

DOBROSTAN A EDUKACJA

ROZDZIAŁ XIII

Department of Gastrointestinal & General Surgery Silesian Piasts'
University of Medicine in Wrocław
Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

KRYSTYNA MARKOCKA-MĄCZKA, KRZYSZTOF GRABOWSKI,
RENATA TABOŁA

Choroby przewlekłe – problem XXI wieku

Chronic illness – the XXIth century problem

Trudno uniknąć choroby swojego stulecia
Stendhal (wł. Marie-Henri Beyle; 1783-1842)

Słowa kluczowe: choroby przewlekłe, definicja, aspekt psychiczny

Key words: chronic illness, definition, psychological aspect

Do połowy XX wieku najczęstszą przyczyną zgonów były choroby o ostrym przebiegu takie jak choroby zakaźne, szczególnie wieku dziecięcego, ale także gruźlica, zapalenia płuc, zapalenia otrzewnej o różnej etiologii. Poprawa warunków sanitarnych – dostęp do wody zdatnej do picia i zastosowanie kanalizacji w aglomeracjach miejskich, szczepienia ochronne, wprowadzanie kolejnych antybiotyków i leków bakteriostatycznych spowodowały znaczne zmniejszenie śmiertelności z powodu chorób zakaźnych. Postęp medycyny oraz zdecydowana poprawa warunków życia w krajach wysoko rozwiniętych spowodowały znaczne wydłużenie średniej życia. Obecnie najczęstszą przyczyną zgonów są choroby przewlekłe, do czego przyczyniła się, oprócz wydłużenia życia, specyfika chorób przewlekłych często rozwijających się długo z nikłymi początkowymi objawami nieskłaniającymi do diagnostyki i leczenia. W ostatnich dziesięcioleciach część chorób przewlekłych ma znamiona chorób cywilizacyjnych wynikających z niewłaściwego trybu życia, braku aktywności fizycznej, sposobu odżywiania się, stosowania używek oraz postępującego zanieczyszczenia środowiska [16, 19]. Zwiększenie częstotliwości występowania chorób przewlekłych jest także związane z rozwojem medycyny. Wiele chorób, których rozpoznanie przed laty oznaczało wyrok śmierci, obecnie jest długotrwale leczonych i ich status uległ zmianie z choroby śmiertelnej na chorobę przewlekłą [10].

DEFINICJA CHOROBY PRZEWLEKLEJ

Najprostsza definicja choroby przewlekłej to choroba charakteryzująca się długim czasem trwania i wolnym postępem zmian chorobowych, jednak w piśmiennictwie spotykane są nieco różniące się od siebie określenia. Określana bywa również jako:

- zaburzenie o długim okresie trwania, które może być postępujące i o złym rokowaniu lub też związane z relatywnie normalnym biegiem życia pomimo nieprawidłowości występujących w fizycznym lub psychicznym funkcjonowaniu
- niekorzystny stan, który trwa dłużej niż trzy miesiące w roku lub wymaga ciągłej hospitalizacji co najmniej przez jeden miesiąc
- choroba, która trwa przez znaczny okres lub ma charakter nawracający, to znaczy w długim czasie następują kolejne rzuty choroby
- trwałe, nieodwracalne, postępujące zmiany uszkadzające ustrój, obniżające permanentnie jego wydolność i sprawność, głównie w tzw. stanach ostrych, ale także i przewlekłych, jako jeden i ten sam ustawicznie trwający proces wyniszczania [19].

Najprecyzyjniejsza wydaje się definicja przyjęta przez Amerykańską Komisję ds. Chorób Przewlekłych (The National Commission on Chronic Illness) według, której za przewlekłe uznaje się zaburzenia lub odchylenia od normy posiadające jedną lub więcej z następujących cech: mają długotrwały przebieg, ich etiologia, przebieg i leczenie nie są jednoznacznie określone, pozostawiają po przejściu dysfunkcję lub niepełnosprawność, wymagają specjalistycznego postępowania rehabilitacyjnego, nadzoru, obserwacji lub opieki [14].

ISTOTA CHOROBY PRZEWLEKLEJ

Chorobę przewlekłą od ostrej można odróżnić na podstawie kilku kryteriów – przyczyn, przebiegu, istoty choroby, konsekwencji i przebiegu leczenia [19]. Choroby przewlekłe są nieuleczalne, trwają całe życie i na poszczególnych etapach konieczne są różne metody leczenia, intensywniejsze w okresach zaostrzeń (od farmakoterapii nawet do leczenia operacyjnego), a w okresach remisji na pierwszy plan wysuwa się zdrowy styl życia, rehabilitacja, a czasem po prostu opieka sprawowana przez osoby drugie.

