

WYROBY MEDYCZNE

**Środki chłonne: historyczna
zmiana po 22 latach
oczekiwań**

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY



**Stomia jako sposób na
kontynencję?
Tak, ale w ostateczności**



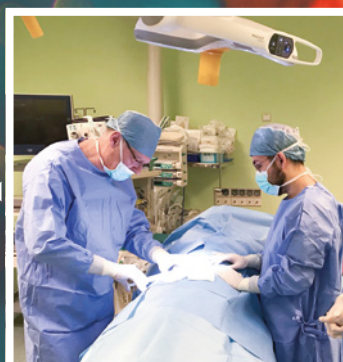
WYWIAD

**Jestem zwolennikiem
teorii prostego rzemiosła**



LECZENIE

**Neuromodulacja nerwów
krzyżowych okiem
urologa**



LECZENIE

**Mirabegron: niekończąca
się historia braku
refundacji**



Jest zmiana!

Stało się. Minister Zdrowia zdecydował się podnieść od 1 grudnia limity cenowe dla refundowanych pieluchomajtek, majtek chłonnych i pieluch anatomicznych. Wszystkie trzy rodzaje produktów charakteryzują się wysokimi parametrami chłonności, co oznacza, że głównymi beneficjentami zmian będą pacjenci ze średnim i ciężkim NTM.

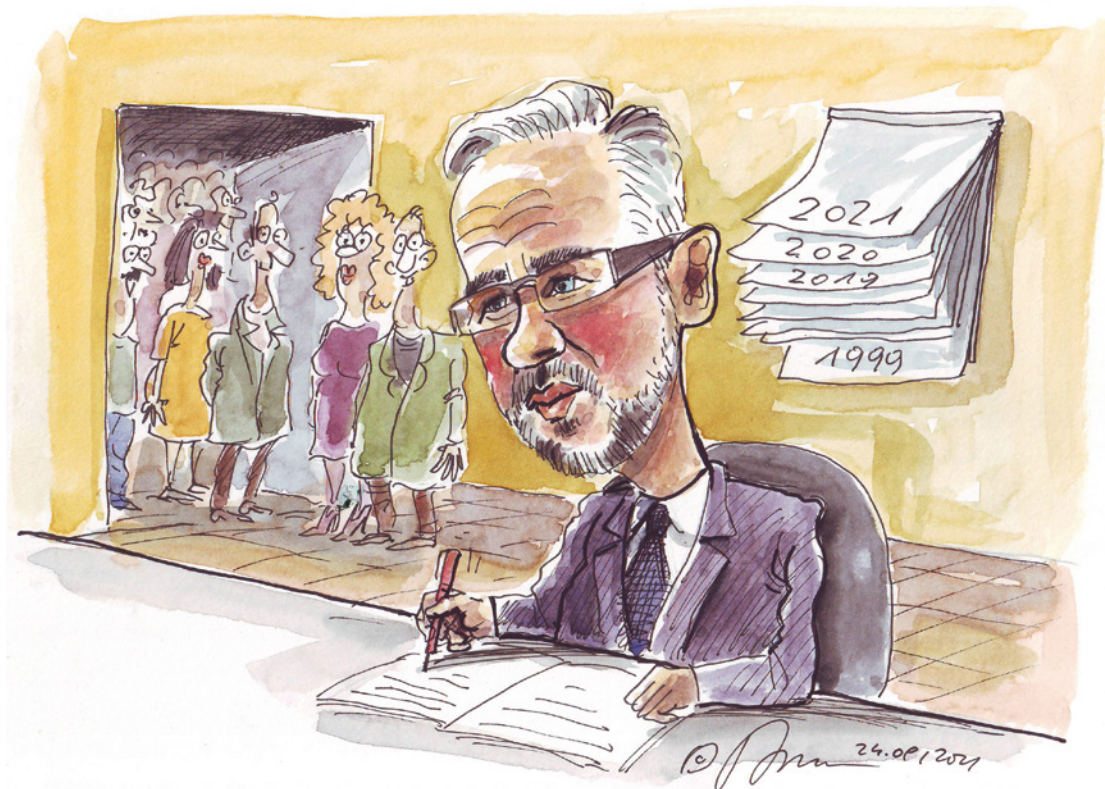
Dlaczego warto o tym pisać? Z prostej przyczyny. Pacjenci czekali na zmianę limitów cenowych od ponad 20 lat. Po drodze nastąpiło szereg ważnych rewizji, ale przynajmniej, nie tak mocno odczuwalnych dla pacjenta jak podniesienie kwoty refundacji. Warto je przy tej okazji przypomnieć, aby lepiej zrozumieć jak trudnym i bolesnym procesem jest dla polskiego pacjenta dochodzenie do europejskiego poziomu.

Wraz z powołaniem Narodowego Funduszu Zdrowia, w trakcie rządów SLD-PSL, podjęto rewolucyjną, jak na ówczesne czasy, decyzję uwalniającą rynek wyrobów medycznych od korupcjogennych przetargów, które skutecznie dewastowały dostępność m.in. do środków absorpcyjnych w większości województw. Wyjątkiem były tylko dwie regionalne kasy chorych: śląska (dyrektor Andrzej Sośnierz) i małopolska (dyrektor Piotr Kukurba), które już wcześniej wprowadziły system otwarty, gdzie wybór refundowanych wyrobów medycznych pozostawiono całkowicie pacjentom. Celowo wspominam nazwiska obydwu dyrektorów, bo to dzięki ich polityce już wtedy wiedzieliśmy, że istnieje lepsze rozwiązanie niż forsowane przez wielu ówczesnych polityków i urzędników przetargi.

W kolejnych latach, za rządów koalicji PO-PSL, doświadczyliśmy następnych zmian. Dotyczyły one głównie poszerzenia listy osób uprawnionych do wypisywania refundowanych środków absorpcyjnych. Na liście znaleźli się m.in. geriatra i ginekolog. To wtedy pojawił się również zapis z jednej strony rozszerzający wskazania medyczne, ale z drugiej literalnie wykluczający z refundacji pacjentów ze zdiagnozowanym wysiłkowym NTM. Takie kryteria chorobowe obowiązują do dzisiaj.

Rządy Zjednoczonej Prawicy przyniosły przełom w obszarze limitów. Najpierw poszerzono listę osób uprawnionych do wypisywania refundowanych środków absorpcyjnych o pielęgniarki i położne, a następnie, w 2018 roku, zwiększono limit ilościowy z 60 sztuk miesięcznie do 90 sztuk. Warto wspomnieć również pojawienie się w ostatnich latach dwóch nowych ustaw, które obowiązują do dzisiaj, a które umożliwiły uzyskanie jeszcze szerszej refundacji wybranym grupom osób. Jedną z nich to ustawa „za życiem”, a druga „o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności”. Wreszcie nie zapominajmy o możliwości otrzymania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Choć Fundusz wyjątkowo niechętnie dzieli się informacjami o poniesionych wydatkach, wiemy, że te przeznaczone na środki chłonne systematycznie rosną.

