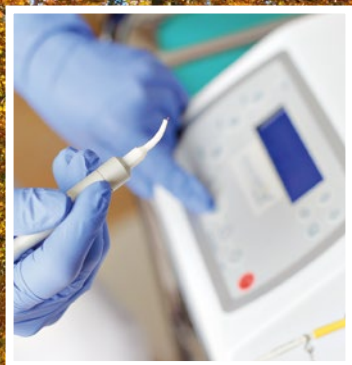


OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Dużo zapowiedzi
- rosnące obawy
pacjentów**

LECZENIE

**Laseroterapia w NTM
- czy to działa?**

WYWIAD

**Podążamy tym samym
rytmem co Europa**

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Gdzie jesteśmy
i dokąd zmierzamy**

LEGISLACJA

**Najważniejsze zmiany
w prawie**

Miało być lepiej, a jest ...

„W kwietniu minister zdrowia podpisał rozporządzenie rozszerzające wykaz świadczeń gwarantowanych w lecznictwie szpitalnym...”. Tymi słowami rozpocząłem swój felieton trzy miesiące temu. Wszyscy w redakcji byliśmy przekonani, że siedmioletnia historia wniosku o refundację neuromodulacji krzyżowej dobiegła do szczęśliwego dla pacjentów finału. Nic z tego! Okazało się, że kolejne miesiące mijają, a podpisane rozporządzenie nie może doczekać się publikacji, do której zostało skierowane zaraz po podpisaniu. Pierwsza zauważyła, że coś poszło nie tak, „Gazeta Wyborcza”. Z artykułu red. Judyty Watoty można było dowiedzieć się, że publikacji rozporządzenia tak szybko nie będzie, bo „kardiolodzy pokłócili się z neurologami” o to, kto ma wykonywać w Polsce trombektomię mechaniczną. Dla niezorientowanych jest to świadczenie, które również znalazło się w tymże rozporządzeniu. O konfliktach poszczególnych grup lekarskich wiadomo od dawna. Tym niemniej, ostatnie miesiące wskazują, że konfliktów przybywa, a może być jeszcze gorzej. Nie tylko źle świadczy to o środowisku lekarskim, ale także o urzędnikach Ministerstwa Zdrowia, którzy są odpowiedzialni za organizację konsultacji społecznych. Akurat projekt tego rozporządzenia nie był konsultowany w trybie kilku dni, jak to w ostatnich latach ma często miejsce. Tutaj wszyscy inte-

resariusze mieli aż 24 dni na przesłanie swoich uwag. Kolejne 80 dni zabrało urzędnikom ustosunkowanie się do nich i podjęcie przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia ostatecznej decyzji. Dlaczego więc dopiero teraz dowiadujemy się o problemach natury kompetencyjnej? Dlaczego nie rozstrzygnięto tego na poziomie konsultacji? Dlaczego do dzisiaj nie opublikowano przesłanych do ministerstwa opinii? Dlaczego

nie zorganizowano konferencji uzgodnieniowej?

Historia tego rozporządzenia jednoznacznie wskazuje, jak nie opłaca się ograniczać transparentności procesu legislacji. Brak przejrzystości, pośpiech, forsowanie, często wbrew interesom publicznym, partykularnych rozwiązań, będzie coraz częściej kończyło się klinczem, z jakim mamy tutaj do czynienia.

Dlatego z dużym zainteresowaniem czekam, jak rozstrzygnięta zostanie inna inicjatywa ministra zdrowia. Mam na myśli projekt rozporządzenia dotyczącego nowego wzoru zlecenia na refundowane wyroby medyczne, który szybko został szeroko skrytykowany za „wzrost niepotrzebnej

biurokracji”. Co ciekawe, intencja resortu była odwrotna, co można wyczytać w uzasadnieniu do tego dokumentu. Czyli miało być lepiej, a wyszło... jak zawsze?

Tomasz Michalek



SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Dużo zapowiedzi zmian - rosnące obawy pacjentów	4
---	---

LECZENIE

Laseroterapia w NTM - czy to działa?	8
Diagnostyka i leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego - aktualne algorytmy postępowania	11

WYWIAD

Podążamy tym samym rytmem co Europa	13
Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ	15

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Jest już kolejny raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej”	18
Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy	19

LEGISLACJA

Najważniejsze zmiany w prawie	21
-------------------------------------	----

Szanowni Państwo,

Ostatnie miesiące przyniosły wiele zmian. Mimo że były bardzo wyczekiwane przez pacjentów, nie wszystkie okazały się dla nich korzystne. Przykład? Zmiana limitu ilościowego refundowanych środków chłonnych – w ślad za jego zwiększeniem nie podniesiono kwoty refundacji, więc sytuacja pacjentów wcale się nie poprawiła. – W czerwcu otrzymaliśmy zapewnienie od wiceministra zdrowia Zbigniewa Króla, że resort przyjrzy się temu problemowi. Niestety dotychczas nic się w tej sprawie nie zadziało – poinformował redakcję Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. A biorąc jeszcze pod uwagę, że mimo obietnic, w Ministerstwie Zdrowia nie powołano dotąd zespołu ds. środków absorpcyjnych, postulaty środowiska pacjentów mogą jeszcze długo czekać na uwzględnienie. O innych zmianach, tych już wprowadzonych, ale także zapowiadanych, piszemy na str. 4 i 19.

Polecamy Państwa uwadze artykuł „Laseroterapia w NTM – czy to działa?” autorstwa dr n. med. Marty Monist (str. 8). Oprócz odpowiedzi na pytanie zawarte w tytule, znajdziecie w nim również informacje na temat aktualnych metod leczenia pacjentów z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Z kolei dr n. med. Mariusz Blewniewski przybliży algorytmy postępowania u pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (str. 11). Zachęcamy do przeczytania tego artykułu zwłaszcza osoby, które borykają się z tym problemem i chciałyby poszerzyć swoją wiedzę na jego temat.

– W toku analizy map potrzeb zdrowotnych w Polsce dla potrzeb Ministerstwa Zdrowia zaobserwowaliśmy niepokojące zjawisko utrudnionej dostępności specjalistów, którego przyczyną są m.in. wielokrotne wizyty tego samego chorego w ciągu roku u urologa. Taki chory najczęściej przychodzi ponownie po receptę lub w celu kontroli itp. W tym samym czasie chory np. z krwimoczem oczekuje kilka miesięcy w kolejce do tego samego specjalisty. Taka sytuacja jest niedopuszczalna – ocenia prof. Artur Antoniewicz, krajowy konsultant w dziedzinie urologii, w rozmowie z redaktorem naczelnym Kwartalnika NTM Tomaszem Michałkiem. Prof. Antoniewicz widzi wyjście z tej sytuacji. Jak? O tym piszemy na str. 13.

Zapraszamy również do lektury krótkiej relacji z czerwcowej konferencji „NTM 2018 – Gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy?”, zorganizowanej przez Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” (str. 19) oraz najważniejszych wniosków i rekomendacji zawartych w tegorocznej edycji raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej”.

Maja Markłowska-Dzierżak

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Dzierżak; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepela;

Konsultant medyczny: dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;

Zespół redakcyjny: Agnieszka Dokowicz, Violetta Madeja, Marzena Michałek, Kinga Olszacka;

Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;

Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** ©Fotolia www.fotolia.com;

Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa, tel.: 22 279 49 02, faks: 22 279 49 10, e-mail: ntm@ntm.pl

Infolinia:

801 800 038 (dla telefonów stacjonarnych)

22 279 49 08 (dla telefonów komórkowych)

www.ntm.pl

Wydawca: Studio PR

Realizacja Wydawnicza:

OI&O Sp. z o.o.

Druk: GREG Drukarnia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 3000 egzemplarzy.

Prenumerata: Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

Kontakt: 22 279 49 12, ntm@ntm.pl

Dużo zapowiedzi zmian - rosnące obawy pacjentów

Violetta Madeja

Od blisko 20 lat pacjenci korzystający ze środków chłonnych walczą o godne życie i zwiększenie limitów na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Pierwsze zmiany, dające nadzieję na poprawę sytuacji, przyniosło zwiększenie w marcu tego roku limitów ilościowych. W praktyce zmiana ta okazała się dla pacjentów kroplą w morzu potrzeb, a Narodowemu Funduszowi Zdrowia przysporzyła problemów z rozliczaniem refundacji.

Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti, nie kryje rozczarowania i zwraca uwagę, że od marca tego roku, kiedy doszło do zmiany przepisów związanych ze zmianą limitu ilościowego na wyroby chłonne, sytuacja pacjentów korzystających ze środków chłonnych wcale się nie poprawiła.

- Liczyliśmy na zmiany, ale de facto bez zmiany limitu finansowego możemy mówić wyłącznie o kosmetyce. W czerwcu otrzymaliśmy zapewnienie od wiceministra Zbigniewa Króla, że resort przyjrzy się temu problemowi, a przyjęte wcześniej rozwiązania nie zostały właściwie dopracowane. Niestety dotychczas nic się nie zadziało - powiedział Kwartalnikowi NTM Bogusław Olawski. Dodał, że w kwocie oferowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tj. 77 zł dla pacjentów onkologicznych oraz 65 zł dla pacjentów z innymi schorzeniami, udaje się nabyć zaledwie 27 sztuk średniej jakości wyrobów, a koszt pozostałych trzeba pokryć z własnej kieszeni.

„Wprowadzona zmiana spowodowała, że aktualnie obowiązujące limity cenowe faktycznej refundacji dla pacjenta onkologicznego (poz. 100 rozporządzenia) zostały obniżone z poziomu 1,28 zł do 0,86 zł za sztukę, a dla pacjentów pozostałych (poz. 101 rozporządzenia) z poziomu 1,05 zł do 0,7 zł za sztukę. Za tak niską kwotę można będzie kupić jedynie 90 sztuk wkładek anatomicznych, i to wyłącznie w rozmiarze „S”. Tylko zwiększenie limitu ilościowego wraz ze zwiększeniem nakładów finansowych pozwoli zagwarantować dostępność do wyrobów medycznych wysokiej jakości” - czytamy w liście pacjentów do resortu zdrowia.

Apel pacjentów do MZ

Obchodzony pod koniec czerwca Światowy Tydzień Kontynencji stał się przyczynkiem do przekazania do resortu zdrowia postulatów pacjentów zmagających się z nietrzymaniem moczu. W ocenie członków stowarzyszenia „UroConti” resort zdrowia powinien nie tylko urealnić limity cenowe na refundowane środki absorp-

cyjne do kwoty co najmniej 1,5 zł za sztukę, ale również wprowadzić jasne kryterium medyczne w postaci nietrzymania moczu, które uprawniałoby pacjentów do korzystania z refundacji.

Jak podkreślili w liście do Ministerstwa Zdrowia, NTM jest obecnie kryterium chorobowym uprawniającym do refundacji zaledwie warunkowo, a pacjent chcący skorzystać ze wsparcia finansowego państwa musi posiadać dodatkowo jedną z chorób współistniejących (wybrane nowotwory, udary, upośledzenia itp.). W efekcie z refundacji środków chłonnych nie mogą korzystać m.in. pacjenci z wysiłkowym NTM.

Jeszcze w czerwcu, odpowiadając na postulaty środowiska pacjentów, ówczesna dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia Iga Lipska podkreśliła, że wnioskowane zwiększenie limitu finansowania środków absorpcyjnych wymaga analiz związanych z ich wpływem na budżet NFZ. Z uwagi na ten ostatni czynnik, pacjenci nie mogą również liczyć na zmiany w kryteriach medycznych uprawniających do refundowanych środków absorpcyjnych. Zdaniem resortu zdrowia, uwzględnienie tylko jednego kryterium w postaci NTM mogłoby spowodować znaczny wzrost kosztów, jakie ponosiłby płatnik na realizację tego świadczenia.

- Intencją wykazu jest zabezpieczenie potrzeb wszystkich grup pacjentów w jak największym stopniu, przy uwzględnieniu możliwości finansowych NFZ. Powyższe oznacza, że nie wszystkie postulaty przekazywane przez pacjentów i ich środowiska mogą zostać zrealizowane - stwierdziła dyrektor Iga Lipska.

Niestety, dotychczas, pomimo zapowiedzi, ministrowi zdrowia nie udało się powołać zespołu ds. środków absorpcyjnych, ale jak zapewnia Krzysztof Jakubiak, dyrektor Biura Prasy i Promocji, w resorcie trwają prace nad przygotowaniem rozwiązań, które poprawią dostępność pacjentów do środków absorpcyjnych.

- Obecnie trwa etap gromadzenia danych pozwalających na przeprowadzenie analizy. Niestety, jeszcze nie otrzymaliśmy od wszystkich podmiotów niezbędnych informacji. Propozycje wypracowane w resorcie będą omawiane z Narodowym Funduszem Zdrowia, a w następnej kolejności przeprowadzone będą konsultacje z różnymi podmiotami, w tym organizacjami pacjentów - zapewnił nas Krzysztof Jakubiak.

