

Raport: Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2017

Marzena Michałek

Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2017” jest już szóstą edycją publikacji, w której przedstawiono, odnosząc się do lat poprzednich, najnowsze statystyki dotyczące kosztów związanych z nietrzymaniem moczu, ponoszonych przez NFZ i samych chorych.

W Polsce, według ostatnich szacunków, problem nietrzymania moczu może dotyczyć 4-8% społeczeństwa, czyli ok. 2,5 mln osób. W dobie starzejącego się społeczeństwa oraz nieuchronnych zmian cywilizacyjnych będzie narastał i stawał się coraz większym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce.

Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2017” składa się z dwóch części. Część I dotyczy dynamiki zmian społecznych i ekonomicznych kosztów leczenia NTM, zaś część II porusza problem sytuacji pacjentów z NTM wobec polityki refundacyjnej.

Szacunkowe koszty z tytułu zachorowalności na nietrzymanie moczu w Polsce, zaliczane do kosztów bezpośrednich (koszty badań diagnostycznych, fizjoterapii, refundacji leków, zabiegów operacyjnych, wizyt u specjalistów, pozaszpitalne koszty cewników urologicznych, pozaszpitalne koszty środków absorpcyjnych) opracowane na podstawie danych z NFZ wskazują, że Państwo poniosło znacznie niższe koszty związane z przeprowadzaniem badań urodynamicznych (efekt zniesienia warunku badania urodynamicznego - od 1 lipca 2016 roku badanie urodynamiczne nie jest już warunkiem refundacji leczenia pęcherza nadreaktywnego), które wyniosły 12 194 548 zł i były niższe o 8,61% w skali roku 2015/2016 i jest to największa oszczędność narodowego płatnika w tym obszarze.

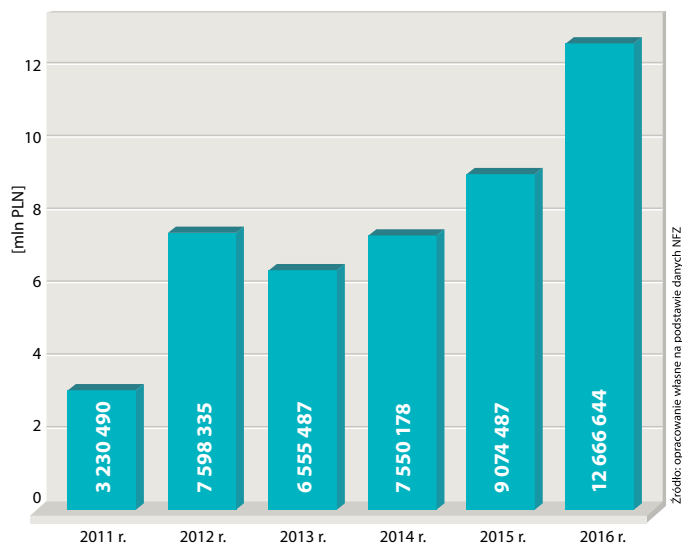
Wydatki dotyczące kosztów związanych z NTM

O 39,6% wzrosła w 2016 r. łączna kwota wydana przez NFZ na refundację leków na nietrzymanie moczu. Narodowy Fundusz Zdrowia refundował siedem preparatów stosowanych w leczeniu NTM - jeden na bazie substancji czynnej solifenacyna (Vesicare) oraz sześć na bazie substancji tolterodyna (Uroflow, Urimper, Tolzurin, Tolterodine Accord, Titlodine, Defur). W stosunku do roku 2015 liczba leków dostępnych w tej terapii nie uległa zmianie. Kwota przeznaczona przez NFZ na refundację zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii nietrzymania moczu u kobiet i mężczyzn w 2016 r., według danych NFZ, wyniosła 33 162 704 zł i była niższa r/r o ponad 1,2%. Z tytułu wizyt u specjalistów, płatnik poniósł odpowiednio koszty: w poradniach położniczo-ginekologicznych w 2016 roku 3 057 357,73 zł, a w poradniach urologicznych 1 474 739,15 zł.

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

Należy zwrócić uwagę na fakt, że od roku 2013 do roku 2016, odnotowywany jest stały, jednocyfrowy wzrost wydatków NFZ na te produkty, choć wobec wyzwań cywilizacyjnych, tempo wzrostu wydatków na środki absorpcyjne w odniesieniu do innych wyrobów medycznych należy ocenić jako powolne. Dokładne dane przedstawiające dynamikę wzrostu wydatków całej grupy wyrobów medycznych oraz udziału środków absorpcyjnych w budżecie na tę grupę świadczeń na przestrzeni ostatniej dekady ukazane są na wykresie.