Tomasz Michałek



SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Środki chłonne: historyczna zmiana po 22 latach oczekiwań 4

WYWIAD

Jestem zwolennikiem teorii prostego rzemiosła 7

LECZENIE

Co dalej z tą robotyką? Rozwój robotyki w Polsce z perspektywy lekarza ginekologa (cz. 2) 10

Neuromodulacja nerwów krzyżowych okiem urologa 12

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 13

Mirabegron: niekończąca się historia braku refundacji 14

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Stomia jako sposób na kontynencję? Tak, ale w ostateczności 16

Fizjoterapia pacjentów urologicznych w dobie pandemii 18

LEGISLACJA

Intensywne lato na Miodowej 20

Szanowni Państwo,

W momencie, kiedy piszę te słowa, jesteśmy już w przededniu czwartej fali COVID-19. Nie wiadomo, czy, a jeśli tak, to jakie, obostrzenia zostaną wprowadzone w związku z rosnącą z dnia na dzień liczbą zakażeń koronawirusem. Oby pandemia nie zahamowała prac toczących się w Ministerstwie Zdrowia, m.in. dotyczących nowelizacji ustawy refundacyjnej, której projekt – na co zwraca uwagę red. Violetta Madeja – został skrytykowany przez producentów wyrobów medycznych. Co im się nie podoba w zapisach tego projektu? Odpowiedź na to pytanie znajdziecie w artykule „Intensywne lato na Miodowej” (str. 20).

Zachęcamy Was również do przeczytania tekstu „Stomia jako sposób na kontynencję? Tak, ale w ostateczności”. Przede wszystkim dlatego, że do tej pory nie zajmowaliśmy się tym tematem, a przecież w naszym kraju żyje około 50 tysięcy stomików. To cała armia ludzi, którzy mierzą się codziennie z różnymi problemami, o których my, nie-stomicy, często nie mamy bladego pojęcia. – Na co dzień muszą się borykać z wieloma problemami, poczynając od źle wyłoniętej stomii (przed operacją nie zostało wyznaczone miejsce stomii w trzech pozycjach: stojącej, siedzącej i leżącej), poprzez wystawianie pierwszego zlecenia na 3, 6 lub 12 miesięcy, a nie na 1 miesiąc – mówi, cytowana w artykule, Dorota Kaniewska, prezes oddziału regionalnego POL-ILKO w Warszawie i wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO. Innym problemem, co pacjentów w Polsce już chyba nie dziwi, są oczywiście niewystarczające limity na sprzęt stomijny, które – uwaga! – nie były zmieniane od 2004 roku.

O mirabegronie – leku, na którego refundację pacjenci z OAB czekają już od wielu lat – pisaliśmy już wielokrotnie. I nadal nie mamy dobrych wieści. Proces refundacyjny utknął w martwym punkcie i nie widać „światła w tunelu”, a Ministerstwo Zdrowia nadal apeluje do pacjentów o cierpliwość, tłumacząc, że postępowanie jest w toku. – Na całym świecie mirabegron jest już wprowadzany do I linii leczenia, Polacy natomiast nie mogą się go doprosić w II linii leczenia – komentuje na naszych łamach przedstawicielka Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. I niech nie umknie Waszej uwadze artykuł „Fizjoterapia pacjentów urologicznych w dobie pandemii” (str. 18), ponieważ – nawiązując do tego, co napisałam na początku, obawiam się, że temat pandemii na długo jeszcze pozostanie aktualny. Oby tylko nie powtórzył się lockdown. I tego właśnie Wam i sobie również życzę.

Maja Markłowska-Tomar

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, dr Ewelina Małanowska, mgr Kinga Religa-Popiołek;
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

Środki chłonne: historyczna zmiana po 22 latach oczekiwania

Violetta Madeja

Na przestrzeni ostatnich dwóch dekad rynek środków chłonnych przeżył prawdziwą rewolucję pod względem zakresu oferowanego asortymentu. Zmiany - choć znacznie powolniej wdrażane - objęły również refundację produktów. Niestety, eksperci wskazują, że dynamika wydatków NFZ na środki chłonne jest zdecydowanie niższa od dynamiki nakładów w całym segmencie refundowanych wyrobów medycznych.

Potwierdza to Elżbieta Żukowska ze Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, która podkreśla, że ewolucja produktowa nie polegała wyłącznie na poszerzeniu asortymentu produktów, ale przede wszystkim na zmianie ich jakości. - *Dwadzieścia lat temu dostępne na rynku pieluchomajtki praktycznie zatrzymywały pacjentów w domach, gdzie popadali oni w depresję. Dziś bogactwo produktów, takich jak wkładki urologiczne, majtki chłonne czy wkładki anatomiczne, pozwala pacjentom na normalne funkcjonowanie w społeczeństwie* - ocenia Elżbieta Żukowska.

W odpowiedzi na potrzeby pacjentów

Warto podkreślić, że zmiany w produktach nie byłyby możliwe bez jasnego wyrażania swoich potrzeb przez samych pacjentów. Producenci przyznają, że w ostatnich latach rozwój ich produktów chłonnych i technologii idzie w kierunku coraz większej dyskrecji oraz wygody dla pacjenta.

- Dyskrecja oznacza np. dostępność produktu w kolorze czarnej bielizny lub specjalistyczne podpaski o wysokiej chłonności niewidoczne pod

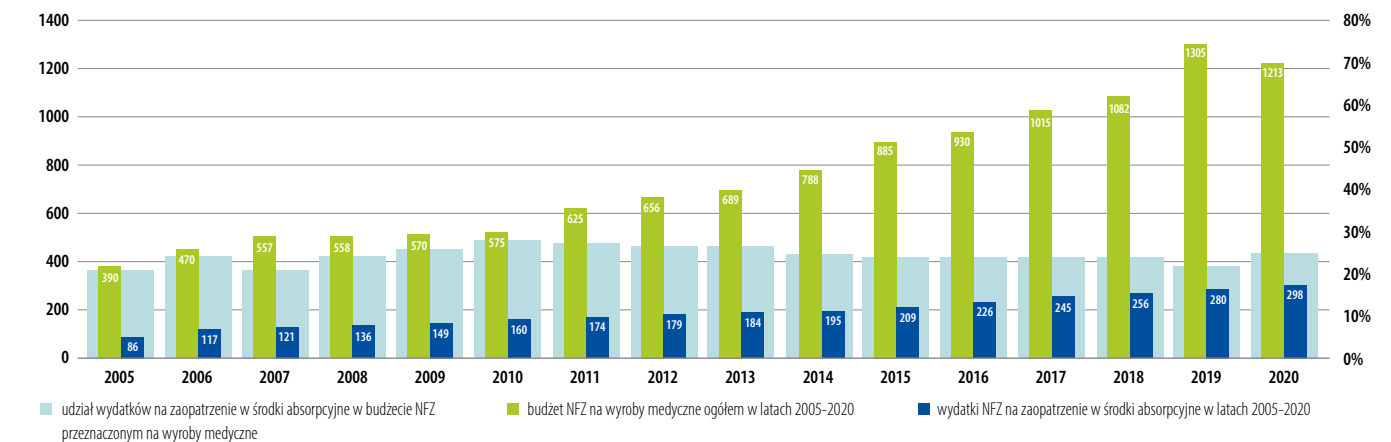
ubraniem - o wyglądzie bardzo cienkiej podpaski higienicznej. Produkty dla osób ze średnim i wyższym stopniem nietrzymania moczu coraz bardziej przypominają i zastępują zwykłą bieliznę; dla większej dyskrecji dostępne są w kilku kolorach. Niezmiennie produkty posiadają systemy kontrolujące zapach oraz wysoką chłonność zapewniającą poczucie pewności i bezpieczeństwa - przyznaje Patryk Sucharda, Public & Regulatory Affairs Manager Health and Medical Solutions w Essity Poland.

