

RAPORT

pacjent z ntm
w systemie opieki zdrowotnej

2020

WPROWADZENIE DO RAPORTU 5

DEFINICJA NTM	6
EPIDEMIOLOGIA NTM	6

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

KOSZTY BEZPOŚREDNIE 9

Wizyty u specjalistów	10
Badania diagnostyczne	13
Fizjoterapia	14
Refundacja leków	14
Zabiegi operacyjne	16
Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ	18

KOSZTY POŚREDNIE 23

Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM	23
Koszty absencji w pracy osób z NTM	24

CZĘŚĆ II. POLITYKA REFUNDACYJNA A SYTUACJA PACJENTÓW Z NTM 26

FIZJOTERAPIA JAKO PIERWSZA LINIA LECZENIA 26

ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO 27

Zmiana stylu życia i leczenie zachowawcze	28
Farmakoterapia w OAB	29
Zabiegi małoinwazyjne	31
Leczenie operacyjne	33

WYSIŁKOWE NIETRZYMANIE MOCZU 34

Leczenie zachowawcze przy lekkim lub średnim nasileniu	34
Leczenie zabiegowe za pomocą taśm	36
Laseroterapia	37

INNE METODY LECZENIA NIETRZYMANIA MOCZU 37

ZAOPATRZENIE W ŚRODKI ABSORPCYJNE 38

Zasady refundacji	40
Ustawa „Za życiem”	42
Ustawa o wsparciu osób niepełnosprawnych	42
Dostępność - apteki, sklepy medyczne, supermarkety	43

OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM 43

Osoby niesamodzielne	47
Osoby niepełnosprawne	50

WNIOSKI I REKOMENDACJE 52

EDUKACJA	52
HIGIENA NA KAŻDYM ETAPIE PROCESU LECZENIA	52
PROFILAKTYKA I LECZENIE NTM	54
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	55



ŚWIATOWY TYDZIEŃ
KONTYNENCJI 2020

#WCW2020 #ContinenceMatters

PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2020

9. edycja raportu

Opracowanie raportu:

Milena Bęgarska

Karolina Ciepela

Tomasz Michałek

Współpraca merytoryczna:

dr n. med. Mariusz Blewniewski

prof. dr hab. n. ekon. Piotr Błędowski

dr n. o zdr. Elżbieta Szwałkiewicz

Opracowanie graficzne i skład:

Piotr Lisiecki

Realizacja wydawnicza: OCI Sp. z o.o.

Raport powstał pod auspicjami Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” przy współpracy z World Federation of Incontinence and Pelvic Problems (WFIPP) oraz przy wykorzystaniu materiałów powstałych w latach 2002-2020 podczas kampanii edukacyjno-informacyjnej Programu NTM.

PUBLIKACJA BEZPŁATNA

Wersję elektroniczną można pobrać ze strony www.uroconti.pl oraz www.ntm.pl

Warszawa, lipiec 2020

ISBN: 978-83-948272-4-3

© Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”

Wszelkie prawa zastrzeżone

All rights reserved

WPROWADZENIE DO RAPORTU

Szanowni Państwo,

Już po raz dwunasty obchodzony był w Polsce Światowy Tydzień Kontynencji (www.wcw2020.pl). W tym czasie zostało opublikowanych 8 edycji raportu przedstawiających sytuację pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Dzisiaj oddajemy w Państwa ręce dziewiąte wydanie, zaktualizowane o najnowsze dane.

Przygotowując aktualną edycję raportu autorzy skorzystali z szeregu najnowszych doniesień z międzynarodowych i krajowych wydarzeń naukowych i popularnonaukowych.

Jak co roku, ważnym źródłem informacji były dane otrzymane z centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, za które autorzy raportu dziękują Departamentowi Analiz i Innowacji, mając szczególnie na uwadze czas pandemii, która mocno absorbuje pracę Funduszu w ostatnich miesiącach. Autorzy raportu wykorzystali ten czas na ponowną weryfikację danych, prezentowanych w poprzednich edycjach raportu. Dzięki temu została dokonana szersza niż zazwyczaj aktualizacja danych, w oparciu o wcześniej niedostępne lub nieistniejące jeszcze sprawozdania Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego czy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Inkontynencja to jeden z bardziej rozpowszechnionych problemów współczesnego społeczeństwa, posiadająca według kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organisation - WHO) status choroby społecznej. W Polsce omawiany problem może dotyczyć 4-8% społeczeństwa, czyli ok. 2,5 mln osób. Na dolegliwość tą narażeni są wszyscy - bez względu na wiek i płeć. Tym niemniej wraz z wiekiem ryzyko wyraźnie rośnie. Dlatego też, w dobie starzejącego się społeczeństwa oraz postępujących zmian cywilizacyjnych, istotna jest kontynuacja analizy społecznej i ekonomicznej kosztów NTM.

Nietrzymanie moczu jest powszechną dolegliwością towarzyszącą osobom niesamodzielnym i niepełnosprawnym. Stąd niniejszy raport, już po raz trzeci obejmuje zagadnienia związane z opieką długoterminową. Ważnym źródłem nowych, usystematyzowanych informacji był wydany w listopadzie 2019 roku przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym” raport pt. „Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro”.

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

Od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja jest świadczeniem gwarantowanym, dostępnym w szpitalnych oddziałach urologicznych i ginekologicznych. Pierwsze refundowane zabiegi odbyły się w maju 2019 roku.

Od 1 stycznia 2020 roku weszły w życie nowe przepisy dotyczące wystawiania i realizacji zleceń na wyroby medyczne. Źródłem zmian jest wprowadzenie nowego wzoru zlecenia z e-potwierdzeniem. Oznacza to, że pacjenci nie muszą już udawać się do terenowych jednostek NFZ osobiście, celem potwierdzenia zlecenia.

Równoległe z pracami nad nowym wzorem zlecenia, który ostatecznie liczy cztery strony, Minister Zdrowia podjął decyzję o wprowadzeniu uproszczonego, dwustronicowego wzoru zlecenia na wyroby medyczne, wydawane w cyklu miesięcznym. Dotyczy to również środków absorpcyjnych. Zmiana ta weszła w życie od 1 lipca 2020 roku.

Podsumowując ostatni rok należy raz jeszcze wspomnieć o ogólnoświatowej pandemii COVID-19, która w znaczny sposób wpłynęła na nasze dotychczasowe życie. Pierwszy przypadek zakażenia SARS-CoV-2 w Polsce stwierdzono 4 marca 2020 roku u 66-letniego mężczyzny, hospitalizowanego w szpitalu w Zielonej Górze. W okresie od 14 do 20 marca obowiązywał w Polsce stan zagrożenia epidemicznego. Od 20 marca do dnia oddania niniejszego raportu do publikacji, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, obowiązywał w Polsce stan epidemii.

DEFINICJA NTM

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organisation - WHO) i Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ang. International Continence Society - ICS), nietrzymanie moczu (NTM) to przypadłość obejmująca jakikolwiek epizod niezależnego od woli wycieku moczu z pęcherza moczowego¹. 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, w skład którego wchodzi zespół pęcherza nadreaktywnego/nadaktywnego typ mokry (ang. overactive bladder - OAB) oraz mieszane NTM (połączenie wysiłkowego NTM i parć naglących)². 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%³. 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 miliony⁴. 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 zdrowotnych⁵.

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

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

² Wstęp do uroinekologii, red. prof. Ewa Barcz, Gdańsk 2017, s. 53.

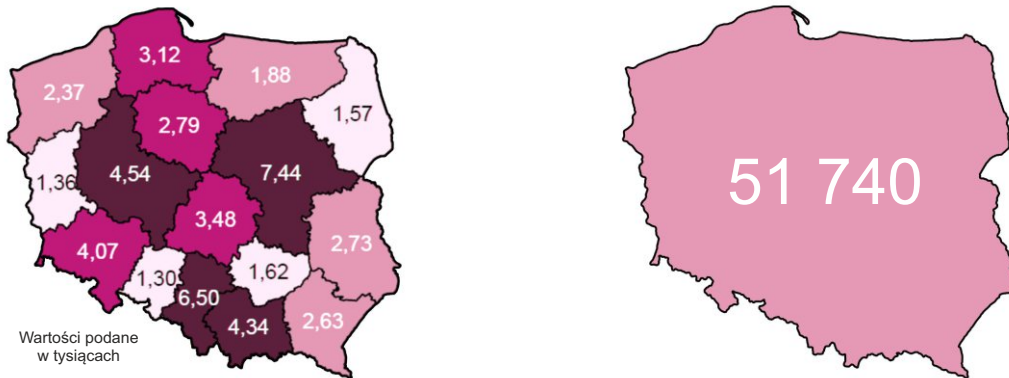
³ Global Forum On Incontinence 2018, Ian Milsom, Article: How big is the problem? Incontinence in numbers.

⁴ 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.

⁵ Global Forum On Incontinence 2018, Rob Riemsma, Article: Can incontinence be cured?

Według map potrzeb zdrowotnych opracowanych w 2018 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia prognozowana zapadalność na nietrzymanie moczu (NTM) dla Polski w roku 2022 to 51 740 przypadków, a w 2031 roku - 53 920, co oznacza wzrost o 4,21%. Prognozowana zapadalność w poszczególnych województwach została przedstawiona na poniższych infografikach.

Prognozowana zapadalność w 2022 roku

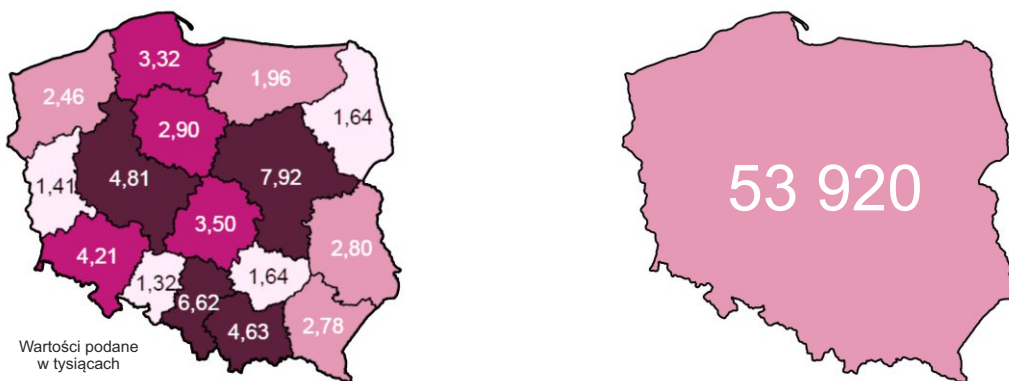


Mapy 1-2

Prognozowana uśredniona zapadalność rejestrowana w 2022 roku.

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

Prognozowana zapadalność w 2031 roku



Mapy 3-4

Prognozowana uśredniona zapadalność rejestrowana w 2031 roku.

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

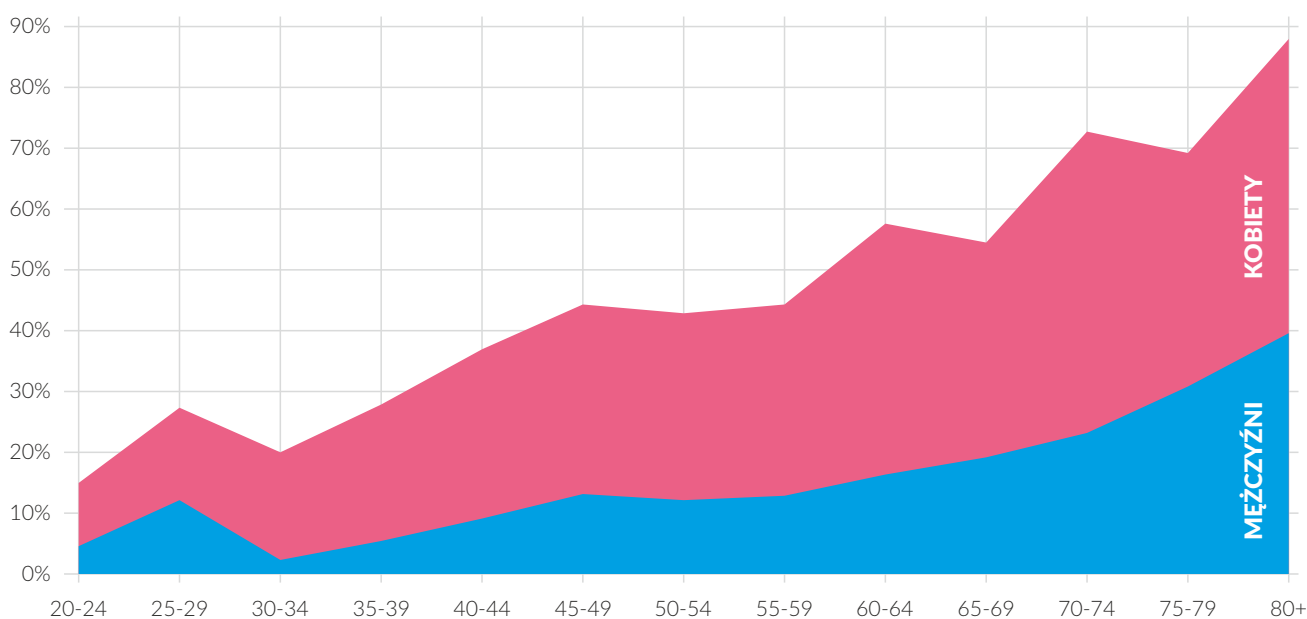
Częstość występowania epizodów NTM

Najbardziej ogólne dane dotyczące epizodów NTM, na które powołuje się, również za danymi ICI (ang. International Consultation on Incontinence), Europejskie Towarzystwo Urologiczne (ang. European Association of Urology - EAU) wskazują, że u 5-69% kobiet (przy czym najczęściej podawane dane kształtują się w granicach 25-45%) i 1-39% mężczyzn występuje co najmniej jeden incydent nietrzymania lub gubienia moczu w okresie 12 miesięcy. Z kolei podczas GFI (ang. Global Forum On Incontinence) w Rzymie w 2018 roku wskazano, że epizody NTM występują u 30-60% kobiet i 3-11% mężczyzn⁶.

Nietrzymanie moczu występuje ponad dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, do czego predysponują porody naturalne, menopauza, zabiegi ginekologiczne, anatomia układu moczowego. Szacuje się, że u około 10% populacji wszystkich dorosłych kobiet występują epizody NTM⁷.

Z kolei u mężczyzn po radykalnej prostatektomii, problem nietrzymania moczu może wystąpić u od 2 do nawet 57% mężczyzn⁸. 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)⁹.

Zapadalność na NTM według płci i wieku



Wykres 1

Zapadalność na NTM według płci i wieku.

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

⁶ 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.

⁷ Incontinence, 6th edition 2017, red. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A., 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016, s. 22.

⁸ Burkhard (Chair) F.C., Bosch J.L.H.R., Cruz F., Lemack G.E., Nambiar A.K., Thiruchelvan N., Tubaro A., Guidelines Associates: Ambühl D., Bedretdinova D., Farag F., Rozenberg B.B, Guidelines on Incontinence, European Association of Urology, 2017.

⁹ Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, red. E. Szwałkiewicz, Warszawa 2017, s. 19.

CZĘŚĆ I.

SPOŁECZNE I EKONOMICZNE KOSZTY NTM

- DYNAMIKA ZMIAN

KOSZTY BEZPOŚREDNIE

Koszty związane z nietrzymaniem moczu (NTM) zostały, 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. Należy odnotować, że od 3 marca 2018 roku limit ilościowy na refundowane środki absorpcyjne zwiększył się z 60 do 90 sztuk miesięcznie.

Szacunkowe koszty z tytułu zachorowalności na NTM ponoszone w Polsce w latach 2015-2019 (w tys. PLN)

	2015	2016	2017	2018	2019	Dynamika (2019/2018)	Dynamika (2019/2015)
Koszt refundacji leków na NTM	9 074,8	12 666,6	20 570,5	24 198,0	29 200,2	+20,7%	+221,8%
Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM u kobiet i mężczyzn	33 567,0	33 162,7	25 287,9	24 484,3	27 254,0	+11,3%	-18,8%
Koszty cewników jednorazowych urologicznych	4 139,3	4 335,9	4 807,0	5 071,8	5 617,9	+10,8%	+35,7%
Koszty zaopatrzenia osób z NTM w środki absorpcyjne (np. pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki) poniesione przez NFZ	208 909,7	225 598,1	244 823,0	256 463,4	279 926,8	+9,1%	+34,0%
		limit: 60 sztuk		limit: 90 sztuk			
OGÓŁEM	255 690,8	275 763,3	295 488,4	310 217,5	341 998,9	+10,2%	+33,8%

Tabela 1

Szacunkowe koszty z tytułu zachorowalności na NTM ponoszone w Polsce w latach 2015-2019 (w tys. PLN).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wizyty u specjalistów

Problem nietrzymania moczu jest zagadnieniem interdyscyplinarnym i skupia uwagę lekarzy kilku specjalności m.in.: lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistów w zakresie ginekologii, 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. geriatrami, neurologami, fizjoterapeutami czy rehabilitantami) zajmującymi się leczeniem chorych dotkniętych nietrzymaniem moczu. Z danych uzyskanych z NFZ wynika, że wydatki na finansowanie refundowanych wizyt u specjalistów w latach 2018-2019 wyniosły:

Rodzaj poradni	Liczba porad (w tys.)		Koszt refundacji porad (w mln PLN)		
	2018	2019	2018	2019	Dynamika (2019/2018)
Położniczo-ginekologiczne	8 789	9 242	600,1	637,1	+6,17%
Urologiczne	2 422	2 743	178,8	226,5	+26,68%

Tabela 2

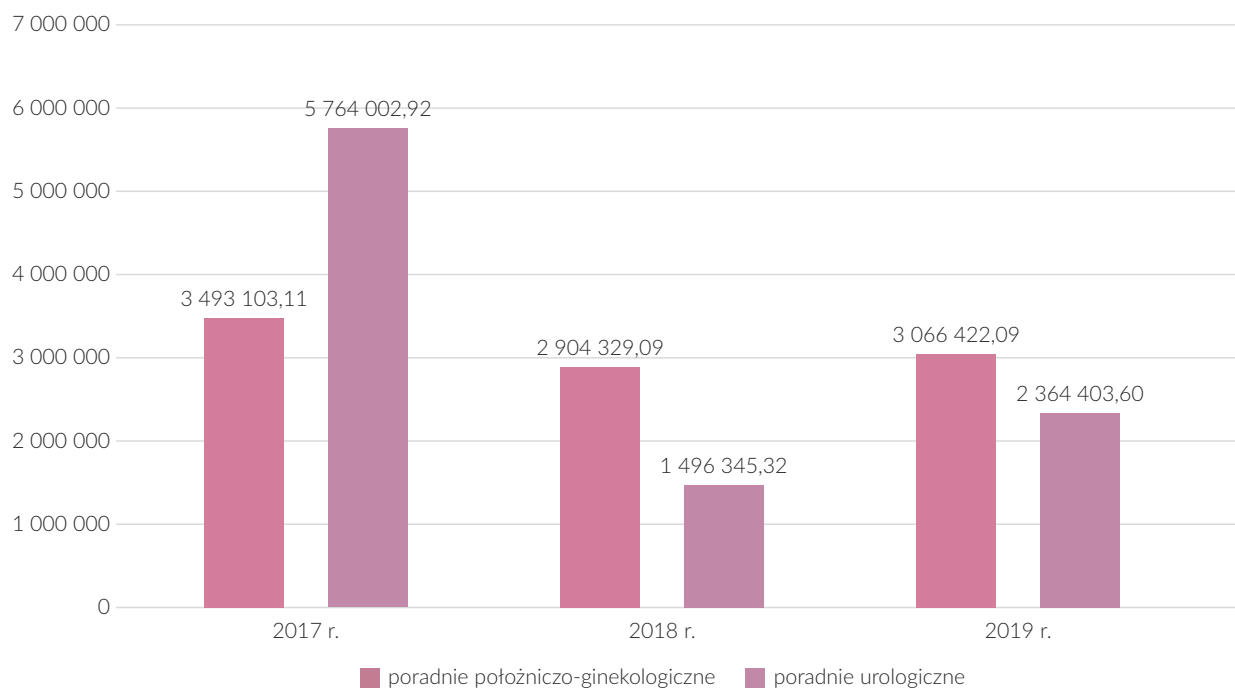
Wydatki na finansowanie wizyt u specjalistów w latach 2018-2019.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z kolei, wydatki NFZ poniesione w latach 2017-2019 na refundację wizyt ściśle związanych z problemem nietrzymania moczu u specjalistów wyniosły odpowiednio:

Rok	2017	2018	2019	Dynamika (2019/2018)
Poradnie położniczo-ginekologiczne	3 493 103,11	2 904 329,09	3 066 422,09	+5,58%
Poradnie urologiczne	5 764 002,92	1 496 345,32	2 364 403,60	+58,01%

Tabela 3
Koszt refundacji wizyt u specjalistów ściśle związanych z problemem NTM w latach 2017-2019 (w PLN).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

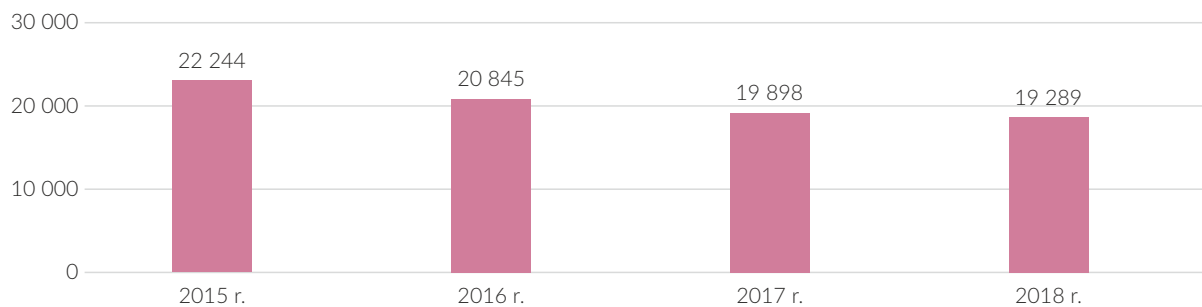
Koszt refundacji wizyt u specjalistów ściśle związanych z NTM w latach 2017-2019 (w PLN)



Wykres 2
Koszt refundacji wizyt u specjalistów ściśle związanych z NTM w latach 2017-2019 (w PLN).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

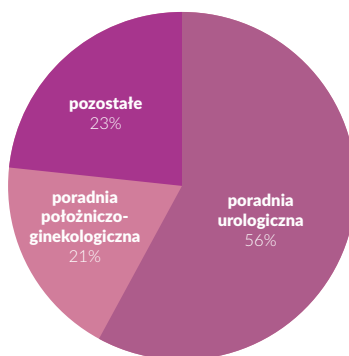
W latach 2015-2018 82 276 wizyt zakończyło się rozpoznaniem nietrzymania moczu. Warto zauważyć, że 23% porad zakończonych rozpoznaniem miało miejsce poza poradniami ginekologicznymi i urologicznymi.

Liczba refundowanych porad z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018



Wykres 3
Liczba refundowanych porad z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy potrzeb zdrowotnych opracowanej w 2020 r. przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS.

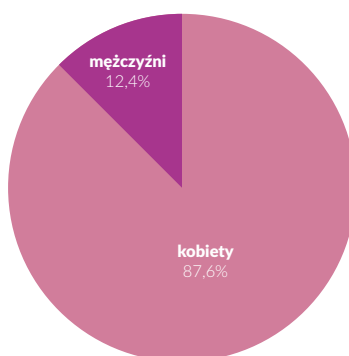
Porady z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 z podziałem na poradnie



Wykres 4

Porady z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 z podziałem na poradnie.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy potrzeb zdrowotnych opracowanej w 2020 r. przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS.

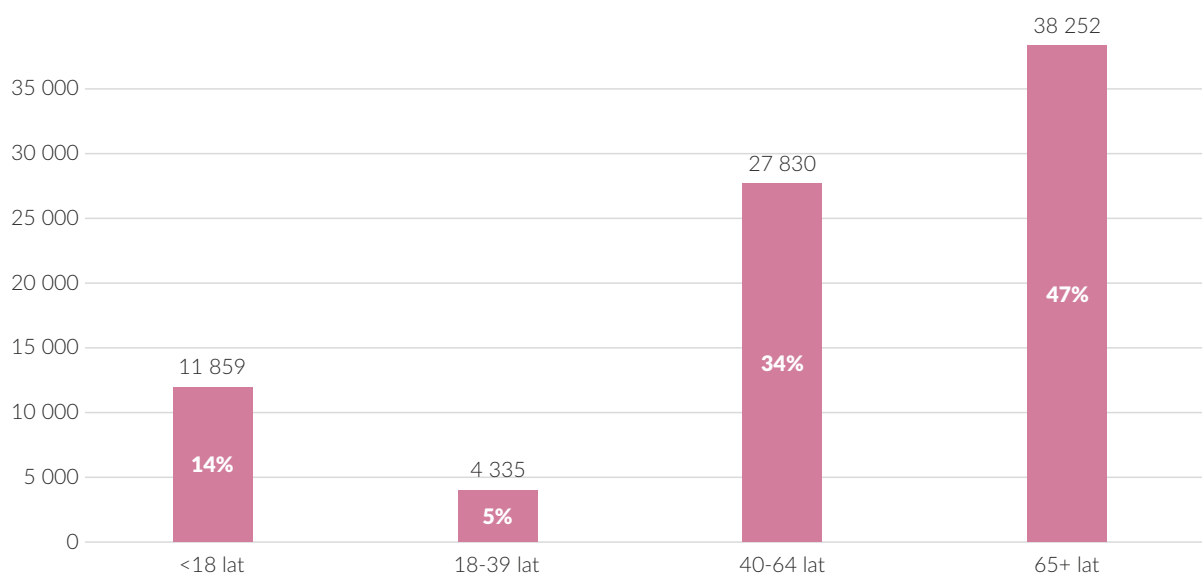
Wizyty z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 według płci pacjentów



Wykres 5

Wizyty z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 według płci pacjentów.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy potrzeb zdrowotnych opracowanej w 2020 r. przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS.

Wizyty z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 według wieku pacjentów



Wykres 6

Wizyty z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 według wieku pacjentów.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy potrzeb zdrowotnych opracowanej w 2020 r. przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS.

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, 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 moczu¹⁰.

DZIENNICZEK MIKCCI

Imię _____
Nazwisko _____
Wiek _____

Data	Godzina	Ilość moczu oddanego porcję (ml)	Godzina	Napój (ml)	Uwagi (np. epizody nietrzymania nocnego, moczenie śniadego, parcie nagłe, inncolpny)
Dzień 1					
Dzień 2					

Rysunek 1
Dzienniczek mikcji.

Źródło: Poradnik dla pacjentów urologicznych 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 - nokturia (zamiennie nazywana nykturią) oraz liczby i nasileń parć nagłych.

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 należą m.in. 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 stosowane jako uzupełnienie diagnozy klinicznej, w przekonaniu, że mogą pomóc w dostarczeniu lub potwierdzeniu diagnozy, przewidzieć wyniki leczenia lub ułatwić doradztwo. Urodynamicę często wykonuje się przed inwazyjnym leczeniem wysiłkowego NTM. Warto wspomnieć, że w lipcu 2016 roku zniesiono obowiązek wykonywania badania urodynamicznego w diagnostyce pęcherza nadaktywnego/nadreaktywnego, jako warunku refundacji leków zawierających substancję czynną o nazwie solifenacyna. Badanie jest natomiast nadal niezbędne do uzyskania refundacji na leki zawierające tolterodynę.

Koszty refundacji pojedynczego badania urodynamicznego różnią się w zależności od roku i poradni, ponieważ badanie jako procedura ICD-9 jest sprawozdawane w ramach porady lub innego produktu (nie jest odrębnym produktem rozliczeniowym ze swoją własną wyceną).

¹⁰ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 62.

Fizjoterapia

Obszar wspólnych działań lekarza i fizjoterapeuty jest bardzo ważny i pozwala na osiągnięcie lepszego efektu terapeutycznego w połączeniu z leczeniem farmakologicznym. Również przed i po zabiegach chirurgicznych fizjoterapia urologiczna/uroginekologiczna przynosi pozytywne rezultaty.

Jednak pomimo wskazań specjalistów i rosnących potrzeb społecznych, w Polsce nie kształci się systemowo personelu w tym kierunku. Fizjoterapia urologiczna nie jest refundowana i stąd dostęp do wiarygodnych danych jest praktycznie niemożliwy.

Refundacja leków

Na koniec 2019 roku w refundacji dedykowanej pacjentom z zespołem pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder - OAB) dostępne były dwie substancje lecznicze:

- solifenacyna (osiem leków) we wskazaniu zespół pęcherza nadreaktywnego. Leki zawierające solifenacynę: Adablok, Solifenacin Stada, Solifurin, Uronorm, Vesicare, Vesisol, Vesoligo, Zevesin,
- tolterodyna (pięć leków) we wskazaniu zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym. Leki zawierające tolterodynę: Defur, Titlodine, Tolzurin, Urimper, Uroflow.

Do końca czerwca 2019 roku dostępny był tylko jeden lek zawierający solifenacynę. Wzrost liczby leków zawierających solifenacynę w II połowie 2019 roku spowodowany jest dopuszczeniem do refundacji leków generycznych, czyli zamienników leku oryginalnego. Leki generyczne, aby mogły być wprowadzone do obrotu, muszą mieć udowodniony ten sam skład i muszą zawierać tę samą ilość substancji aktywnej. Wraz z wprowadzeniem zamienników solifenacyny oraz obniżeniem jej ceny, znacznie wzrosła liczba osób korzystających z refundacji.

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 (wyjątkiem jest okres pandemii, podczas której zawieszono aktualizację listy do 1 września 2020 r.).

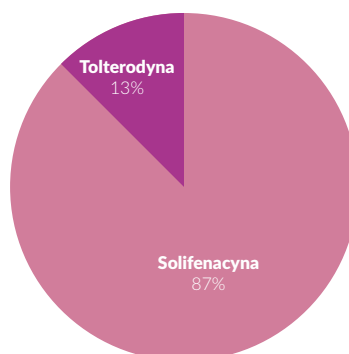
W roku 2019 wydano łącznie 991 350 opakowań leków (wzrost w porównaniu do 2018 r. o 54%), stosowanych w przypadku leczenia NTM. Na refundację tych preparatów NFZ wydał 29 200 223,41 zł (wzrost o 31%).

Leki refundowane stosowane w leczeniu NTM

Substancja czynna	Liczba opakowań	Koszt refundacji (w PLN)	Dopłata pacjenta (w PLN)	Koszty całkowite (w PLN)
Solifenacyna	687 771	24 545 762,99	32 291 510,57	56 837 273,56
Tolterodyna	303 579	4 654 460,42	3 569 942,22	8 224 402,64
RAZEM	991 350	29 200 223,41	35 861 452,79	65 061 676,20

Tabela 4
Leki refundowane stosowane w leczeniu NTM.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Struktura sprzedaży refundowanych leków stosowanych w leczeniu NTM



Wykres 7
Struktura sprzedaży refundowanych leków stosowanych w leczeniu NTM.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Poniżej prezentujemy aktualne kwoty dofinansowania leków, które wynikają z obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 marca 2020 roku.

Leki refundowane stosowane w leczeniu NTM

Substancja czynna	Dawka leku (w mg)	Wielkość opakowania (sztuk w opakowaniu)	Odpłatność pacjenta (%)	Przedział cenowy (cena detaliczna) za lek (w PLN)	Wysokość limitu finansowania przez NFZ (w PLN)
Solifenacyna	5/10	30	30	18,73 - 66,04	18,73 - 37,55
Tolterodyna	2/4	28/30/60/90	30	16,11 - 73,42	8,76 - 56,33

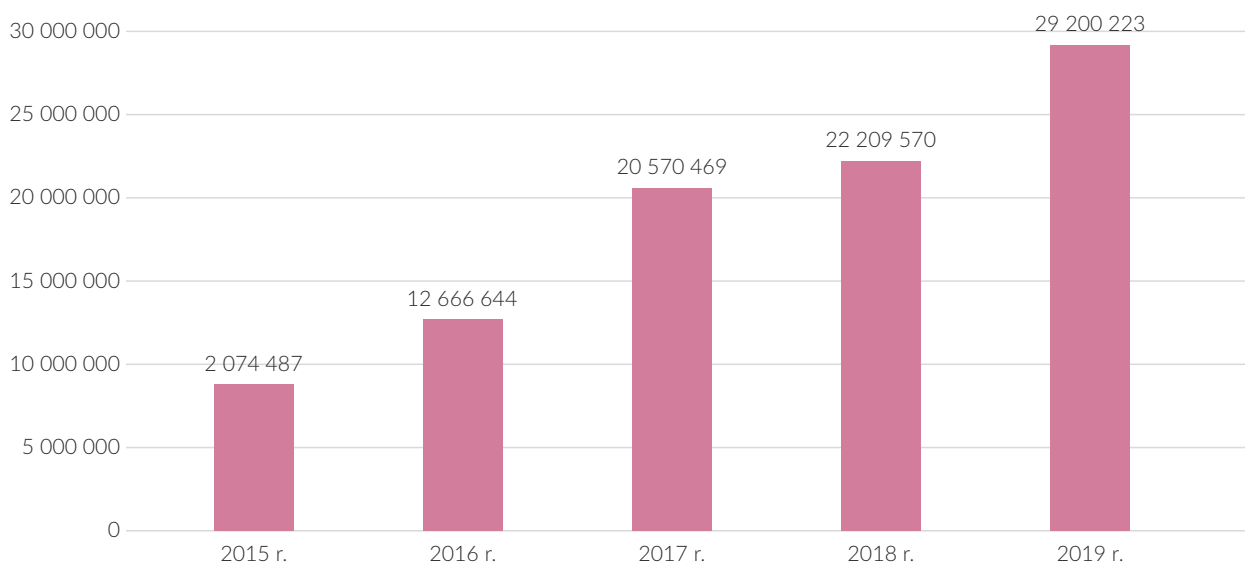
Tabela 5

Leki refundowane stosowane w leczeniu NTM.

Źródło: opracowanie własne na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2020 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 marca 2020 r.

Poniżej przedstawiamy wykres prezentujący zmiany kosztów leków stosowanych w przypadku leczenia NTM w latach 2015-2019.

Koszty refundacji leków stosowanych w leczeniu NTM w latach 2015-2019 (w PLN)



Wykres 8

Koszty refundacji leków stosowanych w leczeniu NTM w latach 2015-2019 (w PLN).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Narodowy Fundusz Zdrowia ponosi także koszty refundacji 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 osobom represjonowanym, 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 2015-2019

Rok	2015	2016	2017	2018	2019	Dynamika (2019/2018)
RAZEM (w PLN)	1 116 419,21	60 587,35	996 897,26	1 661 217,09	1 206 926,7	-27,5%

Tabela 6

Koszty leków stosowanych w leczeniu NTM refundowanych przez NFZ na innych zasadach z tytułu praw nabytych latach 2015-2019 (w PLN).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

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

Nadal brakuje w Polsce II linii leczenia OAB z wykorzystaniem leku zawierającego substancję czynną mirabegron, charakteryzującego się innym mechanizmem działania od leków antycholinergicznych oraz mniejszą częstotliwością występowania skutków ubocznych.

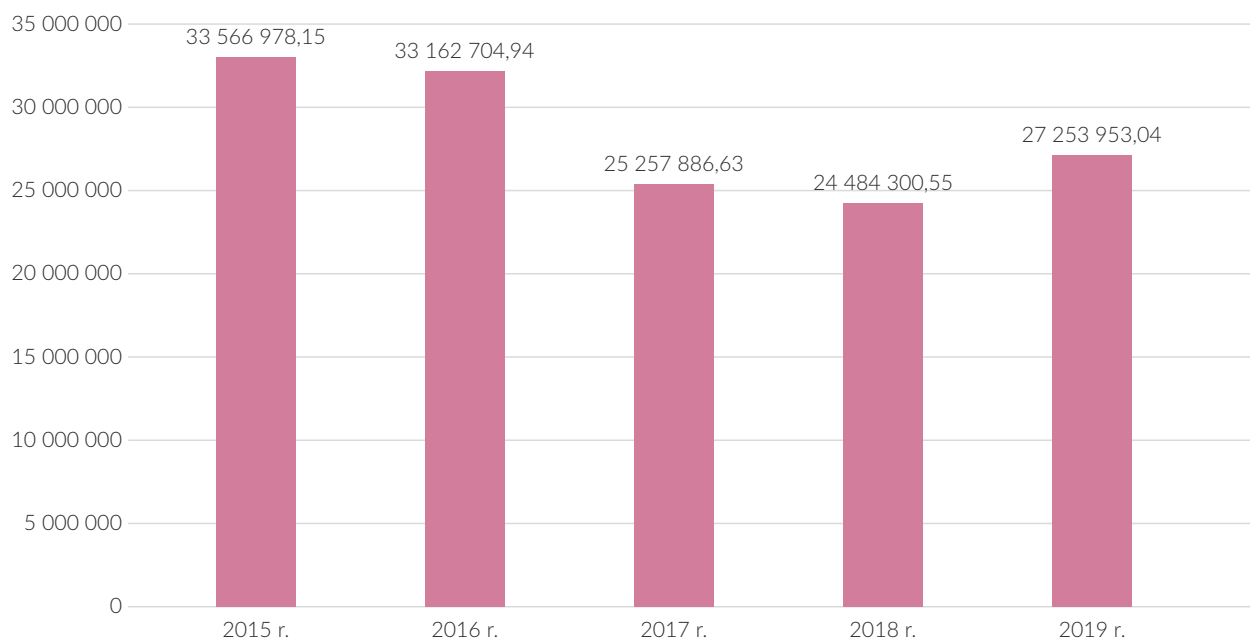
Nie ma również w refundacji leków stosowanych w wysiłkowym nietrzymaniu moczu.

Zabiegi operacyjne

Jeśli zajdzie 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)¹¹ oraz od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja nerwów krzyżowych¹².

