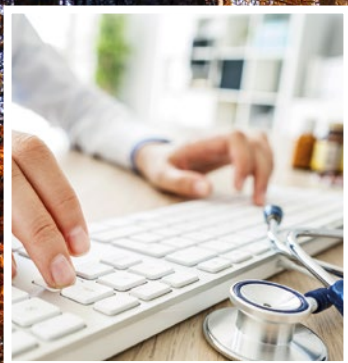


SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

**Teleporada nie
zastąpi, ale może
pomóc**

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

**E-zlecenie
w połowie drogi**



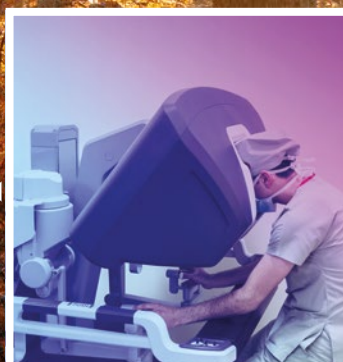
LECZENIE

**Pacjenci z OAB
rozczarowani nową listą
leków refundowanych**



LECZENIE

**Chirurgia robotyczna
w służbie pacjentom
z rakiem prostaty**



LEGISLACJA

Burzliwy koniec lata



Zdrowotna loteria

Tym razem będzie o loterii, w jaką zdecydował się zagrać nasz rząd. Zadłużając nas ponad konstytucyjne granice bezpieczeństwa, rządzący liczą, że zdołamy z koronawirusowej recesji wyjść, stymulując dodatkowymi środkami dalszy, szybki wzrost gospodarczy. Co się wydarzy, gdy wzrost będzie jednak zbyt słaby, albo, co gorsza, recesja się przedłuży? Jak się to przełoży na naszą i tak już ograniczoną dostępność do publicznej służby zdrowia?

Na dwoje babka wróżyła – powiadają ludzie, gdy nie są w stanie jasno odpowiedzieć, co nas czeka w przyszłości. Taki stan niepewności odnotowujemy już od kilku miesięcy i wszystko wskazuje na to, że jeszcze wiele niepewnego czasu przed nami.

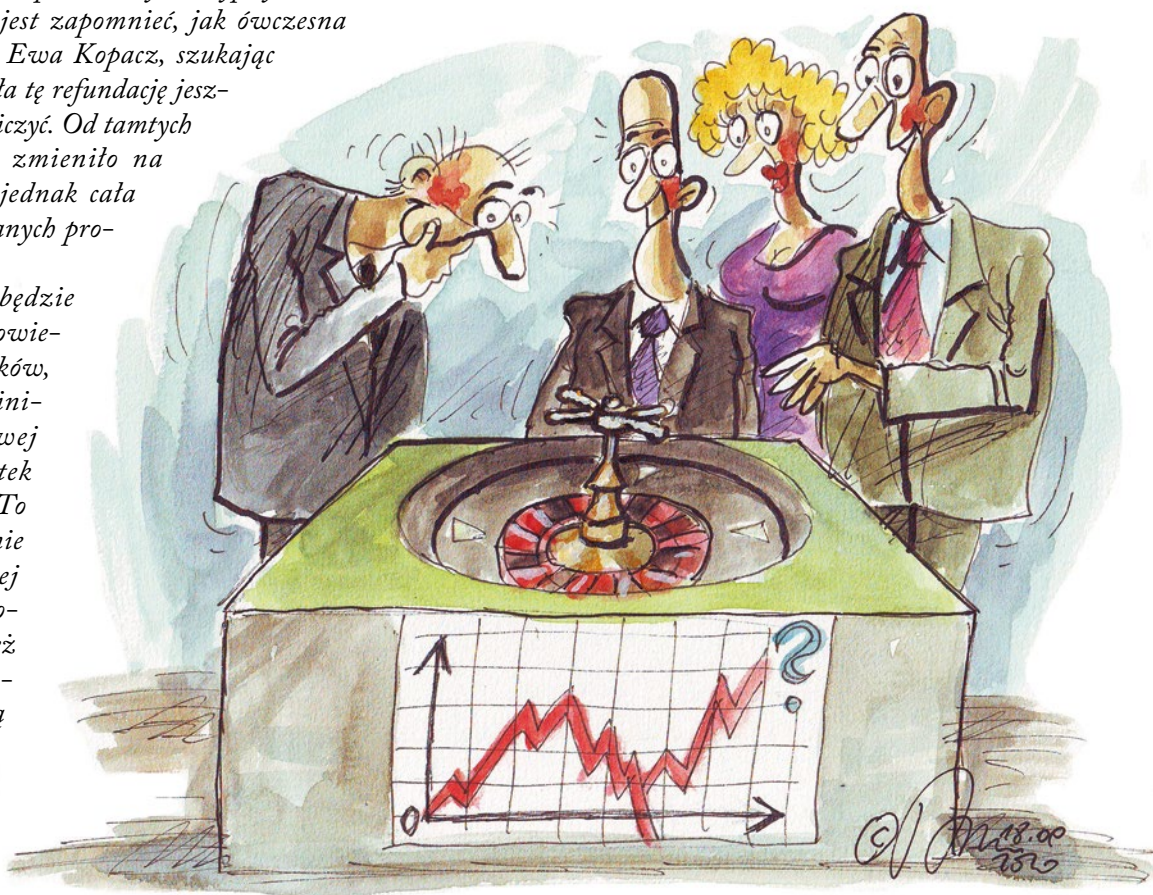
Poprzedni kryzys, z roku 2008, ówczesna ekipa rządowa z PO-PSL potraktowała polityką „zaciskania pasa”, wprowadzając reguły zaostrzonej kontroli wydatków państwowych. Odczuła to zarówno służba zdrowia, jak i pacjenci, w tym wielotysięczna grupa osób z NTM. Pamiętamy, że dopiero w 2011 roku pojawiły się w refundacji pierwsze leki na zespół pęcherza nadreaktywnego, w tym oryginalna solifenacyna, którą teraz minister zdrowia z listy usunął. Pamiętamy, jak wyglądała refundacja środków absorpcyjnych, praktycznie niezmienniana od dekady, a lekarz geriatra nie był wówczas uprawniony do wypisywania zlecenia. Wreszcie, trudno jest zapomnieć, jak ówczesna minister zdrowia Ewa Kopacz, szukając oszczędności, chciała tę refundację jeszcze bardziej ograniczyć. Od tamtych czasów wiele się zmieniło na lepsze, pozostała jednak cała masa nierozwiązanych problemów.

Czy tym razem będzie inaczej? Czy zapowiedzi nowych podatków, zwolnień w administracji państwowej to dopiero początek „chudych lat”? To wszystko zależy nie tylko od przyszłej koniunktury gospodarczej, ale również od pomysłu na zarządzanie ochroną zdrowia przez dzisiejszych decydentów. Dotychczasowe, pierwsze

zapowiedzi nowego ministra zdrowia Adama Niedzielskiego brzmią obiecująco na tle wszystkich zagrożeń, jakie na nas czyhają. To, że nie jest lekarzem może w aktualnej sytuacji okazać się korzystne. A to, że przyszedł z Narodowego Funduszu Zdrowia może być wręcz istotną wartością dodaną. Akurat ta instytucja, przy wielu swoich słabościach i skłonnościach do kreowania polityki, kontrolować wydatki przez wszystkie lata swojego istnienia potrafiła całkiem nieźle. A to bardzo ważne, gdyż w sytuacji, w jakiej się znaleźliśmy, powinniśmy po pierwsze zadbać o bezpieczeństwo finansowe służby zdrowia, gdyż ono gwarantuje nam bezpieczeństwo zdrowotne. Absolutną porażką byłoby, gdybyśmy musieli redukować dostępność do świadczeń, leków i wyrobów medycznych, które przez ostatnią dekadę zostały wprowadzone.

Z pewnością nie będzie to łatwe. Pamiętajmy, że jesteśmy społeczeństwem starszym i bardziej schorowanym, niż miało to miejsce 12 lat temu. Jesteśmy jednak również społeczeństwem bogatszym nie tylko w środki materialne, ale również w doświadczenia. Warto z tego skorzystać, również poprzez pogłębiony dialog z różnymi środowiskami. W końcu chodzi o nasze zdrowie.

Tomasz Michalek



SPIS TREŚCI

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Teleporada nie zastąpi, ale może pomóc	4
E-zlecenie w połowie drogi	8

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Pacjenci z OAB rozczarowani nową listą leków refundowanych	10
Neuromodulacja krzyżowa z punktu widzenia lekarza urologa	12
Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej	14
Chirurgia robotyczna w służbie pacjentom z rakiem prostaty	15

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Nowy rozdział w działaniach na rzecz opieki długoterminowej	18
Ćwiczenia i fizjoterapia kluczem do profilaktyki NTM	20

LEGISLACJA

Burzliwy koniec lata	21
----------------------------	----

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Tomar; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela;
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: Violetta Madeja; Maciej Oszczudłowski;
Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** © Adobe Stock;
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

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

Wydawca: Studio PR
Realizacja Wydawnicza:
 OCI 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

Szanowni Państwo,

„Letnia aura nie wyhamowała prac związanych ze zmianami legislacyjnymi, które mają przełożenie na sytuację pacjentów zmagających się z nietrzymaniem moczu. Co więcej, system ochrony zdrowia w trzecim kwartale tego roku musiał zmierzyć się z poważnymi zawirowaniami kadrowymi w Ministerstwie Zdrowia oraz Narodowym Funduszu Zdrowia” – pisze red. Violetta Madeja w artykule „Burzliwy koniec lata” (str. 21).

Dla wielu pacjentów te nagłe zmiany kadrowe – rezygnacja ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego i jego zastępcy od cyfryzacji Janusza Cieszyńskiego – oraz powołanie na stanowisko szefa resortu dotychczasowego prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Adama Niedzielskiego – były ogromnym zaskoczeniem. Czas pokaże, czy okażą się one korzystne i przyniosą wreszcie przełom w oczekiwanej od wielu lat refundacji drugiej linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego oraz środków chłonnych.

„Cyfrowa rewolucja w dobie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 okazała się prawdziwym wybawieniem dla pacjentów korzystających z finansowanych z budżetu państwa wyrobów medycznych na zlecenie. Pozytywne zmiany w obszarze elektronicznego potwierdzania zleceń na wyroby rozbudziły apetyty zarówno pacjentów, jak i samej branży. Ekspert zachęcają, by w tym obszarze pójść krok dalej” – to pierwsze zdania artykułu „E-zlecenie w połowie drogi” (str. 8), w którym wyjaśniamy, na czym ma polegać ten „krok dalej”.

Ekspert i pacjenci są zgodni, że telemedycyna w dobie pandemii COVID-19 stała się kluczem do zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami dotkniętymi nietrzymaniem moczu. Nie może ona jednak zastępować automatycznie osobistej wizyty u lekarza, która w wielu wypadkach jest niezbędna do realizacji prawidłowego przebiegu procesu diagnostyki i leczenia, na co zwrócił uwagę Rzecznik Praw Pacjenta. Czy pacjenci z NTM skarżą się na utrudniony dostęp do lekarza? Odpowiedź na to pytanie znajdziecie w artykule „Teleporada nie zastąpi, ale może pomóc” (str. 4).