Natomiast Karolina Staniszevska z TZMO zwraca uwagę, że producentom środków chłonnych zależy, aby pacjent miał możliwość wyboru najbardziej odpowiedniego produktu dla siebie. Dlatego firmy produkujące środki chłonne nieustannie pracują nad poszerzaniem asortymentu. - *Nasza oferta cały czas jest rozszerzana*

Ostatnie 20 lat na rynku środków chłonny można podsumować jednym słowem - (r)ewolucja. Przyznają to zarówno pacjenci, jak i sami producenci wyrobów medycznych.

- *Na przestrzeni tak długiego czasu środki chłonne przeszły swego rodzaju ewolucję, a zacząć trzeba od bogatej oferty dostępnej dziś na rynku. 20 lat temu pacjent nie posiadał tak szerokiego wyboru spośród wyrobów chłonnych. Co więcej, środki chłonne były dostępne tylko w niektórych aptekach czy sklepach medycznych. Na duży nakład pracy związanej z zawarciem i realizacją umowy z NFZ, a finalnie z rozliczeniem zleceń, nie każda apteka czy sklep medyczny mogły sobie pozwolić, dziś wygląda to dużo prościej i generuje mniej pracy* - przypomina Karolina Staniszevska z Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych (TZMO).

Zmiany wydatków NFZ na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, w tym środki absorpcyjne w latach 2005-2020 (w mln PLN)



Źródło: Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2021”

o nowe rozmiary i poziomy chłonności produktów. Staramy się, zmieniając budowę produktów, aby użytkownik czuł komfort użytkowania naszych środków chłonnych. Produkty mają być cieńsze, ale jednocześnie nie mogą stracić na chłonności - mówi Karolina Staniszevska.

Producenci podkreślają również, że ewolucja środków chłonnych objęła także zmiany wizualne produktów - począwszy od opakowań, które mają być ładne i estetyczne, po sam produkt, który nie powinien u pacjenta generować poczucia zakłopotania lub skrępowania.

- *Sam fakt, iż boryka się z problemem nietrzymania moczu jest dla chorego krępujący. Wybór odpowiedniego środka i jego użytkowanie przez pacjenta nie powinien dokładać mu więcej stresu. Nasze wyroby są przyjazne dla skóry okolic intymnych pacjenta, jest to zasługa odpowiednich materiałów, z których są tworzone. Pacjent ma czuć się bezpieczny, ale dbamy również o stan i jakość jego skóry, oferując w pełni oddychające produkty* - poinformowała nas przedstawicielka TZMO.

Marta Masłowska-Sobczak z firmy Paul Hartmann zwraca również uwagę, że dobra jakość produktów to nie fanaberia, ale realna potrzeba chorych zmagających się z NTM.

- *Wśród pacjentów częstym problemem osób dotkniętych inkontynencją okazuje się utrzymanie dobrej kondycji skóry narażonej na drażniące działanie moczu. Zdrowiu skóry nie sprzyjają również spowolnione wraz z wiekiem procesy regeneracji naskórka. Dlatego tak istotne jest używanie produktów chłonnych, które będą spełniały oczekiwania użytkowników, takie jak szybkie wchłanianie moczu, uczucie suchości, neutralizacja zapachu. A w konsekwencji aktywnie chroniły przed podrażnieniami i stanami zapalnymi* - ocenia Marta Masłowska-Sobczak.

Rosnąca dostępność

Ważnym aspektem w ostatnich dwóch dekadach była znaczna poprawa dostępności produktów, głównie w odniesieniu do możliwości ich zakupu w pobli-

żu domu pacjenta lub za pośrednictwem Internetu.

- *Na pewno w ostatnich latach pacjentowi łatwiej i szybciej jest zaopatrzyć się w odpowiednie produkty. Zaczynając od ilości punktów, w których może realizować zlecenia w ramach refundacji, poprzez szerokość oferty dostępnych środków pod względem rozmiaru, chłonności, aż po edukację i wiedzę na temat produktów i refundacji* - wskazuje Karolina Staniszevska.

Wiele pracy w tym obszarze wykonali producenci, którzy zainicjowali współpracę ze specjalistami, edukując ich z zakresu odpowiedniego doboru produktu i zasad refundacji. Dzięki temu wiedza osób uprawnionych do wystawienia zlecenia, ale również samych realizatorów (pracowników aptek lub sklepów medycznych) jest o wiele większa niż kilkanaście lat temu.

- *Należy również wspomnieć o istocie przepisów regulujących refundację środków chłonnych. Zmiany dotyczące wysyłkowej realizacji zlecenia w ramach refundacji spowodowały, że pacjenci mają łatwiejszy dostęp do produktów refundowanych. Możliwość niewychodzenia z domu, a otrzymania zlecenia i jeszcze sposób telefonicznego lub internetowego zamówienia dostawy produktów do domu pacjenta jest zjawiskiem coraz bardziej powszechnym. Sądzymy, że również zmiana rozporządzenia MZ dotyczącego zmiany limitów finansowania środków chłonnych sprawi, iż pacjenci nie będą wstydzić się pójść do lekarza i poprosić o zlecenie* - ocenia przedstawicielka TZMO.

Na dostęp do dobrej jakości produktów dobrze podziałała również konkurencja między producentami.

- *Obecnie na rynku dostępna jest szeroka gama produktów różnych producentów. Trwająca od trzech dekad konkurencja sprawia, że jakość i innowacyjność środków chłonnych w Polsce należy do jednych z najwyższych i sprawia, że są one w przystępnych cenach na tle innych krajów europejskich. Z drugiej strony dużą dostępność gwarantował fakt, że od kilkunastu lat większość obecnych na rynku środków chłonnych przeznaczonych dla pacjentów z ciężką postacią NTM produkowana jest w Polsce. Dotyczy to także TENY* - ocenia Patryk Sucharda.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 (będzie obowiązywało do 30.11.2021)

Pozycja	Nazwa wyrobu medycznego	Limit finansowania ze środków publicznych	Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy
Lp.100	Pieluchomajtki do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie majtki chłonne do 90 szt. m-cznie lub zamiennie podkłady do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie wkłady anatomiczne do 90 szt. m-cznie	77 zł	0%
Lp.101	Pieluchomajtki do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie majtki chłonne do 90 szt. m-cznie lub zamiennie podkłady do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie wkłady anatomiczne do 90 szt. m-cznie	90 zł	30%

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 (zacznie obowiązywać od 1.12.2021)

Pozycja	Nazwa wyrobu medycznego	Limit finansowania ze środków publicznych	Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy
Lp.100	Pieluchomajtki do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie majtki chłonne do 90 szt. m-cznie lub zamiennie podkłady do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie wkłady anatomiczne do 90 szt. m-cznie	1,70 zł za szt./ w przypadku pieluchomajtek, pieluchy anatomicznej, majtek chłonnych	30%
		1,00 zł. za szt./w przypadku wkładu anatomicznego, podkładu (minimalna chłonność 250 ml.)	
Lp.101	Pieluchomajtki do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie majtki chłonne do 90 szt. m-cznie lub zamiennie podkłady do 90 sztuk m-cznie lub zamiennie wkłady anatomiczne do 90 szt. m-cznie	1,70 zł za szt./ w przypadku pieluchomajtek, pieluchy anatomicznej, majtek chłonnych	30%
		1,00 zł. za szt./w przypadku wkładu anatomicznego, podkładu (minimalna chłonność 250 ml.)	

Zmiany w refundacji już nie tak dynamiczne

O ile producenci odpowiadali na potrzeby pacjentów niemal natychmiast, to już w przypadku refundacji produktów chłonnych rozwój nie następował równie dynamicznie. Dane z najnowszego raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej” wyraźnie pokazują, że o ile odnotowany na przestrzeni ostatnich 15 lat wzrost nakładów Narodowego Funduszu Zdrowia na wyroby medyczne wzrósł ponad trzykrotnie, to już udział środków chłonnych pozostał na niezmiennym poziomie około 21 proc.