Choroby przewlekłe są przyczyną zgonów, które następują wcześniej niż u osób bez choroby i wcześniej niż w typowym wieku życia. Przyjmuje się, że na obecnym rozwoju cywilizacji i opieki zdrowotnej wiek ten wynosi 75 lat i każdy zgon, który nastąpił wcześniej jest zgonem przedwczesnym [17].

Obecnie uznaje się za choroby przewlekłe około 150 jednostek chorobowych.

Do najistotniejszych schorzeń przewlekłych należą:

- choroby układu krążenia
- choroby mózgowo-naczyniowe
- przewlekłe choroby układu oddechowego
- nowotwory

- cukrzyca
- reumatoidalne zapalenie stawów
- choroby psychiczne
- choroby autoimmunologiczne
- padaczka
- osteoporoza
- otyłość
- stwardnienie rozsiane
- HIV/AIDS.

Listę chorób przewlekłych i związaną z tym refundację leków w Polsce publikuje Dziennik Ustaw, jako rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Ulega ona zmianom, bowiem kolejne schorzenia są uznawane za przewlekłe lub precyzowane są warunki uznania schorzenia za przewlekłe. Pełną listę zawiera załącznik nr 1. Jak z niej wynika, nie wszyscy chorzy cierpiący na choroby przewlekłe mogą korzystać z ulg przy kupnie leków.

PSYCHICZNE SKUTKI CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH

W zależności od wielu czynników takich jak wiek, rodzaj choroby i jej ciężkość, życiowe doświadczenie, czy wykształcenie pacjenci różnie reagują na rozpoznanie choroby przewlekłej, ale u zdecydowanej większości można wyróżnić pewne charakterystyczne fazy stosunku do swojego schorzenia wywołane stresem związanym z rozpoznaniem. Początkowo dominuje niedowierzenie, zdziwienie, czasem irytacja lub złość, ale brakuje pełnej świadomości choroby. Drugi etap to jest oczekiwanie poprawy wskutek intensywnego leczenia. Pacjent jest już świadomy choroby albo istnienia niepełnosprawności, ale traktuje sytuację, jako okres przejściowy. W tym czasie poszukuje informacji o metodach i wynikach leczenia, a każdą poprawę samopoczucia interpretuje na swoją korzyść. Kolejną fazę najczęściej rozpoczyna sytuacja, w której chory musi zmierzyć się z jakimś zadaniem, które dotychczas nie sprawiało trudności, a w tej chwili wydaje się nie do wykonania. Często ten moment występuje po powrocie do domu z leczenia szpitalnego. Nazywany bywa okresem lamentu. Może wtedy dochodzić do utraty poczucia sensu życia, skłonności do izolacji, bierności, dużego pesymizmu, a nawet mogą wystąpić tendencje samobójcze. Pacjent może manifestować wrogość, agresję lub postawę roszczeniową. Czas trwania tego okresu bywa różny, może nawet być długi, a najlepszym sposobem wychodzenia z niego jest aktywizacja pacjenta, w dużej mierze zależna od otoczenia – rodziny czy opiekunów. Chodzi tu o takie formy aktywizowania, aby podnieść samoocenę chorego i przekonać go, że niepełnosprawność jest sytuacją do pokonania i realizacja zamierzeń jest dalej możliwa. Dalej następuje okres obrony zdrowej lub neurotycznej, te etapy mogą wystąpić jeden po drugim albo tylko jako jedna forma obrony. W okresie obrony zdrowej występuje świadomość ograniczeń związanych z chorobą, ale pacjent nabywa przekonania, że sytuacja utrudnia, ale nie umożliwia realizacji celów takich jak począwszy od samodzielności w życiu codziennym do podjęcia dalszej pracy zawodowej. W obronie neurotycznej chory ma obniżoną świadomość swoich ograniczeń i nie zważa na nie. Końcowym okresem jest okres

przystosowania się, który polega na zaprzestaniu postrzegania choroby jako przeszkody w realizacji zadań [7, 12].

W psychologii istnieją różne definicje zdrowia i choroby. W modelu holistycznym rozumienie zdrowia i choroby jest szersze niż w modelu biomedycznym i sprowadza się do stwierdzenia, że zdrowie to nie jedynie sprawność systemu biologicznego, lecz stanowi stan dynamicznej równowagi wielu systemów obejmujących biologiczne, psychiczne i społeczne funkcjonowanie jednostki. Tak więc to, że człowiek ma jakieś schorzenie somatyczne, nie decyduje jeszcze o tym, że jest on chory. Jeżeli bowiem subiektywnie czuje się dobrze i może realizować swoje cele życiowe, wówczas w modelu holistycznym ktoś taki będzie uznany za osobę raczej zdrową [5]. Jest to dość przewrotny model zdrowia, ale stanowi pewną analogię do okresu przyzwyczajania się pacjenta do choroby przewlekłej.