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

Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM u kobiet i mężczyzn w latach 2015-2019 (w PLN)



Wykres 9

Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM u kobiet i mężczyzn w latach 2015-2019 (w PLN).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

¹¹ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017.

¹² <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Krakow-pionierski-zabieg-wszczepienia-neuromodulatora-nerwow-krzyzowych,194757,8.html>

Zabiegi z użyciem taśm

Poniżej przedstawiony został koszt poszczególnych zabiegów wykonanych w 2019 roku:

Nazwa zabiegu	Ilość	Kwota refundacji (w PLN)	Udział procentowy w refundacji
Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwowa z użyciem taśmy	3 757	11 335 665,14	97,58%
Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego (typu Marschalla-Marchettiego-Kranza, Burcha)	12	31 922,16	0,28%
Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego z użyciem taśmy (sling) z tkanek własnych chorej lub z materiału syntetycznego	78	248 864,41	2,14%
RAZEM	3 847	11 616 451,71	

Tabela 7

Operacje wysiłkowego nietrzymania moczu w 2019 roku.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zabiegi wszczepienia i wymiany hydraulicznego zwieracza cewki moczowej

W poniesionych kosztach przez NFZ na zabiegi operacyjne uwzględnia się także wykonane zabiegi wszczepienia i wymiany hydraulicznego zwieracza cewki moczowej. Koszt tych zabiegów w 2019 roku wyniósł łącznie 4 126 546,28 zł. Poniżej prezentujemy poszczególne procedury i ich koszty w 2019 roku:

Procedura	Liczba zabiegów	Koszt (w PLN)	Udział procentowy w refundacji
Wszczepienie zwieracza hydraulicznego wokół opuszki cewki moczowej	62	1 495 838,07	36,25%
Wymiana zwieracza hydraulicznego cewki moczowej [AUS]	11	308 222,00	7,47%
Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej [AUS] z pompą albo zbiornikiem wyrównawczym	90	2 322 486,21	56,28%
RAZEM	163	4 126 546,28	

Tabela 8

Zabiegi z użyciem sztucznego zwieracza cewki moczowej w 2019 roku.
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 2019 roku zostało zarejestrowanych łącznie 49 świadczeń, których koszt wyniósł 31 322 zł. W porównaniu do roku 2018 nastąpił spadek wartości świadczeń o 44%, a liczby świadczeń o 32%.

Program lekowy „Leczenie neurogennej nadreaktywności wywieracza”

Rok	Liczba świadczeń	Kwota refundacji (w PLN)
2016	94	92 347
2017	94	72 040
2018	72	55 565
2019	49	31 322

Tabela 9

Liczba i koszt świadczeń dla pacjentów z założonym filtrem na rozpoznanie ICD10: N31 (wraz z rozszerzeniami) oraz dla kod zakresu świadczeń 03.0000.373.02 (PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Neuromodulacja

Od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja krzyżowa jest w pełni dostępna jako świadczenie gwarantowane w szpitalnych oddziałach urologicznych i ginekologicznych. Pierwsze refundowane zabiegi wszczęcia neuromodulatora pacjentom z NTM wykonano w maju 2019 roku.

Neuromodulacja jest zabiegiem odwracalnym, dwuetapowym, gdzie 1 etap obejmuje wszczęcie elektrody testowej. Reakcję pacjenta na neuromodulację ocenia się po 7-14 dniach. Jeśli efekt jest zadowalający, następuje etap 2 - wszczęcie stymulatora na stałe. Konieczność wymiany pojawia się po 5-7 latach, po wyczerpaniu się baterii.

Refundacja środków absorpcyjnych

Zasady refundacji

Nietrzymanie moczu jest kryterium chorobowym uprawniającym do refundacji tylko warunkowo - pacjent z NTM musi jednocześnie posiadać jedną z chorób współistniejących, np. 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 NTM. Więcej o zasadach refundacji na stronie 40.

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% odpłatnością przy nieco wyższym limicie finansowym - tj. 90 zł (1,00 zł/szt.).

Poniższa tabela 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 lub majtki chłonne lub podkłady lub wkłady anatomiczne	90 szt. /mc	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 geriatrici 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 owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej • Przetoki nowotworowe • Nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych • Powikłania po leczeniu chorób nowotworowych <p>NTM (bez wysiłkowego) lub nietrzymanie stolca i wystąpienie głębokiego upośledzenia umysłowego, zespołów otepiennych, wad wrodzonych i chorób UN, trwałe uszkodzenia OUN, wad wrodzonych dolnych dróg moczowych, jatrogenne/ pourazowe uszkodzenie dróg moczowych lub jatrogenne/ pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego</p>
		90 zł	30%		

Tabela 10

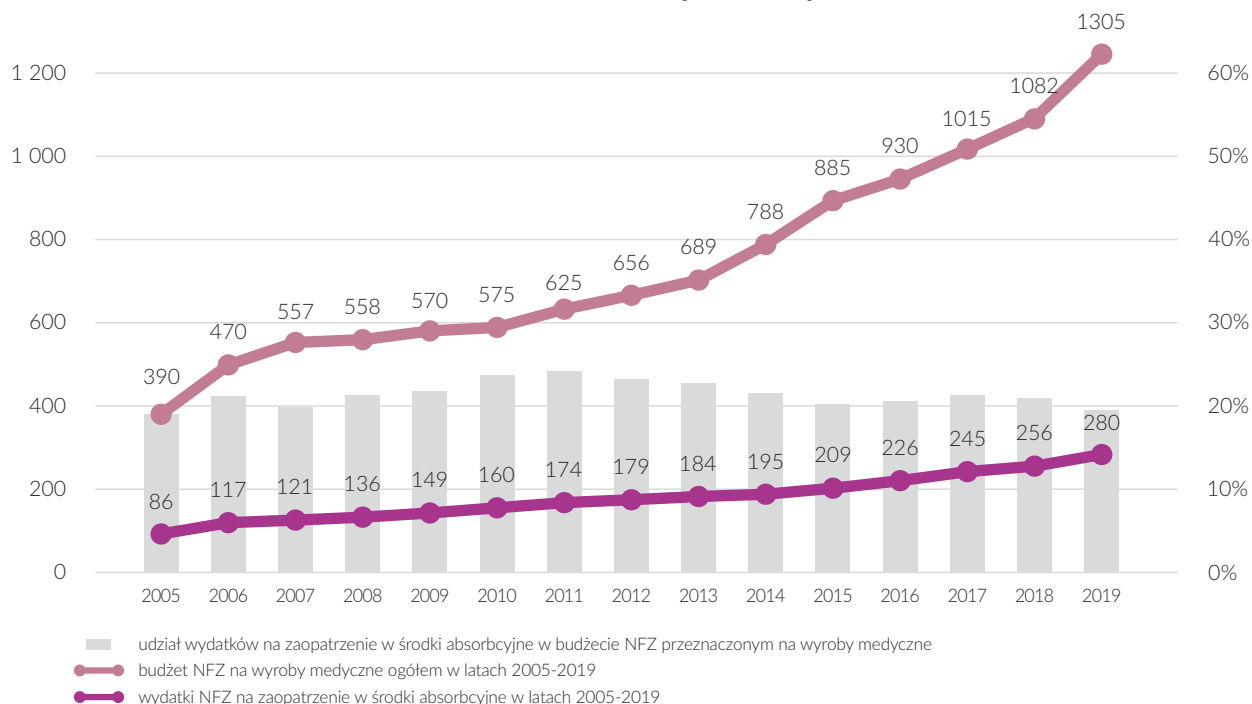
Kryteria refundacji materiałów chłonnych zgodnie z nowelizacją ustawy z dnia 18 stycznia 2018 r. (grupa P.100 i P.101).

Źródło: opracowanie HTA Consulting.

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

Dokładne dane przedstawiające dynamikę wzrostu wydatków całej grupy wyrobów medycznych oraz udziału środków absorpcyjnych w budżecie na tę grupę świadczeń na przestrzeni ostatnich 15 lat, zaprezentowane zostały na poniższym wykresie.

Zmiany wydatków NFZ na wyroby medyczne wydawane na zlecenie w tym środki absorpcyjne w latach 2005-2019 (w mln PLN)



Wykres 10

Zmiany wydatków NFZ na wyroby medyczne wydawane na zlecenie w tym środki absorpcyjne w latach 2005-2019 (w mln PLN).

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał w latach 2005-2019.

Ustawa „Za życiem”

Od 2016 roku obowiązuje ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”¹³ 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. Więcej o ustawie „Za życiem” na stronie 42.

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 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 zlecenie. 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 1	Cena za sztukę w sklepie 2	Koszt całkowity w sklepie 3=2x1	Przed zmianą interpretacji			Po zmianie interpretacji			Różnica w kosztach pacjenta 10=9-6
			Koszt finansowy 4	Koszt NFZ 5	Koszt pacjenta 6=3-5	Koszt finansowy 7	Koszt NFZ 8	Koszt pacjenta 9=3-8	
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

Liczba sztuk na zleceniu 1	Cena za sztukę w sklepie 2	Koszt całkowity w sklepie 3=2x1	Przed zmianą interpretacji			Po zmianie interpretacji			Różnica w kosztach pacjenta 10=9-6
			Koszt finansowy 4	Koszt NFZ 5	Koszt pacjenta 6=3-5	Koszt finansowy 7	Koszt NFZ 8	Koszt pacjenta 9=3-8	
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

Liczba sztuk na zleceniu 1	Cena za sztukę w sklepie 2	Koszt całkowity w sklepie 3=2x1	Przed zmianą interpretacji			Po zmianie interpretacji			Różnica w kosztach pacjenta 10=9-6
			Koszt finansowy 4	Koszt NFZ 5	Koszt pacjenta 6=3-5	Koszt finansowy 7	Koszt NFZ 8	Koszt pacjenta 9=3-8	
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

¹³ Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016 poz. 1860).

Liczba sztuk na zleceniu 1	Cena za sztukę w sklepie 2	Koszt całkowity w sklepie 3=2x1	Przed zmianą interpretacji			Po zmianie interpretacji			Różnica w kosztach pacjenta 10=9-6
			Koszt finansowy 4	Koszt NFZ 5	Koszt pacjenta 6=3-5	Koszt finansowy 7	Koszt NFZ 8	Koszt pacjenta 9=3-8	
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

Tabele 11-14

Refundacja dla pacjenta z Ustawy „Za życiem”.

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

Ustawa o wsparciu osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności

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.

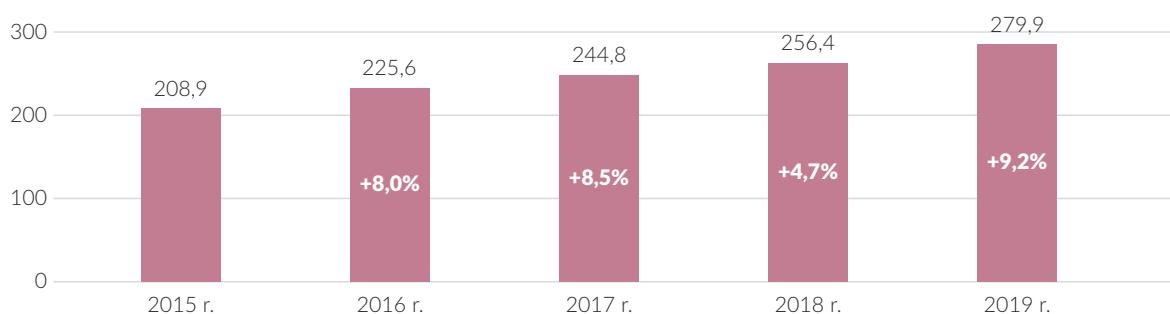
Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności precyzuje zakres wsparcia osób, które niezależnie od wieku posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, usług farmaceutycznych 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 wyrobów¹⁴.

Koszty refundacji

W 2019 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na refundację środków absorpcyjnych, według kryteriów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, łączną kwotę w wysokości 279,9 mln zł. W porównaniu do roku 2018, gdy NFZ wydał na grupę wyrobów medycznych 256,4 mln zł., nastąpiło zwiększenie kwoty o 23,5 mln zł., co daje wzrost procentowy w wysokości 9,2%.

Na poniższym wykresie zobrazowane są szczegółowe dane dotyczące wydatków NFZ na grupę środków absorpcyjnych w latach 2015-2019.

Wydatki NFZ na refundację środków absorpcyjnych w latach 2015-2019 (w mln PLN)



Wykres 11

Wydatki NFZ na refundację środków absorpcyjnych w latach 2015-2019 (w mln PLN).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

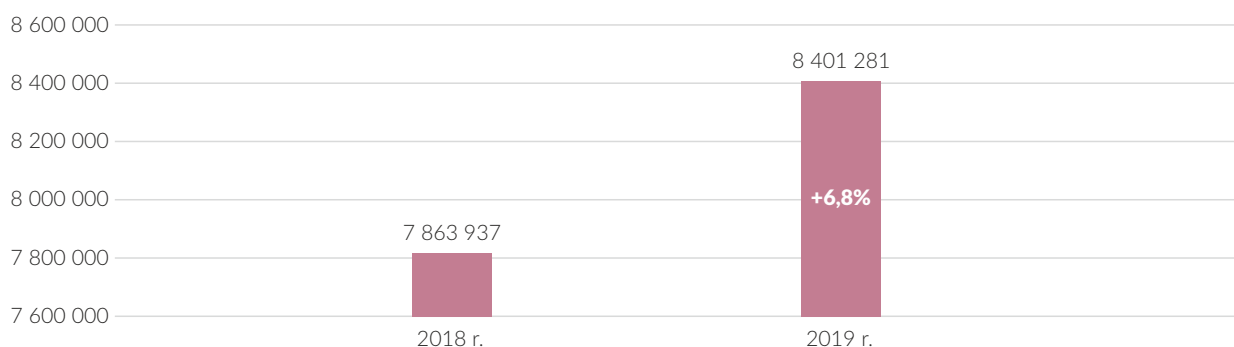
¹⁴ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018 poz. 932).

Porównując koszty poniesione przez NFZ na refundację środków absorpcyjnych, należy zwrócić uwagę, że łącznie w okresie 2015-2019, wzrost kosztów refundacji środków absorpcyjnych w tym okresie wyniósł 34%.

Biorąc jednak pod uwagę postępujące zmiany demograficzne (starzejące się społeczeństwo) oraz cywilizacyjne (wzrost świadomości), wejście w życie z dniem 4 listopada 2016 roku ustawy „Za życiem” zwiększającej wybranej grupie osób dostępność 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.

Poniżej przedstawione zostały dane dotyczące kwot przeznaczonych przez NFZ na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy „Za życiem” w latach 2018-2019. Wzrost wydatków rok do roku wyniósł w tej grupie 6,8%.

Koszt poniesiony przez NFZ na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy „Za życiem” w latach 2018-2019 (w PLN)



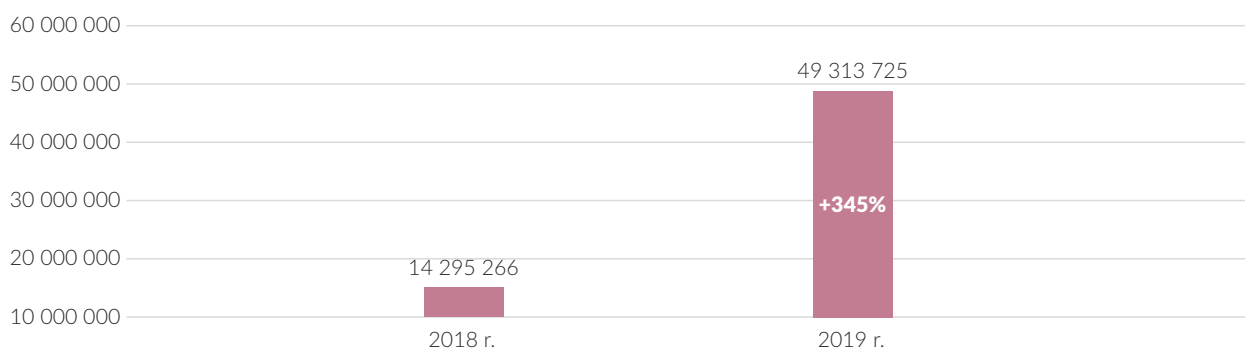
Wykres 12

Koszt poniesiony przez NFZ na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy „Za życiem” w latach 2018-2019 (w PLN).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Poniżej przedstawione zostały dane dotyczące kwot przeznaczonych przez NFZ na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności w latach 2018-2019. Przez 1,5 roku NFZ przeznaczył na refundację środków absorpcyjnych łącznie ponad 63,5 miliona złotych. Ustawa zaczęła obowiązywać od 1 lipca 2018 roku.

Koszt poniesiony przez NFZ na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności w latach 2018-2019 (w PLN)



Wykres 13

Koszt poniesiony przez NFZ na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności w latach 2018-2019 (w PLN).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Na potrzeby niniejszego opracowania ograniczono się do dwóch rodzajów kosztów:

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

Ta część raportu powstała w oparciu o dane opublikowane przez GUS, NFZ oraz ZUS. Poniższa analiza zawiera zaktualizowane szacunkowe dane na podstawie założeń i danych zebranych w latach poprzednich.

Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM

Problemy związane z NTM wpływają na psychikę i znacznie obniżają jakość życia pacjentów. Często towarzyszą im takie uczucia, jak dyskomfort, niskie poczucie własnej godności, pogorszenie nastroju oraz bezradność. Pogorszeniu ulega jakość ich życia zarówno osobistego, społecznego, jak i zawodowego. Obawa przed wykryciem ich przykrych dolegliwości przez innych wymusza zmianę stylu życia. Powoduje ograniczenie kontaktów towarzyskich, alienację, spadek poczucia własnej wartości, izolację społeczną, zmianę planów zawodowych, zmianę aktywności seksualnej, a nawet zaburzenia depresyjne lub lękowe^{15,16}. 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.

Szacunkowy koszt, jaki poniósł NFZ z tytułu leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM, został wyliczony w oparciu o stan ludności Polski na dzień 31 grudnia każdego roku oraz założenia, że:

- 8% populacji cierpi na NTM,
- u 64% osób z NTM stwierdza się zaburzenia psychiczne,
- 3,5% osób z NTM konsultuje swą dolegliwość ze specjalistą od leczenia zaburzeń psychicznych¹⁷.

W oparciu o wymienione założenia oszacowano, że w 2019 roku 68 782 osób z NTM, mających problemy z zaburzeniami psychicznymi, korzysta z refundowanych 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 2019 roku 104 058 560 zł.

Na kolejnej stronie przedstawiono szacunkowe koszty leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM:

¹⁵ A. Ejsmont, <http://klinikatazbir.pl/wp-content/uploads/2015/12/NTM.pdf>.