W czym może pomóc chirurgowi robot da Vinci? Jakie są korzyści dla chorych na raka prostaty z operacji wykonywanych przy użyciu takiego urządzenia? Skąd wzięło się w ostatnich latach tak duże zainteresowanie chirurgią robotyczną na świecie? Odpowiedzi na te pytania znajdziecie w artykule „Chirurgia robotyczna w służbie pacjentom z rakiem prostaty” (str. 15). Przypominamy w nim również, że operacje z użyciem robota nie doczekały się dotąd odrębnej refundacji, mimo pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i obietnicy stworzenia Wieloletniego Programu Rozwoju Chirurgii Robotowej w Polsce.

Oczywiście, zachęcamy Państwa do wnikliwej lektury całego wydania Kwartalnika NTM, nie tylko tych czterech opisanych pokrótce artykułów.

Maja Markłowska-Tomar

Teleporada nie zastąpi, ale może pomóc

Maja Markłowska-Tomar



Fot. auremar - stock.adobe.com

- Rozwiązania telemedyczne, jakkolwiek bardzo potrzebne i przydatne, nie zawsze mogą zastępować osobiste wizyty pacjentów w przychodniach, które w wielu przypadkach pozostają niezbędne dla realizacji prawidłowego przebiegu procesu diagnostyki i leczenia - podkreśla Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta.

Z powodu pandemii COVID-19 wielu pacjentów zostało z dnia na dzień pozbawionych pomocy medycznej. Pomimo istnienia podstaw do osobistej wizyty w przychodni, m.in. w celu wykonania badania fizykalnego - często jedyną proponowaną im przez placówki medyczną formą konsultacji pozostaje teleporada.

Już 12 marca br., kiedy epidemia koronawirusa znajdowała się dopiero w początkowej fazie rozwoju, Rzecznik Praw Pacjenta opublikował stanowisko, z którego wynika, że w sytuacji wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów

kierownik placówki medycznej lub upoważniony przez niego lekarz ma prawo podjąć decyzję o zmianach w organizacji świadczeń medycznych. Jednocześnie przypominał jednak, że „na każdym etapie udzielania świadczeń należy zapewnić pacjentowi prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i udzielanych z należytą starannością”.

Bartłomiej Chmielowiec zaapelował do szefów placówek medycznych, by oceniając potrzeby pacjentów i wybierając optymalną drogę udzielania świadczeń zdrowotnych, nie stosowali automatyzmu w wyborze rozwiązań telemedycznych jako potencjalnie bezpieczniejszych. - *Konieczna jest każdorazowa ocena rzeczywistej potrzeby osobistego kontaktu z lekarzem, uwzględniająca dobro pacjenta i staranność udzielania świadczeń* - podkreślił, dodając, że potrzeba zapewnienia starannej oceny zdrowia pacjentów i ich skutecznego leczenia powinna pozostać najwyższym priorytetem systemu ochrony zdrowia.

Trzy czwarte Polaków ma utrudniony dostęp do lekarza

Centrum Badawczo-Rozwojowe BioStat przeprowadziło w dniach 27-28 maja sondaż „Zachowania konsumentów podczas pandemii SARS-CoV-2”, którego wyniki świadczą dobitnie, że pandemia COVID-19 znacznie ograniczyła pacjentom dostęp do leczenia. Na koniec maja prawie trzy czwarte respondentów skarżyło się na utrudnienia w bezpośrednich kontaktach z lekarzem. Odsetek ten od początku pandemii stale rośnie - w marcu z utrudnieniami spotkało się 57 proc. pacjentów, w kwietniu 63,6 proc., a w maju już 73,7 proc. Z tego samego badania wynika również, że więcej niż co trzecia porada lekarska udzielana jest zdalnie. W ostatnim tygodniu maja w sprawie stanu zdrowia kontaktowała się z lekarzem ponad jedna trzecia Polaków. Prawie dwie piąte badanych, którzy skorzystali z porady lekarskiej w tym czasie, odbyło wizytę u lekarza rodzinnego w przychodni, natomiast 35,6 proc. skorzystało ze zdalnej pomocy lekarskiej.



Światowy Tydzień Kontynencji 2020 online - debata "Przychodzi pacjent do lekarza" z udziałem: dr Michała Sutkowskiego, prezesa Warszawskiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Anny Sarbak, prezesa "UroConti"

Fot. Materiały Stowarzyszenia "UroConti"

Jak wygląda życie pacjentów z NTM w dobie pandemii?

Wielu pacjentów z NTM już przed pandemią skarżyło się na utrudniony dostęp do diagnostyki i leczenia. Do Anny Sarbak, prezesa Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, dociera wiele sygnałów od osób, którym już po pierwszej wizycie, na której opowiedziały lekarzom o swoich dolegliwościach, ordynowano lekarstwa, które miały pomóc w pozbyciu się tych dolegliwości, albo antybiotyki, które - jak się później okazywało - zażywały niepotrzebnie. Poza tym mają kłopoty z uzyskaniem skierowania do specjalisty, a jeśli je już otrzymują, to np. na wizytę do urologa muszą potem czekać całą wieczność.

- Nasi członkowie narzekają również na to, że mimo iż w podstawowej opiece zdrowotnej poza lekarzem pracują pielęgniarka i położna, które mogłyby udzielić odpowiedzi na nurtujące ich pytania, to zwykle tego nie robią - poinformowała Anna Sarbak w trakcie debaty „Przychodzi pacjent do lekarza”, zorganizowanej w ramach konfe-

rencji z okazji Światowego Tygodnia Kontynencji 2020, która w tym roku po raz pierwszy odbyła się online. Elżbieta Żukowska, sekretarz „UroConti”, dodała, że lekarz rodzinny powinien być przyjacielem pacjenta z NTM, ale w wielu przypadkach tak niestety nie jest. - *Przeszłam przez paru lekarzy pierwszego kontaktu. Żaden nigdy nie zapytał mnie o nietrzymanie moczu. Moi koledzy mają podobne doświadczenia* - powiedziała. Uczestnicy debaty pytali, czy pielęgniarka POZ ma obowiązek odwiedzić pacjenta z NTM w domu w czasie epidemii. Dr Michał Sutkowski, prezes Warszawskiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych wyjaśnił, że pielęgniarka środowiskowa, rodzinna odwiedza sukces-

sywnie najbardziej potrzebujących pacjentów w domu. Przyznał jednak, że w okresie pandemii różnie z tym bywa. - *Sytuacja pandemii wymusza różne ograniczenia w wizycie w realu. Nie bójcie się jednak zgłaszać takiej potrzeby do przychodni* - zaapelował do pacjentów uczestniczących w debacie. - *Przychodnia nie jest miejscem, gdzie „fruwa” koronawirus. To my go przynosimy, jeżeli jesteśmy zarażeni. Jeśli będziemy odpowiednio postępować, zachowywać dystans, wszystko dezynfekować, stosować zasady antyseptyki, nie będziemy się narażać, to możemy się kontaktować. I w takich sytuacjach pani pielęgniarka może też przyjechać, jeżeli jest taka faktyczna potrzeba* - dodał.

Elżbieta Żukowska, powołując się na własne doświadczenia dotyczące opieki nad osobą chorą w domu, przyznała, że pielęgniarka przychodzi do domu np. w sytuacji, gdy pacjent ma zapisane zastrzyki i musi je dostać. - *Proszę się nie bać* - zwróciła się do pacjentów. - *Nie tylko pielęgniarki, ale całe środowisko medyczne jest*

bardziej zabezpieczone niż my. Powinniśmy się bać siebie, a nie lekarzy czy pielęgniarek, bo to my ich zarażamy, a nie oni nas – dodała.

Warto pamiętać, że pielęgniarka ma również uprawnienia do wystawienia pacjentowi zlecenia np. na pieluchomajtki czy inne środki chłonne. Takie zlecenie może pacjentowi wystawić, i najczęściej właśnie on to robi, lekarz POZ. Poza nim prawo do zlecenia środków absorpcyjnych mają: urolog, neurolog, geriatra, chirurg ogólny, chirurg onkologiczny, onkolog kliniczny, onkohematolog, a także ginekolog. Lekarz specjalista nie powinien odsyłać pacjenta do przychodni POZ, niepotrzebnie dublując w ten sposób wizyty i narażając płatnika na koszty.

na wyroby medyczne, w tym środki absorpcyjne, po zakończeniu pandemii na pewno nie zostanie zahamowany. Być może nie będą one już wykorzystywane w tak dużym zakresie jak obecnie, ale raczej nikt z nich nie zrezygnuje. Dlaczego?

– *Dzięki tym narzędziom w marcu, borykając się z ogromnymi problemami z zaopatrzeniem w środki ochrony osobistej i tysiącami różnych procedur, w podstawowej opiece zdrowotnej przyjęliśmy – wirtualnie i fizycznie – ponad 90 proc. pacjentów w porównaniu z marcem 2019 roku. W kwietniu, kiedy pacjenci już wykupili leki, zmniejszyła się liczba przyjęć, ale nadal utrzymywała się na poziomie ponad 70 proc.* – powiedział dr Michał Sutkowski.



Fot. W PRODUCTION - stock.adobe.com

W czym pomaga dzisiaj pacjentom telemedycyna?

Wizyta wirtualna, odbywająca się za pośrednictwem skype'a lub innego komunikatora, bądź przez telefon to narzędzia, które zdaniem dr. n. med. Michała Sutkowskiego, na pewno pomagają w rozwiązaniu części problemów pacjentów. Za ich pośrednictwem lekarz może np. wypisać pacjentowi receptę na leki. Paradoksalnie, dzięki teleporadom można też poprawić sytuację pacjentów, którzy wymagają bezpośredniej wizyty u lekarza. Bo skoro będzie się ich zgłaszało mniej do przychodni, to lekarz będzie miał dla nich więcej czasu w gabinecie.

– *Nie wszystko da się zrobić wirtualnie. Przykładem jest test podpaskowy, czy próba kaszlowa. Choć wyobrażam sobie, że można by to również zrobić wirtualnie, z czytelną instrukcją dla pacjenta* – stwierdził dr Michał Sutkowski. Zdaniem wielu ekspertów, rozwój nowoczesnych technologii, które bez wychodzenia przez pacjenta z domu umożliwiają mu uzyskanie elektronicznej recepty, e-zwolnienia, e-skierowania do specjalisty czy zlecenia

Jednocześnie zaapelował do pacjentów, m.in. z nietrzymaniem moczu, którzy z powodu pandemii nie zgłosili się do lekarza POZ, aby zrobili to teraz, korzystając z kontaktu telefonicznego. – *Przez telefon można uzyskać szybką, prostą i udzieloną w komfortowych warunkach poradę lekarską. Kod e-recepty wysyła-*

ny jest na telefon komórkowy albo na maila, a jeżeli ktoś ma kłopoty z obsługą tego typu urządzeń, to pielęgniarka, położna, rejestratorka lub lekarz zadzwonią i podadzą czterocyfrowy kod. Trzeba go zapisać na karteczce razem z numerem PESEL i na tej podstawie otrzyma się leki w aptecce – tłumaczy dr Sutkowski.

Według niego wszystkie narzędzia komunikacji z pacjentem powinny być pielęgnowane i rozwijane. Podobnego zdania jest Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, które – jak zapewnia jego szefowa – uczestniczy w różnych debatach w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia i wszędzie postuluje, by zachowano te wszystkie udogodnienia. – *Nasi członkowie są bardzo zadowoleni z tych rozwiązań* – mówi i przytacza przykład zleceń na wyroby medyczne, które są teraz wydawane zdalnie, a ich odbiór nie wymaga już żadnego podpisu. Dla wielu pacjentów z NTM możliwość uzyskania elektronicznej recepty, e-skierowania czy zlecenia okazała się zbawienna.