Zmiany związane ze sferą psychologiczną i społeczną, polegające na zmniejszeniu się uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym (dezaktywizacja zawodowa) mogą dodatkowo zwiększać występowanie chorób lub nasilać ich objawy. W krajach rozwiniętych skutki takiego zjawiska starzenia się populacji spowodowały rozwój koncepcji zwanej „starzeniem się w zdrowiu” (ang. *healthy ageing*). Amerykańska Agencja ds. Kontroli Chorób i Prewencji (Center of Disease Control and Prevention) tłumacząc to pojęcie, określa je jako: „pomaganie ludziom żyć długo i produktywnie oraz cieszyć się zdrowiem dobrej jakości” [16].

JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBAH PRZEWLEKŁYCH

Konsekwencje chorób o przewlekłym przebiegu są złożone i dotyczą różnych sfer funkcjonowania. Przede wszystkim są przyczyną narastającego dyskomfortu fizycznego i psychicznego chorego, wynikającego z doświadczanego bólu, cierpienia, postępującego ograniczenia lub utraty funkcji, ale także stwarzają problemy praktyczne - generują rosnące koszty sprawowania opieki specjalistycznej, zwiększają poziom świadczeń z zakresu zabezpieczenia społecznego. Czułym miernikiem efektów stosowanego leczenia i oczekiwań chorych jest parametr „jakości życia”. Według definicji WHO (World Health Organization) jakość życia jest to indywidualna percepcja postrzegania przez jednostkę pozycji życiowej w odniesieniu do kręgu kultury i systemu wartości – przy uwzględnieniu jej własnych aspiracji, pragnień, zainteresowań i standardów [4].

Choroba przewlekła jest sama w sobie źródłem negatywnych napięć i emocji i jako taka w sposób predykcyjny generuje niższą jakość życia. Jednak z niektórych badań wynika, że obiektywne wyznaczniki poziomu życia nie przekładają się wprost na wysoką lub niską jakość życia. W badaniach dotyczących skutków chorób przewlekłych coraz częściej odchodzi się od wyłącznie biomedycznego modelu oceny stanu zdrowia. W holistycznym podejściu do problemu zdrowia wartość oceny zostaje wzbogacona o subiektywne stany, o których należy sądzić, że mogą mieć istotne znaczenie dla całokształtu sytuacji życiowej chorego. W efekcie pomiędzy rozpoznaniem dokonanym obiektywnie, a oceną chorego, mogą zachodzić i zwykle zachodzą, znaczne różnice [14].

Zróznicowanie w zakresie etiologii, przebiegu i konsekwencji oraz sposobów leczenia poszczególnych chorób przewlekłych skutkuje odmiennymi wymaganiami stawianymi przez chorobę oraz różnego typu problemami w funkcjonowaniu i przystosowaniu się do niej chorych i ich rodzin [15].

Choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce, ale schorzenia takie jak udary mózgowo, cukrzyca i jej powikłania, stwardnienie rozsiane, otępienie starcze, choroba Alzheimera, reumatoidalne zapalenie stawów czy przewlekła choroba obturacyjna płuc prowadzą do długotrwałej niepełnosprawności, znacznego pogorszenia jakości życia, a w skrajnych przypadkach wymagają od rodziny całodobowej opieki nad chorym lub umieszczenia go w zakładzie opiekuńczo -lecniczym [1, 2, 3, 4, 6, 11, 13, 14, 18].

Od niedawna za chroniczne schorzenie uznaje się przewlekłą chorobę nerek (PChN). Ta ostatnia choroba jest wyjątkowa, ponieważ może być powikłaniem wszystkich pozostałych chorób przewlekłych, od otyłości samej w sobie oraz w powiązaniu z cukrzycą począwszy, poprzez nadciśnienie tętnicze, po choroby sercowo-naczyniowe [8].