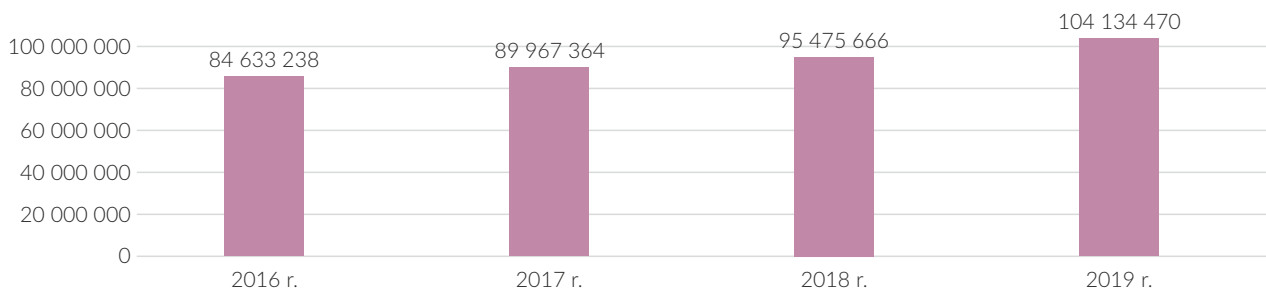
¹⁶ M. Bidzan, Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu, Kraków 2008.

¹⁷ J. Heitzman, Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków, NAUKA 4, 2010, s. 56.

Rok	2016	2017	2018	2019	Dynamika (2019/2016)
Stan ludności Polski (na dzień 30 XII każdego roku)	38 433 000	38 434 000	38 411 000	38 383 000	-0,06%
Szacunkowa liczba osób z NTM (założenie: 8% społeczeństwa)	3 074 640	3 074 720	3 072 880	3 070 640	-0,06%
Szacunkowa liczba osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi (założenie: 64% osób z NTM)	1 967 770	1 967 821	1 966 643	1 965 210	-0,06%
Szacunkowa liczba osób z NTM konsultująca zaburzenia psychiczne ze specjalistą (założenie: 3,5% osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi)	68 872	68 874	68 833	68 782	-0,06%
Wartość udzielonych przez NFZ świadczeń na leczenie zaburzeń psychicznych (w PLN)	2 337 538 238	2 502 305 400	2 606 448 815	2 688 550 109	+15,02%
Liczba osób, którym udzielono świadczeń wg. danych NFZ	1 902 217	1 915 618	1 879 101	1 777 122	-6,58%
Średnia wartość refundacji NFZ przeznaczona na leczenie zaburzeń psychicznych na pacjenta (w PLN)	1 229	1 306	1 387	1 513	+23,11%
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych u osób z NTM (w PLN, założenie: 3,5% osób z NTM podejmuje leczenie psychiatryczne)	84 633 238	89 967 364	95 475 666	104 058 560	+23,04%

Tabela 15
Szacunkowe koszty leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS.

Szacunkowe koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych u osób z NTM w latach 2016-2019 (w PLN)



Wykres 14
Szacunkowe koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych u osób z NTM w latach 2016-2019 (w PLN).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS.

Koszty absencji w pracy osób z NTM

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

Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych

Grupa chorobowa	Liczba dni absencji chorobowej 2017 r.	Liczba dni absencji chorobowej 2018 r.	Dynamika (2018/2017)
N00 - N99 Choroby układu moczowo-płciowego	6 564 300	6 432 900	-2%

Tabela 16
Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ZUS.

Oszacowanie kosztów utraty produktywności w wyniku NTM zostało opracowane na podstawie poniższych założeń:

- 6% populacji aktywnych zawodowo kobiet cierpi na NTM,
- 2% populacji aktywnych zawodowo mężczyzn cierpi na NTM.

Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM w latach 2015-2018

Rok	2015	2016	2017	2018
Kobiety aktywne zawodowo - przeciętnie w roku	7 820 000	7 746 000	7 737 000	7 703 000
Mężczyźni aktywni zawodowo - przeciętnie w roku	9 569 000	9 514 000	9 530 000	9 440 000
Kobiety aktywne zawodowo cierpiące na NTM (założenie: 6% populacji kobiet)	469 200	464 760	464 220	462 180
Mężczyźni aktywni zawodowo cierpiący na NTM (założenie: 2% populacji mężczyzn)	191 380	190 280	190 600	188 800
Osoby aktywne zawodowo z NTM (ogółem)	660 580	655 040	654 820	650 980
Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup choro- bowych: choroby układu moczowo-płciowego	11,17	11,07	10,90	10,63
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród kobiet	5 240 964	5 144 893	5 059 998	4 912 973
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród mężczyzn	2 137 715	2 106 400	2 077 540	2 006 944
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM rocznie (ogółem)	7 378 679	7 251 293	7 137 538	6 919 917
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie wg. wskaźników ZUS	3 899,78	4 047,21	4 271,51	4 585,03
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet brutto w PLN (założenie: kobiety mają o 10% niższe wynagrodzenie od przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej)	3 509,80	3 642,49	3 844,36	4 126,53
Średnie dzienne wynagrodzenie kobiet brutto w PLN (założenie: średnia ilość dni pracujących w miesiącu to 21)	167,13	173,45	183,06	196,50
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie mężczyzn brutto w PLN (założenie: mężczyźni mają o 10% wyższe wynagrodzenie od przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej)	4 289,76	4 451,93	4 698,66	5 043,53
Średnie dzienne wynagrodzenie mężczyzn brutto w PLN (założenie: średnia ilość dni pracujących w miesiącu to 21)	204,27	212,00	223,75	240,17
Roczne koszty z tytułu utraty produktywności przez kobiety w wyniku NTM (w PLN)	875 940 282,34	892 391 280,34	926 307 088,16	965 405 589,78
Roczne koszty z tytułu utraty produktywności przez mężczyzn w wyniku NTM (w PLN)	436 679 919,38	446 549 794,17	464 840 770,19	482 004 204,44
Roczne koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM rocznie (ogółem, w PLN)	1 312 620 201,72	1 338 941 074,51	1 391 147 858,34	1 447 409 794,22

Tabela 17

Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM w latach 2015-2018.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS i ZUS.

Z powyższej tabeli wynika, iż roczne koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM w roku 2018 wyniosły 1,45 mld zł i były wyższe o ponad 4% w porównaniu do roku 2017.

CZĘŚĆ II

POLITYKA REFUNDACYJNA A SYTUACJA PACJENTÓW Z NTM

FIZJOTERAPIA JAKO PIERWSZA LINIA LECZENIA

Postępowanie zachowawcze (behawioralne) w leczeniu nietrzymania moczu powinno opierać się na współpracy lekarzy różnych specjalności - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologii i położnictwa, urologii, rehabilitacji oraz pielęgniarki, położnej i fizjoterapeuty. Aby cały system opieki nad pacjentem z NTM mógł sprawnie działać, bardzo ważna jest edukacja personelu medycznego.

Odpowiednio przeszkolony zespół gwarantuje największą skuteczność terapii i daje pewność, że pacjent będzie w sposób prawidłowy stosował się w domu do otrzymanych zaleceń. W krajach Europy Zachodniej, m.in. w Wielkiej Brytanii prowadzone są regularne kursy poświęcone profilaktyce i leczeniu zachowawczemu NTM, przeznaczone przede wszystkim dla pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów. W Niemczech kobiety mają możliwość spotkania się z fizjoterapeutą zarówno przed, jak i po porodzie¹⁸. We Francji fizjoterapia uroginekologiczna jest obowiązkowo realizowana w oddziałach położniczych i wszystkie pacjentki po porodach, bez względu na to, czy rodziły naturalnie, czy przez cesarskiej cięcie, są nią objęte¹⁹. 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 sami pacjenci i ich bliscy uważają również, że NTM to nieodłączny element starości i „tak musi być”. Dowodzi to wciąż bardzo małej wiedzy na temat tego schorzenia.

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. W myśl ustawy, fizjoterapeuta może sam kwalifikować, planować i prowadzić fizjoterapię oraz kinezyterapię, a także dobierać do potrzeb pacjenta wyroby medyczne. Pomimo tego, w Polsce nadal brakuje dobrych programów nauczania fizjoterapii dolnych dróg moczowych podczas studiów.

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. 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 (od wielu lat regularne zajęcia z elementami ćwiczeń mięśni dna miednicy mniejszej odbywają się w oddziałach wojewódzkich Stowarzyszenia Osób z NTM „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 i u mężczyzn zaleca się konsultację lekarską i rekomenduje wstępne leczenie zachowawcze, które niesie ze sobą niskie ryzyko efektów niepożądanych²⁰.

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

Do gabinetów fizjoterapii pacjenci z problemem nietrzymania 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 ćwiczeń²¹.

Leczenie NTM należy rozpocząć zawsze od zniwelowania czynników ryzyka i położenia nacisku na zmianę stylu życia. Jeżeli problemy z nietrzymaniem moczu mają swoje podłoże w zmianach lub osłabieniu struktur kolagenu, tym samym wpływając na brak prawidłowego napięcia mięśni, bardzo istotne staje się postępowanie fizjoterapeutyczne. Może ono obejmować ćwiczenia mięśni dna miednicy mniejszej, trening pęcherza moczowego, z ewentualnym poszerzeniem o elektrostymulację czasową/miejscową lub biofeedback.

¹⁸ W Polsce uroginekologia traktowana jest na razie po macoszemu, *Kwartalnik NTM*, 2020, 1(72).

¹⁹ V. Madeja, Sześć kroków do właściwej terapii nietrzymania moczu, *Kwartalnik NTM*, 2019, 2(68).

²⁰ E. Narajczyk-Swieściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, *Kwartalnik NTM*, 2016, 1(56).

²¹ I. Klisowska, A. Dąbek, I. Zborowska, B. Kapkowski, M. Kowalik, Nietrzymanie moczu - zadanie dla fizjoterapeuty, *Piel. Zdr. Publ.*, 2012, 2.

Zmiana stylu życia i modyfikacja zachowań obejmują: zapobieganie otyłości i utrzymanie należytej masy ciała, modyfikację diety oraz ilości przyjmowanych płynów (zwłaszcza zawierających kofeinę i napojów gazowanych), unikanie używek (alkohol, nikotyna), regularną, umiarkowaną aktywność fizyczną, unikanie zaparć, leczenie zakażeń układu moczowego.

Podstawową metodą fizjoterapeutyczną stosowaną u pacjentek z zaburzeniem funkcjonowania dolnych dróg moczowych, są ćwiczenia czynno-wzmacniające, inaczej nazywane **treningiem mięśni dna miednicy mniejszej** (ang. Pelvic Floor Muscle Training - PFMT) lub ćwiczeniami Kegla. Metoda ta polega na systematycznym świadomym napinaniu, a następnie rozluźnianiu mięśni dna miednicy, co ma na celu zwiększenie objętości włókien mięśniowych²².

Trening pęcherza moczowego polega na wypracowaniu przez pacjenta przyzwyczajień oraz odruchów, które pozwalają kontrolować oddawanie moczu i wydłużać czas pomiędzy kolejnymi mikcjami do uzyskania co najmniej dwugodzinnych przerw. Pacjent z nieuszkodzonym układem nerwowym uczy się hamować skurcz mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. 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 „techniki oddawania moczu na żądanie”. W swej istocie jest podobny do treningu toaletowego stosowanego u dzieci. Metoda ta odnosi się do indywidualnego schematu wydalania, który rozpoznaje się z wykorzystaniem „dzienniczka mikcji”. Można go stosować u osób z zaburzeniami funkcji czynnościowych lub 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”).

Biofeedback polega na kontrolowanym zarówno przez terapeutę, jak i pacjenta świadomym kurczeniu właściwych grup mięśni dna miednicy. Dzięki zastosowaniu specjalnej aparatury pacjent ma możliwość obserwowania siły skurczu swoich mięśni.

Elektrostymulacja czasowa/miejscowa powoduje stymulację krzyżowego ośrodka mikcji i rekomendowana jest jako uzupełnienie terapii behawioralnej²³.



Rysunek 2

Metody fizjoterapii w poszczególnych rodzajach NTM.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy pod red. prof. Ewy Barcz, Gdańsk, 2017 oraz Uroginekologia pod red. prof. Włodzimierza Baranowskiego i dra Artura Rogowskiego, Warszawa, 2018.

ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO

Pęcherz nadaktywny (ang. overactive bladder - OAB) tworzy zespół objawów, którego elementem są parcia naglące, przebiegające z nietrzymaniem moczu z parcia lub bez niego, którym towarzyszy częstomocz dzienny i/lub nokturia. Termin „pęcherz nadaktywny” zgodny jest z terminologią angielską, jednak w niniejszym opracowaniu będziemy posługiwać się dla tej jednostki chorobowej określeniem „zespół pęcherza nadreaktywnego”, ponieważ takie nazewnictwo stosuje nadal Ministerstwo Zdrowia.

Obecność OAB sugeruje nadaktywność wypieracza pęcherza moczowego, ale wynikać może również z innych zaburzeń czynności pęcherza i cewki moczowej.

²² D. Purc, A. Rasala, Metody leczenia nietrzymania moczu, European Journal of Medical Technologies, 2015, 3(8).

²³ Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

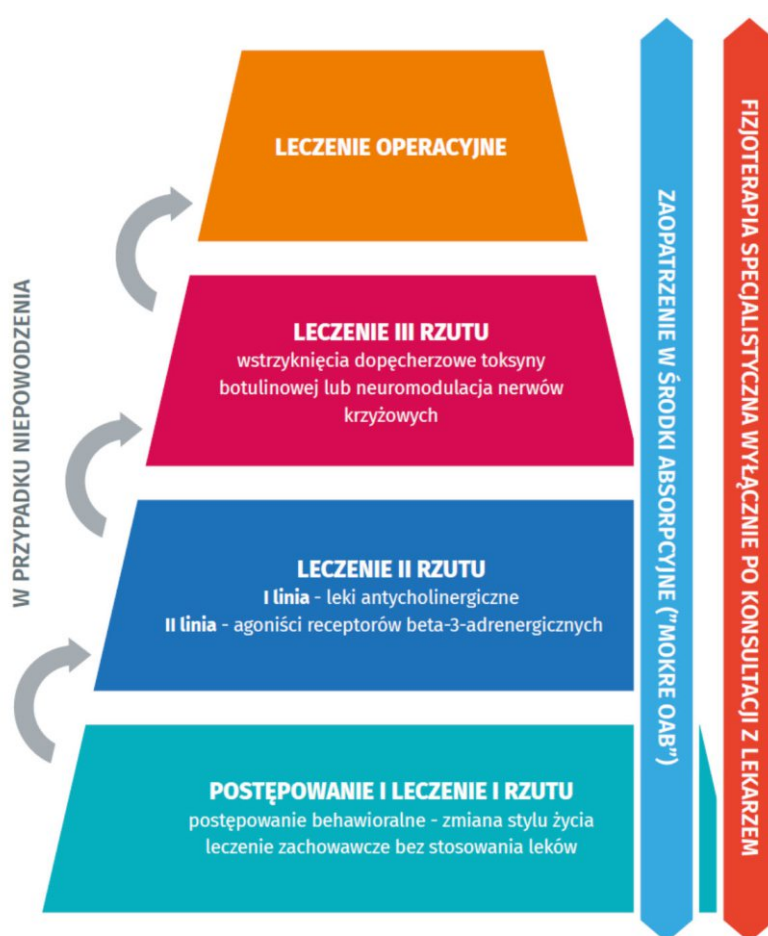
Zespół pęcherza nadreaktywnego dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Schorzenie rozpoznawane jest u 27% kobiet i 10,8% mężczyzn powyżej 18. roku życia, a częstość jego występowania znacząco zwiększa się wraz z wiekiem²⁴.

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

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,
- cukrzyca²⁵.

Leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego składa się z czterech etapów:



Rysunek 3
Modelowy schemat leczenia OAB.

Źródło: Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

Zmiana stylu życia i leczenie zachowawcze

Leczenie OAB rozpocząć należy zawsze od zmiany stylu życia, modyfikacji diety oraz zastosowania terapii behawioralnej, do której należą m.in.: ćwiczenia mięśni dna miednicy mniejszej, trening pęcherza moczowego, z ewentualnym poszerzeniem o elektrostymulację czasową lub biofeedback. Wszystkie te metody opisujemy w części „Fizjoterapia jako pierwsza linia leczenia”.

²⁴ Model opieki koordynowanej nad dorosłym pacjentem z dolegliwościami dolnych dróg moczowych w ramach POZ, Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów, grudzień 2017.

²⁵ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 61-66.

Farmakoterapia w OAB

I linia leczenia

W I linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego stosuje się tzw. **leki antycholinergiczne**.

W ramach I linii farmakologicznego leczenia OAB w Polsce refundowane są obecnie jedynie dwie substancje: solifenacyna i tolterodyna w postaci szesnastu leków (jedenaście na bazie substancji czynnej solifenacyny oraz pięć na bazie substancji czynnej tolterodyny) przy 30% odpłatności pacjenta²⁶. Liczba refundowanych substancji czynnych nie zmieniła się od utworzenia listy w 2011 roku.

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

Do 2016 roku leki zawierające solifenacynę lub tolterodynę w omawianym schorzeniu były refundowane w ramach tzw. grupy terapeutycznej: „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”. 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, przykładowo przed kwalifikacją do zabiegu z użyciem taśmy syntetycznej w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. 1 lipca 2016 roku, po wielu latach starań m.in. Stowarzyszenia „UroConti”, 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 - tolterodynę.

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.

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 objawów choroby wrzodowej przewodu pokarmowego. Dlatego tak istotny jest indywidualny dobór leku oraz jego dawkowania²⁷.

II linia leczenia

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

Lek zawierający substancję czynną o nazwie mirabegron, dostępny na polskim rynku od kilku lat, nie jest nadal refundowany w ramach NFZ. **17 listopada 2014 roku, a następnie 23 listopada 2018 roku ukazały się pozytywne rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (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 życia. (...) Analiza ekonomiczna wskazuje, że terapia mirabegronem jest droższa i skuteczniejsza w porównaniu do placebo, przy czym oszacowany inkrementalny współczynnik kosztu użyteczności nie przekracza progu opłacalności”²⁸.

²⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2020 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 marca 2020 r.

²⁷ Poradnik dla pacjentów z pecherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

²⁸ Rekomendacja nr 117/2018 z dnia 23 listopada 2018 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie objęcia refundacją produktów Betmiga (mirabegronum), 25 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 tabl.; Betmiga (mirabegronum), 50 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 tabl., we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi.

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

Ekspertki 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 zindywidualizować terapię i dobrać każdemu pacjentowi odpowiedni lek.

Pacjenci z OAB czekają już 6 lat na uruchomienie drugiej linii leczenia farmakologicznego. W chwili obecnej lek można nabyć na receptę przy pełnej odpłatności. Jego aktualny koszt wynosi od 100 do 230 zł miesięcznie²⁹.

Leczenie skojarzone

W leczeniu farmakologicznym zespołu pęcherza nadreaktywnego coraz bardziej popularne staje się również leczenie skojarzone. Wykazano większą skuteczność leczenia skojarzonego solifenacyny z mirabegronem w porównaniu tylko z solifenacyną³⁰.

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+

Na zlecenie Prezesa AOTMiT, na podstawie pisma Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2018 roku skorygowanym pismem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2018 roku, zlecono wydanie opinii Rady Przejrzystości w sprawie efektywności leków zawierających substancje czynne: solifenacynę lub tolterodynę, w populacji osób powyżej 75. roku życia.