Zamieszanie przy uprawnieniach „za życiem”

Zmiany limitów ilościowych wprowadziły również nie małą konsternację w wojewódzkich oddziałach NFZ,

Ty widzisz skórę dotkniętą przez czas,
ja widzę osobę, która poruszyła moje serce

Jak właściwie zadbać o skórę?

Pielęgnacja skóry osoby z nietrzymaniem moczu

Zmiany skórne są jednymi z najbardziej widocznych oznak starzenia. Z wiekiem skóra traci tkankę tłuszczową, staje się sucha, cieńsza i bardziej wrażliwa. Do pogorszenia jej kondycji może też prowadzić kontakt z wilgocią, mający miejsce przy nietrzymaniu moczu. Do pielęgnacji skóry seniorów używamy często zwykłych kosmetyków lub kosmetyków dla dzieci. Tymczasem na rynku dostępne są specjalistyczne kosmetyki przeznaczone specjalnie dla osób starszych.

Skóra odgrywa niezwykle ważną rolę – chroni nas przed urazami i infekcjami. Jej struktura diametralnie zmienia się wraz z wiekiem.

Najważniejszą różnicą jest to, że kiedy jesteśmy młodzi, nasza skóra ma zdolność do błyskawicznej regeneracji. Im jesteśmy starsi, tym proces ten staje się wolniejszy. U ludzi starszych skóra regeneruje się nawet do 4 razy wolniej.

To dlatego skóra osób starszych wymaga szczególnej opieki, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z nietrzymaniem moczu.

Brak właściwej pielęgnacji może prowadzić do zapalenia skóry czy nawet odleżyn, zwłaszcza u osób leżących.

3 proste kroki do zdrowej skóry osób z nietrzymaniem moczu

Krok 1 **Sucha skóra**
Aby utrzymać zdrową skórę, zacznij od oddychających produktów chłonnych, takich jak wciągane majtki chłonne **TENA Pants** dla osób chodzących lub pieluchomajtki na rzepy **TENA Slip** dla osób leżących. Oba produkty zapewniają suchość i wysoki komfort.



Pieluchomajtki
TENA Slip



Majtki chłonne
TENA Pants

Krok 2 **Oczyszczanie**
Bardzo ważne jest oczyszczanie skóry przy każdej zmianie produktu chłonnego. W tym celu użyj chusteczek nawilżanych **TENA Wet Wipe**, które są znacznie większe i wydajniejsze niż ich odpowiedniki dla dzieci. W celu skutecznego usuwania nieczystości warto sięgnąć także po piankę do mycia **TENA Wash Mousse**.



Chusteczki
nawilżane
TENA Wet Wipe



Pianka myjąca
TENA Wash Mousse

Krok 3 **Ochrona**
Osłabiona skóra osób starszych potrzebuje dodatkowej ochrony przed podrażnieniem i urazami. Zapobiegawczo nałóż na wrażliwą skórę cienką warstwę **TENA Barrier Cream**. Jeśli skóra jest już uszkodzona lub podrażniona, użyj **TENA Zinc Cream**.



Krem ochronny
z gliceryną
TENA Barrier Cream



Krem łagodzący
z cynkiem
TENA Zinc Cream



Aby dowiedzieć się więcej o produktach TENA, zapytaj farmaceutę, pracownika sklepu medycznego lub wejdź na www.tena.pl.

które w sposób różnorodny zaczęły interpretować kwestie refundacji środków chłonnych dla pacjentów korzystających z uprawnień nadanych im przez ustawę „Za życiem”. Ostatecznie, minister Łukasz Szumowski zwrócił się 27 marca do prezesa NFZ o zastosowanie korzystnej interpretacji nowelizacji rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W komunikacie, opublikowanym na stronie resortu zdrowia, zwrócono uwagę, że w przypadku, gdy pacjentowi korzystającemu z uprawnień wynikających z „Ustawy za życiem” potrzebna jest większa liczba wyrobów medycznych przysługujących miesięcznie, wówczas należy przyjąć, że takiej osobie przysługuje zwielokrotniony limit finansowy w zależności od liczby sztuk wypisanych na zleceniu.

„W związku z tym, jeżeli pacjent będzie miał większą liczbę wyrobów medycznych przepisanych przez lekarza, np. 120 sztuk, przysługiwać mu będzie podwójny limit finansowy, tj. $2 \times 90 \text{ zł} = 180 \text{ zł}$, przy jednoczesnym zachowaniu poziomów odpłatności pacjenta określonych w rozporządzeniu” – czytamy w komunikacie resortu.

Dyrektor Biura Prasy i Promocji MZ Krzysztof Jakubiak zapewnia również, że w przypadku pojawienia się jakichkolwiek informacji w zakresie różnic interpretacyjnych są one na bieżąco wyjaśniane z centralą NFZ. Jednocześnie, w połowie lipca Ministerstwo Zdrowia przychyliło się do wniosku o rozszerzenie możliwości ordynowania bez limitów wyrobów medycznych na wszystkie chore i niepełnosprawne dzieci – bez względu na czas i okoliczności powstania ciężkiego upośledzenia i niepełnosprawności. Wniosek w tej sprawie do MZ złożyło m.in. Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia (PPOZ). – *Uznaliśmy, że różnicowanie dzieci niepełnosprawnych w zależności od tego, kiedy powstało schorzenie będące przyczyną inwalidztwa lub zagrożenia życia, stanowi rażące pogwałcenie zasad równości! Naszym zdaniem to nie czas i okoliczności powstania dolegliwości zdrowotnych, ale aktualny ciężki stan zdrowia dziecka powinien być podstawą do korzystania bez limitów z wyrobów medycznych ułatwiających codzienną opiekę* – podkreśliła Bożena Janicka, prezes PPOZ.

Rząd wyciąga pomocną dłoń do niepełnosprawnych?

Od 1 lipca weszły również w życie przepisy tzw. ustawy o szczególnych rozwiązaniach dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Nowe prawo wprowadziło dla osób z orzecznym znacznym stopniem niepełnosprawności możliwość korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, a także nie-limitowanego dostępu do rehabilitacji. W sumie na leczenie i rehabilitację osób z niepełnosprawnościami NFZ przeznaczy dodatkowe 360 mln zł, co oznacza, że co czwarta złotówka z dodatkowej kwoty 1,5 mld

zł przeznaczonych na system ochrony zdrowia zostanie dedykowana na świadczenia dla tej grupy pacjentów.

Dodatkowo, ustawa o szczególnych rozwiązaniach dla osób z niepełnosprawnością, zniósła okresy użytkowania wyrobów medycznych, na których sfinansowanie do oddziałów wojewódzkich NFZ trafiło już 138,5 mln zł. Jednocześnie płatnik zapewnił, że zbiera obecnie dane dotyczące najbardziej potrzebnych świadczeń dla osób z niepełnosprawnością, tworząc listę tzw. białych plam w systemie ochrony zdrowia. Już teraz, z danych przekazywanych przez wojewódzkie oddziały NFZ wynika, że w zakresie fizjoterapii domowej i fizjoterapii ambulatoryjnej najtrudniejsza sytuacja dotyczy województw: podkarpackiego, warmińsko-mazurskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego oraz dolnośląskiego.

W ocenie Bogusława Olawskiego, ustawa o szczególnych rozwiązaniach dla osób z ciężką niepełnosprawnością, to tylko „mały plaster na dużą ranę”. Ustawa ta, w jego ocenie, przynosi zmianę wyłącznie dla marginalnej grupy pacjentów. – *Czekamy na doprecyzowanie zapisów prawa, które w sposób realny wspierałyby pacjentów z orzeczoną niepełnosprawnością* – podkreśla Bogusław Olawski.

Bez konieczności potwierdzania w NFZ

Ułatwieniem dla pacjentów, którym wydawane są zlecenia na wyroby medyczne, mają być również rozwiązania informatyczne, których wdrożenie pozwoliłoby na zniesienie obowiązku potwierdzania przez pacjentów zlecenia na wyroby w siedzibie NFZ. Zgodnie ze skierowanym do konsultacji publicznych projektem rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy, proces realizacji zlecenia zostanie z informatyzowany.

– *Nowy mechanizm usprawniający proces obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne pozwala na potwierdzenie zlecenia w formie elektronicznej już podczas wizyty pacjenta u lekarza, przez co pacjent nie będzie już zobowiązany do potwierdzenia zlecenia we właściwym oddziale NFZ* – tłumaczy Krzysztof Jakubiak.

W oczach pacjentów zmiana ta niesie za sobą ryzyko kolejnego chaosu, a w wyniku rozszerzenia zakresu informacji, jakie mają być umieszczane na zleceniu, lekarze i apteki zaczną rezygnować z wypisywania i realizacji tego typu zleceń. – *Nie rozumiemy, czemu ma służyć tak szczegółowy zakres informacji przedstawiony w nowym wzorze zlecenia, a tym samym poszerzenie biurokracji, aby wydać zwykłe pieluchomajtki. Okazuje się, że łatwiej w Polsce otrzymać refundację na leki o silnym działaniu, niż na produkt, który na pewno nie zaszkodzi, a jedynie może pomóc* – oceniła Anna Sarbak, prezes stowarzyszenia „UroConti”. Jej zdaniem nowe wzory zleceń to krok wstecz w stosunku do dotychczasowych rozwią-

zań. Nowe zasady i wzory zleceń obowiązywać będą od 1 października tego roku, kiedy to NFZ rozpocznie prace pilotażowe nad wdrożeniem narzędzi informa-

tycznych. Docelowo w całym kraju realizacja elektronicznych zleceń ma zostać wdrożona od 1 stycznia 2019 r.

Jak MZ zaleca rozliczać refundację środków chłonnych dla pacjentów korzystających z ustawy „za życiem”

Pozycja 101 - 30% udziału pacjenta

Liczba sztuk na zleceniu	cena za sztukę w sklepie	koszt całkowity w sklepie	PRZED ZMIANĄ INTERPRETACJI			PO ZMIANIE INTERPRETACJI			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	1,5	90	90	63	27	90	63	27	0
100		150	100	70	80	180	105	45	-35
120		180	120	84	96	180	126	54	-42
200		300	200	140	160	270	189	111	-49

Liczba sztuk na zleceniu	cena za sztukę w sklepie	koszt całkowity w sklepie	PRZED ZMIANĄ INTERPRETACJI			PO ZMIANIE INTERPRETACJI			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	2,5	150	90	63	87	90	63	87,00	0
100		250	100	70	180	180	126	124,00	-56
120		300	120	84	216	180	126	174,00	-42
200		500	200	140	360	270	189	311,00	-49

Pozycja 100 - 0% udziału pacjenta

Liczba sztuk na zleceniu	cena za sztukę w sklepie	koszt całkowity w sklepie	PRZED ZMIANĄ INTERPRETACJI			PO ZMIANIE INTERPRETACJI			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	1,5	90	77	77	13	77	77	13	0
100		150	85	85	65	154	150	0	-69
120		180	102	102	78	154	154	26	-52
200		300	170	170	130	231	231	69	-61

Liczba sztuk na zleceniu	cena za sztukę w sklepie	koszt całkowity w sklepie	PRZED ZMIANĄ INTERPRETACJI			PO ZMIANIE INTERPRETACJI			Różnica w kosztach pacjenta
			Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	Limit finansowy	Koszt NFZ	Koszt pacjenta	
1	2	3=2*1	4	5	6=3-5	7	8	9=3-8	10=9-6
60	2	120	77	77	43	77	77	43	0
100		200	85	85	115	154	154	46	-69
120		240	102	102	138	154	154	86	-52
200		400	170	170	230	231	231	169	-61

Laseroterapia w NTM - czy to działa?

dr n. med. Marta Monist

Oddział Ginekologii Operacyjnej Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie

Nietrzymanie moczu jest znaczącym problemem zdrowia publicznego na świecie. Przyjmuje się, że odsetek osób w populacji cierpiących na tę dolegliwość wynosi 4-8 proc. Europejskie Towarzystwo Urologiczne (ang. European Association of Urology, EAU) zwraca uwagę na inny parametr, czyli odsetek osób, u których wystąpi chociaż jeden epizod nietrzymania lub gubienia moczu przez 12 miesięcy. Jest on już wyższy i wynosi odpowiednio 25-45 proc. u kobiet i 1-39 proc. u mężczyzn.

Ze statystyk wynika, że nietrzymanie moczu występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, ponieważ predysponują do niego porody naturalne, menopauza i anatomia układu moczowego. W literaturze wymieniane są też inne czynniki ryzyka, takie jak: wiek, rodność, otyłość, zaparcia, choroby przewlekłe (cukrzyca, astma oskrzelowa), liczba i typ porodów, przebyte urazy i operacje w obrębie miednicy. Przyjmuje się, że epizody nietrzymania moczu występują u około 10 proc. populacji dorosłych kobiet [1].

