiekuna tworzy podstawową dla standardów zasadę indywidualizacji wsparcia zwaną zasadą APO.

Wypracowane również standardy kształcenia dotyczą przeprowadzenia obowiązkowego szkolenia wszystkich osób w zakresie standardów usług asystenckich i opiekuńczych w celu walidacji kompetencji opiekuńczych osób świadczących formalną opiekę bez kwalifikacji.

⁹⁸ 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.

Zespół ekspertów, którzy wcześniej (w latach 2007-2009) pracowali nad założeniami do projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, przygotował również projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, w której określono zasady wspierania osób niesamodzielnych w zaspakajaniu ich podstawowych potrzeb życiowych w miejscu zamieszkania.

4 maja 2018 roku grupa postów Platformy Obywatelskiej zgłosiła projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym do łaski marszałkowskiej. W projekcie osobę niesamodzielną zdefiniowano 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. Zaproponowano również trzy grupy świadczeń z tytułu niesamodzielnności:

- świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- refundację kosztów teleopieki,
- refundację kosztów usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.

4 października 2018 roku projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym został odrzucony w I czytaniu głosami większości rządowej bez przeprowadzenia debaty.

Dokument „POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC OSÓB STARSZYCH 2030. BEZPIECZEŃSTWO - UCZESTNICTWO - SOLIDARNOŚĆ”⁹⁹ został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 26 października 2018 roku. W dokumencie uwzględniono szczegółowe rozwiązania we wszystkich najważniejszych sferach życia osób starszych, w tym niesamodzielnych osób w podeszłym wieku.

Dokument uwzględnił 7 obszarów polityki społecznej dotyczących ogółu osób starszych oraz 4 obszary działań skierowane do niesamodzielnych osób starszych i ich opiekunów:

- zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych,
- zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych,
- sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym,
- system wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych przez instytucje publiczne.

Celem „RZĄDOWEGO PROGRAMU NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020” (ASOS)¹⁰⁰ jest poprawa jakości i poziomu życia osób starszych oraz zagospodarowanie ich potencjału poprzez umożliwienie im aktywności społecznej. Organizacje pozarządowe i inne podmioty uprawnione działające na rzecz osób starszych mogą ubiegać się o dofinansowanie od 20 do 200 tysięcy zł w ramach 4 priorytetów:

- I. Edukacja osób starszych,
- II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz i międzypokoleniową,
- III. Partycypacja społeczna osób starszych,
- IV. Usługi społeczne dla osób starszych.

Program „OPIEKA 75+” skierowany jest do osób starszych i samotnych w wieku 75 lat i więcej, które zamieszkują w gminach do 60 tys. mieszkańców. Strategicznym celem programu jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych¹⁰¹. Dofinansowanie mogą uzyskać gminy, które świadczą usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze samodzielnie, bądź poprzez spółdzielnie socjalne osób prawnych, których założycielami są jednostki samorządu terytorialnego. Na realizację działań

⁹⁹ Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/polityka-spoleczna-wobec-osob-starszych-2030-bezpieczenstwo-uczestnictwo-solidarnosc>.

¹⁰⁰ Więcej informacji o Programie ASOS dostępnych jest na stronie: http://senior.gov.pl/program_asos.

¹⁰¹ Więcej informacji o Programie „Opieka 75+” dostępnych jest na stronie: <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75>.

przewidzianych Programem gmina może otrzymać dotację celową, jeżeli udział środków własnych gminy wynosi nie mniej niż 50% przewidywanych kosztów realizacji zadania.

Środki finansowe z programu „Opieka 75+” w 2019 roku mogą być przeznaczone na:

- dofinansowanie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, które otrzymały dofinansowanie w ramach programu „Opieka 75+” w 2018 roku i będą miały przyznane usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze w 2019 roku,
- dofinansowanie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, które nie otrzymywały usług w 2018 roku.

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 „Na pomoc niesamodzielnym” podkreślają, że skoordynowanie opieki socjalnej z opieką zdrowotną jest warunkiem poprawy jakości życia osób niesamodzielnymi, 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, 2010-2015,
- 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)Samodzielnymi).