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” skierowanym w październiku 2019 roku do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji czytamy: „Jako Stowarzyszenie uważamy, że problem jakim jest zespół pęcherza nadreaktywnego, powinien być uznany za problem zdrowotny co najmniej równie istotny co nietrzymanie moczu. Zespół pęcherza nadreaktywnego, tworzy zespół objawów, którego elementem są często bardzo bolesne parcia nagłe, przebiegające z nietrzymaniem moczu, którym towarzyszy częstomocz dzienny i/lub nokturia. W efekcie tej niesprawności nie mamy wpływu na częstotliwość oddawania moczu i jego ilość. Dla osób starszych stwarza to szereg niebezpieczeństw w życiu codziennym, takich jak np. nocne upadki i wynikające z tego konsekwencje w postaci skomplikowanych złamań oraz postępującą izolację”. W odpowiedzi na pismo Prezes AOTMiT poinformował, że Rada Przejrzystości nie może z urzędu wydać nowej opinii korygującej poprzednio wydaną opinię. Konieczne jest otrzymanie przez Radę zlecenia od Ministra Zdrowia. W maju 2020 roku Stowarzyszenie „UroConti” zaapelowało do Ministra Zdrowia o przestanie Radzie Przejrzystości nowego wniosku o powtórne zbadanie zasadności włączenia w/w leków do bezpłatnej listy leków oferowanej seniorom w wieku 75 lat i więcej.

Leczenie moczenia nocnego (nokturii)

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. **15 listopada 2018 roku w Rekomendacji nr 113/2018 Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,**

²⁹ <https://www.gdziepolec.pl/> (30.06.2020).

³⁰ M.G. Lucas, R.J.L. Bosch, F.C. Burkhard, 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.

w oparciu o negatywne stanowisko Rady Przejrzystości uznał za niezasadne objęcie refundacją leku Noqturina. Jak informuje Ministerstwo Zdrowia, wniosek został skierowany do negocjacji cenowych Wnioskodawcy z Komisją Ekonomiczną.

Historia refundacji leków w Polsce

17 listopada 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 (antycholinergicznymi)³¹.

Pomimo pozytywnej rekomendacji AOTMiT w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego zawierającego mirabegron, w grudniu 2017 roku jedyny wniosek jaki był złożony do Ministerstwa Zdrowia w II linii leczenia OAB, został ostatecznie odrzucony, ponieważ proponowany przez Wnioskodawcę poziom ceny uznano za nieodpowiedni. Oznaczało to, że pacjenci cierpiący na zespół pęcherza nadreaktywnego, nadal pozostali tylko z dwoma refundowanymi lekami antycholinergicznymi o podobnym mechanizmie działania - solifenacyną i tolterodyną.

27 czerwca 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 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**, 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 uznał za zasadne objęcie refundacją produktu leczniczego 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.**

Z informacji przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia do Stowarzyszenia „UroConti” pod koniec kwietnia 2020 roku wynika, że wniosek został przekazany do negocjacji Wnioskodawcy (producent substancji mirabegron) z Komisją Ekonomiczną. Po zakończonych negocjacjach Komisja Ekonomiczna wydała w sprawie negatywną uchwałę. Następnie postępowanie zostało zawieszono na wniosek podmiotu odpowiedzialnego. W maju 2020 roku Wnioskodawca wniósł pismo z prośbą o podjęcie postępowania, dlatego mogły zostać podjęte działania mające na celu wydanie decyzji w sprawie refundacji. Uchwała Komisji Ekonomicznej oraz całość dokumentacji zostały **przekazane do Ministra Zdrowia celem podjęcia pozytywnej bądź negatywnej decyzji w zakresie objęcia refundacją leku Betmiga (mirabegron) we wnioskowanym wskazaniu.**

Polska vs. Europa

W Polsce w dalszym ciągu w wykazie leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, obowiązującym od 1 marca 2020 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 and Pelvic Problems (WFIPP), 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 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 inwazyjnego i konieczność hospitalizacji. **Polska jest jedynym krajem Unii Europejskiej, który nie refunduje II linii leczenia w zespole pęcherza nadreaktywnego.**

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 roku w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza

³¹ Rekomendacja nr 244/2014 z dnia 17 listopada 2014 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego: Betmiga (mirabegron), tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg, 30 tabl., EAN: 5909991047825; Betmiga (mirabegron), tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg, 30 tabl., EAN: 5909991047894; we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych, uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi.

(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 neurogenym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

Ostrzyknięcie botoksem pęcherza jest stosunkowo małoinwazyjnym zabiegiem, który może pomóc pacjentom borykającym się z nadczynnością pęcherza moczowego. Wstrzyknięcia z toksyny botulinowej typu A stosuje się u pacjentów, u których podczas leczenia farmakologicznego nie uzyskano zmniejszenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego lub ich zastosowanie nie jest możliwe.

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 powtórzony³². Jednym z poważniejszych skutków ubocznych tej terapii może być tymczasowy brak możliwości oddania moczu.

W całym 2019 roku, w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” (ICD-10: N31)”, wykonano łącznie 49 świadczeń, których koszt wyniósł 31 322 zł. W porównaniu do roku 2018 wykonano o 23 świadczenia mniej. Jest to już kolejny rok, gdy liczba świadczeń realizowanych w ramach tego programu lekowego maleje.

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 to małoinwazyjna, skuteczna i odwracalna metoda leczenia, stosowana na całym świecie od ponad 25 lat. Polega na stałym pobudzaniu impulsami elektrycznymi korzeni grzbietowych nerwów za pośrednictwem elektrod wprowadzanych do otworów w kości krzyżowej S2-S3. Zdaniem prof. Marka Sosnowskiego, byłego konsultanta krajowego ds. urologii, są trzy główne wskazania do neuromodulacji nerwów krzyżowych: zespół pęcherza nadreaktywnego (w przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego i farmakoterapii), niedoczynność wypieracza, zespół bolesnego pęcherza i śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego oraz zaburzenia mikcji spowodowane zespołem Fowlera, gdy występuje zatrzymanie moczu³³.

Neuromodulacja jest metodą możliwą do zastosowania u nielicznych chorych z nasilonymi objawami pęcherza nadreaktywnego, u których inne metody leczenia (leczenie zachowawcze, farmakoterapia), nie przyniosły zmniejszenia bardzo uciążliwych objawów. Neuromodulacja 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 moczu³⁴.

Po ośmiu latach od złożenia przez Stowarzyszenie „UroConti” wniosku, neuromodulacja nerwów krzyżowych została dodana do koszyka 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 szpitalnego³⁵ oraz zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wyskosp specjalistyczne³⁶.

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 w pełni dostępna jako świadczenie gwarantowane na oddziałach urologicznych i ginekologicznych. **Procedura jest dwuetapowa, co pozwala efektywniej kwalifikować pacjentów do ostatecznej implantacji.**

³² Rekomendacja nr 115/2014 z dnia 5 maja 2014 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego Botox, toksyna botulinowa typu A, 100 jednostek (900kD), proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 fiol. z proszkiem, we wskazaniu nietrzymanie moczu u pacjentów dorosłych z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogenym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10: N31)”.

³³ M. Gackiewicz, Dlaczego w Polsce potrzebujemy neuromodulacji nerwów krzyżowych? Kwartalnik NTM, 2016, 2(57).

³⁴ 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).

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

³⁶ 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 wyskosp specjalistyczne.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej w Polsce

BYDGOSZCZ

Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz / 52 585 45 00 / 52 585 40 45 / www.jurasza.umk.pl
Kierownik Kliniki: prof. zw. dr hab. n. med. Tomasz Drewa

KRAKÓW

Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki
ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków, Budynek H, poziom 1 / 12 424 79 60 / www.su.krakow.pl
Kierownik Oddziału: prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta

ŁÓDŹ

**Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej,
Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika**
ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź / 42 689 52 13 / 42 689 52 47 / www.kopernik.lodz.pl
Kierownik Oddziału: prof. dr hab. n. med. Waldemar Różański

WARSZAWA

**Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego**
ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa / 22 621 71 78 / 22 584 11 42 / www.szpital-orlowskiego.pl
Kierownik Oddziału: prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch

WARSZAWA

Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Międzyleski Szpital Specjalistyczny
ul. Bursztynowa 2, 04-749 Warszawa / 22 473 53 35 / www.mssw.pl
Kierownik Oddziału: prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz

WARSZAWA

I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne Żelazna
ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa / 22 255 98 07 / www.szpitalzelazna.pl
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel

WARSZAWA

Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Lindleya 4, 02-005 Warszawa / 22 502 17 02 / www.klinikaurologii.edu.pl
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Tabela 18

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej w Polsce.
Źródło: http://www.ntm.pl/?pid=main_tresc.pl.281_html (stan na 30.06.2020).

Leczenie operacyjne

U wybranych pacjentów, u których uprzednio wymienione metody nie przyniosły poprawy, objawy są bardzo nasilone, a pojemność pęcherza moczowego jest znacznie zmniejszona, można rozważyć leczenie operacyjne.

Do metod operacyjnych należą: operacyjne powiększenie pęcherza podczas autoaugmentacji lub fragmentem własnego jelita (cystoileoplastyka). Ostatecznością, praktycznie nie wykonywaną u pacjentów z pęcherzem nadaktywnym (idiopatycznym, samoistnym) jest całkowite wycięcie pęcherza i nadpęcherzowe odprowadzenie moczu³⁷, 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. Leczenie operacyjne jest w całości refundowane w ramach świadczeń szpitalnych.

³¹ Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

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 mężczyzn. Badacze są zgodni, że częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet wzrasta wraz z wiekiem³⁸.

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 moczowej).

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

- przeżyty poród, w czasie którego zaangażowane są również mięśnie odpowiedzialne za mechanizm trzymania moczu,
- niedobór estrogenów związany z okresem menopauzalnym, którego skutkiem jest obniżenie napięcia mięśniowego struktur mięśniowo-łącznotkankowych przepony moczowo-płciowej, w konsekwencji czego dochodzi do osłabienia podparcia cewki moczowej i objawów nietrzymania moczu,
- otyłość, kiedy nadmiar tkanki tłuszczowej, zwłaszcza w części brzusznej, zwiększa nacisk na pęcherz moczowy i jego połączenie z cewką moczową oraz zbyt mała aktywność fizyczna,
- skutki przebycia we wcześniejszych latach życia zabiegów operacyjnych w obrębie miednicy mniejszej³⁹.

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 fizycznego związanego z napięciem mięśni brzucha (skakanie, chodzenie po schodach z obciążeniem),
- **stopień III:** nietrzymanie moczu podczas leżenia (zmiana pozycji ciała)⁴⁰.

Leczenie zachowawcze przy lekkim lub średnim nasileniu wysiłkowego NTM

Pierwszym krokiem stosowanym w terapii wysiłkowego NTM, jest leczenie zachowawcze, którym mogą zostać objęci chorzy z lekkim lub średnim nasileniem nietrzymania moczu⁴¹.

Wśród zalecanych metod leczenia zachowawczego, wymieniana jest między innymi:

- **zmiana stylu życia** - wzmoczenie aktywności fizycznej, zapobieganie otyłości, utrzymanie należytej masy ciała modyfikacja diety (kofeina, napoje gazowane), rezygnacja z używek (alkohol, nikotyna), unikanie zakażeń układu moczowego,
- **farmakoterapia** - głównie leki alfaadrenomimetyczne (efedryna, pseudoefedryna, midodryna, fenylopropanolamina) - powodujące wzrost napięcia zwieracza wewnętrznego, z zastrzeżeniem, że 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 pacjentów z wysiłkowym NTM, należą między innymi:

- **trening mięśni dna miednicy mniejszej** (ang. Pelvic Floor Muscle Training - PFMT), zwany potocznie ćwiczeniami Kegla,
- tzw. **biofeedback** (biologiczne sprzężenie zwrotne), czyli nauka świadomego kurczenia i relaksacji mięśni dna miednicy,
- **elektrostymulacja czasowa/miejscowa**, kiedy 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,

³⁸ I. Milsom, 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.

³⁹ M. Dalewska, A. Kasicka-Jonderko, K. Jonderko, H. Augustyniak, Wysiłek fizyczny - lek bez recepty: znaczenie kinezyterapii w profilaktyce i leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet (w aneksie zestaw proponowanych ćwiczeń), *Annales Academiae Medicae Silensis*, 2013, 67.

⁴⁰ Konferencja „Pacjent z NTM - leczenie, pielęgnacja i opieka - najnowsze standardy”, 2019, H. Błaszczuk, Prezentacja: Pacjent z nietrzymaniem moczu leczenie, pielęgnacja i opieka.

⁴¹ Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet, red. T. Rechberger, Warszawa 2009.

- **estrogenoterapia** stosowana dopochwowo,
- **stymulacja magnetyczna** ukierunkowana na korzenie nerwowe i mięśnie dna miednicy,
- **wibroterapia** prowadzona za pomocą specjalnej wibrującej platformy symulującej ludzki chód.

Najczęściej stosowaną metodą fizjoterapii w wysiłkowym NTM jest **trening mięśni dna miednicy mniejszej**, zwany potocznie **ćwiczeniami 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 zwiótczenia mięśni i epizodów popuszczania moczu.

Najważniejszym celem ćwiczeń mięśni dna miednicy jest podwyższenie ich napięcia spoczynkowego, wzrost ich siły, wydłużenie czasu skurczu maksymalnego oraz poprawa kontroli nerwowo-mięśniowej, co w rezultacie usprawnia mechanizmy trzymania moczu. Ważne jest, aby pacjenci wiedzieli jakich mięśni użyć do ćwiczeń, by trenować właściwie, ponieważ część z nich zamiast napinać mięśnie dna miednicy używa mięśni tłoczni brzusznej, czyli prze. Tak wykonywane ćwiczenia zamiast pomóc, mogą wręcz nasilać nietrzymanie moczu⁴².

Treningi mięśni dna miednicy powinny obejmować ćwiczenia wpływające na siłę i czas maksymalnego skurczu, ćwiczenia wzmacniające tułów oraz ćwiczenia oddechowe. 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 już po kilku miesiącach regularnych, prawidłowo wykonywanych ćwiczeń. Jak wskazują badania naukowe przeprowadzone wśród kobiet, dotychczas wykazano lepsze wyniki leczenia zachowawczego, jeśli ćwiczenia mięśni dna miednicy są nadzorowane przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę urologicznego lub uroginekologicznego, w porównaniu z wykonywaniem ćwiczeń bez takiego nadzoru (odpowiednio 80% i 35%). Dobry efekt terapii nadzorowanej obserwowano bez względu na wiek badanych kobiet⁴³.

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. W wielu klinikach na świecie, stosuje się specjalną gimnastykę mającą wzmocnić właśnie mięśnie dna miednicy. Odmianą treningu mięśni Kegla jest **trening kontynencji u mężczyzn po radykalnej prostatektomii**, stanowiący główny element terapii nietrzymania moczu⁴⁴.

Inną znaną metodą stosowaną w terapii wysiłkowego NTM jest **biofeedback**. Metoda ta polega na nauce świadomego kurczenia i rozkurczania mięśni dna miednicy. Specjalna aparatura pozwala na odbiór rejestrowanych zmian, które powstają podczas kurczenia mięśni przez pacjenta. Obserwując, jak urządzenie reaguje na różne próby osiągnięcia pożądanego rezultatu, pacjent uczy się rozpoznawać mechanizmy sterujące swoimi reakcjami fizjologicznymi⁴⁵.

Istnieje również możliwość zwiększania siły skurczu konkretnych mięśni poprzez **elektrostymulację**. Metoda ta polega na użyciu prądu impulsyjnego o częstotliwości od 20 do 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 w sposób pozwalający na podparcie cewki moczowej. Zalecane są przede wszystkim dla kobiet mających problemy z zaakceptowaniem zasad treningu mięśni dna miednicy.

Estrogeny wpływając na syntezę oraz rozpad kolagenu, mogą zwiększać przepływ w naczyniach krwionośnych oraz wpływać na czynność mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Receptory estrogenowe znajdują się w pęcherzu moczowym, cewce moczowej, pochwie oraz w mięśniach dna miednicy mniejszej. U dużej części kobiet w wieku okołomenopauzalnym występują zmiany zanikowe w obrębie śluzówek pochwy związane z niedoborem estrogenów. **Estrogenoterapia** stosowana dopochwowo łagodzi objawy wysiłkowego NTM. Preparaty dopochwowe z estradiolem powinny być stosowane codziennie przez pierwsze 2 tygodnie, a następnie 2 razy w tygodniu⁴⁶.

⁴² A. Banaszek-Wysoczańska, Leczenie zachowawcze [w:] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk, 2017, s. 3-9.

⁴³ E. Narojczyk-Swieściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM, 2016, 1(56).

⁴⁴ A. K. Przybyła, Radykalna prostatektomia i co dalej?, Kwartalnik NTM, 2015, 1(52).

⁴⁵ Z. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, tom 20, nr 1.

⁴⁶ Poradnik dla pacjentek ginekologicznych, red. prof. M. Wielgoś, dr N. Mazanowska, Warszawa 2018, s. 137-138.

Innymi metodami stosowanymi w fizjoterapii wysiłkowego NTM są: wibroterapia oraz magnetoterapia. **Wibroterapia** jest stosunkowo nową metodą fizjoterapii, którą prowadzi się za pomocą specjalnej wibrującej platformy symulującej ludzki chód. Wibracje wytwarzane przez platformę zwiększają siłę mięśni dna miednicy. Zastosowanie **magnetoterapii** (pulsacyjnego pola magnetycznego niskich częstotliwości) pobudza włókna ruchowe nerwu sromowego poprawiając siłę i szybkość skurczu⁴⁷.

Leczenie zabiegowe za pomocą taśm

W sytuacji, gdy różne metody leczenia zachowawczego nie przynoszą pożądanego rezultatu, a także w przypadku pacjentek z ciężką postacią wysiłkowego nietrzymania moczu, standardem jest **leczenie zabiegowe**.

Od lat najczęściej wykonywanym typem zabiegu w wysiłkowym nietrzymaniu moczu są operacje z użyciem polipropylenowych taśm syntetycznych, tzw. operacje TOT (ang. trans obturator tape) w przypadku pierwotnego nietrzymania moczu lub TVT (ang. tension free vaginal tape) w przypadku nawrotowego NTM. Różnica między taśmami polega na ich charakterystyce biomechanicznej, jak również sposobie implantacji: metodą załonową lub przezzałonową. Kwalifikacji do zabiegu dokonuje ginekolog lub urolog⁴⁸. Uznaje się, że skuteczność większości dostępnych na rynku systemów do leczenia operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu jest podobna. Właściwa technika operacyjna umożliwia realizację dwóch podstawowych celów: uzyskania pożądanego wyniku leczenia i zminimalizowania ryzyka odrzutu wszczepionej taśmy⁴⁹.

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. 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. Obecnie istnieje wiele rodzajów taśm wprowadzanych pod cewkę na drodze załonowej (Sparc, Monarc, T-Sling)⁵⁰.

Najnowszą i najmniej inwazyjną odmianą tego rodzaju procedur są tzw. minisystemy, będące rozwinięciem techniki TVT Secur, czyli dostępu jedynie od strony pochwy. Zalicza się do nich m.in. zabieg z wykorzystaniem taśmy Miniarc, wykonywany drogą przezpochwową, a więc bez naruszenia powłok brzucha. Metoda jest mało inwazyjna, zabieg trwa kilkanaście minut, a po jego przeprowadzeniu kobieta nie musi długo przebywać w szpitalu. Przy prawidłowej kwalifikacji do operacji skuteczność terapii jest oceniana na 90%⁵¹.