TENA®

**Robisz wszystko, aby
chronić swoich bliskich**

**My robimy wszystko,
aby chronić ich skórę**

**Wypróbuj produkty
TENA ProSkin**
na nietrzymanie moczu
i do pielęgnacji skóry



www.tena.pl

E-zlecenie w połowie drogi

Violetta Madeja

Cyfrowa rewolucja w dobie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 okazała się prawdziwym wybawieniem dla pacjentów korzystających z finansowanych z budżetu państwa wyrobów medycznych na zlecenie. Pozytywne zmiany w obszarze elektronicznego potwierdzania zleceń na wyroby rozbudziły apetyty zarówno pacjentów, jak i samej branży. Ekspert zachęcają, by w tym obszarze pójść krok dalej.

powinny zmierzać w kierunku upraszczania proceduralnego. – Obecnie mamy rzeczywiście zlecenie z e-potwierdzeniem, a nie formalne e-zlecenie, co wprowadza środowisko lekarzy i samych pacjentów w konsternację – mówi.

Dobre decyzje w NFZ

W opinii Marty Masłowskiej-Sobczak z firmy Paul Hartmann Polska, pandemia koronawirusa realnie przy-

spieszyła proces

transformacji cyfrowej w zdrowiu.

– Pacjent może otrzymać zlecenie na refundowane środki absorpcyjne w ramach teleporady i bez osobistej wizyty w gabinecie u lekarza. Dla wielu pacjentów i ich rodzin to ogromne ułatwienie i jednocześnie gwarancja bezpieczeństwa w obecnej sytuacji – podkreśla w rozmowie z Kwartalnikiem NTM.

Kolejnym pozytywnym rozwiązaniem przyjętym na czas pandemii była

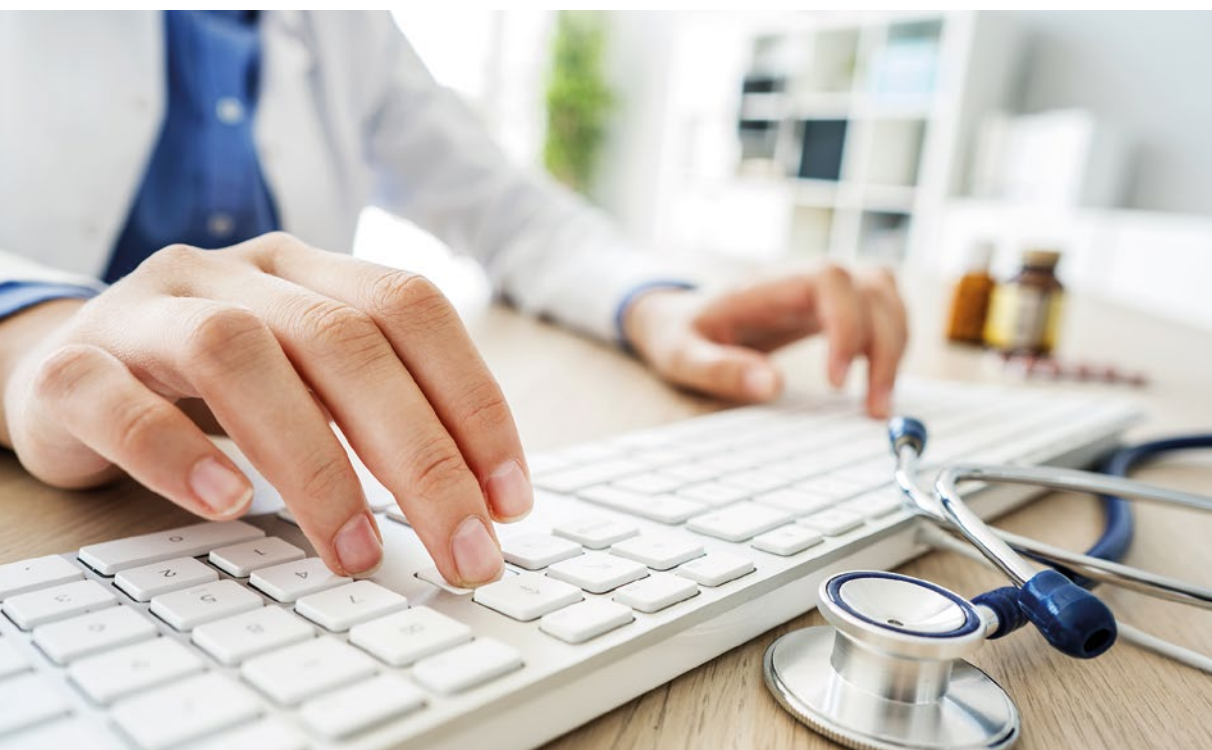
Nie mają oni wątpliwości, że telemedycyna i możliwość zdalnego wystawiania recept i zleceń na wyroby medyczne w dobie pandemii COVID-19 stały się kluczem do zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami dotkniętymi nietrzymaniem moczu.

– Rzeczywiście za pośrednictwem aplikacji gabinetowej istnieje możliwość zdalnego wystawiania zleceń na wyroby medyczne. Diabeł jednak tkwi w szczegółach i musimy pamiętać, że chcąc otrzymać środki chłonne, musimy mieć wskazania, które trudno jest nam ocenić bez fizykalnego zbadania pacjenta – czy to w trakcie wizyty w gabinecie, czy też wizyty domowej – wyjaśnia dr Michał Sutkowski, lekarz rodzinny, prezes Warszawskiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Jednocześnie przyznaje, że wszelkie zmiany w obszarze refundacji leków czy wyrobów medycznych

rezygnacja z obowiązku samodzielnej realizacji zlecenia na wyroby medyczne. Jak zaznacza Karolina Staniszevska, koordynator ds. refundacji z Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych, zlecenie na środki absorpcyjne mógł zrealizować w imieniu pacjenta członek rodziny, opiekun, czy życzliwy sąsiad.

– W nowych warunkach, realizując zlecenie w imieniu pacjenta, osoba odbierająca wyrób medyczny jest zobowiązana do pozostawienia na zleceniu swoich danych, takich jak imię, nazwisko czy numer PESEL. Ważne jest również to, że osoba ta potwierdza odbiór tych produktów własnoręcznym podpisem – wyjaśnia Karolina Staniszevska.

Ekspertsi przyznają jednak, że wprowadzony przez NFZ od 1 lipca wymóg drukowania wybranych stron z uproszczonego zlecenia na wyroby medyczne, jest kro-



Fot. sebra - stock.adobe.com

kiem wstecz oraz „kultywowaniem tradycji papierowych dokumentów”.

Czy e-zlecenie oddala się?

Jak zaznacza Patryk Sucharda, public affairs menadżer w firmie Essity Poland, ogromne uznanie należy się Narodowemu Funduszowi Zdrowia, który w obliczu pandemii nie tylko bardzo szybko zareagował na zaistniałą sytuację, ale przede wszystkim zdecydował się na częściowe uelastycznienie systemu finansowania wyrobów medycznych.

- Jako branża od blisko roku spodziewaliśmy się wdrożenia uproszczonego wzoru zlecenia na wyroby medyczne. Szczególnie z produktów zlecanych cyklicznie korzystają osoby, które chorować będą do końca życia i w ich przypadku uproszczenie zlecenia okazało się gestem dobrej woli ze strony Ministerstwa Zdrowia - mówi Patryk Sucharda. Przyznaje jednak, że niestety obecnie obowiązujące e-potwierdzenie różni się znacząco od faktycznego e-zlecenia.

- Dopóki jest wymóg drukowania e-potwierdzeń, składania na nich podpisów i stawiania pieczęci, nie uciekniemy od papieru. Gdzie się obecnie znajdujemy? Myślę, że w połowie drogi do realnego e-zlecenia - ocenia przedstawiciel Essity.

Dokąd zaprowadzić powinna nas cyfryzacja? W ocenie Mirosława Padjaska, wiceprezesa Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych Polmed, e-zlecenie znajdujące się na drodze ewolucji wymaga nadal wielu starań. Ważne jest jednak to, że przełamano część istniejących barier m.in. w środowisku samych lekarzy.

- Niestety ogromnym problemem jest to, że obecnie elektroniczne potwierdzenie zlecenia na finansowane wyroby medyczne nie wiąże się z Internetowym Kontem Pacjenta, dzięki któremu pacjent mógłby sprawdzić i zweryfikować otrzymane zlecenia na wyroby medyczne, a także odebrane wyroby. Warto jednak zauważyć, że w dobie pandemii koronawirusa elektroniczne rozwiązania dotyczące również wyrobów medycznych w dużej mierze zagwarantowały pacjentom ciągłość dostępu do potrzebnych im produktów - wskazuje Mirosław Podjasek. Wyjątkiem były jednak zlecenia na wyroby ortopedyczne, które wymagają wizyty pacjenta w sklepie medycznym w celu optymalizacji doboru konkretnego wyrobu w ramach zleconego przez lekarza kodu zaopatrzenia. Dlatego konieczne są, jego zdaniem, dalsze prace nad strategicznymi dla branży i pacjentów rozwiązaniami, które będą optymalizowały wszystkie procesy zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie - przykładowo likwidacja obowiązku przechowywania przez świadczeniodawcę 4 stron zlecenia drukowanych przez lekarza.

Jednocześnie, w dobie elektronizacji, nie można zapomnieć o tym, że prawidłowy dobór ortopedycznego wyrobu medycznego wymaga zazwyczaj konsultacji ze

specjalistą w sklepie, który w trakcie wywiadu mierzy pacjenta w celu doboru wyrobu medycznego do zindywidualizowanych potrzeb świadczeniobiorcy.

- Warto również sobie uświadomić, że e-potwierdzenie na wyroby medyczne jest praktycznie o „dwa centymetry” od właściwego e-zlecenia, które powinno zaistnieć w publicznym systemie ochrony zdrowia. Pierwszą dzielącą kwestią jest wymóg podpisu pacjenta w e-potwierdzeniu, natomiast drugą - wspomniany wcześniej brak powiązania zleceń na wyroby z Internetowym Kontem Pacjenta. Po zmianie tych dwóch kwestii dzisiejszy e-ZWM stałby się pełnoprawnym e-zleceniem na wyroby medyczne - ocenia przedstawiciel Polmedu.

Dodaje, że wspomniane przez niego kwestie stanowią także o braku związku logicznego w prawie stanowiącym o lekach i wyrobach medycznych. *- Proszę zwrócić uwagę, że na receptach, które często opiewają na zdecydowanie większe kwoty refundacji, nie wymaga się podpisów pacjentów. Dlaczego zatem e-ZWM muszą je mieć? - pyta ekspert.*

Centralny rejestr poczeka na EUDAMED

O ile pandemia przyspieszyła prace nad digitalizacją procesu wystawiania zleceń na wyroby medyczne, o tyle już w przypadku opracowania koncepcji centralnego rejestru wyrobów medycznych nie udało się zaplanować zautomatyzowania procesu weryfikacji wyrobów medycznych. Stało się tak, ponieważ baza wyrobów medycznych prowadzona przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych okazała się zdaniem przedstawiciela Polmedu nieprzydatna do tego celu.