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 niesamodzielnymi 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 człowieka¹⁰².

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)¹⁰³.

Pod koniec 2014 roku 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 3 607 tys. osób dorosłych (w wieku 16 lat i więcej)¹⁰⁴.

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE PRAWNIE W 2009 I 2014 ROKU (W TYS.)		
Stopień niepełnosprawności	Liczba osób w 2009 roku	Liczba osób w 2014 roku
Znaczny	1 265,9	1 062,8
Umiarkowany	1 497,8	1 581,8
Lekki	1 207,3	962,9
Nie orzekano stopnia (dzieci do lat 16)	184,4	194,0
Ogółem	4 155,3	3 801,5

Tabela 26. Osoby niepełnosprawne prawnie w 2009 i 2014 roku¹⁰⁵.

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. Udział osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności w 2016 roku wynosił 27,6%, z umiarkowanym - 45,2%, z lekkim - 27,2%¹⁰⁶. W 2018 roku orzeczenie o niepełnosprawności posiadało 3 079 tys. osób w wieku 16 lat i więcej, z czego 793 tys. osób w stopniu znacznym, 1 483 tys. w stopniu umiarkowanym i 804 tys. osób w stopniu lekkim¹⁰⁷.

18 kwietnia 2018 roku w Sejmie rozpoczął się protest osób niepełnosprawnych i ich rodziców, który zawieszono 27 maja, po 40 dniach. 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.

¹⁰² <http://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnoscd/definicja.php>.

¹⁰³ Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, opracowane przez: Departament Badań Społecznych i Warunków Życia GUS, Warszawa, 2016.

¹⁰⁴ Tamże.

¹⁰⁵ Tamże.

¹⁰⁶ Dane demograficzne dostępne na stronie www.niepelnosprawni.gov.pl.

¹⁰⁷ Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2018 r., opracowanie: Główny Urząd Statystyczny, Departament Rynku Pracy, Warszawa 2019.

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 socjalnej¹⁰⁸, która podniosła wysokość renty socjalnej do kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (1 029,80 zł brutto).

Tego samego dnia przyjęto ustawę o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności¹⁰⁹. Na podstawie przyjętych przepisów, które weszły w życie 1 lipca 2018 roku nastąpiło zniesienie okresów użytkowania wyrobów medycznych (jak wózki inwalidzkie, cewniki, ortezy). Osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności otrzymały też prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych oraz usług farmaceutycznych poza kolejnością, a ze świadczeń specjalistycznych bez konieczności uzyskania skierowania. Ustawa zniósła również limity finansowania przez NFZ świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Takie rozwiązania miały pozwolić rodzinom osób niepełnosprawnych na miesięczne oszczędności w wysokości 520 zł. Protestujący w Sejmie uznali jednak, że ustawa nie realizuje ich żądań w sprawie dodatku rehabilitacyjnego, który chcieli otrzymać w gotówce na wzór programu 500+.

Przez pierwsze miesiące obowiązywania ustawy pacjenci zwracali uwagę m.in. na problemy z uzyskaniem terminu leczenia zgodnie z uprawnieniami osoby niepełnosprawnej, ale też problemy z uzyskaniem porady specjalisty bez skierowania, problemy z uzyskaniem wizyty domowej lekarzy specjalistów i zbyt długi czas oczekiwania na realizację świadczeń¹¹⁰. Z kolei lekarze w wielu przychodniach podkreślali, że nie są w stanie przyjąć więcej osób na rehabilitację, bo fizycznie brakuje rąk do pracy.

Jak informował na swojej stronie NFZ, na realizację zapisów ustawy wspierającej osoby niepełnosprawne zabezpieczono dodatkowe środki - na rehabilitację przeznaczono 225 mln zł, a na zaopatrzenie w wyroby medyczne - 138,5 mln zł. Z danych Funduszu wynika, że w 2018 roku na świadczenia rehabilitacyjne dla osób korzystających z zapisów ustawy przeznaczono 85 150 249,45 zł. Z kolei na refundację środków absorpcyjnych dla tej grupy w 2018 roku przeznaczono tylko 30 654,50 zł.