KOSZTY REFUNDACJI LEKÓW NA NTM



Raport uwzględnia także koszty pośrednie ponoszone z tytułu zachorowalności na nietrzymanie moczu w Polsce (w oparciu o dane GUS oraz ZUS). W związku z brakiem nowych danych od NFZ, dotyczących pośrednich kosztów związanych z leczeniem NTM, analiza została oparta o zaktualizowane szacunkowe dane na podstawie założeń i danych zebranych w latach poprzednich. Koszty pośrednie to m.in. leczenie powikłań NTM, leczenie zaburzeń psychicznych czy koszty absencji w pracy. W 2015 roku łącznie w Polsce funkcjonowało 560 zakładów ZOL i ZPO. W tym okresie ośrodki te przyjęły 61 800 pacjentów.

Problemy związane z NTM wpływają na psychikę i znacznie obniżają jakość życia pacjentów. Szacunkowy koszt, jaki poniósł NFZ z tytułu leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM, został wyliczony w opar-

ciu o dane GUS i wynosi ok. 38,437 mln. Oszacowano, że ok. 51 659 osób z NTM mających problemy z zaburzeniami psychicznymi, w tym z depresją, korzysta z usług świadczonych przez psychologów bądź psychiatrów. Na tej podstawie szacuje się, że koszty NFZ poniesione z racji leczenia zaburzeń psychicznych u osób z NTM, wyniosły w 2015 r. 3 550 833 zł. Z kolei koszty z tytułu utraty produktywności w roku 2016 w wyniku NTM wyniosły 1,4 mld i były niższe w skali r/r o 24,2%.

Polityka refundacyjna a sytuacja pacjentów z NTM

Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2017” podsumowuje także zmiany, jakie zaszły od roku 2016 w polityce refundacyjnej wobec pacjentów z NTM. W przypadku OAB, pierwszą linią leczenia jest fizjoterapia. Obecnie w Polsce żadna forma leczenia, wchodząca w zakres fizjoterapii pęcherza nadreaktywnego, nie jest refundowana z budżetu państwa.

Leczenie OAB

W ramach farmakologicznego leczenia OAB, w Polsce refundowane są obecnie jedynie dwie substancje: solifenacy-na i tolterodyna w postaci siedmiu leków (jeden na bazie substancji czynnej solifenacyny oraz sześć na bazie substancji czynnej tolterodiny) przy 30% odpłatności pacjenta. 1 lipca 2016 r. zniesiono wymóg wykonywania badania urodynamicznego jako warunku refundacji leku zawierającego substancję czynną solifenacynę we wskazaniu: zespół pęcherza nadreaktywnego. Wymóg wykonywania badania urodynamicznego został podtrzymany natomiast dla leków zawierających inną substancję czynną - tolterodynę. Zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych, badanie urodynamiczne nie jest konieczne, aby zdiagnozować OAB. Samo badanie jest inwazyjne, wiąże się z ryzykiem wielu zakażeń oraz uszkodzeń dróg moczowych. Tak prowadzona polityka refundacyjna nie pozwala skorzystać

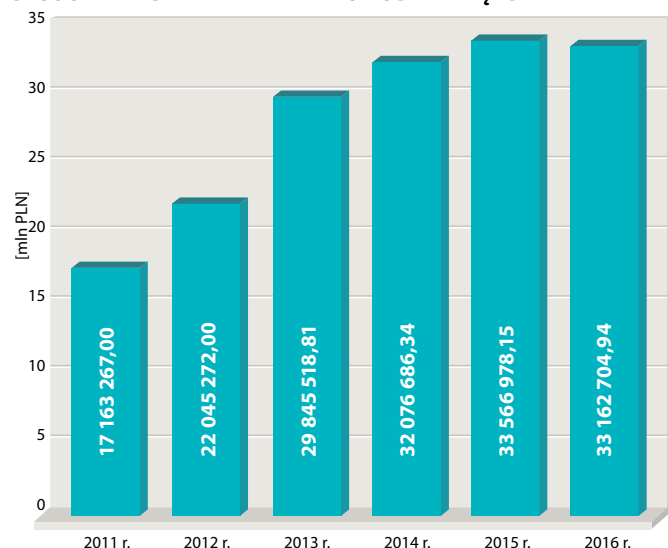
w pełni z możliwości, jakie daje współczesna farmakoterapia. Brak refundacji innych substancji stanowi poważną barierę dla dużej części chorych, u których niepowodzeniem zakończyła się terapia za pomocą wyżej wymienionych, refundowanych substancji. W polskim systemie refundacyjnym brakuje również preparatów farmakologicznych nowszej generacji, takich jak np. mirabegron, który na całym świecie jest uznawany za terapię przyszłości w leczeniu OAB. Od 1 września 2015 r. w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10: N31)”, refundacją objęta została toksyna botulinowa typu A we wskazaniu nietrzymanie moczu u pacjentów dorosłych z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym”. Od 1 września 2015 r. do końca roku 2016 wykonano 106 świadczeń (104 pacjentów) w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza”, których łączny koszt wyniósł 190 845 zł. Ekspertki szacują, że przewidywane zapotrzebowanie na implantację neuromodulatorów w Polsce może dotyczyć około 100 pacjentów rocznie. Neuromodulacja krzyżowa byłaby ostatnią szansą uniknięcia wysokoinwazyjnych zabiegów chirurgicznych, których efekty są już nieodwracalne (np. usunięcie pęcherza) - czytamy w raporcie.