- Centralny rejestr wyrobów medycznych miał być optymalizacją procesową dla NFZ i świadczeniodawców. Finałnie do centralnego rejestru dane wyrobu medycznego miał w zamysłu zgłaszać jego wytwórca, a nie jak dotychczas sprzedawca. Niestety dotychczasowe starania w budowie funkcjonalnego systemu, który automatycznie weryfikowałby, czy zgłaszany produkt jest wyrobem medycznym, okazały się niewystarczające i w pewnym momencie Izba Polmed oraz inne organizacje zaproponowały, by rozwiązanie to podłączyć do europejskiej bazy danych EUDAMED, tak by ujednolicić to rozwiązanie - wyjaśnił nam Mirosław Padjasek.

Przyznał jednocześnie, że prace nad bazą EUDAMED nadal nie zostały sfinalizowane, stąd też pomysł wstrzymania prac nad centralnym rejestrem do momentu pojawienia się finalnej bazy.

- Należy jednak przyznać, że dzięki zmianom z 7 lipca tego roku pozwalającym aptekom i sklepom medycznym rozliczać się tylko z jednym, a nie 16 oddziałami wojewódzkimi NFZ, dokonano kolejnej optymalizacji procesu rozliczania zleceń na wyroby medyczne - podkreślił wiceprezes Polmedu.

Pacjenci z OAB rozczarowani nową listą leków refundowanych

Violetta Madeja

Chorzy z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB), których rytm życia podporządkowany jest wizytom w toalecie, od miesięcy zabiegają o skuteczniejsze leczenie. Lekarze nie mają wątpliwości, że dla wielu pacjentów nowoczesne leki stają się ostatnią szansą na normalne funkcjonowanie w społeczeństwie przed ewentualnym zabiegiem.

Lekarze klinicyści oraz pacjenci zmagający się z zespołem pęcherza nadreaktywnego są przekonani, że oferowane w kraju formy terapii należą do suboptimalnych. Ich zdaniem to groźne zjawisko, ponieważ w starzejącym się społeczeństwie coraz więcej pacjentów będzie wymagało farmakoterapii. Z czym muszą mierzyć się chorzy?

- OAB wiąże się z częstymi parciaми na pęcherz, bieganiem do ubikacji, czy utratą moczu w przypadku pęcherza nadreaktywnego typu mokrego. Dla pacjentów jest to schorzenie okropne, bardzo często upokarzające i powodujące wykluczenie społeczne, rodzinne czy zawodowe - mówi Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

OAB nie patrzy na metrykę

Zdaniem dr. hab. n. med. Pawła Miotły, adiunkta w II Katedrze i Klinice Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, OAB dotyka pacjentów bez względu na wiek, choć częstość występowania tego schorzenia będzie w tym przypadku skorelowana z wiekiem.

- Wśród pacjentów z młodszych grup wiekowych odsetek chorych z OAB nie będzie duży, natomiast już w okresie okołomenopauzalnym odsetek pacjentek zmagających się z OAB może wynieść nawet 15-20 proc., a jeśli spojrzymy na najstarsze grupy wiekowe, to wówczas ten odsetek będzie jeszcze wyższy. Szacuje się, że na zespół pęcherza nadreaktywnego w całej Polsce może chorować nawet kilka

milionów osób - ocenia dr hab. Paweł Miotła. Jak podkreśla, schorzenie to, w starzejącym się społeczeństwie Polski będzie coraz częstsze, choć nie u wszystkich osób przebiegać będzie ono jednakowo i w efekcie konieczne będzie włączenie farmakoterapii.

Zaczyna się od leczenia zachowawczego

Lekarze wskazują, że po prawidłowo przeprowadzonej diagnostyce OAB pierwszym krokiem terapeutycznym będzie zawsze leczenie zachowawcze. Złotym standardem jest zmiana stylu życia,

w tym modyfikacja diety, rezygnacja z napojów pobudzających diurezę (kawa, herbata), czy redukcja masy ciała. Dodatkowo lekarze powinni zachęcać pacjentów do zabiegów fizjoterapeutycznych.

- Niestety, dużym problemem jest to, że pacjenci praktycznie nie mają dostępu do refundowanej przez NFZ rehabilitacji w tym zakresie. To poważna luka, ponieważ kobiety powinny mieć do niej dostęp przed i po porodzie, natomiast mężczyźni powinni mieć możliwość skorzystania z niej przed zabiegami chirurgicznymi prostaty - mówi dr n. med. Mariusz Blewniewski, lekarz urolog z Oddziału Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej II Kliniki

Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. - Dopiero drugim etapem jest leczenie farmakologiczne, gdzie mamy do dyspozycji dwie grupy leków - leki antycholinergiczne oraz drugą grupę, którą stanowi praktycznie jeden lek - mirabegron. W przypadku uzyskania oczekiwanych efektów terapeutycznych możemy poprzestać na farmakoterapii - tłumaczy ekspert.



Fot. Texelart - stock.adobe.com

Nadzieja w nowoczesnych lekach

– Jeśli chodzi o fizyczną dostępność do leków w aptekach, to jest ona analogiczna do tej, jaką mamy w całej Europie. Natomiast jeśli mówimy o dostępności refundacyjnej farmakoterapii doustnej, to nowoczesne preparaty beta-3-adrenolityczne [mirabegron – przyp. red.] są dostępne w aptekach, ale ze względu na brak refundacji dla wielu pacjentów pozostają poza zasięgiem – wskazuje dr hab. Paweł Miotła. Przyznaje, że większość dostępnych dla pacjentów leków to molekuły sprzed kilkunastu lat, charakteryzujące się dużym odsetkiem działań niepożądanych, szczególnie u osób w wieku senioralnym.

– W przypadku leków antycholinergicznym, na rynku dostępne są preparaty refundowane zawierające dwie substancje czynne [solifenacynę i tolterodynę – przyp. red.]. Bardziej zasadnym pytaniem staje się więc, czy każdy pacjent powinien je przyjmować? U wielu pacjentów leki o antycholinergicznym mechanizmie działania są przeciwwskazane. Mam tu na myśli chociażby osoby w wieku podeszłym. Leki te mogą powodować objawy splątania, dawać objawy demencji, czyli coś, z czym w przypadku osób w wieku senioralnym chcielibyśmy walczyć – dodaje.

Dlatego też, w opinii eksperta, sięganie po mirabegron, który takich działań niepożądanych nie generuje, byłoby zdecydowanie lepszym i optymalniejszym rozwiązaniem w przypadku pacjentów z OAB.

Ministerstwo jest nieprzejezdne

W połowie sierpnia lekarze i pacjenci mieli nadzieję na wprowadzenie na listy refundacyjne nowej molekuły w ramach II linii leczenia OAB, zwłaszcza że w resorcie zdrowia trwały rozmowy w sprawie objęcia refundacją leku Betmiga. Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, odpowiedzialny w resorcie za politykę lekową, wskazywał, że prace nad listą leków refundowanych

trwają, a wniosek o objęcie refundacją mirabegronu jest nadal procedowany.

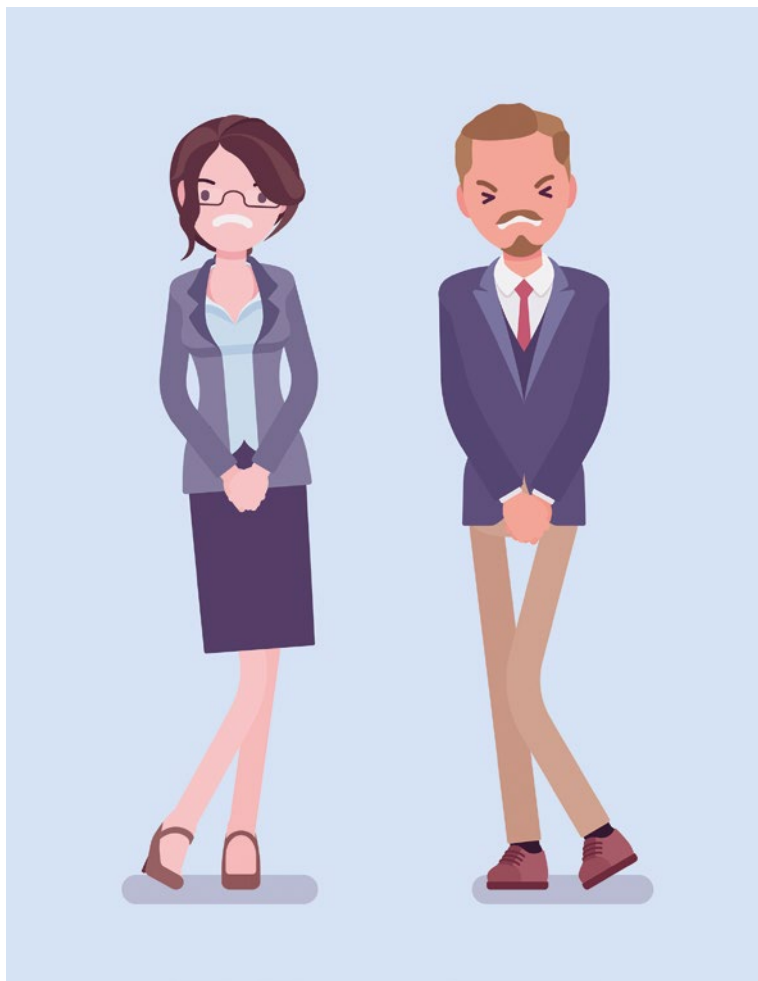
„Należy zaznaczyć, że (...) prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał rekomendację, w której rekomenduje objęcie refundacją produktu Betmiga (...) pod warunkiem znacznego obniżenia ceny i pogłębienia mechanizmu ryzyka. Również Komisja Ekonomiczna po przeprowadzonych negocjacjach cenowych wydała w sprawie negatywną uchwałę. Aktualnie uchwała KE oraz całość dokumentacji zostały przekazane do Ministra Zdrowia celem podjęcia pozytywnej bądź negatywnej decyzji” – pisał wiceminister Miłkowski, podtrzymując nadzieje pacjentów.

Niestety, zarówno projekt, jak i finalnie opublikowana wrześniowa lista refundacyjna okazały się dużym rozczarowaniem dla pacjentów. Minister Zdrowia jeszcze bardziej je spotęgował usuwając z listy leków refundowanych lek z grupy solifenacyn, który cieszył się największym zaufaniem pacjentów.

– Wprowadzenie do refundacji II linii leczenia OAB byłoby dopełnieniem procesu refundacji terapii w tym schorzeniu, po tym jak wprowadzono w zeszłym roku do grupy świadczeń gwarantowanych procedurę

neuromodulacji krzyżowej dla pacjentów cierpiących na ciężką postać OAB – oceniła Anna Sarbak. Dodała, że szczególnie pacjenci z ciężką postacią OAB, u których dostępne refundowane leczenie farmakologiczne nie przyniosło oczekiwanych efektów lub zostało przerwane z powodu uciążliwych skutków ubocznych, mogliby skorzystać z tej formy leczenia.

– Niestety zamiast lepiej jest gorzej, dlatego przedstawione wrześniowe obwieszczenie refundacyjne uważamy za wysoce rozczarujące w kontekście terapii OAB, tym bardziej że producent leku mirabegron deklaruje dla Polski najlepsze warunki w Europie – podsumowała szefowa stowarzyszenia „UroConti”.



Fot. andrew_rybalco - stock.adobe.com

Neuromodulacja krzyżowa z punktu widzenia lekarza urologa

Dr Maciej Oszczudłowski

Oddział Kliniczny Urologii CMKP, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie

Neuromodulacja krzyżowa (ang. sacral neuromodulation - SNM) jest metodą leczenia stosowaną u chorych dotkniętych zaburzeniami czynności pęcherza i cewki moczowej wraz z aparatem zwieraczowym, u których mniej inwazyjne formy leczenia są nieskuteczne bądź źle tolerowane.