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, która ograniczy uciążliwe skutki uboczne źle przeprowadzonej operacji pierwotnej.

Innym źródłem poważnych powikłań jest **jakość użytych materiałów**. Ze względu na szukanie oszczędności, szpitale kupują w przetargach najtańsze materiały syntetyczne o bardzo niskiej jakości, co w rezultacie skutkuje bardzo szybkim zużyciem materiału i koniecznością reoperacji. Jak się okazuje 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 nawet dziesięciokrotnie większa po użyciu syntetycznych materiałów niż w przypadku taśm organicznych. Erozja taśmy może być leczona w sposób zachowawczy lub zabiegowy.

Ryzyko wystąpienia powikłań po implantacji taśmy wynosi w przypadku TVT od 4% do aż 75%, natomiast w przypadku TOT od 10% do 30%. Niekiedy z założeniem TVT wiąże się możliwość uszkodzenia dużych naczyń, powstania krwiaka załonowego czy też perforacja pęcherza moczowego. Zastosowanie przezzałonowej taśmy TOT zmniejsza ryzyko wystąpienia powyższych powikłań, ale przyczynić się może do powstania nowych, np. dolegliwości bólowych w okolicy pachwin, zaburzeń czucia skóry w okolicy pachwin i uda. Przebicie pęcherza moczowego jest powikłaniem śródoperacyjnym, które jest opisywane jako typowe po założeniu taśmy. Perforacja pęcherza zwykle nie wymaga żadnej dalszej terapii, z wyjątkiem utrzymywania cewnika przez około 7 dni. Powikłania operacji taśm podcewkowych wiążą się w przypadku zalegania moczu z możliwością przerywanego cewnikowania przez pacjentkę czy też pozostawienia przez pewien okres czasu cewnika nadłonowego. W przypadku wystąpienia parć naglących po zabiegu należy na wstępie wykluczyć możliwość zakażenia dróg moczowych lub rzadko występujące powikłanie w postaci wewnątrzpęcherzowego położenia taśmy⁵².

⁴⁷ E. Właźlak, M. Krzycka, G. Surkont, Wysiłkowe nietrzymanie moczu - leczenie zachowawcze, pessaroterapia [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginiekologia, Warszawa 2018, s. 254-265.

⁴⁸ H. Błaszczyk, E. Barcz, A. Kołodziej, Zaburzenia trzymania moczu u kobiet (cz. 2), Kwartalnik NTM, 2019, 4(71).

⁴⁹ T. Rechberger, A. Wróbel, Leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu - kwalifikacja do typu operacji [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginiekologia, Warszawa 2018, s. 266-286.

⁵⁰ http://www.ntm.pl/?pid=main_tresc.pl.213_html

⁵¹ Leczenie nietrzymania moczu u kobiet taśmą Miniarc: <https://www.tourmedica.pl/blog/leczenie-nietrzymania-moczu-u-kobiet-tasma-miniarc/>.

⁵² E. Małanowska, Powikłania po leczeniu operacyjnym nietrzymania moczu, Kwartalnik NTM, 2020, 1(72).

Ośrodki referencyjne - sposób na weryfikację kwalifikacji i doświadczenia

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

W 2019 roku w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował wykonanie 3 757 operacji wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwowych z użyciem taśmy, 12 operacji wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego i 78 operacji wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego z użyciem taśmy (sling) z tkanek własnych chorej lub z materiału syntetycznego. Część placówek w Polsce wykonuje ponad 100 zabiegów rocznie, inne natomiast przeprowadzają tego typu operacje rzadko, zdarza się, że jest to kilka lub kilkanaście operacji rocznie, 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. Jak zauważa prof. Tomasz Rechberger (kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie), pierwszy przewodniczący sekcji uroginekologicznej przy Polskim Towarzystwie Ginekologów i Położników, żeby procedura była powtarzalna, musi być wykonywanych na danym oddziale od 50 do 80 zabiegów rocznie. W klinice kierowanej przez prof. Tomasza Rechbergera wykonuje się 400 - 500 zabiegów rocznie.

Prof. Tomasz Rechberger zauważa, że jednym ze sposobów polepszenia obecnej sytuacji byłoby **powstanie ośrodków referencyjnych**, specjalizujących się w wykonywaniu zabiegów z użyciem taśm. W każdym województwie powinien, zdaniem prof. Tomasza Rechbergera, być co najmniej jeden, a w większych dwa czy trzy ośrodki, w których wspólnie lekarze ginekolodzy i urolodzy będą rozwiązywać problemy uroginekologiczne i zapewniać kompleksową opiekę pacjentkom⁵³.

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.

Laseroterapia

W ostatnich latach coraz więcej mówi się o możliwości leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu za pomocą laseroterapii. **Nadal brak jest rekomendacji towarzystw naukowych dla leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu za pomocą lasera.** Metodę tę uznaje się za eksperymentalną, niesprawdzoną, o wątpliwej skuteczności. W 2019 roku publikowano ostrzeżenie amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (ang. Food and Drug Administration - FDA), wskazujące na konieczność zachowania szczególnej ostrożności w przypadku stosowania tej metody⁵⁴. Laseroterapia w leczeniu wysiłkowego NTM nie jest refundowana.

INNE METODY LECZENIA NIETRZYMANIA MOCZU

W przypadku niepowodzenia omówionych na poprzednich stronach metod leczenia nietrzymania moczu, stosuje się zabiegi chirurgiczne, m.in. **wszczepienie zwieracza hydraulicznego** czy **usunięcie pęcherza** i nadpęcherzowe odprowadzenie moczu, które powstaje w przypadku chirurgicznego oddzielenia od pęcherza moczowego pozostałej części układu moczowego (nerki, moczowody) i wytworzenia innego niż naturalne ujścia moczu. Oba zabiegi refundowane są przez NFZ.

Hydrauliczny zwieracz cewki moczowej jest endoprotezą, czyli protezą wewnętrzną dobieraną indywidualnie do pacjenta. 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. Poza tym, stan zdrowia skóry krocza, w okolicy którego będzie implantowana proteza musi być zadowalający. Należy zdawać sobie również sprawę z ogólnej liczby około 20% powikłań po tego typu zabiegu. Zwieracze wszczepia się głównie u mężczyzn, kobiety stanowią zaledwie ok. 10% wszystkich operowanych. Najczęstszym wskazaniem do zastosowania sztucznego zwieracza jest nietrzymanie moczu występujące po prostatektomii radykalnej lub przezcewkowej resekcji stercza.

⁵³ Sercem jestem uroginekologiem, Kwartalnik NTM, 2019, 1(68).

⁵⁴ H. Błaszczyk, E. Barcz, A. Kołodziej, Zaburzenia trzymywania moczu u kobiet (cz. 2), Kwartalnik NTM, 2019, 4(71).

W Polsce występują następujące typy sztucznych zwieraczy cewki moczowej:

- AMS 800 - najstarszy i pierwszy SZCM istniejący od 1983 roku, wszczepiony dotychczas u ponad 150 000 pacjentów na świecie,
- Zephyr (ZSI 375),
- Aroyo,
- Flowsecure⁵⁵.

W 2019 roku wykonano łącznie 163 zabiegi. Według danych otrzymanych z Narodowego Funduszu Zdrowia, w 2019 roku przeprowadzono 11 zabiegów wymiany zwieracza hydraulicznego cewki moczowej, 62 zabiegów wszczepienia zwieracza hydraulicznego wokół opuszki cewki moczowej oraz 90 zabiegów wszczepienia sztucznego zwieracza cewki moczowej z pompą albo zbiornikiem wyrównawczym. Łączny koszt poniesiony przez NFZ w 2019 roku z tytułu refundacji tych zabiegów wyniósł ponad 4 mln zł.

Ostateczną radykalną metodą leczenia NTM jest usunięcie pęcherza i nadpęcherzowe odprowadzenie 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 psychospołeczny⁵⁶.

Do najczęstszych postaci nadpęcherzowych odprowadzeń moczu zalicza się urostomię Brickera (ureteroileocunato-stomia), ureterostomię, nefrostomię, zastępczy pęcherz moczowy.

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 wydalanie), zarówno u osób mobilnych, jak i niesamodzielnych, wymagających opieki. Stosować je należy w celu zabezpieczenia przed niekontrolowanym wyciekami moczu, zapewnienia higieny i uniknięcia powikłań, takich jak zakażenie dróg moczowych czy podrażnienia skóry (wskaźnik odpowiedniego poziomu pielęgnacji pacjenta z NTM). Takie podejście umożliwia zmniejszenia 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 (lekki / średni / ciężki),
- obwód pacjenta w pasie i biodrach.

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

- przeznaczone do stosowania z dopasowaną bielizną lub majtkami higienicznymi z elastycznej siatki,
- niewymagające odrębnego mocowania bielizną⁵⁷.

⁵⁵ T. Hessel, Sztuczny zwieracz cewki moczowej - pytania i odpowiedzi, Kwartalnik NTM, 2016, 2(57).

⁵⁶ Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

⁵⁷ Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, red. E. Szałkiewicz, Warszawa 2017.

Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu

PRODUKTY CHŁONNE PRZEZNACZONE DO STOSOWANIA Z BIELIZNĄ	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE
<p>Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla kobiet</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu. Chłoną (pulpa celulozowa) i wiążą moc w żel (superabsorbent).</p>	<p>Wkłady profilowane odpowiednio do anatomii kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane przy średnim NTM u osób samodzielnych i aktywnych lub częściowo samodzielnych. Przy lekkim NTM zaleca się wkładki urologiczne.</p>
<p>Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla mężczyzn</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu. Chłoną (pulpa celulozowa) i wiążą moc w żel (superabsorbent).</p>	<p>Wkłady profilowane odpowiednio do anatomii mężczyzn, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane przy średnim NTM u osób samodzielnych i aktywnych lub częściowo samodzielnych. Przy lekkim NTM zaleca się wkładki urologiczne.</p>
<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>
PRODUKTY CHŁONNE NIETYMAGAJĄCE DODATKOWEGO MOCOWANIA	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE
<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>
<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>
<p>Majtki chłonne uniwersalne dla kobiet i mężczyzn</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.</p>	<p>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.</p>
<p>Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z pasem biodrowym</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.</p>	<p>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>mogą być zakładane samodzielnie</u>.</p>
<p>Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z rzepami</p> 	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.</p>	<p>Uniwersalne dla mężczyzn i kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane dla osób z ciężkim NTM, leżących i niemobilnych, utrzymywane wokół bioder za pomocą przylepców, przylepco-rzepów lub rzepów. Uwaga! Pieluchomajtki zapinane na rzepy/przylepce <u>musi zakładać opiekun</u>.</p>

Tabela 19

Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu.

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

Zasady refundacji

Zasady refundacji środków absorpcyjnych opisuje **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie**⁵⁸. Zgodnie z rozporządzeniem 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 (tj. 3 szt. na dobę) 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.

Mimo wielokrotnie zgłaszanych w ramach konsultacji społecznych 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 m.in. osobom z wysiłkowym NTM otrzymanie refundacji na produkty chłonne.

Do wypisywania zleceń na środki absorpcyjne i weryfikacji uprawnień upoważnieni są: lekarze pierwszego kontaktu, lekarze specjaliści wymienieni w rozporządzeniu (m.in. ginekolog, urolog, neurolog i geriatra), 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 studiów I. stopnia uprawnione są wyłącznie do kontynuacji zlecenia.

W 2019 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na refundację środków absorpcyjnych, według kryteriów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, łączną kwotę w wysokości 279,9 mln zł.

Refundacja - co nowego?

Refundacja środków absorpcyjnych w Polsce od szesnastu 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)⁵⁹, mogą wystawić druk zlecenia na refundowane środki absorpcyjne.

Odpowiedzią na dotychczas obowiązującą konieczność potwierdzania zleceń na wyroby medyczne w punktach wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, miało stać się wprowadzenie od 1 lipca 2019 roku tzw. e-potwierdzenia, umożliwiającego potwierdzenie prawa do otrzymania refundowanych środków absorpcyjnych automatycznie za pośrednictwem elektronicznego systemu NFZ. Jego uruchomienie planowano połączyć z wprowadzeniem nowego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego⁶⁰. Ostatecznie, po protestach środowisk pacjentów, lekarzy oraz realizatorów świadczeń (m.in. apетки i sklepy medyczne), zdecydowano się kontynuować prace, tak aby zmniejszyć liczbę planowanych stron nowego wzoru.

Możliwość elektronicznego potwierdzania zleceń na wyroby medyczne umożliwia ustawa z dnia 16 maja 2019 roku o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2019 poz. 1096).

1 września 2019 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz.U. 2019 poz. 1555), w którym skrócono wzór zlecenia na wyroby medyczne z siedmiu do czterech stron. Z kolei 9 stycznia 2020 roku ogłoszono treść rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie **uproszczonego** wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie wyłącznie w przypadku kontynuacji zlecenia (Dz.U. 2020 poz. 28). Przepisy umożliwiają wystawienie uproszczonego (dwustronicowego) wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie, takie jak środki absorpcyjne, ale wyłącznie w **przypadku kontynuacji zlecenia**. Rozporządzenie weszło w życie 1 lipca 2020 roku.

Zmiana zasad wystawiania, weryfikacji i realizacji zleceń na wyroby medyczne miała obligatoryjnie wejść w życie 1 stycznia 2020 roku. Wcześniej, od 4 listopada do 31 grudnia 2019 roku wybrana grupa placówek, w ramach pilotażu, realizowała zlecenia już na nowych zasadach. Jednak, już w grudniu 2019 roku wiadomo było, że - wbrew zapowiedziom - resort zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia nie zdecydują się ostatecznie na obligatoryjne wdrożenie od 1 stycznia 2020 roku nowych wzorów zleceń na wyroby medyczne. W efekcie w okresie od 1 stycznia do 1 kwietnia 2020 roku obowiązywał okres

⁵⁸ Treść rozporządzenia dostępna jest na stronie: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001899>.

⁵⁹ 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.

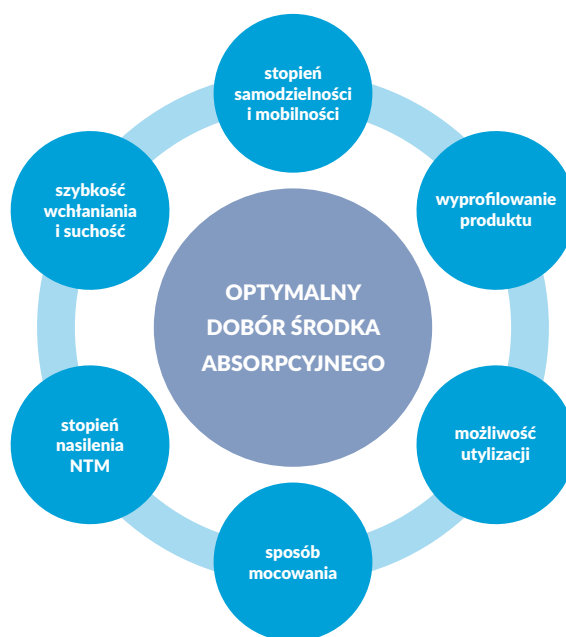
⁶⁰ Nowy siedmiostronicowy wzór zlecenia wprowadziło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego. Po fali krytyki zarówno środowiska lekarzy i farmaceutów, jak i pacjentów, Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na przygotowanie nowego projektu rozporządzenia, w którym wzór zlecenia skrócono do czterech stron.

przejsiowy, umożliwiającą wystawianie zleceń zarówno elektronicznie jak i papierowo. Nowe wzory zleceń na wyroby medyczne, potwierdzane elektronicznie w trakcie wizyty w gabinecie lekarza lub pielęgniarki, miały zacząć obowiązywać w pełni dopiero od 1 kwietnia 2020 roku⁶¹.

17 marca 2020 roku, w związku z wybuchem epidemii koronawirusa, NFZ opublikował komunikat dotyczący wystawiania, potwierdzania i realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne w czasie pandemii, który umożliwił wystawienie zlecenia **w ramach teleporady**⁶². Cały proces odbywa za pośrednictwem e-zleceń, które pacjenci otrzymują po pozytywnej weryfikacji w formie e-maila lub SMS-a. W przypadku dostarczenia wyrobu medycznego za pośrednictwem firmy kurierskiej, NFZ dopuścił możliwość niepotwierdzania odbioru przez pacjenta - zgodnie z wytycznymi na czas pandemii potwierdzenia dostawy dokonuje osoba dostarczająca przesyłkę, a apteka lub sklep ortopedyczny zachowuje dokument potwierdzający dostawę.

27 marca 2020 roku NFZ opublikował komunikat dotyczący **wystawiania, potwierdzania i realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne po 1 kwietnia 2020 roku**⁶³. Zdecydowano, że w czasie pandemii koronawirusa nadal honorowane będą stare wzory zleceń na wyroby medyczne. Dotyczy to zarówno zwykłych zleceń wystawianych okazjonalnie, jak również zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujących comiesięcznie, jak środki absorpcyjne. Pacjenci, którzy otrzymają zlecenia na wyroby medyczne w tradycyjnej, papierowej formie, mogą je potwierdzać w dowolnym wojewódzkim oddziale NFZ, przesyłając jego skan e-mailem bądź faksem⁶⁴.

Obowiązujący obecnie w Polsce system zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym środki absorpcyjne, umożliwia 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 rozmiary⁶⁵. Decyzja co do wyboru rodzaju, marki i rozmiaru produktu chłonnego należy więc do pacjenta i jego opiekunów.



Rysunek 4
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**⁶⁶. Niestety, jak od ponad dwóch lat 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)

⁶¹ V. Madeja, Duże oczekiwania vs zawiedzione nadzieje, Kwartalnik NTM, 2020, nr 1(72).

⁶² Komunikat dotyczący wystawiania, potwierdzania i realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne z dnia 17 marca 2020. Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dotyczacy-wystawiania-potwierdzania-i-realizacji-zleceń-na-zaopatrzenie-w-wyroby-medyczne,7651.html>.

⁶³ Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dotyczacy-wystawiania-potwierdzania-i-realizacji-zleceń-na-zaopatrzenie-w-wyroby-medyczne-po-1-kwietnia-2020-r-,7672.html>.

⁶⁴ V. Madeja, Tworzenie prawa pod dyktando koronawirusa, Kwartalnik NTM, 2020, nr 2(73).

⁶⁵ Źródło: cenniki czterech producentów (Abena, Essity Poland, Paul Hartmann Polska, Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych) zgłoszone do NFZ w 2020 roku.

⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. 2018 poz. 281).

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 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 21 lat temu! W tym czasie nakłady na publiczną służbę zdrowia wzrosły trzykrotnie⁶⁷. Do tego obowiązujące kryteria chorobowe nadal wykluczają z refundacji dużą grupę osób, cierpiących na wysiłkową postać nietrzymania moczu.**

Ustawa „Za życiem”

Od 2016 roku obowiązuje **ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”⁶⁸** 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 przepisach⁶⁹. 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 niepełnosprawności⁷⁰. 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 kraju. Z danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że w 2019 roku NFZ na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy „Za życiem” przeznaczono 8,4 mln 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 możliwie najlepsze, docelowe rozwiązania w zakresie zaopatrzenia pacjentów w materiały chłonne. Zespół do dziś jednak nie powstał.