Kolejnym działaniem wspierającym osoby niepełnosprawne jest utworzenie Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Ustawa dotycząca utworzenia Funduszu weszła w życie 1 stycznia 2019 roku. Zgodnie z zapisami ustawy środki z funduszu solidarnościowego mają zostać przeznaczone na wsparcie społeczne, zawodowe lub zdrowotne osób niepełnosprawnych. W pierwszym roku funkcjonowania fundusz solidarnościowy będzie zasilany z części składki odprowadzanej od wynagrodzeń na Fundusz Pracy. Zasadniczym źródłem finansowania funduszu wsparcia osób niepełnosprawnych jest danina solidarnościowa. Będą ją płaciły co roku te osoby fizyczne, których dochody w danym roku podatkowym przekroczą 1 mln zł. Wysokość daniny solidarnościowej wyniesie 4 proc. nadwyżki tej kwoty¹¹¹. W 2019 roku przychody Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych planowane są na 647 mln złotych.

W rocznym planie działania na rok 2019 wskazano listę programów na rzecz wsparcia osób niepełnosprawnych¹¹²:

- **opieka wytnieniowa** - program, którego celem jest zapewnienie członkom rodziny (opiekunom) osób niepełnosprawnych alternatywnej formy czasowej opieki,
- **usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych** - program, którego celem jest zapewnienie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych oraz rozszerzenie przez gminy oferty usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w wieku do 75 roku życia,

¹⁰⁸ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rencie socjalnej (Dz. U. 2018 poz. 933).

¹⁰⁹ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018 poz. 932).

¹¹⁰ https://www.politykazdrowotna.com/42245_mazowiecki-nfz-jak-dziala-ustawa-o-wsparciu-niepelnosprawnych

¹¹¹ Więcej informacji o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, w tym szczegóły programów realizowanych ze środków funduszu dostępnych jest na stronie: <https://www.gov.pl/web/rodzina/solidarnosciowy-fundusz-wsparcia-osob-niepelnosprawnych>.

¹¹² Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: <https://www.gov.pl/web/rodzina/plan-dzialania-na-rzecz-wsparcia-osob-niepelnosprawnych-na-rok-2019>.

- **opieka nad osobami niepełnosprawnymi** - program wsparcia osób niepełnosprawnych pozostających pod opieką, w ramach którego realizowane będą zadania w zakresie zwiększenia dostępności usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych i innych usług krótkotrwałych (tzw. instrumenty wsparcia),
- **centra opiekuńczo-mieszkalne** - program wsparcia dorosłych osób ze spektrum autyzmu i niepełnosprawnościami sprzężonymi,
- **budynki bez barier** - program wsparcia osób niepełnosprawnych o przeciętnych i niskich dochodach, którego celem jest: bezzwrotne dofinansowanie na pokrycie części wydatków związanych z dostępnością architektoniczną budynków wielorodzinnych oraz możliwość przystosowania istniejących budynków mieszkalnych wielorodzinnych poprzez likwidację barier architektonicznych,
- **mieszkania bez barier** - program dopłat do najmu mieszkania dla osób niepełnosprawnych oraz dofinansowania kosztów dostosowania lub wyposażenia mieszkań do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- **asystent osobisty osoby niepełnosprawnej** - prowadzenie usługi ukierunkowanej na umożliwienie osobom niepełnosprawnym prowadzenia niezależnego życia,
- **specjalne świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia** dla osób niepełnosprawnych z zakresu rehabilitacji oraz dostępu do wyrobów medycznych,
- **dostępne parki narodowe** - finansowanie likwidacji barier i udostępnienia dla osób niepełnosprawnych 8 parków narodowych,
- **działania cyfrowe** - program obejmuje m.in.: dostosowanie stron lub aplikacji internetowych w ramach jednego punktu dostępu do informacji i e-usług państwa oraz wsparcie działań umożliwiających dostęp osób niepełnosprawnych do usług dostępu do szybkiego internetu.