Metoda ta polega ona oddziaływaniu na nerwy krzyżowe impulsami elektrycznymi emitowanymi przez elektrodę umiejscowioną w ich okolicy. Zmieniając aktywność dróg nerwowych związanych z czynnością pęcherza i cewki moczowej, normalizuje tę czynność.

Jakie są wskazania do wykonania zabiegu?

Zabieg implantacji systemu do neuromodulacji przeprowadzany jest w dwóch etapach. W pierwszym (faza testowa) wprowadzana jest elektroda, którą podłącza się do zewnętrznego generatora impulsów. U chorych, u których obserwowane jest zmniejszenie dolegliwości o przynajmniej 50 proc., w tkance podskórnej okolicy pośladkowej umieszczany jest generator wewnętrzny (II etap). Wśród narzędzi służących określeniu, u których chorych neuromodulacja przyniesie wymierną i utrzymującą się w czasie korzyść, faza testowa charakteryzuje się największą skutecznością i jest niezbędnym elementem całej procedury.

Klasycznymi wskazaniami do zastosowania neuromodulacji krzyżowej w urologii są:

1. zespół pęcherza nadaktywnego (ang. overactive bladder syndrome - OAB) u chorych, u których leczenie standardowe (behawioralne, farmakologiczne) jest nieskuteczne bądź przeciwwskazane,
2. zatrzymanie bądź znaczne zaleganie moczu, których przyczynę nie stanowi przeszkoda strukturalna (ang. non-obstructive urinary retention - NOR).



Fot. Materiały Medtronic Poland

Zespół pęcherza nadaktywnego [w terminologii Ministerstwa Zdrowia występujący pod nazwą: zespół pęcherza nadreaktywnego] charakteryzuje się występowaniem parć nagłych, przebiegających z nietrzymaniem moczu lub bez niego, którym może towarzyszyć częstomocz dzienny i/ lub nokturia. Analizując wyniki leczenia neuromodulacją krzyżową chorych (w większości kobiety) dotkniętych OAB, pozytywną odpowiedź na fazę testową wykazano u 80 proc. z nich. W grupie chorych poddanych implantacji całego układu (II etap),

seni®

wspiera
w profilaktyce
odparzeń
i odleżyn



+



Więcej na seni.pl



DOSTĘPNE W APTEKACH I SKLEPACH MEDYCZNYCH

u 67 proc. stwierdzono utrzymującą się skuteczność neuromodulacji w ciągu 5 lat obserwacji.

Alternatywą dla neuromodulacji krzyżowej, u chorych dotkniętych OAB jest podanie toksyny botulinowej do ściany pęcherza moczowego. Jednak, z uwagi na brak dostatecznych porównań długoterminowej skuteczności obu metod leczenia (przy zastosowaniu standardowej dawki toksyny botulinowej), nie ma oficjalnych zaleceń dotyczących wyboru jednej z nich. Dokonując wyboru, należy zatem uwzględnić profil działań niepożądanych każdej z metod oraz potrzebę powtarzania iniekcji toksyny botulinowej w celu utrzymania efektu leczenia.

W grupie chorych ze zdiagnozowanym zatrzymaniem bądź znacznym zaleganiem moczu niespowodowanych przeszkodą strukturalną, u których stwierdza się zadowalającą poprawę w fazie testowej, skuteczność neuromodulacji krzyżowej utrzymuje się u przeszło 70 proc. z nich w okresie 5 lat od rozpoczęcia terapii. Jednocześnie ponad 50 proc. takich chorych nie wymaga kontynuacji przerywanego cewnikowania pęcherza moczowego. Skuteczność terapii jest jeszcze większa wśród chorych, u których przyczyną zatrzymania moczu jest zespół Fowler. W tym przypadku wynosi ona od 73 proc. do 85 proc. w perspektywie długoterminowej.

Eksperyment, który może przynieść pacjentowi korzyść

Pozostałe wskazania do zastosowania neuromodulacji krzyżowej należy uznać za niestandardowe bądź ekspe-

rymentalne. Niemniej, w przypadku niektórych z nich, istnieje szereg dowodów naukowych potwierdzających skuteczność tej metody leczenia. W grupie tej znajdują się chorzy z pęcherzem neurogennym w przebiegu takich chorób jak stwardnienie rozsiane czy niecałkowite uszkodzenie rdzenia kręgowego oraz z zespołami bólowymi miednicy mniejszej. Skuteczność neuromodulacji krzyżowej w tych przypadkach jest jednak istotnie mniejsza w porównaniu do idiopatycznych OAB i NOR, zaś zróżnicowanie charakteru i nasilenia dolegliwości w każdym z tych stanów sprawia, że dobór chorych, którzy mają szansę odnieść największą korzyść, jest trudny.

Podsumowując, neuromodulacja krzyżowa stanowi efektywną metodę leczenia u wybranych chorych. Jej skuteczność i bezpieczeństwo potwierdzono w wielu badaniach naukowych na przestrzeni ponad 20 lat stosowania. Metoda ta uzupełnia lukę pomiędzy często nieskutecznym leczeniem farmakologicznym a obciążonymi istotnym ryzykiem powikłań metodami chirurgicznymi (odprowadzenie moczu, augmentacja pęcherza). Jest przy tym metodą w pełni odwracalną i wolną od trwałych następstw. Rozwój technologii pozwala ponadto usunąć niektóre niedogodności związane z terapią, np. ograniczenie zastosowania rezonansu magnetycznego czy wymiana urządzenia związana z wyczerpaniem baterii.

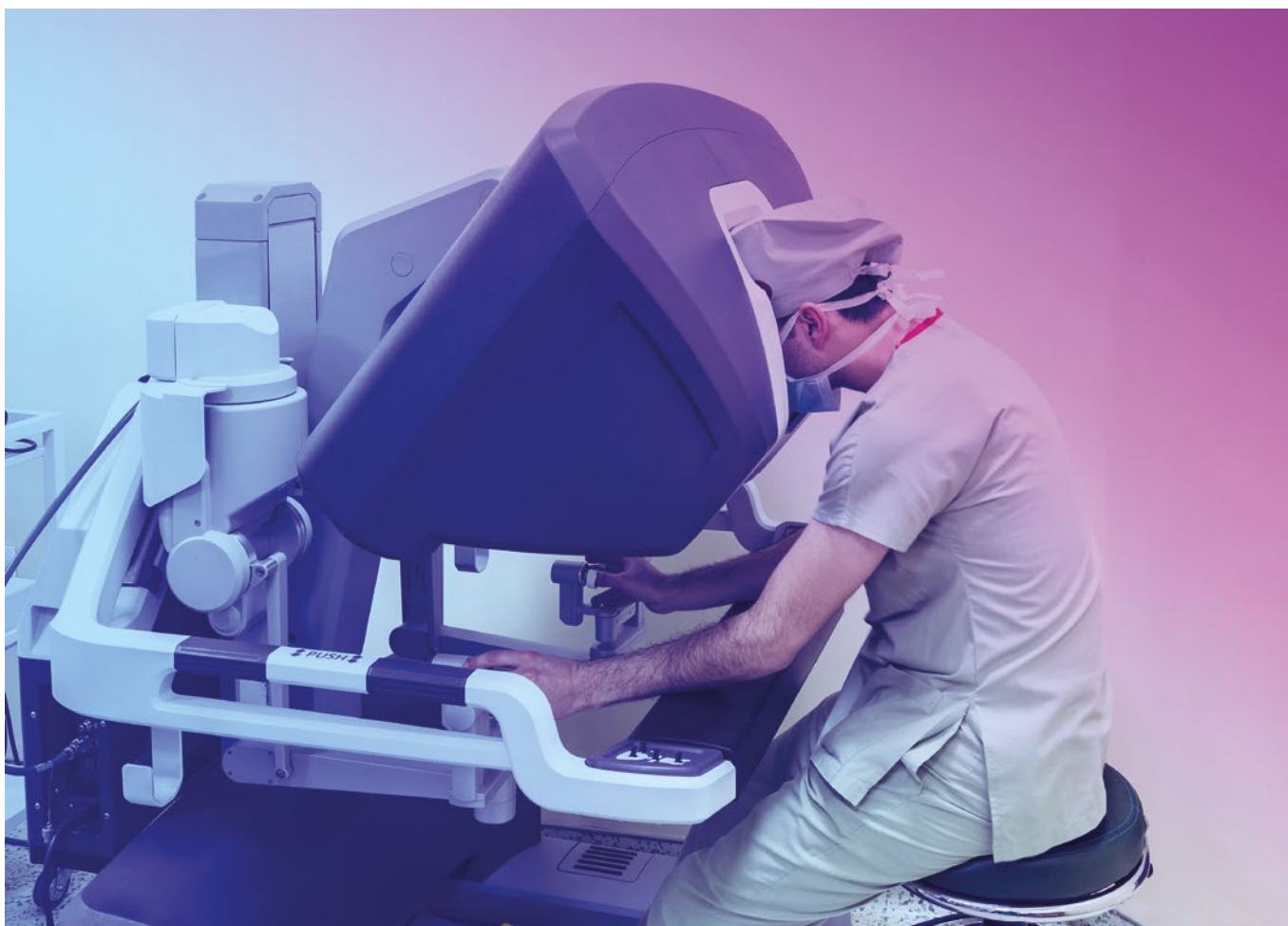
Piśmiennictwo u Autora.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. zw. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel. 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	prof. dr hab. n. med. Waldemar Różański
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Międzyleski Szpital Specjalistyczny	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindley'a 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Chirurgia robotyczna w służbie pacjentom z rakiem prostaty

Maja Markłowska-Tomar



Fot. daphnusia - stock.adobe.com

Robotyka chirurgiczna jest obecnie jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin medycyny na świecie. Z udziałem systemów robotycznych przeprowadzono już ponad 7,2 mln operacji. Duża część z nich została wykonana u pacjentów z rakiem gruczołu krokowego.

Okazuje się, że w dobie pandemii COVID-19 małoinwazyjne, zapewniające pacjentom większy komfort i skracające ich pobyt w szpitalu operacje z użyciem robota jeszcze bardziej zyskują na znaczeniu. Ich kolejną zaletą, która tak naprawdę została doceniona dopiero teraz, jest możliwość zachowania bezpiecznego dystansu między pacjentem a operatorem. Dzięki temu znacznie zmniejsza się ryzyko zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2.

Chirurgia robotyczna najpopularniejsza w urologii

Najczęstszym nowotworem diagnozowanym u mężczyzn jest w Polsce rak prostaty (wyrzucił już pod tym względem raka płuc). Co roku rejestrowanych jest ok. 15 tys. nowych zachorowań, a 4-5 tys. pacjentów z powodu tego nowotworu umiera. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w ciągu ostatnich 30 lat, liczba zachorowań na raka prostaty wzrosła aż siedmiokrotnie. Wielu chorych po klasycznej operacji chirurgicznej - radykalnej prostatektomii, czyli usunięciu gruczołu krokowego - ma zaburzenia erekcji i problemy z utrzymaniem moczu. W przypadku małoinwazyjnej operacji z użyciem robota ryzyko tych zaburzeń jest mniejsze. Poza tym zabiegi „robotowe” trwają krócej i, co ważne, wiążą się z mniejszą utratą krwi oraz szybszym powrotem do sprawności. Dlatego szybko zyskują na popularności.