Specyfiką chorób przewlekłych jest to, że wymagają one dwukierunkowych działań. Z jednej strony niezbędna jest fachowa pomoc medyczna, zmniejszająca zagrożenie życia, z drugiej – inne specjalistyczne interwencje (np. psychologiczne), mające na celu ułatwienie osobie chorej adaptacji do nowej, często zmienionej sytuacji życiowej. Pomoc medyczna przeważnie ograniczona jest do krótkich interwencji, najczęściej odbywających się w szpitalach w okresach rzutu choroby. Z kolei pomoc psychologiczna powinna być rozciągnięta na całe pozaszpitalne życie chorego i mieć miejsce głównie w okresie remisji choroby. Bowiem w obliczu choroby człowiek uruchamia różne zachowania ukierunkowane na radzenie sobie z nią. Najkorzystniejsze efekty przynoszą wypracowane przez pacjenta zachowania aktywne, związane z poszukiwaniem informacji i realnym odnoszeniem się ich do swojej sytuacji, nastawione na kontrolę stanu rzeczy i przezwyciężanie choroby [9].

PODSUMOWANIE

Wydaje się, że najistotniejszą przyczyną narastania w XXI wieku liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi jest starzenie się populacji, gdyż częstość ich występowania zdecydowanie wzrasta wraz z wiekiem, a gwałtownie po ukończeniu 50. roku życia. W tej grupie wiekowej, na chociaż jedną chorobę przewlekłą uskarża się ponad 80% osób. Wśród innych przyczyn pojawienia się chorób przewlekłych wskazuje się: ubóstwo, nadmierną urbanizację i niesprzyjające warunki życia, zanieczyszczenie środowiska naturalnego, niski poziom wykształcenia i powiązany z nim brak wiedzy o zdrowiu, sposobach jego utrzymania, monitorowania i postępowania w sytuacji wystąpienia choroby, brak dostępu do usług medycznych oraz brak rehabilitacji po przebytej chorobie, a także stres psychologiczny towarzyszący funkcjonowaniu w nowoczesnych społeczeństwach. Jednak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przekonuje, że można zmniejszyć zachorowalność na choroby przewlekłe eliminując czynniki ryzyka takie jak otyłość, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej czy niewłaściwą dietę.

PIŚMIENNICTWO

1. Ahola AJ et al. Health-related quality of life in patients with type 1 diabetes– association with diabetic complications (the FinnDianne Study). *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25(6): 1903-1908
2. Bąk-Drabik K, Ziara D. Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Pneumonol Alergol Pol* 2004; 72: 128-133
3. Geuskens GA et al. Consequences of rheumatoid arthritis for performance of social roles – a literature review. *J Rheumatol* 2007; 34(6): 1248-1260
4. Grochans E i wsp. Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(3): 542-545
5. Hołub G. Etyczna problematyka chorób przewlekłych. *Medycyna Praktyczna – etyka* 2007; 2: 165-168
6. Kłoszewska I6. Rola opiekuna chorych z otępieniem. *Pol Przegl Neurol* 2007; 3(2):105-109
7. Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2010; 2:60-69
8. Król E, Rutkowski B. Przewlekła choroba nerek – klasyfikacja, epidemiologia, diagnostyka. *Forum Nefrologiczne* 2008; 1(1): 1-6
9. Leksowska A i wsp. Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. *Folia Cardiologica Excerpta* 2011; 6(4): 244-248
10. Livneh, H., Martz, E. An introduction to coping theory and research. W: *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects.* [red. E. Martz, H. Livneh], Nowy Jork: Springer Science and Business Media 2007, 3–28
11. Łabuz-Roszak B i wsp. Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane – związek z cechami klinicznymi choroby, zespołem zmęczenia i objawami depresyjnymi. *Psychiatr Pol* 2013; XLVII(3): 433-442
12. Miniszewska J, Chodkiewicz J. Zmaganie się z przewlekłą chorobą somatyczną w świetle psychologicznej koncepcji stresu. *Przegl Lek* 2013; 70(7): 448-453
13. Mishra SR et al. Depression and health-related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Nepal. *PLoS One* 2015; 10(11): doi: 10.1371/journal.pone.0141385
14. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(4): 467-70
15. Sprangers MA et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000; 53(9): 895-907
16. Topór-Mądry R. Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2011; 9(1): 25-49

17. Walker AE. Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. *Chronic Illn* 2007; 3(3): 2012-2018
18. Wändell PE. Quality of life of patients with diabetes mellitus. An overview of research in primary health care in the Nordic countries. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23(2): 68-74
19. Ziarko M. Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 2014

STRESZCZENIE

Postęp medycyny oraz zdecydowana poprawa warunków życia w krajach wysoko rozwiniętych spowodowały znaczne wydłużenie średniej życia ludzi i obecnie najczęstszą przyczyną zgonów są choroby przewlekłe, do czego oprócz wydłużenia życia przyczyniła się specyfika chorób przewlekłych często rozwijających się długo z nikłymi początkowymi objawami nieskłaniającymi do diagnostyki i leczenia. W publikacji omówiono najczęstsze choroby przewlekłe, jakość życia i problemy emocjonalne pacjentów cierpiących na te schorzenia oraz możliwości profilaktyki.