W Polsce, według szacunków, problem nietrzymania moczu dotyczy około 2,5 mln osób.

Biorąc pod uwagę liczbę potencjalnych pacjentów, nie jest niczym dziwnym, że wciąż poszukuje się nowych, nieinwazyjnych metod leczenia tego schorzenia, a pacjenci śledzą na bieżąco najnowsze trendy terapeutyczne. Dlatego metoda bezbolesna, dostępna dla wszystkich, niewymagająca długotrwałej hospitalizacji ani zabiegów chirurgicznych naruszających ciągłość tkanek organizmu, dająca długotrwały efekt, jaką jest szeroko promowana i już od kilku lat dostępna laseroterapia, jest zarówno dla pacjentów, jak i leczących ich lekarzy ciekawą alternatywą.

Laseroterapia w medycynie

Wykorzystanie laseroterapii w medycynie ma ponad 50-letnią historię. Jej istotą jest działanie wiązki światła na określony obszar ciała, tak aby absorpcja (pochłanianie) promieniowania była skuteczna, a zamiana energii światła laserowego na inny rodzaj energii wywoływała pożądany efekt terapeutyczny. W zależności od typu lasera, jego ustawień, czasu naświetlania oraz powierzchni, na której przeprowadzany będzie zabieg, laseroterapię możemy wykorzystywać do różnych celów. Ogólna zasada obrazująca reakcje zachodzące pod wpływem lasera jest zgodna z prawem Arndta-Schul-

za opisującym efekt zależny od dawki, które mówi, że słabe bodźce pobudzają aktywność biologiczną, silne ją opóźniają, a bardzo silne mogą ją hamować [2].

Dzięki swoim właściwościom, promieniowanie laserowe znalazło zastosowanie w chirurgii, onkologii, okulistyce, ginekologii, ortopedii, stomatologii, dermatologii i medycynie estetycznej. Od momentu, gdy stało się wiadomym, że użycie energii laserowej może zmieniać strukturę kolagenu poprzez jego kurczenie (wzrost temperatury napromienianej tkanki niszczy wiązania krzyżowe potrójnej helisy tropokolagenu) oraz inicjować jego tworzenie się de novo, a przez to poprawiać jędrność tkanek, zastosowano ją do leczenia w medycynie estetycznej. W krótkim czasie, biorąc pod uwagę, że kolagen jest podstawowym białkiem struktur łącznotkankowych dna miednicy (stanowi około 80 proc. białek powięziowych) oraz to, że u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu stwierdzono zmniejszoną koncentrację kolagenu w powięzi łonowo-szyjkowej oraz w przedniej ścianie pochwy, podjęto próby wykorzystania tego samego zjawiska biofizycznego i zastosowaniu laseroterapii w leczeniu dolegliwości uroginekologicznych.

Leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu - algorytmy postępowania

W obowiązującym algorytmie leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu najpierw zaleca się modyfikację stylu życia, zmniejszenie masy ciała, świadomą gospodarkę płynową, a pierwszą linią leczenia jest postępowanie zachowawcze - ćwiczenia mięśni dna miednicy, leczenie elektrostymulacyjne albo biofeedback dla pacjentek, które nie są w stanie wygenerować aktywnego skurczu mięśni dna miednicy. Mimo że skuteczność tych metod jest uznana, nie przynoszą one poprawy długoterminowej z powodu braku systematyczności pacjentów, odpowiedniego wsparcia i poradnictwa.

Gdy zawodzi leczenie zachowawcze, wdraża się leczenie chirurgiczne, którego złotym standardem jest założenie taśmy pod środkowy odcinek cewki moczowej na równi z kolposuspensją sposobem Burcha lub założenie slingu autologicznego.

Kolejną propozycją jest ostrzyknięcie cewki moczowej preparatami uszczelniającymi ją, tzw. bulking agents, które jednak cechują się mniejszą skutecznością w porównaniu z taśmami oraz koniecznością powtarzania zabiegów.

Leczenie chirurgiczne, w przeciwieństwie do postępowania zachowawczego, jest obarczone ryzykiem wystąpienia powikłań, takich jak: krwawienie (0,2-4 proc.), uszkodzenie pęcherza moczowego lub cewki moczowej (0,6-4,9 proc.), zaburzenia oddawania moczu (3,8-7,2 proc.), parcia nagłace de novo (do 8 proc.), erozja taśmy i ból w okolicy pachwinowej (2 proc.). Większość z nich można wyeliminować, stosując prawidłową technikę zabiegu, który przeprowadza doświadczony chirurg w ośrodku zajmującym się leczeniem nietrzymania moczu.

Analiza sytuacji kliniczno-marketingowej

Pomimo obowiązujących algorytmów postępowania w wysiłkowym nietrzymaniu moczu (laseroterapia nie jest w nich umieszczona), na przestrzeni kilku lat dzięki szerokiej popularyzacji laseroterapii w urologii, metoda ta zyskała zwolenników zarówno wśród lekarzy, jak i udręczonych chorobą oraz obawami przed działaniami niepożądanymi chirurgii klasycznej pacjentów.

W bazie danych Pubmed można znaleźć 30 pozycji piśmiennictwa dotyczących zastosowania laseroterapii w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu oraz regeneracji ścian pochwy, publikowanych od 2015 roku. Nad ich jakością i znaczeniem klinicznym należy się uważnie zastanowić. Przeprowadzono dotychczas kilkanaście badań obserwacyjnych, w tym dwa ważne prospektywne z podwójnie ślepą próbą, porównujące laseroterapię i estrogenową terapię dopochwową (drugie badanie jest nieukończone - nadal trwa rekrutacja pacjentów).

W 2017 roku ukazał się przegląd powyższego piśmiennictwa, poddający ocenie przeprowadzone badania skuteczności laseroterapii w leczeniu nietrzymania moczu. Przegląd ten obejmował 12 badań, w których leczeniu nietrzymania moczu poddano 760 pacjentek. Mimo zawsze pozytywnych wyników analizowanych badań, autorzy przeglądu informują, że żadne z nich nie było badaniem randomizowanym, które ma największą wartość wnioskotwórczą. Badacze w powyższym przeglądzie wykazali niską jakość metodologiczną

prac (na poziomie 3b i 4 Oxford Level Evidence), błędy statystyczne, brak grup kontrolnych lub porównania z innymi uznanymi w algorytmach metodami leczenia nietrzymania moczu, co w związku z tym nie pozwala wysnuć wiążących wniosków na temat tej nowej metody terapeutycznej. Autorzy proponują przeprowadzenie dobrze skonstruowanych metodologicznie badań (z randomizacją, porównujących laseroterapię z placebo lub innymi standardowymi metodami leczenia nietrzymania moczu, z długim czasem obserwacji skuteczności i bezpieczeństwa), które dostarczą niezawodnych i dobrej jakości niepodważalnych wyników, aby uznać tę metodę jako leczniczą [3].

Pomimo niskiej jakości danych medycznych, przemysł rozwija się w zawrotnym tempie, a środowisko lekar-



Fot. #166694464 © smartlightstudio - fotolia.com

skie wydaje się mu ulegać, nie bacząc na konsekwencje medyczno-prawne niezbadanych działań niepożądanych nowej metody leczniczej. Na rynku funkcjonuje już 15 firm rozprowadzających sprzęt do laserowego leczenia nietrzymania moczu (reklamujących laseroterapię w NTM jako metodę uzupełniającą, pozarejestacyjną) oraz ginekologii estetycznej.

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA (Food and Drug Administration - FDA) w stanowisku z 30 lipca br. ostrzega firmy przed promocją marketingową zabiegów laserowego „odmładzania pochwy”, które nazywa niebezpiecznymi i zwodniczymi metodami terapeutycznymi. W trosce o zdrowie kobiet FDA informuje, że nie jest znane pełne spektrum działań niepożądanych tych zabiegów oraz że jest w posiadaniu 14 raportów powikłań po nich, które obejmowały takie

dolegliwości jak: oparzenia, zbliznowacenie, długotrwały ból.

Mimo powyższych stwierdzeń, wciąż można przeczytać i usłyszeć opinie zadowolonych pacjentek i lekarzy, którzy wypowiadają się w samych superlatywach na temat zabiegu i braku powikłań.

Niewątpliwie laseroterapia w leczeniu regeneracyjnym ścian pochwy może mieć biologiczne uzasadnienie. Zmiana struktury kolagenu i pobudzenie jego produkcji de novo może wpływać na poprawę kondycji ścian pochwy. Należy jednak zastanowić się, czy efekt będzie czasowy, czy trwały i jak bardzo poważne mogą być powikłania. Natomiast w leczeniu nietrzymania moczu wydaje się, iż ważniejszą wartość ma chirur-

giczna korekcja anatomiczna, szczególnie w stopniu II i III zaawansowania tej choroby, niż doprowadzenie po zastosowaniu laseroterapii do czasowego lub trwałego obkurczenia ścian pochwy lub zbliznowacenia cewki moczowej, prawdopodobnie bez długotrwałego efektu terapeutycznego.

Podzielając zdanie Pergialiotisa i współpracowników, należy stwierdzić, że laserowe leczenie w uroginekologii można będzie uczciwie proponować pacjentkom tylko po przeprowadzeniu rzetelnych badań klinicznych, potwierdzających jego bezpieczeństwo i efektywność. Zanim badania te staną się ogólnie dostępne, laseroterapia w uroginekologii ma miejsce jedynie w badaniach klinicznych.

Piśmiennictwo:

1. Incontinence, 6th edition 2017, red. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A., 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016, s. 22.
2. http://regeneracja.poradnikzdrowie.pl/rehabilitacja/laseroterapia-wskazania-do-laseroterapii_42754.html, dostęp z dnia 16.08.2018 r.
3. Pergialiotis V., Prodromidou A., Perrea D.N., Doumouchtsis S.K. A systematic review on vaginal laser therapy for treating stress urinary incontinence: do we have enough evidence? Int Urogynecol J. 2017. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-34>.

Wiodące towarzystwa naukowe nie zalecają stosowania laseroterapii

5 sierpnia 2018 roku Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Chorobami Wulwowaginalnymi (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease - ISSVD) i Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (International Continence Society - ICS) opublikowały komentarz do stanowiska amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (FDA) w sprawie stosowania urządzeń opartych na technikach laserowych do zabiegów „odmładzania” pochwy, innych zabiegów kosmetycznych wykonywanych w obrębie pochwy, a także zabiegów ukierunkowanych na leczenie chorób pochwy oraz objawów związanych z menopauzą, nietrzymaniem moczu, czy też funkcjami seksualnymi.

Oba towarzystwa naukowe, jako wiodące w swoich dziedzinach, popierają ostrzeżenie wydane w tej sprawie przez FDA 30 lipca 2018 roku.

Obawy dotyczące stosowania metody laserowej oraz naświetlania w wyżej wymienionych zastosowaniach nie są niczym nowym i były już wcześniej wyrażane przez wielu autorów oraz wiele międzynarodowych towarzystw i stowarzyszeń.

Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Chorobami Wulwowaginalnymi poruszyło ten temat w swoich zaleceniach dotyczących chirurgii kosmetycznej żeńskich narządów płciowych. Według niego, twierdzenie, że zastosowanie metod laserowych w celu odmładzania pochwy różni się od stosowania ich w przypadku leczenia atrofii u wybranych pacjentek (postmenopauzalnych, z nowotworem piersi, przy naświetlaniach okolic miednicy) nie znajduje potwierdzenia dowodowego i jest mylące.

Niezależnie od ostrzeżeń FDA, pojawiają się głosy, że procedury laserowe stanowią opcję leczenia w przypadku kobiet cierpiących na wulwodynię i na liszaj twardzinowy. Nie znajduje to jednak potwierdzenia w badaniach naukowych i nie jest wiarygodne z biologicznego punktu widzenia.

Lekarze ponoszą etyczną odpowiedzialność za przekazywanie pacjentom dokładnych i bieżących informacji dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa innowacyjnych metod terapeutycznych, w szczególności w sytuacjach, gdy nowe metody są elementem kampanii promocyjno-marketingowej.

W oparciu o dostępne dowody naukowe, Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Chorobami Wulwowaginalnymi i Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji nie zalecają stosowania technik laserowych i technik naświetlania w leczeniu liszaja twardzinowego, wulwodynii, nietrzymania moczu, atrofii sromu i pochwy lub „odmładzania” pochwy poza odpowiednio zaprojektowanymi badaniami klinicznymi.