ści. Można je przeprowadzać również u chorych, którzy z powodu zaawansowanego stadium choroby nie mogą zostać poddani klasycznej, rozległej operacji.

– *W wielu wypadkach tacy pacjenci nie mają szans na przeprowadzenie zabiegu w ośrodkach, do których się zgłaszają. Dzięki wsparciu robota da Vinci możemy im skutecznie udzielić pomocy, zwiększając ich szanse na zwalczenie choroby i umożliwiając, zalecane w takim wypadku, leczenie skojarzone* – mówi Paweł Wisz, urolog z krakowskiego Szpitala na Klinach, członek zarządu Europejskiego Robotycznego Towarzystwa Urologicznego.

W Stanach Zjednoczonych zarejestrowanych jest już ok 3,5 tys. robotów chirurgicznych da Vinci, w Europie - niespełna 1 tys., zaś w Polsce do końca 2019 r. dysponowało nimi tylko 8 ośrodków medycznych. Za Oceanem jeden robot przypada na niespełna 100 tys. mieszkańców. Stale rozwijana i udoskonalana chirurgia robotyczna stała się w USA już niemal powszechna, a obok systemów da Vinci na rynek sukcesywnie wprowadzane są nowe rozwiązania.

Systemy robotyczne zapewniają precyzję wielokrotnie przewyższającą możliwości wcześniejszych rozwiązań. Dzięki wsparciu robota lekarz, siedząc za konsolą, otrzymuje transmisję obrazu z wnętrza ciała. Obszar operacji jest widoczny w znacznym powiększeniu, a komputer przekłada gesty operatora na ruchy narzędzi chirurgicznych.

Otyłość nie stanowi problemu dla operatora systemu robotycznego

Ogromnym wyzwaniem dla urologów są otyli chorzy na raka prostaty. Wysoki wskaźnik BMI (ang. body mass index) oraz otyłość brzuszna to dwa główne czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego. W wielu badaniach potwierdzono, że u otyłych pacjentów nie tylko ryzyko zachorowania jest większe, ale też nowotwór rozwija się znacznie szybciej. Większość pacjentów z dużą masą ciała trafia do specjalisty z agresywną postacią raka prostaty. Tacy chorzy wymagają leczenia operacyjnego.

– *Dla nas, urologów, pacjenci z dużą masą ciała są najtrudniejszymi pacjentami. Powodem jest przede wszystkim utrudniony dostęp do miednicy oraz ograniczona widoczność podczas klasycznych operacji. Dodatkowo, u pacjentów otyłych podczas standardowych operacji laparoskopowych mamy małą możliwość manewru narzędziami. To wszystko przekłada się na znacznie gorsze wyniki leczenia operacyjnego u tych pacjentów* – mówi dr Albert Gugala, urolog z warszawskiego Szpitala Mazovia.

Jak dodaje, użycie robota chirurgicznego da Vinci podczas operacji pozwala u takich chorych uzyskać bardzo dobre wyniki leczenia, porównywalne z tymi, jakie osiąga się u chorych, których masa ciała jest w normie. – *Dzięk*

ki odpowiedniej długości narzędzi, którymi dysponuje robot, oraz zwiększonej manewrowości jego „nadgarstków” umożliwiających ruchy pod każdym kątem, możemy dotrzeć do trudno dostępnych miejsc i wyciąć zmianę nowotworową, nie uszkadzając przy tym zdrowych tkanek pacjenta. To ważne chociażby ze względu na szybszy powrót pacjenta do normalnego funkcjonowania. W narzędzia są wyposażone trzy ramiona robota, a w czwarte wbudowana jest kamera HD, która umożliwia aż 16-krotne powiększenie obrazu. Dzięki temu zyskujemy pewność, że wycięliśmy całą zmianę nowotworową – tłumaczy dr Albert Gugala.

Jeden z jego pacjentów ważył ponad 140 kg. Po przedstawieniu mu możliwości leczenia operacyjnego zdecydował się na zabieg z wykorzystaniem robota da Vinci. Standardowe narzędzia robota zostały zastąpione narzędziami zaprojektowanymi przez amerykańskiego producenta specjalnie dla osób otyłych. Zabieg trwał 3 godziny i przebiegł bez komplikacji. – *Po przebudzeniu pa-*

cient czuł się dobrze, a jego pobyt w szpitalu na obserwacji trwał standardowo trzy dni. Po tym czasie wrócił do domu, w pełni sił, a co najważniejsze – bez cewnika i z pełnym trzymaniem moczu, co nie jest możliwe po klasycznej operacji – wspomina dr Gugala.

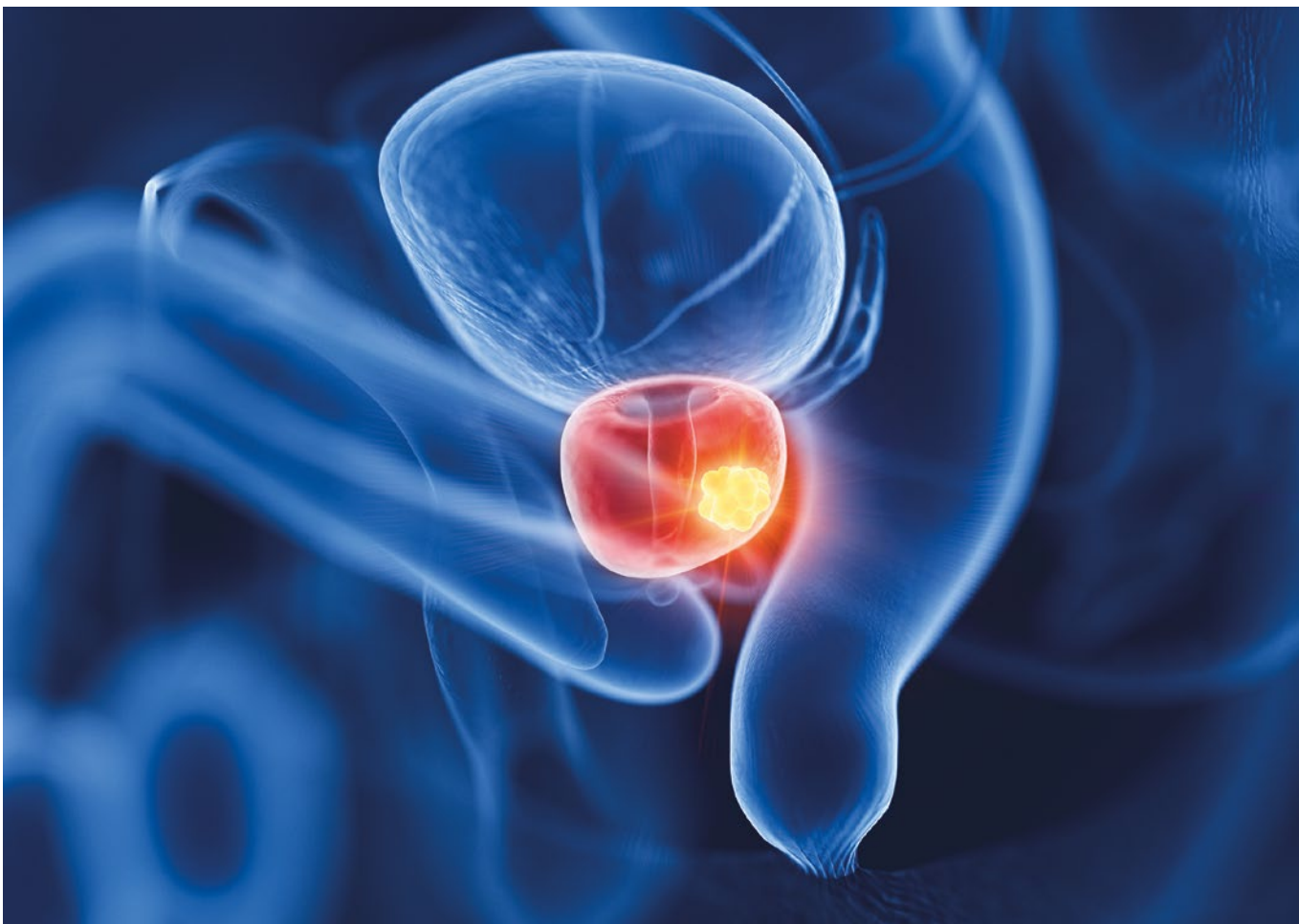
Chirurg jak pilot – żeby nie popełnić błędu, musi być dobrze wyszkolony

Warto jednak pamiętać, że system robotyczny – mimo „kosmicznej” technologii i niezwykle skomplikowanego oprogramowania – pozostaje przede wszystkim narzędziem pomocniczym w rękach lekarza. To chirurg wykonuje zabieg i podejmuje każdą decyzję, tak jak pilot, a nie automatyczny komputer pokładowy, odpowiada za bezpieczeństwo pasażerów podróżujących samolotem.

Dr Wisz podkreśla, że każdy chirurg, podobnie jak każdy pilot, powinien przejść szkolenie, w trakcie którego, z wykorzystaniem symulatora analogicznego jak w lotnictwie, może przeprowadzać wirtualne operacje i symulować poszczególne etapy operacji, w tym również komplikacje.

– *W rozwoju chirurgii robotycznej szczególne znaczenie ma kadra medyczna, wykwalifikowana w kierunku operowania na konkretnych systemach. Chcąc jednak skutecznie i bezpiecznie operować przy wsparciu robota, każdy chirurg musi odbyć specjalne szkolenia. Od 2015 roku jest już dostępny pierwszy na świecie zwalidowany program szkoleniowy dla chirurgów robotycznych* – przypomina urolog.

Na związek między efektem operacji a wyszkoleniem i umiejętnościami operatora zwraca uwagę również dr Paweł Salwa, twórca i dyrektor Polskiego Centrum Urologii Robotycznej w Szpitalu Medicover w Warszawie, wieloletni ordynator największej kliniki urologii



Fot. SciePro - stock.adobe.com

robotycznej w Europie oraz były kierownik Centrum Diagnostyki Prostaty Rezonansem Magnetycznym w niemieckim Gronau, który zza konsoli robota da Vinci zoperował już ponad 1 tys. pacjentów.

Jak wynika z raportu „Rynek robotyki chirurgicznej w Polsce 2019. Prognozy na lata 2020-2023”, przygotowanego przez Upper Finance i PMR, do 2023 r. liczba systemów robotycznych w Polsce powinna wzrosnąć do około 30, choć potrzeby są oceniane na 40-50.

– Rezultat operacji ściśle zależy od wprawy chirurga w jej wykonywaniu. Należy pamiętać, że robot da Vinci jest doskonałym narzędziem, ale jest jedynie narzędziem, które trzeba umieć wykorzystać. Jest to narzędzie bardzo zaawansowane, którego pełnię możliwości można uzyskać po przeprowadzeniu kilkuset zabiegów – tłumaczy dr Paweł Salwa. – Ukuto porównanie robota do bolidu Formuły 1. Większość ludzi potrafi prowadzić samochód, jednak po objęciu sterów bolidu osiągnęłaby fatalne wyniki w porównaniu do zawodowych kierowców, mimo że kierowaliby świetną maszyną. Podobnie jest z robotem da Vinci, za sterami którego może zasiąść dowolny urolog, jednak bez odpowiedniego wyszkolenia i doświadczenia, będzie „łapał poboce” i wynik operacji będzie daleki od zamierzonego – dodaje.