ABSTRACT

Progress in medicine and significant improvement of everyday life conditions in highly developed countries resulted in marked prolongation of mean life span and presently the most common cause of deceases are chronic illnesses not only because of elongation of life span but also due to specificity of chronic illnesses which develop for a long period of time and from the beginning are hardly symptomatic so their diagnosis and treatment is postponed. In the publication the most common chronic illnesses, quality of life, emotional problems of the patients as well as possible diagnostic tools are discussed.

ZAŁĄCZNIK NR 1

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 28 października 2011 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

Na podstawie art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wykaz chorób dla świadczeniobiorców chorujących na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonych umysłowo, a także chorujących na następujące choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte:

- 1) akromegalię,
- 2) aktywną postać reumatoidalnego zapalenia stawów,
- 3) astmę, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli,
- 4) ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego są poddawani opioidowej terapii podtrzymującej i u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków,
- 5) chorobę afektywną dwubiegunową,
- 6) chorobę Alzheimera,
- 7) chorobę i zespół Parkinsona,
- 8) chorobę Leśniowskiego-Crohna,
- 9) choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe,
- 10) ciężką postać przewlekłej obturacyjnej choroby płuc z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1 mniejszą niż 50% oraz ujemną próbą rozkurczową,
- 11) cukrzycę,
- 12) endometriozę,
- 13) epidermolysis bullosa,
- 14) fenylketonurię,
- 15) gruźlicę, w tym również gruźlicę wielolekooporną i inne mykobakteriozy,
- 16) hipercholesterolemię LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymującą się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej,
- 17) jaskrę,
- 18) miastenię,
- 19) miażdżycę objawową naczyń wieńcowych leczoną stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom,
- 20) moczówkę prostą przysadkową,
- 21) mukowiscydozę,
- 22) nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6. roku życia oraz u młodzieży,
- 23) neuralgię popółpaścową przewlekłą,
- 24) niedoczynność tarczycy,
- 25) nowotwory złośliwe, w tym również:
 - a) neutropenię w chorobach nowotworowych,
 - b) przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych,
 - c) raka piersi i raka trzonu macicy,
 - d) raka piersi w II rzucie hormonoterapii,
 - e) raka prostaty,

- f) wczesnego raka piersi w I rzucie hormonoterapii,
- 26) osteoporozę,
- 27) padaczkę,
- 28) padaczkę oporną na leczenie,
- 29) pierwotną dyskinezę rzęsek,
- 30) przerost gruczołu krokowego,
- 31) przewlekłe owrzodzenia,
- 32) schizofrenię,
- 33) schizofrenię u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego,
- 34) schizofrenię w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego,
- 35) stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku,
- 36) stan po resekcji trzustki,
- 37) stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST, do 12 miesięcy stosowania,
- 38) stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST, do 30 dni stosowania,
- 39) stwardnienie rozsiane,
- 40) stwardnienie zanikowe boczne,
- 41) udokumentowaną niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV,
- 42) udokumentowaną niewydolność serca w klasach NYHA III – NYHA IV po udokumentowanym niepowodzeniu leczenia furosemidem,
- 43) wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce większej niż 70 mg/m² – profilaktyka,
- 44) wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I – odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia,
- 45) wrzodzące zapalenie jelita grubego,
- 46) zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięszsowych – profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110. dnia po przeszczepie,
- 47) zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergii pokarmowe, biegunki przewlekłe,
- 48) zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6. roku życia,
- 49) zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym,
- 50) żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30. dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14. dnia po przebytej alloplastyce) – prewencja pierwotna

– dla których leki i wyroby medyczne przepisuje się bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością.

§ 2. Ustala się wykaz leków i wyrobów medycznych przepisywanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością, ze względu na choroby wymienione w § 1:

- 1) wydawanych bezpłatnie, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wydawanych po wniesieniu opłaty ryczałtowej, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wydawanych po wniesieniu opłaty w wysokości 30% ceny leku albo wyrobu medycznego, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) wydawanych po wniesieniu opłaty w wysokości 50% ceny leku albo wyrobu medycznego, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 3. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia 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 (Dz. U. Nr 253, poz. 1699).

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 16 listopada 2011 r.

Minister Zdrowia: E. Kopacz

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378.

dostęp 30.01.2016 r. - <http://g.ekspert.infor.pl>

Artykuł zawiera 24810 znaków ze spacjami