Diagnostyka i leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego - aktualne algorytmy postępowania

dr n. med. Mariusz Blewniewski

Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej

II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

Pęcherz nadaktywny (ang. overactive bladder - OAB), w polskiej terminologii nazywany również nadreaktywnym, jest zespołem objawów towarzyszących konieczności pilnego oddania moczu. Osoby cierpiące na to schorzenie czasami nie są w stanie dotrzeć do toalety i popuszczają mocz wcześniej. Problem dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Wiele osób nie jest leczonych, a pacjenci leczenia przerywają terapię z powodu objawów ubocznych, które występują w trakcie przyjmowania leków.

Najczęstsze przyczyny OAB

OAB ma złożoną etiologię. Charakteryzuje się grupą objawów, do których należą: oddawanie moczu w nocy, częstomocz dzienny i nagła potrzeba oddania moczu. Objawy te mogą występować bez uchwytnej przyczyny (pęcherz nadaktywny idiopatyczny), z przyczyny neurologicznej lub miogennej (nadaktywność neurogenna). Do przyczyn wpływających na czynność dolnych dróg moczowych pęcherza należą:

- łagodny rozrost prostaty,
- osłabienie dna miednicy mniejszej lub wypadanie narządu rodnego u kobiet,
- wysiłkowe nietrzymanie moczu,
- atrofia pochwy,
- schorzenia neurologiczne (np. urazy rdzenia kręgowego, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona),
- infekcje układu moczowego,
- nowotwory dolnych dróg moczowych,
- cukrzyca.

Kiedy pęcherz napełnia się moczem, jego ściany rozciągają się i nie występują parcia naglące. Zdrowy pęcherz jest w stanie zgromadzić do 500 ml moczu. W przypadku OAB pęcherz przesyła informacje do mózgu już przy znacznie mniejszym wypełnieniu. Skurcz mięśni pęche-

rza powoduje, że w przypadku słabszych mięśni miednicy mniejszej mocz wydostaje się na zewnątrz, a chory nie może nad tym zapanować.

Jak rozpoznaje się OAB?

Rozpoznanie OAB opiera się na dokładnie zebranych wywiadzie lekarskim dotyczącym objawów związanych z gromadzeniem i wydalaniem moczu. Lekarz powinien dowiedzieć się, jakie leki przyjmuje chory, na co ma alergię, czy pali papierosy, spożywa alkohol oraz zebrać dane



Fot. #179353469 © Voyagerix - fotolia.com

na temat wcześniejszych ciąży i zabiegów operacyjnych. Obiektywnym narzędziem służącym do rozpoznania OAB oraz wykluczenia innych chorób wpływających na czynność dolnych dróg moczowych są wypełnione przez pacjenta kwestionariusze i dzienniczek mikcji. Należy zadać mu pytania o częstość oddawania moczu w dzień, w nocy, parcia naglące, epizody gubienia moczu, moczenia nocnego, ocenę strumienia moczu.

Badaniami diagnostycznymi (USG, cystoskopia, posiew moczu) należy wykluczyć schorzenia wpływające na funkcje pęcherza, przeprowadzić badanie fizykalne polegające na badaniu brzucha, wykonać badanie przez pochwę u kobiet i przez odbyt u mężczyzn. Innymi badaniami są: badanie ogólne moczu z posiewem, aby wykluczyć infekcję oraz USG z oceną zalegania moczu po

OAB objawia się jako silny skurcz pęcherza przy niecałkowitym wypełnieniu i może powodować gubienie moczu, a także częstsze chodzenie do toalety w dzień oraz budzenie się w nocy w celu oddania moczu.

mikcji, co pozwala ocenić zaleganie moczu po mikcji i wykluczyć inne patologie w pęcherzu.

Zaczynamy od leczenia zachowawczego

Leczenie polega na nauce kontroli własnych mięśni odpowiedzialnych za trzymanie moczu oraz spożyciu odpowiedniej ilości i jakości płynów.

Ćwiczenia mięśni dna miednicy polegają na stosowaniu się do instrukcji lub wykonywaniu ćwiczeń wraz z fizjoterapeutą. Ćwiczenia Kegla są przykładem ćwiczeń poprawiających funkcje mięśni dna miednicy mniejszej.

Technika treningu pęcherza polega na wydłużaniu czasu między kolejnymi oddawaniem moczu, np. co tydzień można próbować wydłużyć czas z 1 godziny do 1 godziny i 10 minut, następnie do 1 godziny i 20 minut itd. Ćwiczenia te muszą być skojarzone z techniką wyhamowania parć naglających z użyciem mięśni dna miednicy.

Redukcja spożycia płynów zawierających kofeinę wpływa pozytywnie na zdolność kontroli nad układem moczowym. Ograniczenie spożycia płynów może pozytywnie wpłynąć na objawy ze strony układu moczowego, lecz zbyt duże ograniczenie może doprowadzić do zaparć lub infekcji w układzie moczowym. Rodzaj płynów też jest bardzo ważny, ponieważ płyny z kofeiną, soki owocowe, alkohole mogą powodować występowanie objawów podrażnień pęcherza moczowego.

Innymi czynnikami wpływającymi na funkcje pęcherza są duże ilości owoców i warzyw, obniżenie wagi ciała, aktywność fizyczna.

Leczenie farmakologiczne

W leczeniu OAB stosujemy leki doustne, które poprawiają zdolność pęcherza do gromadzenia moczu. Na początku leczenia należy stosować leki przez 2-3 tygodnie, aby ocenić ich skuteczność i nasilenie objawów ubocznych, jak zaparcia i suchość w jamie ustnej. Każdy chory może odpowiedzieć różnie na dany lek, jednak celem głównym leczenia jest znalezienie leku o najwyższej skuteczności i jak najmniejszym nasileniu objawów ubocznych. Duże nadzieje pokłada się w leku nowej generacji, zawierającym substancję czynną mirabegron, którego mechanizm działania jest inny od mechanizmu leków antycholinergicznych. Leki stosowane w leczeniu OAB to: darifenacyna, fesoterodyna, oksybutynina (refundacja tylko dla osób z SM), solifenacyna (refundacja bez konieczności badania urodynamicznego), tolterodyna (refundacja tylko po wykonaniu badania urodynamicznego), trospium jako I linia leczenia oraz mirabegron jako II linia leczenia. Alternatywnie można zastosować leczenie łączone leków o różnych mechanizmach działania na pęcherz moczowy (np. solifenacyna z mirabegronem).

Inne metody leczenia

W przypadku braku odpowiedzi na leczenie farmakolo-

giczne, możemy zastosować toksynę botulinową, stymulację nerwu strzałkowego lub neuromodulację nerwów krzyżowych.

Toksyna botulinowa jest jedną z najsilniejszych trucizn. Podawana jest w postaci roztworu, który zawiera 100-200 jednostek toksyny, do ściany pęcherza, w 20 miejsc podśluzówkowo, przy użyciu cystoskopu ze specjalną igłą. Świadczenie jest dostępne w ramach pełnej refundacji w wybranych oddziałach urologicznych i ginekologicznych.

Stymulacja nerwu strzałkowego jest techniką elektrycznego drażnienia nerwu strzałkowego w okolicy kostki. Drażniony nerw wysyła sygnał przez rdzeń kręgowy do ściany pęcherza. Leczenie to może zmniejszyć objawy OAB i trwa 12 tygodni, jednak nie jest refundowane przez NFZ, dlatego nie jest szeroko stosowane.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych polega na wprowadzeniu elektrod do otworów w kości krzyżowej i połączeniu ich z neuromodulatorem. Elektryczna stymulacja może wpływać na funkcje mięśni dna miednicy mniejszej i zmniejszać objawy OAB. Jeżeli test, trwający 2 tygodnie, przyniesie efekt, to w następnym kroku następuje implantacja ostatecznego stymulatora. Terapia należy do małoinwazyjnych i odwracalnych. W Polsce metoda ta uzyskała pozytywną rekomendację prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji do refundacji we wrześniu 2014 r. W tym roku została wpisana do katalogu świadczeń i ma być wkrótce refundowana..

Wszystkie powyższe sposoby leczenia nie znoszą całkowicie objawów. Jeżeli mamy do czynienia z OAB o typie mokrym, chory będzie wymagał zabezpieczenia się w całym okresie diagnostyczno-leczniczym za pomocą specjalistycznych produktów absorpcyjnych, takich jak majtki chłonne, pieluchomajtki czy wkładki urologiczne (częściowo refundowane w ściśle określonych jednostkach chorobowych).

Podsumowanie

Aby rozpoznać OAB, należy zebrać dokładny wywiad chorobowy, wypełnić trzydniowy dzienniczek mikcji i wykluczyć inne schorzenia dolnych dróg moczowych.

W leczeniu kluczowy jest dobór odpowiedniej terapii. Należy zacząć od leczenia zachowawczego, które można połączyć z leczeniem farmakologicznym lub zastosować tylko leczenie farmakologiczne. Warto również zwrócić uwagę na dietę, rodzaj spożywanych płynów oraz wagę ciała. OAB wymaga leczenia skojarzonego. Mimo braku możliwości całkowitego wyleczenia, dolegliwości mogą znacznie się zmniejszyć, a jakość życia może ulec znacznej poprawie.

W przypadku zdiagnozowania mieszanego NTM (wysiłkowe nietrzymanie moczu oraz nietrzymanie z parcie) leczenia należy zacząć od przeważającej dolegliwości.

Podążamy tym samym rytmem co Europa

Z prof. Arturem Antoniewiczem, konsultantem krajowym w dziedzinie urologii, rozmawia Tomasz Michałek

Nie po raz pierwszy uczestniczy Pan aktywnie w szkoleniach lekarzy rodzinnych na tematy związane z rozpoznawaniem i leczeniem chorób układu moczowo-płciowego. Przed kilku laty był Pan koordynatorem, ze strony Polskiego Towarzystwa Urologicznego, cyklu szkoleń dla lekarzy rodzinnych i lekarzy internistów, obecnie wyklada Pan w cyklu szkoleń pt. „Oblicza współczesnej interny i medycyny rodzinnej”. Jak ocenia Pan znaczenie POZ na polu problemów urologicznych?

Jestem przekonany, że - wzorem krajów rozwiniętych - kompetencje lekarzy rodzinnych będą znacząco się rozszerzać w miarę zawężania pola działania specjalistów. Dotyczy to również zagadnień urologicznych. W toku analizy map potrzeb zdrowotnych w Polsce dla potrzeb Ministerstwa Zdrowia, zaobserwowaliśmy niepokojące zjawisko utrudnionej dostępności specjalistów, którego przyczyną są m.in. wielokrotne wizyty u urologa tego samego chorego w ciągu roku. Taki chory najczęściej przychodzi ponownie po receptę lub w celu kontroli itp. W tym samym czasie chory np. z krwimoczem oczekuje kilka miesięcy w kolejce do tego samego specjalisty. Taka sytuacja jest niedopuszczalna. W celu poprawy jakości ochrony zdrowia, w szczególności zaś dla osób poważnie chorych np. na nowotwory układu moczowo-płciowego (rak nerki, prostaty, pęcherza moczowego, jądra, prącia i in.), należy zatem poszukiwać sposobów na odciążenie specjalistów urologów od chorych zgłaszających się do AOS z powodu nieskomplikowanych i potencjalnie niegroźnych stanów chorobowych poprzez pozostawienie ich pod nadzorem lekarza POZ. Chodzi m.in. o chorych z niepowikłanym zakażeniem dróg moczowych, mężczyzn cierpiących z powodu łagodnego rozrostu stercza, kobiety zgłaszające objawy pęcherza nadaktywnego, przewlekłe chorych na kamicę moczową, czy mężczyzn cierpiących na zaburzenia erekcji. Stanowią oni wielotysięczną rzeszę chorych, u których w większości przypadków rozpoznanie jest proste, a przede wszystkim może być wdrożone skuteczne leczenie farmakologiczne. Dlatego sądzę, że szkolenia z wybranych zagadnień urologicznych dla lekarzy rodzinnych, lekarzy chorób wewnętrznych, lekarzy ogólnych,

lekarzy sprawujących opiekę nad chorymi w zakładach pomocy społecznej, w tym domach później starości i w hospicjach, są bardzo potrzebne.

Z tego co pamiętam również jednym z tematów tych szkoleń jest nietrzymanie moczu u kobiet i mężczyzn.