– System refundacji środków chłonnych w Polsce nigdy nie zapewniał pełnej refundacji, odpowiadającej potrzebom pacjentów z nietrzymaniem moczu, a tym samym nie nadążał za jego rozwojem. A ten na przestrzeni ostatnich lat bardzo przyspieszył, oferując pacjentom wiele nowych innowacyjnych wyrobów – podkreśla Patryk Sucharda. Zwraca również uwagę, że od dwóch dekad system zapewniał refundację środków chłonnych w liczbie 60 sztuk miesięcznie i limicie 1,50 zł, z czego 30 proc. pokrywał pacjent. – Ponieważ od początku powstania systemu limit finansowy nie zwiększał się, pacjenci oprócz 30 proc. współpłacenia byli zmuszeni dopłacać do wyrobów chłonnych ponad limit, często nawet połowę ceny sztuki produktu. Dopiero w tym roku zwiększono limit finansowy do 1,70 za sztukę dla pieluchomajtek, majtek chłonnych i pieluch anatomicznych, dodatkowo dzieląc wyroby na te przeznaczone do średniego i ciężkiego nietrzymania moczu – podkreśla przedstawiciel Essity.

Zmiana wejdzie w życie 1 grudnia. – Do tej pory, od kilkunastu lat, finansowanie środków chłonnych ze strony NFZ było na tym samym poziomie. Produkty zmieniały się, były udoskonalane, środki produkcji wzrastały, co przekładało się

na bezpośredni wzrost cen produktów. Dopiero od 1 grudnia 2021 r. zmieni się limit finansowania refundowanych wyrobów medycznych z grupy środków pomocniczych – przypomina Karolina Staniszevska. Dodaje, że najbardziej zmiany odczują pacjenci z ciężkim stopniem nietrzymania moczu, wymagający użytkowania kilku produktów dziennie. – Do końca listopada tego roku pacjentowi przysługuje maksymalny limit finansowania w wysokości 90 zł miesięcznie (dla kodu P.101) i 77 zł miesięcznie (dla kodu P.100), gdzie refundacja wynosi odpowiednio 70 proc. do limitu dla kodu P.101 i 100 proc. do limitu dla kodu P.100, pomijając uprawnienia dodatkowe. Od 1 grudnia pacjent będzie mógł skorzystać z refundacji 70 proc. do limitu, gdzie ustanowiono, że dla grupy pieluchomajtek, majtek chłonnych i pieluch anatomicznych limit wyniesie 1,70 zł za sztukę produktu, a dla podkładów i wkładów anatomicznych 1 zł za sztukę, niezależnie od kodu P. 100 czy P.101. Pacjenci, którzy do tej pory zmuszeni byli dopłacać dość dużą kwotę do maksymalnej ilości sztuk produktów dostępnej w refundacji (90 sztuk), od grudnia 2021 w końcu zaoszczędzą, i to nawet do kilkudziesięciu złotych miesięcznie – wylicza ekspertka TZMO.

Niestety, korzyści wynikające ze zmiany limitów finansowania nie obejmą wszystkich pacjentów.

– Nikt nie ma wątpliwości, że środki chłonne (wkłady urologiczne, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne oraz pieluchomajtki) powinny być dostępne dla pacjentów od samego początku wystąpienia problemu z utrzymaniem moczu. Niestety tak nie jest. Nic dziwnego, skoro limity na nie pozostawały niezmiennie przez ponad 20 lat. W tym samym okresie wydatki na pozostałe wyroby medyczne rosły zdecydowanie szybciej, aczkolwiek pandemia COVID-19 odwróciła ten trend – wskazuje Marta Masłowska-Sobczak.

Jestem zwolennikiem teorii prostego rzemiosła

Z dr. n. farm. Leszkiem Borkowskim, ekspertem ds. farmakologii klinicznej, rozmawia Tomasz Michałek



Dr n. farm. Leszek Borkowski

Fot. Materiały dra Leszka Borkowskiego

W ostatnich miesiącach często słyszymy ostrzeżenia ekspertów o rosnącym długu zdrowotnym. Pan również należy do grona osób, które przed tym ostrzegają. Czego zatem konkretnie powinniśmy się obawiać?

Rozumiem dług zdrowotny dwójako. Z jednej strony, to finanse publiczne, które są zobowiązane pokrywać koszty leczenia obywateli płacących daninę dla państwa. Z drugiej strony, dług zdrowotny postrzegam jako pewien obowiązek moralny wszystkich elit politycznych, które są, były lub będą u władzy, aby rozwiązać problem nierozwiązany od zmian ustrojowych w Polsce. Zmiany te niosły w sobie element nadziei dla wszystkich Polaków, że opieka zdrowotna będzie porównywalna z opieką w krajach o wyższym poziomie rozwoju. Niestety, tak się nie stało. Na pewno szpitale są czystsze i bardziej zadbane, korytarze szpitalne stały się bardziej kolorowe, lekarze i pielęgniarki są ubrani trochę lepiej, ale patrząc na umieralność Polaków, a to jest jeden z ważniejszych wyznaczników opieki zdrowotnej, to jest ona ciągle duża i niestety odstajemy pod tym względem od innych kra-

jów. Oczywiście, z różnych przyczyn. Wydaje mi się, że należałoby zastanowić się, co z tym zrobić. Jestem jednak przeciwnikiem machania flagami i trąbienia na fanfarach różnych genialnych pomysłów. U nas w polityce jest tak, że polityk coś wymyśli i już to sprzedaje jako efekt. Myślę, że trzeba zacząć rozliczać polityków z efektywności tego, co robią. Tu nie ma „świętych krów”.

A które grupy osób w naszym kraju są Pana zdaniem najbardziej narażone na skutki długu zdrowotnego?

Myślę, że wszyscy Polacy. Bo każda grupa społeczna w różnym okresie swojego życia czy też rozwoju chorób, jest beneficjentem ochrony zdrowia. I każda grupa powinna być należycie chroniona w oparciu o współczesną wiedzę medyczną. Dla mnie nie ma żadnej różnicy, czy chora jest roczna dziewczynka, czy 15-letni chłopiec. Jeżeli teraz na to nałożymy chorych rodziców czy chorych dziadków, to patrząc populacyjnie na ten problem powiedziałbym, że dług zdrowotny niespłacony zagraża wszystkim, czyli zagraża całej naszej populacji.

Spróbujmy poszukać jakichś pozytywów w tym wszystkim. Być może zapowiadany właśnie Polski Ład, który powinien przynieść dodatkowe środki finansowe dla ochrony zdrowia, mógłby być takim antidotum na wspomniane problemy.

Z dużym zainteresowaniem słucham informacji medialnych o Polskim Ładzie. Potem obserwuję, co dzieje się w szpitalu, w przychodni, w aptece i jestem zagubiony. Bo to, co słyszę i to, co widzę ma się nijak do obietnic, ale rozumiem, że trzeba być cierpliwym. Każdy projekt wymaga punktów kontrolnych, w związku z tym chciałbym usłyszeć konkretnie, poza oczywiście hasłami populistycznymi, co będzie robione i w jaki sposób będzie kontrolowana realizacja tego, co ma być zrobione. Bez tego nie posuniemy się do przodu.

