

ścią poruszania się oraz z zaburzeniami psychicznymi (możliwość nieświadomego usunięcia wkładu). Noszone są jak tradycyjna bielizna.

Prześcieradła chłonne

Stanowią dodatkowe zabezpieczenie podczas snu oraz u osób leżących.

Dodatkowe akcesoria

Uzupełnieniem gamy środków chłonnych są specjalne, wielorazowe majtki wykonane z elastycznego, przepuszczającego powietrze materiału (postać delikatnej siateczki). Przylegają ściśle do ciała, co zapewnia optymalne ułożenie wkładów. Ponadto dostępne są specjalistyczne środki do pielęgnacji okolic intymnych, które chronią skórę przed podrażnieniami i zwiększają poziom higieny intymnej.

Zasady refundacji w Polsce

Refundacja środków chłonnych przysługuje osobom z:

- chorobami nowotworowymi, których efektem jest nietrzymanie moczu,
- wadami rozwojowymi ośrodkowego układu nerwowego (przepukliny oponowo-rdzeniowe, oponowo-mózgowe),
- z postępującymi schorzeniami neurologicznymi,
- z wyciowaniem pęcherza moczowego,
- z zaburzeniami psychicznymi (choroba otępienna,



upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim).

Osobą uprawnioną do wystawienia zleceń na środki chłonne jest lekarz:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- urolog,
- neurolog,
- chirurg,
- onkolog.

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2011 pacjent ma prawo do zakupu:

- do 60 sztuk pieluch anatomicznych miesięcznie z limitem 77 zł i 100% refundacją NFZ (dotyczy NTM z przyczyn onkologicznych),
- do 60 sztuk pieluchomajtek, podkładow lub wkładów urologicznych miesięcznie z limitem 90

zł miesięcznie i 30% refundacją NFZ (dotyczy pozostałych pacjentów). Jeżeli koszty zaopatrzenia przekroczą limit miesięczny to nadwyżkę pacjent musi pokryć z własnej kieszeni. 60 sztuk miesięcznie daje średnio 2 pieluchy dziennie, realia są jednak inne. Według szacunków stowarzyszenia „UroConti” rzeczywista refundacja wynosi średnio 1 sztukę na dzień/osobę. Trudno więc mówić o zapewnieniu odpowiedniego poziomu komfortu i higieny osobistej. Organizacje działające na rzecz pacjentów NTM nieustannie walczą o zmiany w zasadach refundacji, które mają być wprowadzone najpóźniej do stycznia 2014 roku.

Przepis, który nadal obowiązuje chociaż nikt go nie chce

Anna Sulka

W dniach 19-22 września, w Katowicach odbył się XXXI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W programie kongresu, wśród licznych sesji poświęconych tematyce ginekologicznej, przewidziano również sesję uroginekologiczną, podczas której lekarze dyskutowali m.in. o problemie nietrzymania moczu oraz kontrowersyjnym wymogu (wprowadzonym przez resort zdrowia na mocy rozporządzenia z dnia 22 grudnia 2010 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością) zgodnie, z którym nim lekarz przepisze receptę na preparat stosowany w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) zobowiązany jest do skierowania pacjenta na badanie urodynamiczne, w celu potwierdzenia rodzaju nietrzymania moczu.

Sesji uroginekologicznej przewodniczył prof. Włodzisław Baranowski, wśród uczestników znaleźli się wybitni

specjaliści z Polski i zagranicy, m.in.: prof. Tomasz Rechberger (Polska), Philip van Kerrebroeck (Holandia), David Scheiner (Szwajcaria).

W trakcie sesji profesorowie wyrazili swoje zdziwienie z powodu funkcjonującego w Polsce obostrzenia narzuconego lekarzom i pacjentom przez urzędników państwowych. Prof. Tomasz Rechberger stwierdził, że zapis ten jest szkodliwy, gdyż ogranicza chorym dostęp do refundowanych leków. Prof. Baranowski, popierając zdanie swojego przedmówcy dodał, że Polska jest jedynym krajem, w którym taki przepis istnieje. Profesor van Kerrebroeck zaproponował wręcz, aby napisać w tej sprawie do Ministra Zdrowia pismo, argumentując, iż przytoczony przepis jest szkodliwy dla pacjentów.