Na początku maja 2020 roku, prezes NFZ Adam Niedzielski zdecydował natomiast o powołaniu zespołu⁷¹, który ma opracować koncepcję zmian mających na celu usprawnienie współpracy między NFZ a świadczeniodawcami w obszarze zaopatrzenia w wyroby medyczne. Ważnym zadaniem dla powołanego zespołu będzie również wypracowanie koncepcji budowy centralnego rejestru wyrobów medycznych.

Ustawa o wsparciu osób niepełnosprawnych

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.

Środki na sfinansowanie zadań wynikających z tej ustawy miał zapewnić Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, który decyzją Sejmu z 20 grudnia 2019 roku⁷² został zmieniony na Fundusz Solidarnościowy.

W 2019 roku Narodowy Fundusz Zdrowia na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności przeznaczył ponad 49,3 mln zł.

⁶⁷ Małe Roczniki Statystyczne Polski z lat 2000-2019, Główny Urząd Statystyczny.

⁶⁸ Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. 2016 poz. 1860).

⁶⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/minister-zdrowia-zapewnia-pacjentom-korzystne-zasady-dofinansowania-srodkow-absorpcyjnych>.

⁷⁰ Ustawa z dnia 9 maja 2018 roku o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2018, poz. 932).

⁷¹ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 66/2020/GPF w sprawie powołania Zespołu do spraw koncepcji budowy centralnego rejestru wyrobów medycznych oraz rozliczania realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

⁷² Ustawa z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2019 poz. 2473).

Dostępność - apteki, sklepy medyczne, supermarkety

Aktualnie obowiązujący w Polsce system zaopatrzenia w refundowane środki absorpcyjne zapewnia pacjentowi i jego rodzinie szeroki wybór produktów i placówek oferujących produkty, a co za tym idzie, dużą konkurencyjność cenową. Refundowane środki absorpcyjne można nabyć w aptekach i sklepach medycznych, również z bezpośrednią dostawą do domów a także, poza refundacją, w coraz większej liczbie punktów spoza systemu ochrony zdrowia.

Według danych statystycznych na koniec 2019 roku prowadzenie obrotu detalicznego produktami leczniczymi potwierdziło 12 355 aptek ogólnodostępnych oraz 1 241 punktów aptecznych. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba aptek ogólnodostępnych spadła o 584, a liczba punktów aptecznych o 62⁷³. Liczba aptek co miesiąc spada od ponad dwóch lat. Na koniec czerwca 2020 roku w Polsce funkcjonowało 12 141 aptek ogólnodostępnych oraz 1 207 punktów aptecznych. 234 apteki oraz 6 punktów aptecznych prowadziło sprzedaż internetową⁷⁴. Szacuje się że 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 i uzależnia osobę z NTM od opiekuna.

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 nieuwzględnienie problematyki wyrobów medycznych w programach nauczania przyszłych magistrów farmacji oraz techników farmaceutycznych (w 2017 roku zawieszono kształcenie w tym zawodzie, ale zostało ono przywrócone od 1 września 2019 roku).

W aptekach, sklepach medycznych, supermarketach, dyskontach oraz drogeriach (m.in. Auchan, Biedronka, Carrefour, E.Leclerc, Lidl, Hebe, Rossmann) pojawiły się w asortymencie produkty chłonne dla dorosłych obejmujące zazwyczaj wkładki urologiczne, pieluchomajtki (zwykle zapinane na rzepy) i majtki chłonne. Oferowana cena tych produktów jest porównywalna lub nieco wyższa od ceny odpowiedników sprzedawanych w systemie refundacji. Nie zawsze jednak dorównują one jakością tym z refundacji. W supermarketach, dyskontach oraz drogeriach oferowane są również specjalistyczne produkty do pielęgnacji i ochrony skóry pacjenta z NTM, które są całkowicie wyłączone z refundacji w Polsce.

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”⁷⁵.

Takie osoby charakteryzuje co najmniej jeden z trzech czynników:

- 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 ponad 34,8 mln co oznacza zmniejszenie liczby ludności o 8% w stosunku do roku 2015. 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 GUS wskaźnik ten dla Polski w roku 2015 osiągnął poziom około 16%. W 2020 roku będzie to około 19%, w 2040 roku około 26%, a w roku 2050, jak prognozuje GUS, subpopulacja ludzi mających 65 lat i więcej wzrośnie w Polsce do ponad 32%. Jednocześnie dynamicznie wzrastać będzie odsetek najstarszych seniorów, tj. osób w wieku 80 lat i więcej. W 2025 roku osoby z tej grupy wiekowej stanowiąc będą 5% populacji, podczas gdy w roku 2050 blisko 10%, a więc dwukrotnie więcej⁷⁶.

⁷³ <https://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/rok-na-rynku-apteki-ubylo-ich-ponad-600,35353.html>

⁷⁴ <https://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/po-pandemicznym-zamrozeniu-liczba-apteki-zamykanych-zwieksza-sie,38815.html>

⁷⁵ Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, Warszawa 2015.

⁷⁶ Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015-2050, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2016.

Prognoza ludności Polski do 2050 roku (w tys.)

Wiek	2015	2020	2025	2030	2040	2050
0-14	5 717	5 791	5 468	5 139	4 502	4 390
15-64	26 208	24 906	23 997	23 477	22 195	19 485
65+	4 500	5 487	6 468	6 383	5 972	7 379
80+	1 576	1 738	1 742	2 255	3 404	3 602
OGÓŁEM	38 001	37 922	37 675	37 254	36 073	34 856

Tabela 20

Prognoza ludności Polski do 2050 roku (w tys.).

Źródło: Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015-2050, GUS, Warszawa 2016.

Proces demograficznego starzenia się populacji Polski, czyli wzrost udziału osób w wieku 65 lat i więcej w populacji jest dużym wyzwaniem nie tylko w kontekście starzenia się zasobów siły roboczej, funkcjonowania systemu emerytalnego lecz także w kontekście zapewnienia seniorom godnej opieki⁷⁷. Wszystkie zachodzące w Polsce w ostatnich latach 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 ponad miliona osób niesamodzielnych w Polsce, będzie wzrastało również zapotrzebowanie na refundowane środki absorpcyjne, będące dla większości pacjentów podstawowym środkiem zapobiegawczym. Zgodnie z obowiązującymi przepisami każdy zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) oraz zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO) jest zobowiązany, w ramach stawki gwarantowanej przez NFZ, zaopatrywać swoich podopiecznych w środki absorpcyjne na zasadach identycznych jakie obowiązują w szpitalu.

W 2018 roku w Polsce funkcjonowało **430** zakładów opiekuńczo-leczniczych, które udzieliły wsparcia **47 806** pacjentom oraz **160** zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, które zapewniły opiekę **14 796** osobom.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze w latach 2011-2018

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Dynamika (2018/2011)
Liczba placówek	367	360	379	388	408	400	415	430	+17%
Liczba pacjentów rocznie	41 779	42 959	43 766	44 199	47 624	47 398	46 720	47 806	+14%

Tabela 21

Zakłady opiekuńczo-lecznicze w latach 2011-2018.

Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2011-2018.

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze w latach 2011-2018

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Dynamika (2018/2011)
Liczba placówek	138	156	152	155	152	154	161	160	+16%
Liczba pacjentów rocznie	12 716	15 173	15 054	14 509	14 214	13 655	14 821	14 796	+16%

Tabela 22

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze w latach 2011-2018.

Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2011-2018.

⁷⁷ Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015-2050, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2016.

Pielęgniarską opiekę długoterminową domową w 2019 roku świadczyły **1 053** podmioty. Pod opieką pozostawało **60 827** pacjentów.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa w latach 2016-2019

Rok	2016	2017	2018	2019	Dynamika (2019/2016)
Liczba świadczeniodawców	1 133	1 140	1 062	1 053	-7%
Liczba osób objętych opieką	60 077	65 194	61 985	60 827	+1%

Tabela 23

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa w latach 2016-2019.

Źródło: Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał z lat 2016-2019.

W 2018 roku w Polsce działało **1 831** całodobowych placówek pomocy społecznej (w tym ponad **870** domów pomocy społecznej - DPS), które zapewniły opiekę **113 068** podopiecznych.

Placówki pomocy społecznej w latach 2011-2018

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Dynamika (2018/2011)
Liczba placówek	1 514	1 564	1 599	1 619	1 655	1 678	1 723	1 831	+21%
Liczba pacjentów rocznie (w tys.)	101,9	104,4	104,3	105,6	106,9	107,8	109,2	113,1	+11%

Tabela 24

Placówki pomocy społecznej w latach 2011-2018.

Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2012-2019.

Stały wzrost liczby osób wymagających opieki długoterminowej, realizowanej zarówno w warunkach domowych, jak i w specjalistycznych placówkach, takich jak zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) czy domy pomocy społecznej (DPS), powoduje, że czas oczekiwania na przyjęcie do specjalistycznej placówki opiekuńczej, po spadku w III kwartale 2017 roku stale rośnie. Na przełomie 2018 i 2019 roku średni czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL-u wynosił 12 miesięcy, a do ZPO 9 miesięcy⁷⁸. Podobna sytuacja dotyczy DPS-ów, 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 w danym momencie zwolni się miejsce. Osobę niesamodzielną dopasowuje się tym samym do możliwości finansowych gminy oraz dostępnych na jej terenie świadczeń i infrastruktury opiekuńczej.

Kolejnym problemem, z jakim od lat 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 w 2020 roku oznacza niedoszacowanie na poziomie ponad 30%.

27 września 2019 roku Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał obwieszczenie w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej⁷⁹. Obejmuje ono taryfę dla świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej 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

⁷⁸ Barometr Fundacji Watch Health Care nr 19/15/02/2019, www.korektorzdrowia.pl, autor: MAHTA Sp. z o.o.

⁷⁹ Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 27 września 2019 r. w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Dostęp: <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/taryfikacja-swadczen/6329-122019-obwieszczenie-sw-pielagnacyjne-i-opiekuncze>.

oszacowano na wartość **30,08 zł**. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze z katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej były przedmiotem taryfikacji w 2018 roku. Jak informuje AOTMiT bieżąca aktualizacja taryf świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych jest odpowiedzią na wzrastające zapotrzebowanie społeczne na opiekę długoterminową, przy jednoczesnym wzroście kosztów działalności zakładów opieki długoterminowej, zwłaszcza kosztów osobowych.

Taryfy świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Nazwa świadczenia	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)
Osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	3,16 pkt = 95,05 zł	3,54 pkt = 106,48 zł	3,91 pkt = 117,61 zł	4,29 pkt = 129,04 zł
Osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 punktów wg skali Glasgow	4,51 pkt = 135,66 zł	5,05 pkt = 151,90 zł	5,60 pkt = 168,45 zł	6,14 pkt = 184,69 zł
Osobodzeń pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	3,16 pkt = 95,05 zł	3,54 pkt = 106,48 zł	3,91 pkt = 117,61 zł	4,29 pkt = 129,04 zł
Osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	4,87 pkt = 146,49 zł	5,61 pkt = 168,75 zł	6,35 pkt = 191,01 zł	7,09 pkt = 213,27 zł
Osobodzeń 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	6,28 pkt = 188,90 zł	7,23 pkt = 217,48 zł	8,19 pkt = 246,36 zł	9,14 pkt = 274,93 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 27 września 2019 r. w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

28 maja 2018 roku Prezes AOTMiT określił 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 Barthel⁸⁰. Taryfę ustalono na 3,76 pkt., czyli **113,10 zł** za osobodzeń. W 2019 roku nie uległa ona zmianie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 6 listopada 2019 roku wydał zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej⁸¹, w którym uwzględniono taryfy z obwieszczenia Prezesa AOTMiT.

System opieki długoterminowej w Polsce jest **niejednolity 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, a ich wprowadzenie powinno nastąpić jak najszybciej.

⁸⁰ Obwieszczenie 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. Dostęp: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/taryfikacja/taryfy/obwieszczenia/2018/Obwieszczenie_Prezesa_ZOL_ZPO_HIV_uzupe%C5%82nienie.pdf.

⁸¹ Zarządzenie Nr 152/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Dostęp: https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie_nr1522019dsoz,7046.html.

Osoby niesamodzielne

„Niesamodzielnosc” definiuje się jako „wynikające z powodu naruszenia funkcji organizmu ograniczenie aktywności powodujące konieczność długotrwałego albo stałego wsparcia innej osoby w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych”⁸².

Od kilku lat w Polsce podejmowane są inicjatywy mające na celu wprowadzenie definicji „niesamodzielnosc” i „osoba niesamodzielnosc” 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”⁸³ realizowany był od 1 lipca 2017 roku do 30 czerwca 2019 roku w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Celem głównym projektu była profesjonalizacja opieki nad osobami starszymi o różnym stopniu niesamodzielnosci w ich miejscu zamieszkania, poprzez 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 niesamodzielnosci,
- opracowanie standardów usług asystenckich i opiekuńczych dla osób o różnym stopniu niesamodzielnosci,
- opracowanie standardów kształcenia w zawodzie opiekun wspierający osobę niesamodzielnosc.

W raporcie finalnym projektu zawarte zostały rekomendacje dla instytucji odpowiedzialnych za zabezpieczenie wsparcia niesamodzielnosc członkom polskiego społeczeństwa oraz dla organizatorów i realizatorów tego wsparcia. Zdaniem zespołu ekspertów rekomendowane standardy ułatwią rozpoznawanie potrzeb, planowanie, organizowanie i realizowanie wsparcia, kontrolę efektów, ocenę jakości i ewaluację systemu pomocy osobom niesamodzielnosc. Rekomendowane standardy:

- są odpowiedzią na problemy społeczne wywołane zmieniającą się sytuacją demograficzną i społeczną,
- proponują rozwiązania organizacyjne, które umożliwią osobie niesamodzielnej w miarę długie funkcjonowanie w miejscu zamieszkania bez narażenia zdrowia i życia,
- wytyczają zakres kompetencji niezbędnych u osób świadczących zawodowo usługi opiekuńcze i asystenckie w miejscu zamieszkania.

Rekomendacje zespołu ekspertów w zakresie profesjonalizacji usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnosc⁸⁴:

- funkcjonowanie systemu wsparcia osób niesamodzielnosc:
 - promowanie koordynowanej opieki domowej,
 - oparcie funkcjonowania systemu opieki nad osobami niesamodzielnosc na hierarchicznym modelu kompensacyjnym, a standaryzacji usług asystenckich i opiekuńczych - na koncepcji opieki kompensacyjnej,
 - stworzenie koordynowanego i komplementarnego systemu wspierania osób niesamodzielnosc w ich miejscu zamieszkania,
 - utworzenie przy gminnych ośrodkach pomocy społecznej Gminnych Zespołów Wspierania Osób Niesamodzielnosc,
 - utworzenie przy staroście (lub prezydencie w miastach na prawach powiatu) rejestru podmiotów świadczących usługi wspierające osoby niesamodzielnosc,

⁸² Definicję opracował Zespół realizatorów w ramach projektu „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnosc - nowe standardy kształcenia i opieki” (II Oś Priorytetowa - Efektywne Polityki Publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Więcej informacji w: A. Smrokowska-Reichman, E. Szwalkiewicz, Osoby niesamodzielnosc - jak im pomagać? Poradnik opiekuna wspierającego osoby niesamodzielnosc, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON”.

⁸³ Projekt realizowany był 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. Więcej informacji o projekcie: <https://www.ipiss.com.pl/?projekt-badawczy=o-projekcie-14>.

⁸⁴ E. Szwalkiewicz, Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnosc - nowe standardy kształcenia i opieki. Standardy usług i kształcenia. Raport finalny projektu, Warszawa 2019.

- koncepcja i zasady wspierania osób niesamodzielnych - rekomendacje dla systemu opieki i praktyki opiekuńczej:
 - wprowadzenie do systemu prawnego oraz praktyki opiekuńczej pojęcia „osoba niesamodzielna” jako podmiotu opieki i jej podstawowych potrzeb życiowych jako przedmiotu opieki,
 - dokonywanie oceny stopnia niesamodzielności na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) i wprowadzenie trzech stopni niesamodzielności jako kryterium zakresu wsparcia,
 - dokonywanie oceny stopnia niesamodzielności w odniesieniu do 20 zdefiniowanych czynności związanych z zaspokajaniem podstawowych potrzeb życiowych, ujętych w 3 kategorie: mobilność, samoobsługa oraz kształtowanie codziennego życia i kontaktów społecznych,
 - rozróżnienie 3 stopni niesamodzielności w zależności od liczby punktów uzyskanych na podstawie skali ocen według ICF,
 - ujednoczenie definicji i terminologii odnoszącej się do poziomu zaangażowania opiekuna w proces wsparcia osoby niesamodzielnej z uwzględnieniem czynników kontekstowych,
 - uwzględnienie zasady indywidualizacji wsparcia jako podstawowej zasady postępowania zawodowego opiekuna wspierającego osobę niesamodzielną,
 - wprowadzenie kryterium czasu opieki w wymiarze dziennym, zróżnicowanego w zależności od stopnia niesamodzielności,
 - zróżnicowanie zakresu wsparcia w zależności od stopnia niesamodzielności z zastosowaniem zasady indywidualizacji opieki APO (asystowanie - pomoc - opieka),
 - wprowadzenie teleopieki i telepomocy jako powszechnego systemu wsparcia dla osób powyżej 75. roku życia,
- standardy usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych:
 - określenie kompetencji zawodowych i etycznych opiekuna wspierającego osoby niesamodzielne, jako wytycznych do programów kształcenia kadry opiekuńczej,
 - stosowanie w procesie opieki standaryzowanych formularzy obejmujących diagnozę funkcjonowania, diagnozę potrzeb i plan opieki głównie dla potrzeb organizacyjnych, kontrolnych, ewaluacji jakości opieki i badawczych w obszarze polityki społecznej,
 - stosowanie standardowych kodów wsparcia w planowaniu wsparcia i dokumentowaniu procesu opiekuńczego,
- regulowany rynek usług społecznych dla osób niesamodzielnych:
 - otwarcie domów pomocy społecznej na domowe usługi asystenckie, pomocowe i opiekuńcze - zmiana funkcjonowania, finansowania i rozliczania działalności DPS,
 - poprawa dostępu i powszechne korzystanie w opiece domowej z urządzeń wspomagających, w tym wprowadzenie do systemu wsparcia sieci wypożyczalni sprzętu wspomagającego codzienne funkcjonowanie osób niesamodzielnych,
 - poprawa opieki domowej nad osobami z otępieniem poprzez wprowadzenie specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych przez terapeutów zajęciowych,
 - zabezpieczenie opieki stacjonarnej.

Dokument „POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC OSÓB STARSZYCH 2030. BEZPIECZEŃSTWO - UCZESTNICTWO - SOLIDARNOŚĆ”⁸⁵ 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 uwzględnia 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.

⁸⁵ Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/polityka-spoleczna-wobec-osob-starszych-2030-bezpieczenstwo-uczestnictwo-solidarnosc>.