A co Pan sądzi o projekcie tzw. dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej? Może zawarte w niej rozwiązania pozwolą nam przynajmniej złagodzić część negatywnych skutków pandemii, w tym właśnie wspomnianego już długu zdrowotnego?

Ustawa refundacyjna jest pochodną filozofii opieki zdrowotnej i w mojej opinii należałoby najpierw zmienić filozofię opieki zdrowotnej, a potem „majstrować” przy aktach prawnych, takich jak ustawa refundacyjna. Filozofia opieki zdrowotnej jest niezwykle populistyczna i zakłada realizację tejże opieki przy znikomych środkach, w związku z tym, czy ta ustawa refundacyjna będzie miała nowelizację „a”, czy nowelizację „b”, „c” i „d”, to i tak one wszystkie będą zmierzały do dostosowania się do obowiązującej doktryny opieki zdrowotnej. Dotychczas ustawa refundacyjna nie obniżyła znacząco cen leków dla pacjentów, natomiast znacząco obniżyła koszty dla płatnika państwowego (NFZ). Dlatego te dyskusje wokół ustawy refundacyjnej, czasami bardzo emocjonujące dla jej uczestników, to trochę „bicie piany”, bo problem leży w doktrynie. Czy dbamy o zdrowie i życie obywatela, czy bardziej dbamy o Ministerstwo Finansów?

Pozwoli Pan, że moje kolejne pytanie będzie stricte związane właśnie z najnowszym projektem nowelizacji ustawy refundacyjnej. Chciałbym poruszyć kwestię wyrobów medycznych. Czytelnikom przypomnę, że pełnił Pan funkcję prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, gdzie nadzorował Pan proces rejestracji

zarówno leków, jak i wyrobów. Miał Pan okazję przyrzeć się bliżej tym dwóm rodzajom produktów, które są ważnym elementem systemu ochrony zdrowia. W projekcie ustawy refundacyjnej widać trend do wprowadzenia dla wyrobów medycznych podobnych zasad refundacji, jakie obowiązują dla leków. A pamiętajmy, że w wyrobach medycznych mamy kilkaset tysięcy zarejestrowanych produktów, co roku na rynek jest wprowadzana cała masa nowych, bo innowacyjność akurat w tym sektorze jest bardzo, bardzo wysoka. Posłużę się przykładem, który jest bliski naszemu Czytelnikowi – środków absorpcyjnych. Tylko czterech największych producentów, jak policzyliśmy, ma w ofercie ponad 200 różnych rodzajów produktów z tej grupy. Na dodatek są one cały czas ulepszane. Dlatego zastanawiam się, czy jest to na pewno dobry kierunek i czy nie zaszkodzi dostępności tego typu produktów w refundacji, jeżeli teraz poddamy to takiemu procesowi refundacji, jakiemu podlegają leki?

Odpowiadając na to pytanie, pozwolę sobie powrócić do mojego założenia, że ważna jest koncepcja, doktryna. Wyroby medyczne są niezwykle istotne w procesie

ochrony zdrowia, ponieważ pozwalają nam zdiagnozować pacjenta, leczyć go i rehabilitować, podczas gdy w przypadku produktów leczniczych mamy do czynienia tylko z elementem leczenia pacjenta. Wracając do postawionego pytania, doktryna powinna być taka, aby polski pacjent miał dostęp do

sprawdzonych nowych produktów, które wnoszą postęp w opiece zdrowotnej. W czasie, kiedy pracowałam w Urzędzie Rejestracji, wszystkie produkty lecznicze dzieliłem nieformalnie na dwie grupy. Jedne były istotne dla strategii podnoszenia poziomu opieki zdrowotnej, drugie odgrywały też ważną rolę, ale inną – były produktami wspomagającymi. Ten podział nikomu w niczym nie uwłaczał, bo swoją rolę w poruszaniu się grają i nogi, i ręce ludzkie. Jedne i drugie są potrzebne. W związku z tym myślę, że trzeba by dokonać oceny istotności produktów leczniczych i w zależności od tego, w jakiej grupie się znajdują, w zależności od środków finansowych, jakie możemy na nie przeznaczyć, przeprowadzić wyroby medyczne w kierunku ustawy refundacyjnej, ale zrobionej dla nich oddzielnie.

W czerwcu tego roku, podczas Światowego Tygodnia Kontynencji, miałem okazję gościć Pana na jednej z sesji prowadzonych online. Tematem była uroonkologia

i programy lekowe, za pomocą których Ministerstwo Zdrowia finansuje większość terapii onkologicznych w Polsce. Stwierdził Pan wtedy, że programy lekowe stały się, tutaj cytuję, „wydmuszką spokojnego sumienia”. Jak mamy to rozumieć?

Programy lekowe nie spełniają dzisiaj swojej funkcji, ponieważ nie są nośnikami nowości terapeutycznych sprawdzanych na wyselekcjonowanej grupie pacjentów. Dzisiaj są one standardową procedurą leczenia chorych ludzi, która może być bardzo łatwo ograniczona dla osób, które nie przechodzą kwalifikacji do nich. W mojej opinii, być może niesprawiedliwej, dzisiaj program lekowy jest metodą leczenia tradycyjnego z dużym naciskiem na łatwość ograniczenia liczby pacjentów, którym się pomaga.

Patrząc na efekty programu lekowego w terapii raka gruczołu krokowego, trudno się z Panem nie zgodzić. Polska niechlubnie wyróżnia się na tle innych krajów europejskich ponadprzeciętną śmiertelnością w tej grupie osób. Czy my zbyt późno diagnozujemy tę chorobę, czy może zbyt ograniczamy chorym dostęp do nowoczesnych leków?

W mojej opinii zbyt ograniczamy dostęp do nowoczesnych leków. Mam skromne doświadczenia, jestem prostym człowiekiem, który może powiedzieć, jak funkcjonuje służba zdrowia we Francji czy w Niemczech, a poza tym nie wiem, jak jest gdzie indziej, ale pacjent wszędzie jest taki sam. Człowiek, zanim stanie się pacjentem, odsuwa od siebie moment przejścia z półki „zdrowy człowiek” na półkę „chory człowiek”, czyli pacjent. To normalne. Programy przesiewowe – lepsze, czy gorsze – są w każdym kraju Unii Europejskiej, i Polska jakoś tutaj specjalnie nie odstaje, mimo że istnieje pogląd, że u nas wszystko jest najgorsze. Nie, wszędzie jest tak samo, bo ludzie są tacy sami. Natomiast my wysiadamy w tym wyścigu już w momencie „przyjazdu pociągu na stację opieka nad pacjentem z rakiem stercza”. Mamy pacjenta zdefiniowanego, znalezione, którego trzeba leczyć. I tutaj przegrywamy, bo leczymy metodami, które są akceptowane, jak najbardziej, ale nie stanowią postępu terapeutycznego. Przykład: mój kolega, który jest leczony dzisiaj na raka prostaty, jest tak samo leczony jak mój inny kolega, który był leczony 15 lat temu. Porównując te dwa fakty i znając epikryzę jednego i drugiego, mogę powiedzieć, że zastanawia mnie to, iż przez 15

lat system, bo nie lekarze tylko system, nie nauczył się reagować adekwatnie do wiedzy medycznej.

Podczas wspomnianej już sesji Światowego Tygodnia Kontynencji poruszyliśmy również temat ratunkowego dostępu do technologii lekowych – RDTL. Pan wtedy stwierdził, że w uroonkologii, i tu znowu pozwolę sobie Pana zacytować, RDTL „sprawdza się kiepsko”. Co zatem należy z nim zrobić: zlikwidować czy może poprawić? Nie bez przyczyny o to pytam, bo mamy jeszcze kolejne źródło finansowania drogich terapii, jakim jest powołany niecały rok temu Fundusz Medyczny.