Rzeczywiście, tematy szkoleń są dopasowywane do oczekiwań uczestników. Problem nietrzymania moczu u obojga płci nie jest w Polsce rozwiązany. Świadczy o tym m.in. fakt, że w Polsce implantowanych jest jedynie kilkanaście

sztuk sztucznego zwieracza cewki moczowej rocznie. Trzeba sobie zadać pytanie, dlaczego tak jest? Jedną z możliwych odpowiedzi jest taka, że nikt z lekarzy sprawujących opiekę nad chorym po operacji nie był w stanie wykryć problemu i pokierować nim tak, żeby trafił do ośrodka, w którym takie operacje wykonuje się na co dzień. Takich ośrodków w Polsce jest co najmniej kilka. Nie ma żadnych limitów dotyczących wykonywania tej metody, w pełni refundowanej przez NFZ od ponad 10 lat. Drugim zagadnieniem jest fakt nagminnego kierowania kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu do ginekologa, podczas gdy adresem problemu z definicji jest urolog. Krzewiąc podstawową wiedzę urologiczną, zależy nam, żeby lekarz rodzinny, po pierwsze zadał



sobie trud zbadania, czy problem nietrzymania moczu u danego pacjenta w ogóle występuje, a po drugie odpowiedzialnie pokierował chorego do leczenia specjalistycznego. Kluczem do sukcesu jest szczerza rozmowa z chorym i badanie fizykalne bez bielizny, ponieważ tylko w ten sposób można zidentyfikować obecność pieluchy, wkładki, często zapach moczu. Zachęcamy również lekarzy rodzinnych do badania mężczyzn po 50. r.ż. palcem przez odbytnicę (DRE), szczególnie wtedy, gdy skarżą się na dolegliwości ze strony dróg moczowych. Ułatwiamy rozpoznawanie typu nietrzymania moczu poprzez zidentyfikowanie nietrzymania moczu z parcia, gdzie wystarczy, oprócz dzienniczka mikcji, zadać jedno kluczowe pytanie: „Czy epizodowi gubienia moczu towarzyszy odczucie parcia na mocz, czy niepowściągliwa chęć oddania moczu, w efekcie czego dochodzi do niekontrolowanego oddania moczu?”. W razie potwierdzenia takich objawów przy

braku cech zakażenia układu moczowego, leczenie farmakologiczne solifenacyną 1x5 mg jest postępowaniem z wyboru.

W dalszym postępowaniu - o ile nie uzyska się poprawy w wyniku leczenia I rzutu, kierujemy uwagę tych lekarzy na stosowanie mirabegronu oraz toksyny botulinowej. Mając wyznaczoną ścieżkę terapeutyczną, specjaliści urolodzy są w stanie ją zrealizować, pod warunkiem jednak, że na samym początku chory zostanie odpowiednio pokierowany.

A jak to wygląda w przypadku wysiłkowego NTM?

Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet najczęściej wiąże się z zaburzeniami statyki narządu rodowego. Stąd tu właśnie, w tej dziedzinie, występuje polaryzacja poglądów, opinii, na temat tego, gdzie takie chore należy kierować. Bo nie ulega wątpliwości, że panie, u których stwierdzono zaburzenia statyki narządu rodowego pod postacią cystocele, rektocel, uretrocel, czyli zestawu wad nabytych, wynikających z zaburzeń funkcjonowania przepony dna miednicy, łączące się razem z nietrzymaniem moczu, powinny być leczone w wyspecjalizowanych ośrodkach i w ścisłej współpracy kompetentnych urologów i ginekologów. I właśnie taką wizję uroginekologii staramy się krzawić.

Panie Profesorze, to co ma zrobić pacjentka ze zdiagnozowanym wysiłkowym NTM, i podam tu konkretny przykład jednego z podwarszawskich szpitali prywatnych, która dowiaduje się, że na oddziale urologii proponuje się jej taśmy TVT lub TOT, natomiast na oddziale ginekologii leczenie laserowe. Dodam, że ceny za obydwa oferowane świadczenia są bardzo zbliżone.

Takie zestawienie mocno mnie zaskakuje, ponieważ nie bardzo sobie wyobrażam, żeby u chorej, u której występuje wysiłkowe NTM, które kwalifikowane jest do leczenia chirurgicznego, można było uzyskać porównywalne wyniki odległe za pomocą laseroterapii. Sądzę, że ten przykład ilustruje nadużywanie metod o wątpliwej skuteczności w kategoriach medycyny opartej na dowodach naukowych (evidence based medicine) przez różnorodnych świadczeniodawców. Należy do nich również bardzo spektakularny przykład nadużywania metod laserowych wzdłuż zachodniej granicy Polski przez ośrodki prowadzone przez polskich lekarzy urologów w Niemczech. Tego typu praktyki oceniam bardzo negatywnie i uważam, że nie powinny być stosowane w publicznym systemie ochrony zdrowia.

A jeżeli jest to chora, która jeszcze nie kwalifikuje się do operacji?

Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania, chora z umiarkowanym czy z początkowym stadium wysiłkowego nietrzymania moczu powinna być poddana fizykoterapii. To jest pierwszy punkt zaleceń międzynarodowych. Natomiast nie mamy jeszcze w Polsce wypracowanej dobrej tradycji do stosowania

tego rodzaju terapii, jak np. biofeedback. Ćwiczenia mięśni Kegla, powszechnie znane wśród nastolatek, na ogół nie docierają do świadomości sześćdziesięcio- i siedemdziesięcioletnich kobiet. Perspektywa wprowadzenia sobie własnych palców do pochwy i odczuwania napięcia mięśni pochwy jest, jak z mojej praktyki lekarskiej wynika, pewnego rodzaju utopią. Stąd uważam, że warte uwagi są metody fizykoterapii powszechnie stosowane w innych krajach, np. w krajach Beneluksu, Skandynawii, gdzie z chorymi można o tych problemach otwarcie rozmawiać, a one to rozumieją, współpracują, tworzą grupy terapeutyczne itp. Jeżeli ta chora ma wyjaśnione - wracając do przykładu - że zgodnie z zaleceniami trzeba zacząć od metod fizykoterapii, zmienić styl życia, zwiększyć aktywność fizyczną, zadbać o dietę, rzucić palenie, a przy okazji zaznajomić się ze swoją fizjologią, próbować ćwiczyć mięśnie miednicy mniejszej napinając je, wziąć do tego broszurę i być może poddać się laseroterapii, proszę bardzo. Ważne jest, aby tymi sposobami wzmocnić zainteresowanie chorej tym tematem, co pozwoli wyeliminować konieczność interwencji chirurgicznej u nawet 20-30% chorych.

Mamy przykłady nadużywania metody wstrzykiwania substancji obliterujących okołocewkowo zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Metody te są na ogół mało efektywne, a za to tym idzie bardziej kłopotliwe, bo utrudniają lub wręcz uniemożliwiają implantacje sztucznego zwieracza cewki. Substancja wstrzykiwana okołocewkowo w celu jej uciśnięcia, przypomina konsystencję pastę, natomiast w chwili, kiedy się chorego reoperuje, jest już czymś w rodzaju masy cementowej. Kiedy następnie takiej osobie próbuje się pomóc chirurgicznie, okazuje się, że ta masa penetruje w nieznanych kierunkach, powoduje odczyn zapalny wokół ciała obcego, nie daje się potem usunąć, bo nie jest skonsolidowana. Wszczepienie mankietu sztucznego zwieracza cewki moczowej do miejsca spenetrowanego przez te depozyty jest po prostu niewykonalne. Dlatego zwracam uwagę na fakt, że metod leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu w różnym stopniu nasilenia oraz o różnym charakterze jest wiele i trzeba je stosować zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

Jeżeli mówimy o nieodwracalnych skutkach niektórych terapii, to chciałbym na chwilę jeszcze wrócić do założenia taśm, które stały się w Polsce popularną terapią. Akurat to świadczenie jest w naszym kraju dobrze wyceńnione, refundowane w 100%, stąd liczba kobiet, które się decydują na tego typu zabieg rośnie, natomiast rośnie też niestety liczba pacjentek, które potem szukają pomocy z powodu powikłań i są poddawane reoperacjom. Najczęściej wynika to z tego, że albo taśma nie została założona prawidłowo, albo materiał, który został użyty był bardzo kiepskiej jakości, albo w ogóle nie powinna być jej zakładana tego typu taśma, bo tak naprawdę przeważał u niej

komponent nietrzymania z parcia, a nie wysiłkowe nietrzymanie moczu. Jak Pan skomentuje to zagadnienie?

Tu wchodzimy na bardzo ważne pole. Nie dysponujemy pełnymi informacjami, chociaż zamierzam przeanalizować dane Narodowego Funduszu Zdrowia pod kątem poziomu reoperacji w wysiłkowym NTM. Z pewnością pozwoliłyby one bardzo zobiektywizować ten problem, momentami niezwykle wyrazisty.

Zagadnienie związane z powikłaniami oraz nieefektywnym wszczepieniem taśmy, bo albo, tak jak pan powiedział, niewłaściwie wybrano metodę, albo niewłaściwie wybrano materiał, albo niewłaściwie wybrano sposób, to już sama technika chirurgiczna. Moment, gdzie nastąpił element niewłaściwego postępowania, jest bardzo ważny. Wiadomo, że we wszystkich metodach leczenia chirurgicznego możemy się spodziewać powikłań oraz, że metody chirurgicznie najogólniej nie są nigdy w stu procentach skuteczne. W przypadkach trudnych, powikłanych, mamy do czynienia z potrzebą powoływania ośrodków referencyjnych. Tylko w takich warunkach, kiedy ściśle współpracuje urolog i ginekolog, można rozwiązywać złożone problemy na polu zespołu wielodyscyplinarnego. Mamy przykłady operacji, w których dwa zespoły pracują jednocześnie, przykładowo zespół ginekologiczny operuje przezpochwowo, a drugi zespół urologiczny przezpęcherzowo jednocześnie u tej samej chorej. Wycięcie taśmy, albo kilku taśm „wgrzyżających się” w cewkę moczową lub w pęcherz moczowy, wnikaćcych w strukturę moczowodu, cewki moczowej, albo pęcherza nie jest rzeczą łatwą. Temat, który pan poruszył w tym pytaniu, to jest tak zwana „wyższa szkoła jazdy”. Tu, moim zdaniem, niezbędny jest zespół wielodyscyplinarny, podobnie jak w przypadkach jednoczasowych zaburzeń statyki narządu rodno i wysiłkowego nietrzymania moczu. Natomiast tam, gdzie izolowany problem dotyczy narządu rodno w postaci jego wypadania, gdzie przywrócenie właściwego umiejscowienia narządu rodno eliminuje problem, urolog nie jest potrzebny. Mam tutaj na myśli operacje laparoskopowe z użyciem siatek, którymi współcześnie najlepiej operuje się zaburzenia statyki narządu rodno, wzmacnia dno miednicy, podpira pęcherz moczowy lub macicę. Tego rodzaju rekonstrukcje miednicy wymagają kompetentnych działań na polu ginekologii rekonstrukcyjnej. Reasumując, widzę zasadnicze miejsce dla działalności urologicznej na polu nietrzymania moczu, działalności urologiczno-ginekologicznej na polu skomplikowanych, trudnych przypadków, powikłań i reoperacji, kiedy musi być zapewniona współpraca między zespołami, i izolowanych problemów na polu ginekologii rekonstrukcyjnej, w które w żaden sposób jako urolog nie interferuję.

Panie Profesorze, a jeżeli faktycznie nie uda się pomóc osobie z NTM? Co wtedy by Pan zalecił: samocewnikowanie, worki do zbiórki moczu, środki absorpcyjne?

Samocewnikowanie nie jest metodą leczenia nietrzymania moczu. Z punktu widzenia ściśle medycznego, tam, gdzie mówimy o zagrożeniu zdrowia i życia, nietrzymanie moczu nie stanowi dużego problemu. W sytuacjach skrajnych można brać pod uwagę nadpęcherzowe odprowadzenie moczu w postaci np. urostomii brzusznej. U osób starszych, obciążonych, gdy leczenie chirurgiczne nie może być stosowane, środki absorpcyjne pozostają najczęściej koniecznością.

Z nietrzymaniem moczu można żyć. Pytanie, jak ten komfort życia na tyle wysoko ustawić, żeby człowiek mógł normalnie funkcjonować?

Zdajemy sobie wszyscy sprawę, że życie z nietrzymaniem moczu osoby dorosłej jest gehenną. Dlatego zawsze należy poszukiwać sposobu rozwiązania problemu, nie zawsze jednak metodami chirurgicznymi. W razie wyczerpania innych możliwości, najlepszym rozwiązaniem dla mężczyzny jest cewnik zewnętrzny.

Czyli worek do zbiórki moczu.

To jest prezerwatywa dopasowana rozmiarem do wielkości prącia przez np. kompetentną pielęgniarkę i połączona szczelnie z workiem na mocz przymocowanym do uda. Rozwiązane skuteczne, tanie i bezpieczne.

Proszę mi powiedzieć, czy widzi Pan jakąkolwiek rolę urologa w dopasowaniu środka absorpcyjnego?