Przypomnijmy, że już na początku tego roku dziesięciu polskich profesorów ginekologii, urologii oraz medycyny rodzinnej apelowało w liście otwartym do Ministra Zdrowia o usunięcie obowiązku wykonania badania urodyna-

micznego, jako warunku uzyskania refundacji na leki przepisywane na zespół pęcherza nadreaktywnego. Autorzy listu zaproponowali, by zamiast mnożyć niepotrzebne wydatki, poszerzyć listę o kolejne leki stosowane w leczeniu pęcherza nadreaktywnego, dając w ten sposób większy wybór lekarzom i pacjentom. Z kolei chorzy zrzeszeni w Stowarzyszeniu „UroConti” informują, że: *[...] koszt wykonania takiego badania u jednego pacjenta to ok. 1000 złotych, podczas gdy standardowa terapia farmakologiczna trwająca u pacjentów ok. pół roku, a więc całkowity koszt refundacji leków dla chorego, kosztuje NFZ (30 zł x 6 miesięczna terapia) ok. 180 zł. W ich przekonaniu taka polityka resortu zdrowia to czyste marnotrawienie publicznych pieniędzy.*

Pacjenci wskazują, że badanie urodynamiczne jest bardzo nieprzyjemne i obciążające psychicznie. Podczas diagnostyki badany musi rozebrać się od pasa w dół, następnie personel medyczny zakłada pacjentowi dwa cewniki: do odbytnicy oraz pęcherza moczowego i stopniowo po-

daje płyn. Aparatura rejestruje zmiany ciśnienia w pęcherzu moczowym, jamie brzusznej oraz pośrednio ocenę siły skurczu mięśnia wypieracza pęcherza. Specjaliści wskazują, że w wyniku tego badania może dojść do infekcji pęcherza (ryzyko wystąpienia wynosi 4-5%).

Środowisko lekarzy i pacjentów zwraca uwagę, że Agencja Ocen Technologii Medycznych, która wydała rekomendację utworzenia wspólnej grupy terapeutycznej leków stosowanych w leczeniu OAB nie zalecała wykonania badania urodynamicznego przed zaordynowaniem preparatów tego typu. Takie badanie nie jest również polecane ani rekomendowane przez żadne (polskie czy światowe) towarzystwo naukowe. Zdziwienie budzi również fakt, że resort zdrowia wprowadzając przytoczony zapis de facto wszedł w kompetencje lekarzy specjalistów. Ostateczna decyzja w kwestii wymaganej diagnostyki oraz formy terapii powinna należeć do lekarza prowadzącego, jednak w tym przypadku to urzędnicy zadecydowali na jakie badanie musi skierować specjalista swojego pacjenta.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia:

W odpowiedzi na zaistniałą sytuację resort zdrowia argumentuje, że decyzja odnośnie rozszerzenia wykazu chorób przewlekłych o nową jednostkę chorobową „Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym” miała gwarantować dostęp do świadczenia tym pacjentom, którzy odniosą najwyższe korzyści ze stosowania terapii. Sama decyzja została podjęta kilka lat wcześniej na podstawie dostępnych wówczas danych, jak argumentuje rzecznik prasowy Ministra Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia poinformowało również, że w ramach pierwszego wykazu refundowanych leków, finansowanych ze środków publicznych, refundacją zostały objęte tylko te leki i tylko w takich wskazaniach, które znajdowały się na listach leków refundowanych wydawanych w formie rozporządzeń Ministra Zdrowia na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z dnia 27 sierpnia 2004 r.).

Kolejne zmiany ogłaszane były już w formie obwieszczeń i wynikały z przepisów ustawy refundacyjnej. Zgodnie z tą ustawą wnioskodawca (producent) może złożyć do ministra zdrowia wnioski o objęcie refundacją danego leku. Według rzecznika prasowego Ministerstwa Zdrowia, przepis ten odnosi się również do produktów leczniczych objętych już refundacją, dla których wnioskuje się o nowe wskazanie.

Niekorzystne zmiany dla chorych na raka prostaty

Anna Sulka

W myśl ustawy refundacyjnej resort zdrowia ma obowiązek aktualizowania obwieszczenia refundacyjnego co dwa miesiące. Z początkiem listopada zaczęła obowiązywać szósta, ostatnia w tym roku, lista leków refundowanych. Do obwieszczenia dodano 53 nowe produkty, 11 usunięto z listy, ceny wielu preparatów uległy zmianie - często na niekorzyść pacjentów.

Taka sytuacja ma miejsce w przypadku leków hormonalnych stosowanych w terapii raka prostaty. Ceny analogów LHRH wzrosły od ok. 30 zł (Lucrin Depot 3,75 mg) do 200 zł (Eligard 45 mg). Oznacza to, że niektóre leki podrożały nawet o kilkaset procent. Pacjenci zwracają uwagę, że tak drastyczne podwyżki nie pozwalają im na kontynuację