Polska ochrona zdrowia jest miejscem politycznych bajerów i fajerwerków. Co jakiś czas bardzo zdolni pijarowcy wymyślają coś nowego, za czym idą media i politycy, a nikt nie zastanawia się, że to coś nowego to jest tak naprawdę coś starego. Wystarczy przyrzeć się temu, jak funkcjonuje stare i poprawić je, a nie tworzyć nowe. Bo nowe kosztuje. To są tzw. pieniądze na rozwój. Uważam, że głównym powodem zatrzymania tych fajerwerków pijarowskich, tych nazw, koncepcji, z których nic nie wynika, jest po prostu sprawdzanie tych pomysłów. Nie

wiem, kto powinien to robić, ale myślę, że administracja państwowa jest mądra i sobie z tym poradzi. Powinien być ktoś, kto to sprawdza. Mówi: tak, sprawdzam. Pięć lat działalności, koszty takie i takie, rezultaty? Jakież? Zero – trzeba coś z tym zrobić. Dobrze – kontynuujemy. Prosta zasada.

Programy lekowe nie spełniają dzisiaj swojej funkcji, ponieważ nie są nośnikami nowości terapeutycznych sprawdzanych na wyselekcjonowanej grupie pacjentów. Dzisiaj są one standardową procedurą leczenia chorych ludzi, która może być bardzo łatwo ograniczona dla osób, które nie przechodzą kwalifikacji do nich.

Podsumowując naszą rozmowę: co Pana zdaniem należy zrobić, aby pacjenci onkologiczni mogli żyć dłużej i w możliwie jak najlepszej kondycji w Polsce?

Leczyć ich tak jak są leczeni w innych krajach. Po prostu.

Czyli nie wymyślamy, nie odkrywamy Ameryki, tylko czerpmy z najlepszych wzorców?

Tak, to, co jest sprawdzone. W medycynie i farmacji są dwie koncepcje. Jedna mówi, że to jest sztuka niebiańska, a druga, że to jest rzemiosło oparte na faktach. Jako prosty człowiek jestem zwolennikiem teorii prostego rzemiosła opartego na faktach, bo statystyka i wieloletnie sprawdzenie czegoś, daje nam siłę w postępowaniu z kolejnym nowym pacjentem.

Natomiast eksperymenty nieoparte rzetelną wiedzą są fajne, ale najbardziej je lubię przy picu porannej kawy na siedząco lub eksperymentalnie na stojąco.

Co dalej z tą robotyką?

Rzeczywistość w Polsce z perspektywy lekarza ginekologa (cz. 2)

dr n. med. Ewelina Malanowska

Klinika Ginekologii, Endokrynologii, Ginekologii Onkologicznej SPSK I PUM w Szczecinie, członek Education & Training Committee w Europejskim Towarzystwie Chirurgów Laparoskopowych (EAES)

Mimo że chirurgia robotyczna najprężniej rozwija się obecnie w urologii, to pamiętajmy, że pierwszym inicjatorem chirurgii minimalnie inwazyjnej był Kurt Semm, niemiecki ginekolog. Nazywany przez sceptyków „magikiem z Kilonii”, Semm był przekonany, że dzięki nowej metodzie, pelviskopii [pelviskopia to badanie umożliwiające ocenę narządów miednicy mniejszej i wykrycie ewentualnych zmian w ich obrębie - przyp. red.], dajemy naszym pacjentom nową jakość leczenia. I nie mylił się.



Fot. Vadim - stock.adobe.com

Z punktu widzenia ginekologa, ginekologia onkologiczna stanowi jedną z kilku dziedzin, w których zastosowanie robota jest zasadne. To wcale nie oznacza, że mamy masowo zwiększyć liczbę robotycznych histerektomii, chyba że jesteśmy w stanie podjąć się takiego wyzwania, jakim jest robotyczna sakrokolpopeksja. Obecnie mówi się o rozszerzeniu zakresu ginekologicznych operacji robotycznych i przejściu z GYO (ginekologii onkologicznej) do Benign GYN, czyli operacji łagodnych zmian w ginekologii. Wciąż zapomina się jednak o takich chorobach jak endometrioza, szczególnie zaawansowana, gdzie radykalna operacja powinna

wiązać się z maksymalnym oszczędzeniem struktur nerwowych. Za pomocą robota pacjentki operowane są w ten sposób już od lat, tyle że nie w naszym kraju.

Robotyka a uroginekologia

W uroginekologii chirurgia robotyczna również znalazła swoje zastosowanie - w operacjach zaburzeń statyki i nietrzymania moczu. Takie procedury jak robotyczna sakrokolpopeksja czy zawieszenie macicy metodą Dubuisson można wykonać sprawniej i z większą precyzją. Dzięki robotowi operacja techniką Burcha staje się prostszą procedurą. Możliwa jest dokładna preparatyka, dobra wizualizacja, co przede wszystkim umożliwia uniknięcie dużych komplikacji polegających na uszkodzeniu naczyń czy jelit. Robot pomaga również w zaopatrywaniu powikłań zabiegów nietrzymania moczu, takich jak np. przepęcherzowe usuwanie zdelokalizowanych taśm podcewkowych czy usuwaniu przetok pęcherzowo-pochwowych. Operacje te, technicznie trudne, jeśli wykonywane są z wykorzystaniem standardowej laparoskopii, przy pomocy robota stają się o wiele prostsze i przyjemniejsze dla samego operatora, co znacznie ułatwia przeprowadzenie procedury. Nie wspominając już o szcziu chirurgicznym, które - o ile w standardowej laparoskopii nie należy do najłatwiejszych - to za konsolą stanowią inną rzeczywistość.

Uroginekologia zajmuje się leczeniem operacyjnym obniżenia narządów miednicy oraz nietrzymania moczu. Ponadto specjaliści urolodzy, a także ginekolodzy, zajmują się tzw. chirurgią gender, czyli zmiany płci. Przy pomocy chirurgii robotycznej w USA wykonuje się już zabiegi waginoplastyki. Jednak istnieją

poważne wątpliwości, czy ta nowa era kontrowersyjnych procedur kiedykolwiek do nas dotrze.

Obecnie skoncentrowaliśmy się na tym, że operacje wykonywane przy pomocy robotów powinny obejmować tzw. duże procedury (ang. major procedures), takie jak prostatektomia, tumorektomia, histerektomia itd. Pewnie niewiele osób słyszało o laserowej chirurgii robotycznej, która stanowi alternatywę dla standardowej metody konizacji chirurgicznej szyjki macicy? A co może robot w perinatologii? Aktualnie trwają prace nad robotem, który ma ułatwić chirurgowi wykonywanie procedur wewnątrzmacicznych w takich jednostkach chorobowych jak spina bifida (rozszczep kręgosłupa) czy TTTS (zespół przetoczenia krwi między płodami). I choć pomysły te mogą wydawać się abstrakcyjne, to trwają już badania naukowe i lada moment ich wyniki ujrzą światło dzienne.

Co nas czeka w przyszłości?

Jakie są dalsze perspektywy rozwoju chirurgii robotycznej? Według raportu grupy Deloitte, w 2025 r. systemy sztucznej inteligencji i digitalizacja będą wspierały lekarzy w ich codziennej pracy, czego efektem będzie większa produktywność. Szkolenia wykorzystujące symulację i AI (artificial intelligence) będą stanowić podstawę kształcenia. Niektóre zadania, jak podawanie leków, badanie parametrów życiowych czy wreszcie procedury operacyjne, znajdą powszechne zastosowanie z udziałem robotów. Autorzy raportu Komisji Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (ENVI) Parlamentu Europejskiego podkreślają, że system opieki zdrowotnej powinien być wspierany przez systemy robotyczne, a lekarze szkoleni przez scentralizowane krajowe ośrodki szkoleniowe.