Dobre pytanie, trochę prowokacyjne. Mam pewne doświadczenia w dobieraniu środków u osób, u których problem występuje z natury urologicznej tymczasowo. Bo to dotyczy chorych po radykalnej prostatektomii, u których w pierwszej fazie po usunięciu cewnika najczęściej potrzebna jest pielucha dla dorosłych, zwykle dwie, nawet trzy na dobę, natomiast w ciągu pierwszych dni po usunięciu cewnika sytuacja poprawia się do stopnia, w którym można już przejść na wkładki. I dobór wkładek jest już zadaniem, w którym na ogół urolog, mam wrażenie, nie uczestniczy, a powinien. Przynajmniej powinno się uprzedzić chorego, jakich ma dokonać zakupów, szczególnie jeśli chodzi o rodzaj wkładek i ich chłonność.

Chodzenie dla mężczyzny w wielkiej pieluchomajtce, a w małej wkładce to jest jednak różnica.

Zdecydowanie tak. Dotknął pan bardzo interesującego zagadnienia, pewnej, nazwijmy to, logiki zdarzeń. Naszemu pacjentowi po radykalnej prostatektomii zazwyczaj towarzyszy albo małżonka, albo dziecko czy dzieci. Więc to nie jest sytuacja, w której ten człowiek jest sam. Dlatego możemy za ich pośrednictwem uświadomić, że sytuacja będzie się zmieniać, że z czasem pozwoli na zmniejszenie i liczby, i wielkości, i chłonności tych środków. I tutaj właśnie widzę rolę urologa w uświadomieniu tego procesu. Na całym świecie uznajemy, że jedna wkładka higieniczna, ta najmniejsza, stosowana u chorych po radykalnej prosta-

tektomii na okoliczność gubienia okazjonalnego kilku kropli moczu podczas kaszlu, kichania, podnoszenia ciężaru, zmiany pozycji ciała itd., to nie jest nietrzymanie moczu, mimo że formalnie definicję nietrzymania moczu spełnia. Jak wiadomo, do stanu, w którym nietrzymanie moczu przestaje się zmieniać, mija nawet kilkanaście miesięcy. Tak wynika z twardych danych naukowych. Najczęściej chory przychodzi po miesiącu, mówi: „stosuję trzy wkładki, po drugim miesiącu ciągle dwie, a po trzecim zostałem na jednej i w zasadzie jest już sucha”. To jest już ten moment, w którym to pacjent wybiera sposób zaopatrzenia.

Pozostańmy jeszcze chwilę przy pacjentach z nowotworem prostaty. Chciałbym zapytać o grupę pacjentów z zaawansowanym rakiem stercza. W przypadku tych osób, w zeszłym roku dużo się zmieniło. Minister zdrowia poszerzył program lekowy dedykowany właśnie dla mężczyzn z zaawansowanym rakiem prostaty do trzech leków: abirateronu, enzalutamidu i dichlorku radu 223. Razem z tą decyzją poszerzono też grupę lekarzy uprawnionych do realizacji tego programu lekowego o urologów. Jak Pan ocenia z perspektywy 10 miesięcy tę zmianę? Na pewno zbyt mało urologów weszło w ten program. Ten program, jak i inne programy lekowe, były przez wiele lat realizowane wyłącznie w ośrodkach onkologicznych przez onkologów. To oni nabrali wprawy organizacyjnej, to oni mają odpowiednie kadry do prowadzenia działań administracyjnych związanych z realizacją programu. Uważam, że bardzo dobrze się stało, że pojawił się tutaj wreszcie urolog. W ten sposób naśladujemy dobrą praktykę lekarską w rozwiniętych krajach Europy. Ocena stopnia zaawansowania, samo rozpoznanie choroby, mam na myśli w ogóle chorych z rakiem gruczołu krokowego oraz wybór strategii postępowania i wreszcie nadzór nad chorym, jest rolą urologa. Warto to podkreślać, żeby uniknąć jakiegoś dualizmu, który w polskich warunkach, z chwilą pojawienia się programu DiLO, skutkowało częstymi wizytami chorych z podwyższonym PSA u onkologa. To jest kompletne nieporozumienie! Wiedza urologiczna na te tematy jest pełna, kongresy urologiczne w kraju i za granicą zapewniają dostęp do najnowszych danych naukowych i wytycznych postępowania. Natomiast organizacja pozostała jeszcze ciągle na niskim poziomie. Trzeba stworzyć warunki do realizowania tych programów w ośrodkach urologicznych przez urologów.

Wspomniał Pan, że chemioterapia w sposób oczywisty jest jakby zarezerwowana dla onkologów, natomiast mówił Pan też o leczeniu nowoczesnymi lekami, właśnie w ramach programu lekowego przed chemioterapią. Czy dostęp do tylko jednego leku, abirateronu, jest wystarczający Pana zdaniem?

To się wszystko dzieje w ślad za zmieniającymi się wytycznymi międzynarodowymi. Jestem absolutnie spokojny o to, że proces zmian w Polsce odzwierciedla proces

zmian w rozwiniętych krajach Europy i podąża tym samym rytmem. Jeżeli jest trochę opóźniony, to bez wątpienia w miarę posiadania nowej wiedzy o charakterze evidence based medicine, zmian wytycznych międzynarodowych, z pewnym opóźnieniem te same zmiany docierają do nas. Spodziewam się, że niedługo dojdzie do poszerzenia możliwości leczenia enzalutamidem przed chemioterapią, najprawdopodobniej pojawią się też nowe substancje w przerzutowym opornym na kastrację raku stercza. Kiedy jednak mówimy o poszerzeniu zakresu terapii refundowanych, to musimy zwracać uwagę, jakie mamy efekty kliniczne, a jakie mamy tego konsekwencje ekonomiczne, które nie dotyczą tylko i wyłącznie kosztów związanych z zakupem leku, ale również wynikają z konieczności leczenia powikłań polekowych. Tak jest na przykład z przerzutowym rakiem nerki, gdzie skuteczność leczenia wiąże się z ważną z punktu widzenia klinicznego chorobowością. Nie mam wątpliwości, że chorzy na zaawansowane nowotwory układu moczowo-płciowego w Polsce mogą być skutecznie leczeni i to jest dowodem na znaczący postęp.

Chciałbym jeszcze wrócić do nietrzymania moczu z parcia, bo najmniej chyba czasu temu poświęciliśmy. Wspomniał Pan o istniejącym scenariuszu leczenia, gdzie po terapiach behawioralnych przychodzi czas na farmakologię. W 2011 roku pojawiło się coś takiego na liście leków refundowanych jak „zespół pęcherza nadreaktywnego”, a wraz z nią dwie substancje lecznicze: solifenacyna i tolterodyna, które są dostępne w refundacji do dzisiaj.

Jeżeli trafia chora z objawami nietrzymania moczu z parcia i te objawy są wyraziste, to według współczesnych wytycznych należy zastosować jeden z tych leków w niskiej dawce jakby „na próbę”, uświadomić chorej naturę tego problemu, spróbować rozwiązać problem za pomocą farmakoterapii, a w razie braku odpowiedzi lub niewystarczającej odpowiedzi, zastosować większą dawkę. Jeżeli to nie rozwiąże problemu, należy dołączyć inny lek, zmienić lek na inny lub zmienić strategię leczenia.

Tylko, że kolejne leki już nie są refundowane. Czy nie warto stworzyć drugiej linii leczenia farmakologicznego? Z całą pewnością tak, tym bardziej że problem dotyczy wąskiej grupy chorych. Powtórne badanie urodynamiczne prawdopodobnie byłoby kluczem do odpowiedzi na pytanie, czy pacjentki z objawami overactive bladder nieustępującymi po standardowych sposobach terapii tolterodyną, solifenacyną, stosowanymi w odpowiedniej dawce i odpowiednio długo, mają szansę być leczone mirabegronem. W razie niepowodzenia kolejnym krokiem jest toksyna botulinowa podawana dopęcherzowo.

A neuromodulacja? Może Pan powiedzieć czytelnikom, kiedy wreszcie będzie dostępna w polskich szpitalach?

Nie mam wątpliwości, że neuromodulacja korzeni nerwów krzyżowych będzie w Polsce dostępna. Nie wyobrażam sobie, żeby ta metoda mogła być stosowana w większej liczbie ośrodków niż trzy, maksymalnie pięć. Natomiast musimy zdawać sobie sprawę z tego, że tylko część z pacjentów będzie prawdziwymi beneficjentami tej metody. Między innymi z tego powodu terapia ta nie jest tak wysoko oceniana w wytycznych międzynarodowych. Opinie na temat wyników leczenia tą metodą nie są jednoznacznie pozytywne i jako argument przytacza się fakt, że być może nie wszystkim chorym właściwie zaimplementowano neuromodulator.

Czyli kryterium kwalifikacji nie było do końca dobrze określone?

I z tego powodu wprowadzono jako standard w tej metodzie implantację próbną. Pozwala ona ocenić wstępnie wyniki leczenia, dokonać regulacji położenia elektrod i wykluczyć z finalnej implantacji tych, u których neuromodulacja nie działa. I myślę, że ta druga determinanta w rozwoju tej metody w naturalny sposób będzie ograniczać jej nadużywanie, a tego obawia się płatnik. Wracając do pana pytania, to nie rozumiem do końca motywów, które stoją u podstaw wstrzymywania decyzji ministra zdrowia o włączeniu neuromodulacji do listy świadczeń gwarantowanych. Z drugiej strony, wprowadzenie tej metody do praktyki klinicznej, to poważne wyzwanie dla środowiska urologicznego, które musi się wykazać motywacją i kompetencją na etapie jej wprowadzania. To jest poważne zadanie i nie mam dziś

pewności, czy przyjdzie nam łatwo je zrealizować.

Na koniec chciałem zapytać o rolę konsultanta krajowego w dziedzinie urologii. Jakby Pan ją określił w trzecim roku sprawowania tej funkcji?

Zadania konsultanta determinuje ustawa z 2008 roku o konsultantach w ochronie zdrowia. I ona jasno pozycjonuje konsultanta jako osobę wyznaczoną do realizowania zadań adresowanych przez najszerzej pojęty resort zdrowia, do którego oprócz Ministerstwa Zdrowia i jego agend należą NFZ, AOTMiT, CEM, CMKP i wiele innych. Konsultant krajowy ma szereg obowiązków, które możemy wyczytać z tej ustawy, a które nie mają nic wspólnego z tym, jak jego funkcja jest postrzegana. Dla niektórych konsultant powinien być rzecznikiem pacjentów, dla innych reprezentantem środowiska. W rzeczywistości zaś ma realizować zadania określone w ww. ustawie. W moim przypadku współpracuję ściśle z ZG PTU, którego jestem członkiem *ex officio*, a także osobiście – z Prezesem PTU prof. Piotrem Chłostą z Krakowa, który aktywnie wspiera i umacnia rolę konsultanta krajowego w ścisłej współpracy z towarzystwem naukowym. Ufam, że współpraca ta dobrze służy urologii w Polsce, czego najlepszym przykładem jest europejski egzamin specjalizacyjny z urologii EBU lub szereg inicjatyw związanych z poprawieniem jakości świadczeń zdrowotnych na polu urologii. Przed nami poważne zmiany, wierzę, że zmiany na lepsze.

Dziękuję za rozmowę.

DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W PRZYKŁADOWE WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ

Województwo	Pieluchy i pieluchomajtki		Worki stomijne		Cewniki urologiczne		Aparaty słuchowe		Przedmioty ortopedyczne z wyłączeniem wózków inwalidzkich		Wózki inwalidzkie	
	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
dolnośląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
kujawsko -pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
lubuskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
łódzkie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
małopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
podkarpackie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
podlaskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
świętokrzyskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
warmińsko -mazurskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
wielkopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

nb - na bieżąco; bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji)

📈 - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu 📉 - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Jest już kolejny raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej”

Opracowanie Maja Markłowska-Dzierżak

Opublikowana w czerwcu siódma edycja raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2018” zawiera najnowsze dane dotyczące społecznych i ekonomicznych kosztów NTM, sytuacji pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego oraz wysiłkowym nietrzymaniem moczu oraz zaopatrzenia w środki absorpcyjne. W raporcie znalazły się również wnioski i rekomendacje, wskazujące m.in. na konieczność wprowadzenia zmian w funkcjonowaniu systemu refundacyjnego, poprawy dostępu do diagnostyki i leczenia NTM i zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz zapewnienia rehabilitacji urologicznej.

Pacjentom brakuje wiedzy, lekarzom rekomendacji

Dokładna analiza systemu opieki zdrowotnej, przeprowadzona przez autorów raportu, wykazała, że jego słabością jest m.in. brak rekomendacji, które usystematyzowałyby pracę lekarzy, do których na różnym etapie diagnostyki i leczenia trafiają osoby z NTM, tj. lekarza rodzinnego, geriatry, ginekologa i urologa. W związku z tym, w zależności od tego, do jakiego specjalisty trafi pacjent z NTM, wdrażane jest inne postępowanie terapeutyczne. Brakuje holistycznego podejścia do problemu NTM.