Celem „RZĄDOWEGO PROGRAMU NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020” (ASOS)⁸⁶ 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 mogły ubiegać się o dofinansowanie w wysokości od 20 do 200 tys. zł w ramach czterech priorytetów:

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

W sumie w latach 2016-2019 w całej Polsce w ramach programu ASOS sfinansowanych zostało ponad 1400 projektów, z których skorzystało prawie 608 tys. osób, w tym 38,5 tys. osób z niepełnosprawnościami. Z kolei dofinansowanie w ramach programu ASOS na rok 2020 otrzymały 304 projekty na łączną kwotę blisko 38 mln zł.

Strategicznym celem programu Program „OPIEKA 75+” jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych zarówno dla osób samotnych, samotnie gospodarujących, jak również pozostających w rodzinach, będących w wieku 75 lat i więcej, zamieszkujących w gminach do 60 tys. mieszkańców⁸⁷. 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 przewidzianych Programem gmina może otrzymać dotację celową, jeżeli udział środków własnych gminy wynosi nie mniej niż 50% przewidywanych kosztów realizacji zadania.

Zmiany w Programie w edycji na rok 2020 obejmują:

- rozszerzenie form realizacji usług opiekuńczych o:
 - zlecenie wykonania usług opiekuńczych organizacjom pozarządowym na podstawie art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej w trybie otwartego konkursu ofert na podstawie przepisów ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie,
 - umożliwienie gminom zakupu usług opiekuńczych od podmiotów sektora prywatnego,
- zakres przedmiotowy:
 - dofinansowanie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, którym przedmiotowe usługi były świadczone w ramach programu i będą one kontynuowane w roku 2020,
 - dofinansowanie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych osobom, którym w roku 2019 nie były one świadczone,
 - dofinansowanie do zwiększenia liczby godzin usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w wieku 75 lat i więcej.

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 niesamodzielnych, szczególnie ludzi starszych, którzy są bezradni i zdezorientowani z powodu barier prawnych i urzędniczych.

W 2019 roku na zlecenie Koalicji powstał raport zespołu ekspertów pod kierunkiem prof. Piotra Błędowskiego, zatytułowany „Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro”. Autorzy raportu zaproponowali listę 10 działań (tzw. **dekalog opieki długoterminowej**)⁸⁸, które ich zdaniem powinny zostać podjęte w celu zmian w systemie opieki długoterminowej:

1. Przeprowadzenie debaty publicznej na temat celów, organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce.
2. Zdefiniowanie niesamodzielnności na potrzeby prawa i sformułowanie szczegółowych zasad orzekania o niesamodzielnności i jej stopniach.
3. Dokonanie szczegółowych szacunków dotyczących liczby osób wymagających opieki długoterminowej.
4. Wstępne oszacowanie kosztów świadczeń.
5. Oszacowanie kadr niezbędnych do zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w początkowym okresie.
6. Określenie zasad regulacji rynku opieki długoterminowej.
7. Utworzenie instytucji odpowiedzialnej/ych za organizację opieki długoterminowej i gospodarkę finansową.
8. Opracowanie koncepcji kształcenia kadr na potrzeby opieki długoterminowej.
9. Przygotowanie szczegółowych projektów rozwiązań.
10. Przygotowanie projektów aktów prawnych, tak by stworzyły podstawy prawne dla systemu opieki długoterminowej.

⁸⁶ Więcej informacji: http://senior.gov.pl/program_asos.

⁸⁷ Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75-edycja-2020>.

⁸⁸ Raport Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro, red. Piotr Błędowski, Warszawa, 2019.

Osoby niepełnosprawne

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

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 (odpowiednie orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - lekkim, umiarkowanym, znacznym - wydane przez organ do tego uprawniony). 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 odczuwają ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (tzw. niepełnosprawność biologiczna)⁸⁹.

Według danych GUS na koniec 2019 roku orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało ponad 3 mln osób w wieku 16 lat i więcej, natomiast w 2014 roku było to ponad 3,6 mln⁹⁰.

Osoby niepełnosprawne w ujęciu prawnym w 2014 i 2019 roku

Stopień niepełnosprawności	Liczba osób (w tys.) w 2014 r.	Liczba osób (w tys.) w 2019 r.
Znaczny	1 063	848
Umiarkowany	1 582	1 408
Lekki	963	750
OGÓŁEM	3 608	3 006

Tabela 26

Osoby niepełnosprawne w ujęciu prawnym w 2014 i 2019 roku.
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 2018 roku kształtowała się na poziomie 3 040 tys. osób. Udział osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności wynosił 27,4%, z umiarkowanym - 47,3%, z lekkim - 25,3%⁹¹.

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.

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 socjalnej⁹², 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 niepełnosprawności⁹³. Na podstawie przyjętych przepisów, które weszły w życie 1 lipca 2018 roku nastąpiło zniesienie okresów użytkowania wyrobów medycznych (jak wózki inwalidzkie, cewniki, ortozy). 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+.

W pierwszych miesiącach 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 świadczeń⁹⁴. Z kolei lekarze w wielu przychodniach podkreślali, że nie są w stanie przyjąć więcej osób na rehabilitację, bo fizycznie brakuje rąk do pracy.

⁸⁹ Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2019, Warszawa, 2019, s. 204.

⁹⁰ Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2019 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2020.

⁹¹ <http://niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=78&print=1>.

⁹² Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rencie socjalnej (Dz.U. 2018 poz. 933).

⁹³ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2018 poz. 932).

⁹⁴ <https://www.politykazdrowotna.com/42245,mazowiecki-ntz-jak-dziala-ustawa-o-wsparciu-niepelnosprawnych>.

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2019 roku Fundusz przeznaczył ponad 199 mln zł na zaopatrzenie w wyroby medyczne tej grupy pacjentów, z czego ponad 49,3 mln na refundację środków absorpcyjnych. W 2018 roku kwoty te wyniosły odpowiednio 57 mln na zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym ponad 14 mln na środki absorpcyjne.

Kolejnym działaniem wspierającym osoby niepełnosprawne miało być utworzenie Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Ustawa dotycząca jego utworzenia weszła w życie 1 stycznia 2019 roku. Zgodnie z zapisami ustawy środki z funduszu solidarnościowego miały zostać przeznaczone na wsparcie społeczne, zawodowe lub zdrowotne osób niepełnosprawnych. W pierwszym roku funkcjonowania fundusz solidarnościowy zasilony został z części składki odprowadzanej od wynagrodzeń na Fundusz Pracy. Zasadniczym źródłem finansowania funduszu jest tzw. danina solidarnościowa, opłacana przez osoby fizyczne, których dochody w danym roku podatkowym przekroczą 1 mln zł. Wysokość daniny solidarnościowej wyniesie 4 proc. nadwyżki tej kwoty. Jak informuje na swojej stronie internetowej Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS), w 2020 roku do funduszu trafić ma ok. 1,15 mld zł⁹⁵.

Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych decyzją Sejmu z 20 grudnia 2019 roku⁹⁶ został zmieniony na Fundusz Solidarnościowy. Równocześnie zmienione zostało pierwotne przeznaczenie funduszu poprzez poszerzenie kręgu jego odbiorców o emerytów i rencistów, umożliwiając wypłatę z tych środków tzw. trzynastych rent i emerytur.

Wśród programów realizowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego MRPiPS wymienia:

- **„Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych” - edycja 2019**
Program ma na celu zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności w wieku do 75 lat, a także dla dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności ze wskazaniami.
- **„Opieka wytchnieniowa” - edycja 2019**
Program kierowany jest do dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, których członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę, wymagają wsparcia w postaci doraźnej, krótkotrwałej przerwy w sprawowaniu opieki oraz podniesienia swoich umiejętności i wiedzy w zakresie opieki na tym osobami.
- **„Centra opiekuńczo-mieszkalne”**
Z programu skorzystać będą mogły gminy i powiaty chcące utworzyć Centra opiekuńczo-mieszkalne lub zlecić ich prowadzenie organizacjom pozarządowym.
- **„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2019-2020**
Celem Programu jest wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Osoby te będą miały możliwość skorzystania z pomocy asystenta m.in. przy wykonywaniu codziennych czynności, załatwieniu spraw urzędowych czy podejmowaniu aktywności społecznej. Program ma na celu również przeciwdziałanie dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych poprzez umożliwienie im uczestnictwa w wydarzeniach społecznych, kulturalnych czy sportowych.

Pierwsza edycja Programu jest realizowana od 1 października 2019 roku i potrwa do 31 grudnia 2020 roku.

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 otrzymać miały osoby niepełnosprawne niesamodzielne i osoby niepełnosprawne niezdolne do podejmowania żadnej pracy zawodowej, pod warunkiem, że nie posiadają orzeczonej z tytułu niepełnosprawności renty lub emerytury. 31 lipca 2019 roku przyjęto ustawę o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, która weszła w życie 1 października 2019 roku⁹⁷. Zgodnie z zapisami ustawy świadczenie przysługuje osobom, które ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji. Wysokość świadczenia określono na nie więcej niż 500 zł miesięcznie, przy czym łączna kwota tego świadczenia i świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie może przekroczyć 1 600 zł. Rozpatrywanie wniosków o wypłatę świadczenia rozpoczęło w październiku 2019 roku. Do końca 2019 roku świadczenia przyznano łącznie ponad 231 tys. osób⁹⁸.

⁹⁵ Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/solidarnosciowy-fundusz-wsparcia-osob-niepelnosprawnych>.

⁹⁶ Ustawa z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2019 poz. 2473).

⁹⁷ Ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. 2019 poz. 1622).

⁹⁸ <https://biznes.radiozet.pl/News/500-plus-dla-seniora.-ZUS-ujawnil-najnowsze-dane>.

System opieki zdrowotnej w Polsce od wielu lat wskazuje na szereg wad organizacyjnych, w tym funkcjonowania systemu refundacyjnego, dotyczącego leczenia i utrzymania higieny pacjentów z NTM. Przedstawione w raporcie analizy, skłaniają do następujących wniosków i rekomendacji.

EDUKACJA

1. W Polsce nadal zauważalny jest problem braku komunikacji na linii pacjent - lekarz (lekarz POZ, lekarz rodzinny, lekarz ginekolog, lekarz urolog) 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.

Dlatego 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. Ważnym elementem powinna być aktualizacja podstawy programu nauczania, która w obecnym kształcie praktycznie nie przygotowuje młodych osób do profilaktyki zdrowotnej podtrzymującej prawidłowe funkcjonowanie układu moczowo-płciowego w poszczególnych etapach życia człowieka.

2. Pierwszymi osobami, które powinny zdiagnozować i odpowiednio pokierować pacjenta z NTM, są pielęgniarka, położna oraz lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Od ich aktywności, wiedzy oraz umiejętności komunikacyjnych często zależą dalsze etapy terapii.

Lekarz, pielęgniarka oraz położna 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.

Dlatego 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 itp.), 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 specjalistycznego.

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

Zasady współpracy pomiędzy poszczególnymi specjalizacjami lekarskimi, które usystematyzowałyby obszary pracy lekarza rodzinnego, geriatry, ginekologa oraz urologa na poszczególnych etapach rozpoznania, diagnostyki, leczenia oraz pielęgnacji osób z NTM jest daleko niewystarczający.

Dlatego rekomenduje się intensyfikację działań edukacyjnych wobec w/w grup lekarzy z akcentem położonym na interdyscyplinarne podejście do problemu. 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, a szczególnie obejmujący opiekę długoterminową 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, położnej oraz opiekuna. 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 powinno być także oczyszczanie skóry za pomocą specjalistycznych, multifunkcyjnych środków do pielęgnacji skóry.

- 2. 3 marca 2018 roku zaczęły obowiązywać nowe limity ilościowe na refundowane środki absorpcyjne, przy jednoczesnym zachowaniu dotychczasowych limitów cenowych. Limity ilościowe nie są jednak adekwatne do rzeczywistych potrzeb pacjentów i nadal odbiegają od standardów obowiązujących w krajach Unii Europejskiej. Z kolei limity finansowe utrzymują się na bardzo niskim poziomie i nie uległy zmianie od 1999 roku. Pomimo zwiększenia ilości przystępujących środków chłonnych (3 szt. na dzień), przy zachowaniu dotychczasowych limitów finansowych, zdecydowana większość pacjentów nie odczuła z tej zmiany 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, a nawet wyższą z powodu rosnącej inflacji. Do tego obowiązujące kryteria chorobowe nadal wykluczają z refundacji duże grupy osób, cierpiących np. na wysiłkowe nietrzymanie moczu.**

Dynamika wzrostu wydatków płatnika publicznego odnotowana w Polsce, w latach 2011-2019, na refundację materiałów chłonnych (+61%) jest znacząco niższa od dynamiki wzrostu wydatków dla całej grupy refundowanych wyrobów medycznych w tym samym okresie (+109%).

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 hospitalizacją, czyli najdroższym elementem w strukturze wydatków publicznego systemu ochrony zdrowia.

Dlatego w kolejnych nowelizacjach rozporządzenia Ministra Zdrowia rekomenduje się wypracowanie mapy sukcesywnego wprowadzenia następujących zmian:

- rezygnacja z dodatkowych kryteriów chorobowych i dążenie do pozostawienia NTM jako jedyne kryterium wymaganego do otrzymania zlecenia na refundowane materiały chłonne,
- zwiększenie limitów finansowych, w szczególności dla grup 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 znaczną niepełnosprawnością (obowiązuje od 1 lipca 2018 roku) przyniosły wymierne korzyści ale dla stosunkowo niewielkich grup osób zaopatrujących się w środki absorpcyjne. Nastąpiło to przy znacznym wzroście wydatków. Łączne koszty realizacji obydwu ustaw za 2019 rok wyniosły 57,7 mln zł, co stanowiło już ponad 20% kwoty przeznaczonej na podstawową refundację środków absorpcyjnych. Przykłady dwóch w/w specustaw wskazują na konieczność dokonania odrębnych analiz efektywności społeczno-ekonomicznych takich rozwiązań.**
- 4. W styczniu 2020 roku zaczął obowiązywać nowy wzór zlecenia z e-potwierdzeniem. Dzięki interwencji środowisk świadczeniobiorców i świadczeniodawców oraz elastycznemu podejściu urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia do sztywnych zapisów obowiązującej ustawy, zdołano uniknąć chaosu, jaki mógł mieć miejsce szczególnie w pierwszym miesiącu 2020 roku. Jeszcze w grudniu 2019 roku postanowiono, że obligatoryjna zmiana wzoru zlecenia nastąpi później, tzn. od 1 kwietnia, dając w ten sposób wykonawcom systemu informatycznego czas na dopracowania rozwiązań.**

Wprowadzone w marcu br. obostrzenia wynikające z zagrożenia epidemicznego spowodowały z kolei, że proces informatyzacji wystawiania zleceń na wyroby medyczne uległ gwałtownemu przyspieszeniu ku zdecydowanemu

zadowoleniu pacjentów. Szczególnie cenna jest reforma potwierdzania zleceń, które wreszcie można realizować bez konieczności odwiedzania oddziału wojewódzkiego NFZ. Równie pozytywnie pacjenci oceniają możliwość wystawiania zleceń zdalnie, bez konieczności wizyty lekarskiej. Wydaje się, że istnieje duże prawdopodobieństwo utrzymania tej formuły dla dużej grupy pacjentów również po zniesieniu ograniczeń związanych z pandemią. Mając na uwadze powyższe, rekomenduje się dalsze informatyzowanie procesu wystawiania, potwierdzania i realizowania zleceń, bazując na wypracowanych w trakcie pandemii rozwiązaniach.

PROFILAKTYKA I 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 fizjoterapii NTM nie jest refundowana z budżetu państwa. Pacjenci chcąc skorzystać z treningu mięśni dna miednicy, metody biofeedback czy elektrycznej stymulacji mięśni, zmuszeni są pokryć koszty 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 antycholinergicznych. 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 to poważną barierę dla dużej części chorych, u których niepowodzeniem zakończyła się terapia za pomocą leków antycholinergicznych.

Dlatego podtrzymujemy rekomendację wprowadzenia na listę leków refundowanych nowych, sprawdzonych substancji leczniczych o różnych mechanizmach działania, w celu poszerzenia pacjentom możliwości indywidualnego dostosowania terapii. Szczególnie odczuwalny jest brak na liście leków refundowanych mirabegronu, pomimo wydania już dwóch pozytywnych rekomendacji przez 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).

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 wypisujący receptę musi w pierwszej kolejności mierzyć się z możliwościami finansowymi pacjenta zamiast optymalizować terapię.

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.

Dotychczasowe dane wskazują, iż z programu lekowego korzysta bardzo niewielka grupa osób. Są to pacjenci po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym. Liczba świadczeń realizowanych w ramach tego programu lekowego sukcesywnie maleje na rzecz gwarantowanych świadczeń szpitalnych, z których może skorzystać szersza grupa pacjentów. Dlatego rekomenduje się rozważenie likwidacji tego programu lub zmiany kryteriów kwalifikacji.

4. Od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja krzyżowa jest świadczeniem gwarantowanym dostępnym na wybranych oddziałach urologicznych i ginekologicznych.

Dostęp do tej terapii ma duże znaczenie, zwłaszcza w przypadku pacjentów z ciężkimi, opornymi na standardowe metody leczenia postaciami pęcherza nadreaktywnego, którzy dotychczas nie mieli żadnej alternatywy terapeutycznej prócz wysoko inwazyjnych zabiegów chirurgicznych. Zbyt krótko jest ta terapia oferowana aby już wyciągać wnioski i tworzyć na ich podstawie rekomendacje na przyszłość.

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. Jest to terapia szczególnie popularna wśród kobiet.

Zabiegi na wysiłkowe NTM z użyciem taśm, niosą za sobą jednak 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 zabiegowego 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. Nadal brakuje rozwiązań systemowych, które wzmocniłyby opiekę długoterminową, w tym opiekę nad pacjentem z NTM. System opieki długoterminowej w Polsce jest niejednolity i niespójnie skonstruowany. Nadal brak ustawowej 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 i ważne należy uznać cztery poniższe inicjatywy mające na celu wprowadzenie definicji „niesamodzielnosci” do polskiego systemu prawnego z zakresu zabezpieczenia społecznego:

- ukończenie projektu „PROFESJONALIZACJA USŁUG ASYSTENCKICH I OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH - NOWE STANDARDY KSZTAŁCENIA I OPIEKI”, realizowanego od 1 lipca 2017 roku 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.

2. Nadal zbyt wiele niewiadomych jest w odniesieniu do dwóch inicjatyw Prezydenta RP zgłoszonych w 2020 roku:

- **powołanie „Centrów Zdrowia 75+”,**
- **utworzenie Funduszu Medycznego.**

Z dotychczasowych analiz wynika, iż mamy do czynienia z kolejnymi rozwiązaniami cząstkowymi, jakie znamy już z ustawy „Za życiem”, czy ustawy powołującej Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, następnie przemianowany na Fundusz Solidarnościowy, za pośrednictwem którego finansowane są m.in. trzynaste emerytury. To niestety dowód, że w ślad za solidnie opracowanymi rozwiązaniami strategicznymi idą projekty aktów wykonawczych niekoniecznie z nimi zbieżne.

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