Rzeczywistość w Polsce zawdzięczamy m.in. założycielowi Polskiego Towarzystwa Chirurgii Robotowej, prof. Wojciechowi Witkiewiczowi z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego - Ośrodka Badawczo-Rozwojowego we Wrocławiu. Niestety, działalność towarzystwa w ostatnim czasie ucichła, co niekorzystnie rzutuje na przyszłość.

W Polsce brak koordynacji, badań i szkoleń

Akademia ORSI w kolebce chirurgii robotycznej - Belgii, to unikatowe i innowacyjne szkoleniowe centrum, które zrzesza najlepszych chirurgów, a uczestnicy zjeżdżają się z całego świata, aby odbyć trening właśnie w tym miejscu. W takich miejscach powinniśmy się szkolić i my, i takie miejsce powinno być dostępne dla naszych lokalnych chirurgów. Podsumowując, organizacyjnie pozostaje nam jeszcze wiele do zrobienia. Przed nami jeszcze daleka droga do osiągnięcia światowych standardów. Musimy pamiętać, że standardy nie dotyczą jedynie rozwoju chirurgii per se. Standardy to również profesjonalna i rzetelna koordynacja centrów robotycznych, a także rozwój badawczo-naukowy. Wciąż brakuje w naszym kraju wieloośrodkowych randomizowanych badań klinicznych, a także lekarzy koordynujących postępy naukowe danego centrum. A brak stanowisk określanych jako „Studien Koordinator” (koordynator badań klinicznych) czy też „Quality Robotic Controller” (kontroler jakości chirurgii robotycznej) pokazuje, które struktury wymagają naprawy.

TENA®

Robisz wszystko, aby chronić swoich bliskich

My robimy wszystko, aby chronić ich skórę



Jeśli opiekujesz się osobą starszą wiesz, że jej skóra jest bardzo wrażliwa i wolniej się goi, zwłaszcza przy **nietrzymaniu moczu**.

Wypróbuj produkty chłonne i kosmetyki **TENA ProSkin**, które **wspierają zdrowie skóry**. Dzięki nim skóra będzie sucha, czysta i zabezpieczona.

TENA. Najlepsza opieka dla Twoich bliskich.

Zamów próbki na www.tena.pl

Neuromodulacja nerwów krzyżowych okiem urologa

dr n. med. Mariusz Blewniewski

Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej

II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



Fot. Materiały Medtronic Poland

Po wielu latach starań różnych środowisk, zarówno urologicznych, ginekologicznych, jak i pacjenckich, w kwietniu 2019 roku wprowadzono do katalogu świadczeń medycznych procedurę pod nazwą neuromodulacja nerwów krzyżowych w idiopatycznej nadreaktywności wypieracza pęcherza moczowego. Pierwszy zabieg neuromodulacji przy użyciu urządzenia InterStim II, został wykonany przez autora tego artykułu, jako jeden z dwóch pierwszych w Polsce w ramach refundacji przez NFZ.

Przygotowanie procedury przetargowej na sprzęt potrzebny do wykonania zabiegu zajęło nam trzy miesiące. Zabieg wykonałem z udziałem dr. Aho z Oddziału Urologii w Tampere w Finlandii. Merytoryczne przygotowanie do jego przeprowadzenia było możliwe dzięki udziałowi w różnych sympozjach międzynarodowych oraz producentowi, firmie Medtronic, która umożliwiła mi szkolenie praktyczne na kadaverach pod okiem wybitnych urologów w tej procedurze – profesorów Gajewskiego z Kanady oraz de Wachtera i van Kerrebroeka z Holandii.

Do dzisiaj, pomimo pandemii COVID-19, wykonałem 11 zabiegów pierwszego etapu, z których osiem zakończyło się implantacją stymulatora terminalnego, wymieniłem również dwa stymulatory z powodu wyczerpania

się baterii po implantacjach komercyjnych, które wykonano przed wprowadzeniem refundacji przez NFZ.

Na czym polega mechanizm neuromodulacji krzyżowej?

Mechanizm działania modulacji nerwów krzyżowych nie do końca jest wyjaśniony. Uważa się, że do przywrócenia prawidłowej mikcji, która jest celem modulacji, dochodzi poprzez odruchy z nerwów krzyżowych, które następnie przenoszone są do centralnego układu nerwowego, a w dalszej kolejności do nerwów obwodowych.

Zabieg jest dwuetapowy. W pierwszym etapie implantowana jest elektroda do otworu S3 w kości krzyżowej i podłączona do stymulatora zewnętrznego. Przez 14 dni od zabiegu ocenia się poprawę, czyli zmniejszenie objawów chorobowych. Jeśli wystąpiła poprawa co najmniej o 50 proc. i nie pojawiły się skutki uboczne, w drugim etapie implantuje się terminalny neuromodulator pod skórę górnej części pośladka. Procedura jest odwracalna, łatwo jest usunąć wszystkie wszczepione elementy. Bateria wymienia się średnio co 6-8 lat, w zależności od stosowanego napięcia prądu.

Kto kwalifikuje się do zabiegu neuromodulacji krzyżowej?

Procedurę neuromodulacji krzyżowej stosuje się u chorych, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, z pęcherzem nadreaktywnym o typie suchym czy mokrym, którzy nie reagują

na leczenie farmakologiczne. Innymi wskazaniami do zabiegu są: zaburzenia opróżniania się pęcherza moczowego, tzw. wiotki wypieracz, zespół bólowy pęcherza moczowego czy miednicy mniejszej, jak i nietrzymanie stolca lub zaparcia.

Kwalifikując pacjentów do zabiegu i analizując chorych poddanych zabiegowi, można stwierdzić, że głównym problemem jest ich stan mentalny. Muszą oni mieć podstawową wiedzę z obsługi smartfona. Jest on połączony ze stymulatorem, dzięki czemu możemy zwiększać natężenie prądu w modulatorze, czy zmieniać programy ustawione podczas zabiegu operacyjnego. Czasami, przy mniejszych dolegliwościach bólowych, stymulacja może okazać się za duża. Z kolei przy silniejszym bólu – za słaba. Wówczas pacjent, w zależności od sytuacji, zmniejsza lub zwiększa natężenie prądu. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że wiek oraz płeć pacjenta nie mają znaczenia w kwalifikacji do zabiegu. Technika wykonania zabiegu u wszystkich chorych wygląda tak samo.

Jakie są efekty zabiegu neuromodulacji krzyżowej?

Efektem neuromodulacji dla pacjentów jest przywrócenie prawidłowej funkcji pęcherza moczowego lub zmniejszenie objawów chorobowych, takich jak parcia naglące z nietrzymaniem moczu, częstomocz, mikcje nocne, zmniejszenie objętości zalegającego moczu po mikcji, co wiąże się z zmniejszeniem ilości cewnikowań w ciągu dnia oraz ustąpienie dolegliwości bólowych. Oczywiście nie wszy-

scy pacjenci odczuwają poprawę po pierwszym etapie, dlatego procedura podzielona jest na dwa etapy. Skuteczność neuromodulacji ocenia się średnio na 70 proc. Powikłania zdarzają się rzadko, a należą do nich: przemieszczenie się elektrody, awaria stymulatora czy zropienie rany.