W maju 2019 roku, podczas konwencji przed wyborami do Parlamentu Europejskiego, premier Mateusz Morawiecki zapowiedział wprowadzenie programu 500+ dla osób niepełnosprawnych powyżej 18. roku życia. Dodatek mają otrzymać osoby niepełnosprawne niesamodzielne i osoby niepełnosprawne niezdolne do podejmowania żadnej pracy zawodowej, pod warunkiem, że nie posiadają orzeczonej z tytułu niepełnosprawności renty lub emerytury. Według zapowiedzi koszt programu ma się zmieścić w 3 mld zł rocznie. Jako źródło finansowania programu premier wskazał Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz podatek handlowy, który mają opłacać sklepy wielkopowierzchniowe.

Na początku czerwca 2019 roku Bożena Borys-Szopa, nowa Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zapewniła, że projekt w sprawie dodatku zostanie opracowany do końca czerwca. Ustawa ma szansę wejść w życie najwcześniej od września tego roku, natomiast pierwsze wypłaty zapowiadane są na początek 2020 roku.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

System 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, składają się 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, już od szkoły podstawowej, poprzez informowanie 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, położnych 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.

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. **3 marca 2018 roku po wieloletnich apelach organizacji pacjenckich 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 poprzednim 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.

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 odczuwa żadnych korzyści. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów korzystających z pieluchomajtek i majtek chłonnych, których cena znacznie przewyższa limity cenowe. Pacjenci, którzy zaopatrują się w sprawdzone i dobre jakościowo produkty, dopłacają taką samą kwotę jak przed zmianą. Jedynie chorzy stosujący tanie wkłady anatomiczne o niskiej chłonności korzystają na wprowadzonej zmianie.

Do tego obowiązujące kryteria chorobowe nadal wykluczają z refundacji dużą grupę osób, cierpiących na wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Dynamika wzrostu wydatków płatnika publicznego odnotowana w Polsce, w latach 2011-2018 na refundację materiałów chłonnych (poniżej 50%) jest niewspółmiernie niższa od dynamiki wzrostu wydatków w tym samym okresie przez samych pacjentów (ponad dwuipółkrotna). Przyczynia się to bezpośrednio do obniżenia poziomu jakości życia osób z NTM.

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 przyczyniać się do wzrostu wydatków płatnika.

W kolejnej nowelizacji przepisów 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.

3. **Dwie specustawy, tzw. ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (obowiązująca od 2016 roku) oraz dot. osób z orzeczoną ciężką niepełnosprawnością (obowiązuje od 1 lipca 2018 roku) nie przyniosły wymiernych korzyści dla osób zaopatrujących się w środki absorpcyjne (łączne wydatki nie przekroczyły nawet 100 tys. zł rocznie) a jednocześnie wprowadziły jeszcze większy chaos w naliczaniu i rozliczaniu refundacji.** Limit cenowy dla tych osób został obniżony z 1,5 zł aż do 1 zł za sztukę. Opracowana i opublikowana przez Ministerstwo Zdrowia 27 marca 2018 roku tabelka z wytycznymi dla oddziałów poprawiła sytuację beneficjentów ustawy „za życiem”, ale i tak nie doprowadziła do stanu sprzed 3 marca 2018 roku.

Ponadto zmiany interpretacji narzucone przez Ministra Zdrowia oddziałom NFZ spowodowały 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.

Przykłady dwóch w/w specustaw wskazują, że mnożenie przywilejów dla poszczególnych grup w oparciu o już istniejące przepisy mają wymiar jedynie polityczny.

4. **Opublikowane 28 marca 2019 roku Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego, w którym stanowiący załącznik wzór zlecenia, liczył aż siedem stron, miało być ułatwieniem dla pacjentów, a w rzeczywistości stało się problemem.** Rozporządzenie jest odpowiedzią na konieczność potwierdzania zleceń na wyroby medyczne w oddziałach wojewódzkich NFZ w formie elektronicznej tzw. e-potwierdzenie zlecenia. Wraz z elektroniczną formą zlecenia, niepotrzebnie wprowadzono nowy, zwiększony do 7 stron, wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego.