Operacje z użyciem robota wciąż czekają na refundację

W 2017 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydała pozytywną opinię w sprawie refundacji operacji przy pomocy robotów medycznych dla trzech wskazań: raka jelita grubego, raka gruczołu krokowego oraz raka błony śluzowej macicy. W efekcie Ministerstwo Zdrowia przygotowało w kwietniu 2018 r. projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w którym umieściło zapis o objęciu refundacją trzech rodzajów zabiegów wykonywanych przy wsparciu systemu robotycznego: radykalnej prostatektomii, radykalnej histerektomii oraz hemikolektomii.

Rozporządzenie to, pomimo podpisu Ministra Zdrowia, zostało w ostatniej chwili wstrzymane przed publikacją, a z treści kolejnej nowelizacji, z października 2018 r., usunięto przepisy dotyczące „Leczenia chirurgicznego z zastosowaniem systemu robotowego”. Intencją Ministra Zdrowia było bowiem zainicjowanie Wieloletniego Programu Rozwoju Chirurgii Robotowej w Polsce.

W efekcie operacje robotyczne w dalszym ciągu nie są w Polsce odrębnie refundowane, a ceny zabiegów komercyjnych wahają się w granicach 40-50 tys. zł.

Nowy rozdział w działaniach na rzecz opieki długoterminowej

Violetta Madeja



Fot. Photographee.eu - stock.adobe.com

Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” wybrała nowe władze, które z energią przystępują do działania. Przed społecznikami niełatwe zadanie – szczególnie że pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 bezlitośnie obnażyła słabość wielu elementów systemu ochrony zdrowia.

Podczas odbywającego się 4 września Walnego Zebrania Członków Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” dr Elżbieta Szwałkiewicz oraz Grażyna Śmiarowska przekazały władze w ręce nowo wybranego zarządu. W jego skład weszły: Magdalena Osińska-Kurzywik jako prezes zarządu, Beata Stepanow została wiceprezesem zarządu, a Helena Kładko nadal będzie pełniła rolę sekretarza. Warto podkreślić, że dotychczasowa szefowa organizacji nie zrezygnowała całkowicie z wpływu na działania Koalicji i weszła do zainicjowanej przez nowy zarząd Rady Programowej, w której powierzono jej rolę przewodniczącej.

Aby być przygotowanym na zmiany demograficzne

Nowy zarząd Koalicji przyznaje, że zamierza konsekwentnie kontynuować działania na rzecz zmian w opiece nad osobami niesamodzielnymi, a także zwiększenia potencjału i profesjonalizacji środowiskowego wsparcia – zarówno pacjentów, jak również ich rodzin.

– Dla bezpieczeństwa osób niesamodzielnych i jakości

ich życia niezwykle ważny jest fakt, żeby świadczone im usługi pomocowe i opiekuńcze były standaryzowane, koordynowane, nadzorowane i poparte stabilnymi źródłami finansowania. Zależy nam również na tym, aby polskie społeczeństwo przygotować na zapowiadane zmiany demograficzne i uświadomić skalę tych zmian. Dlatego tak ważne dla nowego zarządu było powołanie Rady Programowej i przekonanie pani Elżbiety Szwałkiewicz do pokierowania tym ciałem. Chcemy w ten sposób pielęgnować w naszej organizacji pamięć instytucjonalną – podkreśliła Magdalena Osińska-Kurzywik.

Warto podkreślić, że nowa prezes Koalicji była już wcześniej związana z organizacją i pełniła w niej rolę pełnomocnika zarządu ds. opieki długoterminowej.

Kontynuacja dotychczasowych działań

Jak podkreśla Helena Kładko, wybrana na sekretarza zarządu Koalicji, cele statutowe reprezentowanego przez nią środowiska osób ze stwardnieniem rozsianym są zbieżne z tymi prezentowanymi przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”. Przyznała jednak, że przed władzami organizacji dużo wyłożonej pracy.

– *Statut osoby niesamodzielnej jest w Polsce niesprecyzowany i wymaga systemowej reformy. Koalicja ma bardzo dobre rozwiązania, które wprowadzą nas w XXI wiek. Wierzę, że to co zostało zainicjowane przez ustępujący zarząd zdołamy rozwinąć w kolejnych latach* – podkreśliła Helena Kładko.

Nowe spojrzenie na potrzeby pacjentów wniesie natomiast Beata Stepanow, pielęgniarka diabetologiczna, która od lat angażuje się z sukcesami w działania edukacyjne. W rozmowie z Kwartalnikiem NTM przyznała, że wśród osób niesamodzielnych znajduje się duże grono seniorów zmagających się z wielochorobowością.

- Pełniąc przez ostatnie dwa lata funkcję pełnomocnika zarządu ds. osób przewlekle chorych, miałam okazję połączyć swoją wiedzę praktyczną z wieloletnim dorobkiem Koalicji. Teraz przyszedł czas na nowy etap mojego zaangażowania w organizację - przyznała nowa wiceprezes.

Koronawirus wymusi zmiany w opiece długoterminowej

Nowy zarząd ma świadomość, że mówiąc o przyszłości opieki nad osobami niesamodzielnymi, nie można bagatelizować trwającej pandemii koronawirusa, która stała się ogromnym wyzwaniem dla całego systemu opieki zdrowotnej. Niepokojące dane zebrane przez Koalicję wskazują, że od początku pandemii we wszystkich ośrodkach zajmujących się osobami niesamodzielnymi, tj. w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL), zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) i domach pomocy społecznej (DPS) zakażenia wirusem SARS-CoV-2 odnotowano już w ponad 150 placówkach. Niestety, grzechem głównym decydentów okazał się marazm i brak jakichkolwiek działań zmierzających do realizacji postulatów przedstawionych w dekalogu opieki długoterminowej sformułowanego w listopadzie 2019 roku. W ocenie przedstawicieli organizacji ostatnie 12 miesięcy zmarnotrawiono.

Władze nie znalazły również czasu na rozmowę na temat projektu „Centrów Zdrowia 75+”. W tej sprawie Koalicja zwracała się do Kancelarii Prezydenta RP. Ta niestety pominęła proces konsultacji pomysłu z ekspertami.

- Kancelaria Prezydenta twierdzi, że prace na poziomie eksperckim już zostały zakończone, a gotowy projekt ustawy o szczególnych formach geriatrycznej opieki zdrowotnej zostanie skierowany do Sejmu. Od początku zgłaszaliśmy swoje zastrzeżenia, proponowaliśmy spotkanie z naszymi ekspertami. Nikt jednak w Kancelarii nie zareagował - przyznała Magdalena Osińska-Kurzywilk. Jej zdaniem odpowiedź prezydenckich urzędników jest dalece niepokojąca i rodzi uzasadnione wątpliwości co do ostatecznego kształtu, jaki zaproponowany zostanie w Sejmie.

Nowa formuła komunikacji

Trwająca pandemia wymusiła również na organizacji reprezentującej najsłabszych zmiany formuły dorocznej

konferencji poświęconej opiece długoterminowej. Dlatego tegoroczna, kolejna edycja Konferencji „Opieka długoterminowa w Polsce - dzisiaj i jutro”, zaplanowana na 25-27 listopada 2020 roku, będzie spotkaniem wirtualnym i jej przebieg będzie można śledzić w sieci.



Od lewej: Beata Stepanow, Elżbieta Szałkiewicz, Magdalena Osińska-Kurzywilk, Helena Kładko

Fot. Milena Bękarska

- W tym roku, w trosce o bezpieczeństwo wszystkich uczestników, zdecydowaliśmy się zmienić formułę naszej konferencji i przenieść ją do Internetu. W ciągu trzech dni planujemy organizację sześciu interaktywnych debat tematycznych (jedna debata poranna i jedna popołudniowa). Zalogowani uczestnicy, którzy wcześniej się zarejestrują, będą mogli zadawać pytania gościom w studiu, a także brać udział w głosowaniach - informuje wiceprezes Koalicji Beata Stepanow.

W rozmowie z redakcją zdradza również, że podczas spotkania zaprezentowane zostaną ciekawe wyniki badania dotyczącego występowania problemu nietrzymania moczu u osób z cukrzycą.

Ćwiczenia i fizjoterapia kluczem do profilaktyki NTM

Violetta Madeja

Medycyna naprawcza ma swojego sprzymierzeńca – jest nim właściwy tryb życia i szeroko rozumiana profilaktyka. W przypadku pacjentów mogących mieć predyspozycje do nietrzymania moczu pomocną okazać się może metoda BeBo.



Fot. Kzenon - stock.adobe.com

– Jeszcze do niedawna medycyna rehabilitacyjna stała w cieniu swojej wielkiej siostry – medycyny szpitalnej. Obecnie w Europie Zachodniej, a także w USA, dziedziną tą przeżywa prawdziwy naukowy renesans. Z jednej strony związane jest to z nieuniknionym procesem demograficznym dzisiejszej Europy, a z drugiej w dużej mierze także z wynikami badań klinicznych, które udowadniają niezaprzeczalny pozytywny wpływ rehabilitacji celowej i medycyny fizycznej na zdrowie fizyczne i psychiczne pacjentów, stanowiąc integralną część procesu leczenia – podkreśla w rozmowie z Kwartalnikiem NTM dr n. med. Andrzej Przybyła, urolog z Medical Continence Centers.

Pięciomodułowy program ćwiczeń dna miednicy

Jedną z nowoczesnych metod profilaktyki i leczenia zaburzeń w obrębie dna miednicy jest metoda BeBo (z niemieckiego **Beckenboden** – dno miednicy). Jak wyjaśnia Kinga Religa-Popiołek, wiceprezes małopolskiego oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, a także fizjoterapeutka urologiczna, metoda ta znajduje swoje zastosowanie m.in. w terapii nietrzymania moczu, gazów i stolca, nadaktywności pęcherza (OAB), czy też obniżenia narządów miednicy, szczególnie w początkowych etapach choroby.

– *Fizjoterapia BeBo to metoda obejmująca system ćwiczeń podzielonych na pięć modułów. Pierwszy z nich to ćwiczenia świadomościowe, obejmujące budowanie świadomości własnego ciała, mięśni dna miednicy, czy w końcu właściwego oddechu. Drugą grupą są ćwiczenia mobilizacyjne, bazujące na ruchach miednicy i mobilizacji kompleksu lędźwio-wo-miednicznego. Trzecią są ćwiczenia wzmacniające skoncentrowane na mięśniach dna miednicy, ale również wzmacniające wszystkie grupy mięśni synergistyczne do mięśni dna miednicy, między innymi mięśnie brzucha. Kolejną, czwartą grupą ćwiczeń są zajęcia ukierunkowane na integrację czynności dnia codziennego, co w przypadku niektórych pacjentów jest jednym z kluczowych elementów – wyjaśnia Katarzyna Kucab-Klich, certyfikowana instruktorka metody BeBo.*

Jak dodaje, sprowadza się to do zaleceń dotyczących ich codziennego postępowania: jak powinni pracować, jak siedzieć, czy powinni opiekować się małym dzieckiem.

– *Pokazujemy pacjentom, jak powinni funkcjonować w życiu codziennym, by nie przeciążać mięśni dna miednicy – mówi Katarzyna Kucab-Klich.*

Ostatnia, piąta grupa ćwiczeń dotyczy technik relaksacji, których zadaniem jest przywrócenie balansu w układzie nerwowym i całym ciele.

Kto może odnieść korzyść z takich ćwiczeń?