– W Polsce nadal zauważalny jest problem braku komunikacji między pacjentem a lekarzem oraz między pacjentem a pielęgniarką/położną, a co za tym idzie, wiedzy chorego na temat profilaktyki i leczenia nietrzymania moczu – podkreślają autorzy raportu. Z ich analizy wynika, że niemal połowa pacjentów nie zgłasza problemu NTM lekarzowi pierwszego kontaktu, pielęgniarce, ginekologowi czy położnej, ponieważ jest to dla nich powód do wstydu, czują się skrępowani i są przekonani, że taka rozmowa obniżyłaby ich wartość. Biorąc pod uwagę również to, że NTM ma negatywny wpływ na życie społeczne, zawodowe, emocjonalne, rodzinne oraz ekonomiczne chorych, rekomendują rozszerzenie działań edukacyjnych o informowanie opinii publicznej na temat metod profilaktyki, dostępnych środków zapewniających podstawową higienę ciała, standardach diagnostyki i leczenia NTM oraz ośrodków oraz lekarzy specjalizujących się w leczeniu tego schorzenia.

Odpowiednią wiedzę powinni posiadać również lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, do których pacjenci z NTM trafiają najczęściej. Od ich decyzji często zależą dalsze etapy leczenia chorych. W ich przypadku potrzebne jest rozszerzenie działań edukacyjnych mających na celu usprawnienie profilaktyki (m.in. ćwiczenia

mięśni dna miednicy, ćwiczenia kontroli mikcji, trening pęcherza, odpowiednia dieta), procesu diagnostycznego (m.in. prawidłowo przeprowadzony wywiad) i leczenia (kolejne etapy postępowania) oraz dostarczenie wiedzy na temat możliwości zaopatrzenia pacjentów w odpowiedni rodzaj i rozmiar środka chłonnego.

Fizjoterapia w NTM nadal niedoceniona

O tym, że fizjoterapia w nietrzymaniu moczu odgrywa ogromną rolę, i to zarówno w profilaktyce, leczeniu, jak i rehabilitacji przed i po operacji urologicznej, wiedzą wszyscy, którzy specjalizują się w leczeniu tego schorzenia. „Pacjenci z NTM, chcąc skorzystać z treningu mięśni dna miednicy (ćwiczenia metodą Kegla), metody biofeedback czy elektrycznej stymulacji mięśni, zmuszeni są pokryć koszty z własnej kieszeni” – podkreślają autorzy raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2018”. Jak dodają, w Polsce brakuje również profilaktycznych programów NTM, w ramach których fizjoterapia powinna być traktowana nie tylko jako postępowanie wtórne, ale i pierwotne. Według nich istnieje potrzeba wprowadzenia programów zdrowotnych, będących elementem profilaktyki grup społecznych szczególnie narażonych na ryzyko nietrzymania moczu.

Rosnący problem w leczeniu zabiegowym

Jak zauważają, jedną z nielicznych, w pełni refundowanych metod leczenia wysiłkowego NTM są w Polsce zabiegi chirurgiczne z użyciem taśm, które – choć niosą ze sobą ryzyko powikłań – wykonywane są w niemal każdym oddziale urologicznym i ginekologicznym. Skutkuje to rosnącą liczbą reoperacji, a jednymi z głównych powodów jest błędna kwalifikacja wynikająca z braku wykwalifikowanych i doświadczonych lekarzy specjalizujących się w uroginekologii oraz niskie umiejętności operatora. Ponadto, niektóre szpitale, szukając oszczędności, wybierają najtańszych dostawców materiałów medycznych, które ulegają szybkiej degradacji. W efekcie przybywa pacjentów wymagających powtórnej operacji, co zwiększa koszty leczenia.

Rozwiązaniem tego problemu byłoby, zdaniem autorów raportu, powołanie referencyjnych ośrodków leczenia NTM, w których operacje z użyciem taśm przeprowadzane byłyby przez lekarzy wyspecjalizowanych w takich zabiegach, albo certyfikowanie tzw. umiejętności uroginekologicznych.

Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy

Maja Markłowska-Dzierżak

Na zakończenie tegorocznego, obchodzonego już po raz dziesiąty, Światowego Tygodnia Kontynencji (ang. World Continence Week - WCW) Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” zorganizowało w Warszawie konferencję zatytułowaną „NTM 2018 - Gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy?”.

Na konferencję, która odbyła się 25 czerwca br., przyjechali przedstawiciele oddziałów stowarzyszenia z całego kraju. Uczestniczyli w niej również lekarze różnych specjalności, przedstawiciele Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Urzędu Miasta Legionowa i Federacji Pacjentów Polskich. Nie dotarli natomiast przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, na których obecność organizatorzy bardzo liczyli.

– Bardzo szkoda, że ich nie ma. Gdyby wzięli udział w naszej debacie na temat polityki państwa wobec osób z chorobami układu moczowo-płciowego i usłyszeli nasze postulaty, to na pewno inny byłby ich odbiór, niż pism, którymi zasypujemy Ministerstwo Zdrowia – skwitowała, witając uczestników konferencji, Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia „UroConti”.

NTM to choroba cywilizacyjna, którą można i trzeba leczyć

Nietrzymanie moczu jest schorzeniem zaliczanym przez Światową Organizację Zdrowia do chorób cywilizacyjnych. Problem ten dotyka 4-8 proc. populacji. W Polsce, według szacunków, dotyczy 2,5 mln osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Znacząco pogarsza jakość ich życia, ogranicza aktywność zawodową i życie towarzyskie, pogarsza relacje z bliskimi, prowadzi do całkowitej izolacji w społeczeństwie, a w skrajnych przypadkach do depresji, a nawet prób samobójczych.

– Schorzenia związane z oddawaniem moczu czy kontrolą pęcherza to niestety nadal w Polsce temat tabu. Po poradę lekarską udaje się tylko jedna trzecia pacjentów, pozostali zgłaszają się do specjalisty dopiero po ponad dwóch latach od wystąpienia pierwszych objawów choroby – powiedziała Anna Sarbak. – Chorzy wolą cierpieć w samotności i ukryciu, borykać się z poczuciem wstydu, zakłopotaniem, niską oceną i problemami psychicznymi – dodała.

Sukcesy i porażki, czyli podsumowanie ostatnich 12 miesięcy

Stowarzyszenie „UroConti” obchodziło niedawno jubileusz 10-lecia. Tyle lat trwają jego starania o poprawę sytuacji pacjentów, których reprezentuje. Część postulatów stowarzyszenia została uwzględniona, inne nadal czekają na realizację.

Przykładowo, od marca br. Ministerstwo Zdrowia zwiększyło limit ilościowy na refundowane środki absorpcyjne z 60 do 90 sztuk. Niestety, w ślad za tą zmianą nie zwiększo-

szono limitu cenowego. W efekcie na nowelizacji przepisów zyskali jedynie pacjenci zaopatrujący się w najtańsze wkłady urologiczne, o niskiej jakości. Poza tym, z refundacji środków absorpcyjnych wykluczeni są m.in. pacjenci z wysiłkowym NTM. Na ich sfinansowanie mogą liczyć jedynie ci pacjenci, którzy poza NTM dotknięci są inną chorobą współistniejącą, np. niektórymi nowotworami, udarem, czy upośledzeniem.

Półowicznym zwycięstwem zakończyła się również walka o umieszczenie w katalogu szpitalnych świadczeń gwarantowanych zabiegów neuromodulacji nerwów krzyżowych dla osób z ciężką postacią NTM. Co prawda, Minister Zdrowia podpisał w kwietniu rozporządzenie w tej sprawie, decydując, że zabiegi neuromodulacji krzyżowej będą mogły wykonywać nie tylko oddziały urologiczne, ale również ginekologiczne, co z pewnością zwiększyłoby dostępność do tej terapii. Tyle że do tej pory rozporządzenie nie doczekało się realizacji, pozostaje jedynie na papierze.



Justyna Pawlak (MRPiPS), Stanisław Maćkowiak (FPP), prof. Piotr Błędowski (SGH), Anna Sarbak (UroConti)

Czego oczekują pacjenci?

Uczestnicy konferencji „NTM 2018 - Gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy?” wystosowali apel do Ministerstwa Zdrowia. Domagają się m.in.:

- Wprowadzenia jasnego kryterium medycznego, uprawniającego do refundacji środków absorpcyjnych.
- Urealnienia limitów cenowych na refundowane środki absorpcyjne do wysokości co najmniej 1,5 zł za sztukę.
- Wprowadzenia uroginekologii jako nowej umiejętności lub nadspecjalizacji lekarskiej, co ułatwiłoby pacjentom dostęp do wykwalifikowanych specjalistów.
- Poszerzenie listy leków refundowanych w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego o nowe substancje aktywne. Od 2011 r. refundowane są jedynie dwa leki o podobnym mechanizmie działania – solifenacyna i tolterodyna, dostępne tylko w pierwszej linii leczenia. W drugiej linii nie ma w Polsce ani jednego refundowanego leku.

Najważniejsze zmiany w prawie

Violetta Madeja

Mijający kwartał przyniósł wiele zmian kluczowych zarówno z punktu widzenia osób niepełnosprawnych, jak również pacjentów zmagających się ze schorzeniami dna miednicy. Część z zaproponowanych rozwiązań będzie dotyczyć pacjentów bezpośrednio, część natomiast będzie długofalowo i pośrednio przekładać się na ich sytuację w systemie opieki zdrowotnej.

Najbardziej wyczekiwany aktem prawnym okazała się ustawa wprowadzająca szczególne uprawnienia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, usług farmaceutycznych oraz wyrobów medycznych dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. W praktyce ustawa, która weszła w życie 1 lipca tego roku, zawiera cztery kluczowe dla pacjentów zmiany. Chodzi o 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.

Problem już na starcie

Jak wskazano w pierwotnym dokumencie, rozwiązania zaproponowane przez rząd dedykowane były wyłącznie pacjentom do 18. roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie lub nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Zdaniem Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia (PPOZ) tak skonstruowany zapis uniemożliwiał jednak skorzystanie z zaproponowanych ułatwień najmłodszym pacjentom, których niepełnosprawność wynikała ze zdarzeń powstałych w czasie innym niż ciąża lub poród. Ostatecznie uwagi te zostały uwzględnione i w piśmie z 11 lipca resort zdrowia poinformował PPOZ o trwających pracach legislacyjnych, które umożliwią rozszerzenie katalogu osób uprawnionych do m.in. nielimitowanych świadczeń rehabilitacyjnych.

Jednocześnie nowo obowiązujący akt prawny zostanie znowelizowany również w innych obszarze. Chodzi o przepisy związane z orzeczeniami o niepełnosprawności. Zgodnie z dotychczas obowiązującymi orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydawane jest pacjentom, którzy ukończyli 16 lat. – *Widzimy problem i chcemy go pilnie uregulować. Chcemy objąć rozwiązaniami wszystkie niepełnosprawne dzieci* – deklarował wiceprzewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia Tomasz Latos tuż przed wejściem w życie ustawy.

Cyfryzacja idzie pełną parą

W pierwszych dniach sierpnia prezydent RP Andrzej Duda podpisał również ustawę z 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, zwaną również ustawą o Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). Zgodnie z nowelizacją, za pośrednictwem IKP pacjenci oraz ustawowi przedstawiciele otrzymają dostęp m.in. do informacji o udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej zgromadzonych w Systemie Informacji Medycznej, kwotach środków publicznych wydanych na udzielone im świadczenia, posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, wystawionych zaświadczeniach lekarskich wynikających z ustawy o świadczeniach lekarskich, a także wysokości płaconej składki na ubezpieczenie zdrowotne i wysokości kwoty podlegającej refundacji dla poszczególnych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Ustawa o IKP stanowi również podstawę prawną do wystawiania i realizacji recept w wersji elektronicznej.

Leki na receptę przez Internet

Przy okazji procedowania zmian związanych z cyfryzacją, posłowie sejmowej Komisji Zdrowia zgodzili się również na poselską poprawkę do ustawy Prawo farmaceutyczne, wprowadzającą możliwość wysyłkowej sprzedaży leków na receptę osobom niepełnosprawnym. Jak wyjaśniło Ministerstwo Zdrowia, wysyłkowa sprzedaż produktów leczniczych, która ma zacząć obowiązywać od 1 stycznia 2019 roku, dotyczyć będzie wyłącznie preparatów przepisanych na e-receptę, co w ocenie resortu umożliwi nadzór w czasie rzeczywistym oraz dużo lepsze niż w przypadku recept papierowych zapobieganie nadużyciom.