W połowie maja br. przygotowano nowy projekt rozporządzenia, w którym skrócono wzór zlecenia z siedmiu do czterech stron. 13 czerwca 2019 roku ogłoszono tekst Ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw. Nowe przepisy wydłużyły czas na wdrożenie elektronicznego e-potwierdzenia przesuwając termin jego wprowadzenia z 1 lipca na 1 września br., kiedy w wybranych punktach zacznie obowiązywać pilotaż. Nowy wzór zlecenia i e-potwierdzenie będą obowiązywały od 1 stycznia 2020 roku.

Wprowadzona zmiana okazała się problemem dla pacjentów, ponieważ e-potwierdzenie zlecenia nie jest oczekiwanym e-zleceniem. Nadal jest to zlecenie papierowe, gdzie potwierdzenie prawa do świadczeń będzie odbywało się automatycznie za pośrednictwem systemu NFZ. Limity i uprawnienia do refundacji będą potwierdzane przez osobę wystawiającą zlecenie przy pomocy systemu elektronicznego NFZ, a podczas wydawania wyrobu medycznego przez aptekę lub sklep medyczny będzie następowała tylko weryfikacja uprawnień. Zlecenie będzie mogło być w całości uzupełniane elektronicznie, ale będzie musiało być drukowane i będzie zawierało podpisy.

Niezrozumiałe jest czemu ma służyć tak szczegółowy zakres informacji przedstawiony w nowym wzorze zlecenia, a tym samym poszerzenie biurokracji, aby wydać zwykłe pieluchomajtki. Okazuje się, że łatwiej

będzie w Polsce otrzymać refundację na drogie leki o silnym działaniu niż na produkt, który na pewno nie zaszkodzi, a koszt jego refundacji wynosi zaledwie kilkadziesiąt groszy za sztukę.

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, pomimo wydania pozytywnej rekomendacji Prezesa 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).

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. Od 1 września 2015 roku 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 2018 rok wskazują, że z programu lekowego skorzystała bardzo niewielka grupa osób. Są to pacjenci po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym. Jest to już kolejny rok, gdy liczba świadczeń realizowanych w ramach tego programu lekowego maleje.

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

4. Do polskiego systemu refundacyjnego została dodana, po ośmiu latach od złożenia wniosku przez Stowarzyszenie Osób z NTM UroConti, neuromodulacja nerwów krzyżowych dla pacjentów z ciężkimi postaciami nietrzymania moczu, która stosowana jest na całym świecie od ponad 20 lat.

Dzięki publikacji zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2019 r. możliwe jest już rozliczanie tego świadczenia przez szpitale. Od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja krzyżowa jest świadczeniem gwarantowanym dostępnym na oddziałach urologicznych i ginekologicznych.

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.

5. 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, niosą 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.

System opieki długoterminowej w Polsce jest niejednorodny i niespójnie skonstruowany. Nadal brak definicji kto jest osobą niesamodzielną, kto jest osobą wymagającą całodobowej opieki i jakiego wsparcia ze strony państwa wymaga. Nadal brak również decyzji dotyczącej strategii wieloletniego finansowania opieki długoterminowej obejmującej zarówno opiekę medyczną jak i socjalną. 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 za pozytywne należy uznać cztery poniższe inicjatywy mające na celu wprowadzenie definicji „niesamodzielnosci” do polskiego systemu prawnego z zakresu zabezpieczenia społecznego:

- realizacja od 1 lipca 2017 roku projektu „PROFESJONALIZACJA USŁUG ASYSTENCKICH I OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH - NOWE STANDARDY KSZTAŁCENIA I OPIEKI”, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
- przyjęcie dokumentu „POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC OSÓB STARSZYCH 2030. BEZPIECZEŃSTWO - UCZESTNICTWO - SOLIDARNOŚĆ”, przez Radę Ministrów w dniu 26 października 2018 roku;
- realizacja „RZĄDOWEGO PROGRAMU NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020”, celem poprawy jakości i poziomu życia osób starszych;
- realizacja programu „OPIEKA 75+”, w celu poprawy dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych.

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