Metoda BeBo stworzona została tak, by mógł z niej skorzystać każdy pacjent, ale ważna jest również świadomość, które ćwiczenia znajdują zastosowanie np. w przypadku wsparcia pacjenta z OAB, a które u chorego z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

– *Trening mięśni dna miednicy na przestrzeni lat przybierał wiele różnych form, od klasycznych ćwiczeń Kegla, przez metodę Cantienica, BeBo, po ćwiczenia hipopresyjne i wiele innych. Każda z tych metod kładzie nacisk na nieco inne elementy, jednak wspólnym mianownikiem dla wszystkich jest świadomość własnego ciała i dna miednicy – podkreśla Kinga Religa-Popiołek.*

Metoda BeBo pomyślana jest tak, by można było skierować ją do każdej osoby.

– *Jesteśmy na etapie zbierania danych klinicznych na temat efektów pracy metodą BeBo, natomiast ucząc tej metody, wskazujemy jej zalety i efekty związane z profilaktyką. Metoda ta ma umożliwić osobom, które być może nie cierpią z powodu dolegliwości czy dysfunkcji ze strony mięśni dna miednicy, działania profilaktyczne w zakresie funkcji mięśni dna miednicy – zaznacza Katarzyna Kucab-Klich.*

Burzliwy koniec lata

Violetta Madeja

Letnia aura nie wyhamowała prac związanych ze zmianami legislacyjnymi, które mają przełożenie na sytuację pacjentów zmagających się z nietrzymaniem moczu. Co więcej, system ochrony zdrowia w trzecim kwartale tego roku musiał zmierzyć się z poważnymi zawirowaniami kadrowymi w Ministerstwie Zdrowia oraz Narodowym Funduszu Zdrowia.

Nowy Minister Zdrowia

Tegoroczne lato nie należało do spokojnych. Po burzliwej kampanii prezydenckiej przyszedł czas podsumowań i rozliczeń. Jednym z efektów były dymisje dwóch kluczowych urzędników Ministerstwa Zdrowia – podsekretarza stanu Janusza Cieszyńskiego (17 sierpnia) oraz jego szefa Łukasza Szumowskiego (18 sierpnia). Premier Mateusz Morawiecki po rezygnacji obu ministrów szybko

ogłosił nazwisko nowego szefa resortu zdrowia, którym został Adam Niedzielski, dotychczasowy prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Nominację na stanowisko ministra zdrowia odebrał pod koniec sierpnia, deklarując pełną otwartość na współpracę ze środowiskiem pacjentów. „Chciałbym zadeklarować, że głównym przesłaniem na moje rządy w Ministerstwie Zdrowia będzie hasło: wszystkie ręce na pokład. Jestem otwarty na współpracę. Przedstawiciele środowisk medyków i pacjentów będą mogli potwierdzić tę cechę. Działanie w ministerstwie chciałbym oprzeć na dialogu, otwartości, współpracy” – deklarował tuż przed powołaniem w mediach społecznościowych Adam Niedzielski.

Kim jest nowy szef resortu zdrowia? Adam Niedzielski jest pierwszym od 16 lat ministrem, który z wykształcenia nie jest lekarzem, lecz ekonomistą. Z systemem ochrony zdrowia związany jest od stycznia 2018 roku, kiedy to został powołany do Rady NFZ, natomiast od lipca 2018 roku pełnił funkcję zastępcy prezesa NFZ ds. operacyjnych. Zwieńczeniem jego pracy dla publicznego płatnika było objęcie w październiku ubiegłego roku fotela prezesa NFZ. Warto podkreślić, że Adam Niedzielski dał się poznać jako sprawny menadżer, potrafiący komunikować się zarówno z lekarzami, jak i samymi pacjentami.

To dzięki jego decyzjom udało się m.in. zmienić zasady realizacji zleceń na wyroby medyczne, a także wprowadzić nowe, prostsze zasady rozliczeń NFZ ze świadczeniodawcami realizującymi zlecenia. Ta ostatnia zmiana miała miejsce 1 lipca br. i zakłada, że sklep medyczny bądź apteka może rozliczać zlecenia na wyroby medyczne, m.in. pieluchomajtki, tylko z jednym oddziałem funduszu (z którym ma sygnowaną umowę) – bez względu na to, skąd pochodził pacjent. Warto też zauważyć, że od 1 lipca zaczął obowiązywać nowy, uproszczony wzór zlecenia na kontynuację zaopatrzenia w cykliczne, comiesięczne wyroby medyczne, w tym środki chłonne.

Szykują się zmiany w refundacji leków

Kolejnym owocem kampanii prezydenckiej był również prezydencki projekt ustawy o Funduszu Medycznym. Dokument ten ma być alternatywną formą finansowania świadczeń zdrowotnych oraz terapii lekowych i będzie się znajdował w gestii szefa resortu zdrowia. Dodatkowo, w projekcie przewidziano stworzenie subfunduszy, z których środki trafiać będą na programy profilaktyczne czy modernizację szpitali.

W dokumencie zapisano nową ścieżkę dostępu pacjentów do terapii lekowych w ramach tzw. ratunkowego dostępu do terapii lekowych (RDTL). Zgodnie z pomysłem legislatora decyzja dotycząca zastosowania procedury RDTL zostanie przeniesiona z resortu zdrowia w ręce świadczeniodawców, którzy działać będą w oparciu o opinie konsultantów krajowych bądź wojewódzkich, a nie jak dotychczas Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W projekcie ustawy zapisano również wielkość budżetu na RDTL, który ma wynieść 3 proc. środków przeznaczanych na refundację leków w ramach programów lekowych bądź chemioterapii. Kwota ta będzie dzielona pomiędzy świadczeniodawców realizujących leczenie i będzie korelować z wysokością ich kontraktów. Finalnie jednak eksperci wskazują, że brakuje precyzyjnego opisu mechanizmu przydzielania tych środków.

Pielęgniarka POZ wystawi zlecenie

Ważną dla pacjentów zmianą jest również nadanie nowych kompetencji pielęgniarkom pracującym w podsta-



Fot. quka - stock.adobe.com

wowej opiece zdrowotnej. Od 1 sierpnia br. mogą one bowiem udzielać porady, a w jej ramach wystawić zlecenie na wybrane wyroby medyczne, w tym również środki chłonne. Nowe regulacje wprowadzono nowelą rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.



Fot. M. Schuppich - stock.adobe.com

Jak podkreśla Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, w ramach porady POZ i w zależności od posiadanych uprawnień zawodowych, pielęgniarka będzie mogła m.in.:

- prowadzić profilaktykę chorób i promocję zdrowia,
- dobrać sposoby leczenia rany w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
- przepisać leki zawierające określone substancje czynne (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe),
- wystawić recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji,
- wystawić zlecenie lub receptę na wybrane wyroby medyczne (np. pieluchomajtki).

Dodatkowo, pielęgniarki będą upoważnione do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej (wyjątkiem mają być badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych, które mogłyby stwarzać podwyższone ryzyko dla pacjenta).

Łyżka dziegciu w refundacji

Dużym rozczarowaniem dla pacjentów okazała się wrześniowa lista refundacyjna, na którą nie tylko nie wpro-

wadzono leku stanowiącego II linię leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB), ale usunięto z wykazu najpopularniejszy lek stanowiący I linię leczenia.

– Oryginalny produkt leczniczy solifenacyny (Vesicare) nie ma kontynuacji od 1 września ze względu na bardzo wysoką cenę i odpłatność dla pacjenta (3,5- i 7-krotnie wyższe dopłaty niż odpowiedniki). Na rynku dostępnych jest 12 refundowanych solifenacyn, więc pacjenci są w pełni zabezpieczeni – argumentował wiceminister Maciej Miłkowski odpowiedzialny za ostateczny kształt wrześniowych wykazów refundacyjnych.

Środowisko pacjentów wskazało jednak, że taka argumentacja jest niezrozumiała, szczególnie że wspomniany lek znajdował się nieprzerwanie na liście od 2011 roku i spośród wszystkich preparatów zawierających solifenacynę cieszył się zdecydowanie największym zaufaniem nie tylko stosujących go pacjentów, ale również ordynujących ten preparat lekarzy.

– Proszę zauważyć, że pomimo najwyższej ceny dla pacjenta, przy zachowaniu tego samego poziomu refundacji NFZ co dla pozostałych produktów zawierających solifenacynę, to właśnie ten lek cieszył się cały czas zdecydowanie największym zaufaniem wśród pacjentów. Opublikowana wrześniowa lista refundacyjna

w przypadku leczenia OAB jest w naszym odczuciu wysoce rozczarowująca – oceniła Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

AOTMiT o lekach ważnych dla pacjentów z NTM

W mijającym kwartale leki kluczowe dla chorych z NTM były również przedmiotem oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Pozytywną ocenę ekspertów uzyskał lek Silodosin Recordati (*silodosinum*), stosowany w leczeniu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego. Warunkiem objęcia preparatu refundacją jest jednak ustalenie kosztów dla płatnika i pacjenta na poziomie nie wyższym niż koszt najtańszych preparatów tamsulosyny i alfuzosyny. Rada Przejrzystości przychyliła się również do kilku wniosków o finansowanie dotychczas nierefundowanej terapii w ramach RDTL – chodzi o sfinansowanie m.in. leczenia pacjenta z rakiem urotelialnym pęcherza moczowego niwolumabem (Opdivo).

To jednak nie wszystko. Eksperci AOTMiT omówili również wyniki analizy kosztów świadczeń gwarantowanych w zakresie chorób układu moczowo-płciowego, finansowanych w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP). Chodzi o świadczenia udzielane w ramach leczenia szpitalnego, jak również wybrane świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

MoliCare®

Higiena przy
nietrzymaniu moczu

Medyczne produkty chłonne dostępne w refundacji –
dopasowane do indywidualnych potrzeb przy
nietrzymaniu moczu.



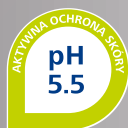
100%

DYSKRECJI
KOMFORTU
BEZPIECZEŃSTWA

Przyjazne
dla skóry

Aloe Vera

**Innowacyjne wkładki i majtki chłonne dla
zachowania anatomicznej perfekcji kobiety
oraz mężczyzny.**



Utrzymują zdrową skórę dzięki miękkim, przepuszczającym powietrze materiałom, 3 warstwom wkładu chłonnego z przyjaznym dla skóry pH na poziomie 5,5.



Zapewniają potrójną ochronę i bezpieczeństwo dzięki 3 – warstwom wkładu chłonnego, które skutecznie chronią strefy intymne przed ciągłym kontaktem z moczem, zapewniając antybakteryjne działanie.



Zachowują suchą skórę dzięki systemowi szybkiej dystrybucji moczu Quick Dry do wnętrza wkładu, który utrzymuje wilgoć z dala od jej powierzchni, zapewniając poczucie komfortu.

**CENTRUM
WSPARCIA SENIORÓW
☎ 800 26 96 36**

**SPRAWDŹ
Jak otrzymać
i zrealizować zlecenie
na produkty chłonne
w łatwy oraz
bezpieczny sposób?**

* MoliCare® Premium Pants lady – produkt dostępny tylko poza refundacją. Aloe Vera dotyczy wkładek i bielizny chłonnej dla kobiet – wersji lady.



Już dziś zamów książki na
www.poradnikidlapacjentow.pl

lub zadzwoń
22 279 49 04

Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin

Pod redakcją
Piotra L. Chłosty



Redakcja wydania
Mariusz Błewniewski



Poradnik dla pacjentek ginekologicznych

Pod redakcją
prof. Mirosława Wielgosia
dr Natalii Mazanowskiej