– *Firmy kurierskie nie będą uprawnione do obrotu lekiem. Natomiast sposób dostarczania produktów leczniczych do odbiorców, w tym odpowiednie warunki gwarantujące bezpieczeństwo dostawy leków zostaną określone w rozporządzeniu ministra zdrowia* – wyjaśniał pojawiające się wątpliwości resort zdrowia. W tym samym rozporządzeniu ministerstwo chce również wskazać leki zawierające substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe jako produkty lecznicze w stosunku o których sprzedaż wysyłkowa będzie zabroniona. – *Naszym zdaniem zmiany zmierzają w dobrym, propagowanym kierunku i pokazują otwarcie na potrzeby niepełnosprawnych* – ocenił Józef Góralczyk, reprezentujący Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych. Dodał, że pacjentów cieszy fakt, iż pomimo liczą-

nych głosów sprzeciwu, resort zdrowia bronił zaproponowanych rozwiązań.

- *Możliwość nabycia leków bez konieczności wychodzenia z domu uważamy za znaczący krok w zwalczaniu barier dostępności do leków dla niepełnosprawnych* - ocenił Józef Góralczyk.

Nowe wzory zleceń na wyroby medyczne

W związku z nowelizacją ustawy o IKP resort zdrowia przedstawił również do konsultacji projekt rozporządzenia w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy. Zgodnie z brzmieniem nowych przepisów nowe wzory zleceń nie będą wymagać od pacjentów wizyty w oddziale NFZ, ponieważ będą elektronicznie potwierdzane przez realizujący zlecenie podmiot. Zdaniem resortu procedura ta ułatwi pacjentom zaopatrywanie się: niezbędne im wyroby medyczne już od 1 października tego roku, kiedy to w ramach pilotażu NFZ przeprowadzi pilotaż e-zleceń.

Pomysł ten nie zyskał jednak pełnej aprobaty pacjentów. Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” wskazało, że nowy wzór zawiera niezwykle szczegółowy zakres informacji. - *Członkowie i pacjenci nie są w stanie zrozumieć, czemu ma służyć tak szczegółowy zakres informacji przedstawiony w nowym wzorze zlecenia, a tym samym poszerzenie biurokracji, aby wydać zwykłe pieluchomajtki* - oceniła Anna Sarbak, prezes „UroConti”. Jej zdaniem pacjenci obawiają się zmian związanych z nowym rozporządzeniem i wskazują, że może dojść do powtórki chaosu, jaki do dziś trwa w sprawie zmienionego w marcu limitu ilościowego na środki chłonne. Nadmierne obciążenie biurokratyczne w ocenie pacjentów może również sprawić, że w praktyce zarówno lekarze, jak i apteki będą wręcz rezygnować z wystawiania i realizacji tego typu zleceń.

- *Członkowie „UroConti” uważają, że wprowadzenie zaproponowanych nowych wzorów zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzorów zlecenia naprawy za krok wstecz w stosunku do dotychczasowych rozwiązań* - wskazała Anna Sarbak.

NFZ zorganizuje zakupy centralne

Kolejną kluczową zmianą, o której zdecydowali posłowie w trakcie procedowania ustawy o IKP, są przetargi centralne m.in. na zakup leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom. Zgodnie z przyjętymi zapisami NFZ będzie mógł wprowadzić taki

system zakupów w przypadku gdy umowa na udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej będzie przewidywała, że świadczenie zdrowotne rzeczowe będzie dostarczane świadczeniodawcy po przeprowadzeniu wspólnego postępowania.

Pomysł ten zaskoczył zarówno producentów i dostawców leków oraz wyrobów medycznych, jak również samych pacjentów. - *Pacjenci się na to nigdy nie zgodzą* - oceniła Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Jej zdaniem centralne zakupy mogą oznaczać, że o wyborze wyrobów medycznych, w tym pieluchomajtek i majtek chłonnych, będzie decydował urzędnik NFZ. - *Zapewne wybierze on produkt o niskiej chłonności i w jednym rozmiarze, bo tak będzie najtaniej* - obawia się Anna Sarbak.

Zdaniem Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED wprowadzenie tak istotnych zmian dla rynku powinno odbywać się po uprzedniej pogłębionej analizie i debacie, a nie na drodze poselskiej poprawki. - *W naszej opinii otwarty charakter zapisów może negatywnie wpłynąć na dostęp pacjentów do leczenia, a także ograniczyć konkurencyjność przedsiębiorców. Jako branża jesteśmy otwarci na współpracę z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rozwiązań sprzyjających procesom zakupowym w ochronie zdrowia* - deklaruje Robert Rusak, prezes POLMED-u.

Jakie zagrożenia wskazali producenci wyrobów medycznych? W pierwszej kolejności zwrócili uwagę, że zakupy centralne mogą wpłynąć na zmniejszenie konkurencyjności na rynku, a także ryzyko logistyczne związane z utrudnianiem dostaw

i zaopatrzenia w sprzęt medyczny świadczeniodawców, ale przede wszystkim pacjentów. W ocenie POLMED-u problematyczne może okazać się również uwzględnianie indywidualnych preferencji lekarzy-operatorów, którzy nie będą mieć wpływu na decyzje zapadające na szczeblu wojewódzkiego NFZ, a stosowne przez nich metody nie zawsze będą uwzględniane w postępowaniu przetargowym.

Pacjenci nadal bez dostępu do neuromodulacji krzyżowej

Pomimo podpisania i skierowania do publikacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z 13 kwietnia br., pacjenci cierpiący na nadreaktywność pęcherza moczowego oraz niedoczynność mięśnia wypieracza nadal nie mogą korzystać z długo oczekiwanych procedur neuromodulacji nerwów krzyżowych. W tej sprawie list do ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego wystosowała w imieniu Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” jego



Fot. #43182063 © Texelart - fotolia.com

prezes Anna Sarbak. W rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM przyznała, że pacjenci liczyli na to, że od 1 lipca zabiegi te będą nie tylko znajdować się w koszyku świadczeń gwarantowanych, ale również będą kontraktowane przez NFZ i wykonywane w wybranych placówkach. Niestety, tak się nie stało, a powodem tej sytuacji są narastające konflikty pomiędzy poszczególnymi grupami lekarzy.

- *Najpierw dowiedzieliśmy się o konflikcie urologów z onkologami oraz ginekologami, z kolei teraz dowiadujemy się o konflikcie kardiologów i neurologów, z powodu którego pacjenci z najcięższymi postaciami NTM nie mogą skorzystać ze świadczenia, które miało już być dostępne w polskich szpitalach. Przy takich schorzeniach, jak nadreaktywność pęcherza moczowego, ważne jest, aby lekarze różnych specjalizacji ze sobą współpracowali, a nie prowadzili personalne wojny w imię swoich partykularnych interesów* - podkreśliła Anna Sarbak. Jednocześnie poprosiła szefa resortu zdrowia o wskazanie, kiedy i w jaki sposób problem ten zostanie rozwiązany.

Odpowiadając na wątpliwości pacjentów zawarte w piśmie skierowanym do resortu zdrowia, w połowie sierpnia Kamila Malinowska, zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, podkreśliła, że projekt wymagał weryfikacji przepisów dotyczących dwóch nowych świadczeń gwarantowanych (chodzi o przezcewnikową trombektomię mechaniczną oraz leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego). Z tego też powodu i zgodnie z decyzją szefa resortu zdrowia projekt skierowany został do dalszego procedowania.

Nowy lek na raka prostaty przed chemioterapią

Rada Przejrzystości przy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oceniła leki stosowane w terapii raka gruczołu krokowego.

Pod koniec sierpnia, podczas 32. posiedzenia Rady Przejrzystości, zapadły decyzje dotyczące refundacji leku Xtandi (enzalutamid) w ramach nowego programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem u pacjentów niestosujących dotychczas chemioterapii (ICD-10 C61)”, a także w sprawie oceny zasadności wprowadzenia zmian zapisów w programie lekowym „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)” w zakresie kryteriów kwalifikacji do leczenia produktem leczniczym Xofigo (dichlorek radu - Ra-223).

- *Cieszymy się, że Rada Przejrzystości tak szybko zajęła się tą sprawą i mamy nadzieję, że resort równie szybko wyda decyzje, które pozwolą nam leczyć się nowoczesnymi i sprawdzonymi lekami* - ocenił Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Eksperci Rady Przejrzystości za zasadne uznali objęcie refundacją leku Xtandi we wskazaniu: leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami u dorosłych mężczyzn. Kryteria kwalifikacyjne do leczenia

tym lekiem obejmują brak objawów lub objawy łagodne, a jednocześnie pacjenci nie mogą mieć wskazań do leczenia hormonozależnego oraz nie wystąpiły u nich wskazania kliniczne do chemioterapii. Refundacja enzalutamidu powinna być jednak realizowana w ramach już istniejącego programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)”, a ostateczna decyzja resortu powinna być uzależniona od obniżenia kosztów terapii. W ocenie ekspertów Rady Przejrzystości zaproponowane przez podmiot odpowiedzialny instrumenty dzielenia ryzyka nie były wystarczające.

W przypadku zmian w dotychczasowym programie lekowym Rada Przejrzystości uznała za niezasadną zmianę związaną z dichlorkiem radu (Ra-223) i wskazała, że warunkiem koniecznym wprowadzenia zmian w programie byłoby uwzględnienie komunikatów bezpieczeństwa wydanych przez Europejską Agencję Leków. W wydanym pod koniec lipca oświadczeniu eksperci Komitetu ds. Oceny Ryzyka w Ramach Nadzoru nad Bezpieczeństwem Farmakoterapii (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee - PRAC) zalecili ograniczenie stosowania preparatu wyłącznie do pacjentów, którzy zostali poddani dwukrotnej próbie leczenia raka prostaty z przerzutami do kości lub nie mogą zostać poddani żadnym innym terapiom. Komunikat EMA wskazuje, że leku tego nie można stosować z octanem abirateronu (Zytiga), kortykosteroidami (prednizonem lub prednizolonem), a także z innymi formami leczenia systemowego nowotworów, z wyjątkiem terapii obniżających poziom hormonów męskich.

Nie będzie nowej terapii w leczeniu raka pęcherza?

Rada Przejrzystości przy AOTMiT oceniła również zasadność kwalifikacji „Elektroresekcji przezcewnkowej guza pęcherza moczowego w świetle niebieskim z użyciem fotouczulacza (TURBT-PDD)” jako świadczenia gwarantowanego. Rada Przejrzystości uznała za niezasadne zakwalifikowanie tego świadczenia do koszyka świadczeń gwarantowanych. W przygotowanym stanowisku podkreślono, że „istnieją technologie potencjalnie alternatywne dla poprawy wykrywania i leczenia ukrytych acz agresywnych form raka pęcherza moczowego, które przy wykorzystaniu innej długości światła nie wymaga stosowania kosztownych fotouczulaczy”.

Zmiana w specjalizacjach priorytetowych

Przekazany pod koniec czerwca projekt rozporządzenia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny wskazuje, że w związku z istotną poprawą sytuacji kadrowej oraz dostępności pacjentów do specjalistów w tym obszarze, zasadnym jest usunięcie z wykazu dziedzin priorytetowych specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Zgodnie z proponowaną regulacją na wykazie dziedzin priorytetowych pozostaną m.in. chirurgia onkologiczna oraz geriatria.

HARTMANN



100%

DYSKRECCJI
KOMFORTU
BEZPIECZEŃSTWA

Higiena przy
nietrzymaniu moczu

MoliCare® Premium Mobile

Najwyższa jakość dopasowana
do Twoich potrzeb.

*Poczuj się komfortowo i dyskretnie
w ważnej dla Ciebie chwili.*



Produkty
dostępne
w refundacji.

KOMFORT I DYSKRECCJA
TRADYCYJNEJ BIELIZNY



Idealne dopasowanie do kształtu
ciała zapewnia komfort i dyskrecję
tradycyjnej bielizny



Maksymalne
zabezpieczenie przed
wyciekaniem



Innowacyjny system
szybkiego wchłaniania
zapewnia dyskrecję
i komfort suchej skóry



Potrójna ochrona
i wysoki poziom
bezpieczeństwa dzięki
innowacyjnej budowie
wkładu chłonnego



Przyjazne dla skóry
pH 5,5 utrzymuje
zdrową kondycję skóry
i chroni przed złymi
czynnikami

DOWIEDZ SIĘ
jak działa produkt i przetestuj.

Więcej pod nr bezpłatnej infolinii: 800 26 96 36

PAUL HARTMANN Polska Sp. z o.o. • www.hartmann.pl • www.molicaremobile.pl

Już dziś zamów książkę na

www.poradnikginekologiczny.pl

lub zadzwoń **22 279 49 06**



Poradnik dla pacjentek ginekologicznych

Pod redakcją
prof. Mirosława Wielgosia
dr Natalii Mazanowskiej