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

Leczenie wysiłkowego NTM

Przy leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu, jako element leczenia zachowawczego lub wspomagającego, powinna być wdrożona fizjoterapia, która i w tym przypadku nie jest refundowana przez narodowego płatnika. W przypadku pacjentów z ciężką postacią wysiłkowego nietrzymania moczu, złotym standardem w terapii jest leczenie zabiegowe (TOT - ang. trans obturator tape) lub TVT - ang. tension free vaginal tape). Mimo dużej skuteczności tych zabiegów, 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, w związku z czym zwiększa się ilość powikłań śród- i pooperacyjnych. Jak zauważa prof. Tomasz Rechberger (kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie), ginekolog, pierwszy przewodniczący sekcji uroginekologicznej przy Polskim Towarzystwie Ginekologicznym, jednym ze sposobów polepszenia obecnej sytuacji byłoby powstanie ośrodków referencyjnych, specjalizujących się w wykonywaniu zabiegów z użyciem taśm, gdzie

KOSZT REFUNDACJI ZABIEGÓW OPERACYJNYCH STOSOWANYCH W TERAPII NTM U KOBIET I MĘŻCZYZN



byłyby przeprowadzane przez lekarzy wyspecjalizowanych w tego typu zabiegach. Innym możliwym rozwiązaniem, poprawiającym obecną sytuację w zakresie wszczepiania taśm, mogłoby być także certyfikowanie tzw. umiejętności uroginekologicznych.

Zaopatrzenie w środki absorpcyjne

Jeśli chodzi o zaopatrzenie w środki absorpcyjne przedstawiciele organizacji pacjenckich wielokrotnie formułowali pogląd, że zmiany w systemie refundacji środków absorpcyjnych są potrzebne. Jednakże, powinny być przeprowadzane stopniowo, tak aby poprawiać system, a nie go likwidować. Nowy projekt ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wprost stwierdza w ocenie skutków regulacji, że wydatki narodowego płatnika na grupę wyrobów medycznych pozostaną na dotychczasowym poziomie, czyli wielokrotnie niższym, niż wydatki publiczne na wyroby medyczne w krajach Grupy Wyszehradzkiej.

Alternatywą dla dalszych zmian, zbliżających Polskę do poziomu krajów sąsiednich jest nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia, za pomocą której można poprawiać limity, kryteria chorobowe osób uprawnionych do refundacji wyrobów medycznych oraz listę osób uprawnionych do ich wypisywania.

Podsumowanie

- W Polsce zauważalny jest problem braku komunikacji na linii pacjent - lekarz (lekarz POZ, lekarz rodzinny, lekarz ginekolog oraz pacjent - pielęgniarka/położna) i co za tym idzie, wiedzy chorego na temat profilaktyki i leczenia nietrzymania moczu.
- Pierwszymi osobami, które powinny zdiagnozować i odpowiednio pokierować pacjenta z NTM, są pielęgniarka i lekarz POZ. Od ich decyzji często zależą dalsze etapy terapii.

- W zależności od lekarza specjalisty, do którego trafi pacjent z NTM, wdrażane jest inne postępowanie terapeutyczne. Brakuje holistycznego podejścia do problemu.
- Od ponad roku trwają w Polsce prace legislacyjne nad projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Jedną z ważniejszych zmian, jest wprowadzenie do refundacji wyrobów medycznych (w tym środków absorpcyjnych odpowiadających za utrzymanie higieny skóry), zasad analogicznych do obowiązujących w refundacji leków.
- Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z maja br. przyniosła zmiany w zakresie listy osób uprawnionych do samodzielnego wypisywania refundowanych środków absorpcyjnych, w której uprawnienia nabyli wszyscy ginekolodzy i położnicy oraz pielęgniarki posiadające II stopień specjalizacji.
- Jako „złoty standard” w leczeniu OAB określa się farmakoterapię realizowaną za pomocą leków antycholinergicznych. Niestety w Polsce, na liście leków refundowanych w terapii OAB, znajdują się jedynie dwie substancje (solifenacyna i tolterodyna).
- Polski system refundacji nadal nie oferuje możliwości skorzystania z małoinwazyjnego i odwracalnego zabiegu, jakim jest neuromodulacja nerwów krzyżowych, pomimo że jest ona z sukcesem stosowana jest na całym świecie od ponad 20 lat.
- 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.
- Brakuje rozwiązań systemowych, które wzmocniłyby opiekę długoterminową, w tym opiekę nad pacjentem z NTM.

DYNAMIKA ZMIAN BUDŻETU NFZ NA WYROBY MEDYCZNE I ŚRODKI ABSORPCYJNE