W czym może jeszcze pomóc neuromodulacja krzyżowa?

Przyszłość neuromodulacji jest obiecująca. Coraz więcej badań klinicznych wykazuje jej korzystny wpływ nie tylko na czynność pęcherza moczowego, ale także na leczenie nietrzymania stolca, choć w Polsce w tym wskazaniu zabieg nie jest refundowany. Podkreślany jest także korzystny wpływ neuromodulacji krzyżowej na poprawę jakości życia leczonych pacjentek z uwzględnieniem życia seksualnego. Pojawiają się także doniesienia wykazujące leczniczy wpływ neuromodulacji krzyżowej na zespoły bólowe miednicy oraz objawy pęcherza nadreaktywnego w przebiegu stwardnienia rozsianego (SM) czy po operacjach kręgosłupa.

Przyszłość tej formy terapii jest niezmiernie ciekawa, zachęcająca do stosowania w coraz szerszym zakresie wskazań. Ograniczeniem są wysokie koszty i ograniczenia refundacyjne.

Mam nadzieję, że oddział, w którym pracuję będzie nadal krajowym liderem w procedurze neuromodulacji krzyżowej oraz że będziemy mogli pomóc chorym, nie tylko kobietom, w leczeniu ciężkich zaburzeń czynnościowych pęcherza moczowego.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKĄ	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. 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

Mirabegron: niekończąca się historia braku refundacji

Violetta Madeja

Pacjenci z OAB nie kryją rozczarowania impasem w procesie refundacyjnym mirabegronu. Zdaniem producenta tego leku zaproponowana resortowi zdrowia cena jest najniższą z możliwych. Natomiast Ministerstwo Zdrowia przekonuje, że postępowanie jest nadal w toku i prosi o cierpliwość.

Brak refundowanej opcji terapeutycznej w ramach II linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego coraz silniej odczuwają zarówno pacjenci, jak i klinicyści. Niestety, proces refundacyjny mirabegronu utknął w martwym punkcie i nie widać szans na zmianę tej sytuacji. W dodatku wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski odpiera zarzuty, jakoby toczące się postępowanie trwało już siedem lat.

„W sprawie objęcia refundacją leku Betmiga (mirabegron) toczyły się dotychczas dwa postępowania w pierwszej instancji oraz jedno postępowanie odwoławcze” – odpowiedział wiceminister Maciej Miłkowski na interpelację poselską Moniki Wielichowskiej. Ostatni wniosek podmiotu odpowiedzialnego z 2018 roku jest nadal procedowany. „Minister zdrowia, mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, wyda decyzję administracyjną o objęciu refundacją albo odmowie objęcia refundacją, przy uwzględnieniu 13 kryteriów ustawowych. W związku

z powyższym należy podkreślić, że postępowanie refundacyjne dotyczące objęcia refundacją leku Betmiga nadal jest w toku” – skwitował. I zaapelował o obdarzenie go zaufaniem, zapewniając jednocześnie, że „dokłada wszelkich starań, aby sukcesywnie zwiększać dostęp do publicznie finansowanych terapii”.

Pacjenci nie kryją jednak rozczarowania. Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, przyznała, że pandemia COVID-19 stała się doskonałą wymówką dla decydentów, którzy na każdym kroku podkreślają, że cały system ochrony zdrowia skoncentrował się na walce z COVID-19 i na nic innego nie ma obecnie

środków. – Nie można zaniedbywać innych obszarów terapeutycznych. Nie można też dyskryminować pacjentów, a tak się właśnie czujemy. W innych krajach, o dużo mniejszym PKB niż Polska, rządy dawno znalazły pieniądze na pomoc osobom cierpiącym na OAB. Dlaczego Polska znowu musi być w ogonie Europy? – pyta Anna Sarbak.

Na II linię leczenia czekają również klinicyści, którzy na każdym kroku podkreślają zalety nowego leku. Jak wskazuje prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Baranowski z Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, mirabegron, w odróżnieniu od leków antymuskarynowych, wykazuje działania niepożądane na poziomie placebo.

– Może być zatem bezpiecznie stosowany u pacjentów powyżej 65. roku życia – nie zaburza funkcji poznawczych. Mirabegron może być stosowany również u pacjentów z przeciwwskazaniami (jaskra, miastenia, problemy gastryczne, retencja moczu) do terapii lekami antymuskarynowymi. Ze względu na fakt, że większość chorych z objawami OAB przyjmuje inne leki (polipragmatyzacja internistyczna), to istotne są dwa warunki: brak/minimalne interakcje lekowe i cena preparatu. W przypadku mirabegronu brak refundacji i brak tańszych leków generycznych (przedłużona ochrona patentowa) powodują istotne ograniczenie stosowania tego preparatu. Dodatkowo, leczenie OAB jest długotrwałe, a więc koszt leczenia jest dla pacjenta

bardzo istotny. W oczywisty sposób rzutuje to na decyzje terapeutyczne – ocenia prof. Baranowski.

Elżbieta Żukowska ze Stowarzyszenia „UroConti” podkreśla, że nie rozumie problemu, jaki powstał wokół mirabegronu. – Niestety wokół refundacji Betmigi nie uczyniliśmy nawet kroku naprzód. Nie rozumiemy też argumentacji ministerstwa, że lek ten powinien być jeszcze obserwowany w kontekście jego bezpieczeństwa i skuteczności. Trudno nam wytłumaczyć również obserwowaną blokadę. Na całym świecie mirabegron jest już wprowadzany do I linii leczenia, Polacy natomiast nie mogą się go doprosić w II linii leczenia – mówi Elżbieta Żukowska.



Fot. Texelart - stock.adobe.com

77 faktów o (nie)trzymaniu moczu, o których pora mówić otwarcie

Stworzyliśmy specjalny poradnik, w którym krok po kroku przedstawiamy przyczyny, objawy, formy profilaktyki i leczenia nietrzymania moczu.

Podpowiadamy także, jak rozmawiać o chorobie z bliskimi. A przede wszystkim – jak mądrze i świadomie zadbać o swoje zdrowie.



KONTYNET
Kobiet

Zamów bezpłatnie na: kontynentkobiet.pl

Partner:
seni
Lady

Stomia jako sposób na kontynencję? Tak, ale w ostateczności

Violetta Madeja



Fot. taniho - stock.adobe.com

Jednym ze sposobów pomocy pacjentom zmagającym się z nietrzymaniem moczu czy nietrzymaniem kału jest wyłonienie stomii. Eksperci zwracają jednak uwagę, że tak leczony pacjent powinien być wcześniej poddany innym metodom leczenia, a wyłonienie stomii powinno być ostatecznością.

Ilu stomików mamy w kraju? O dokładne i przede wszystkim aktualne liczby jest niezwykle trudno. Jak szacuje Dorota Kaniewska, prezes oddziału regionalnego POL-ILKO w Warszawie i jednocześnie wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO, w całym kraju żyje około 50 tys. stomików.

– Dawniej dane te były osobowo sprawozdawane przez NFZ. Teraz podawane są wyłącznie kwoty, jakie przeznaczane są na refundację wyrobów wykorzystywanych przez stomików – wyjaśnia Dorota Kaniewska. Jak dodaje, ostatnie „twarde” dane, jakimi dysponuje, pochodzą z 2012 roku. Dziewięć lat temu wyłonioną kolonostomię miało mieć 35 377 pacjentów, ileostomię – 6270, a urostomię – 7394 pacjentów. – Rocznie w tych latach wykonywano 6–7 tys. zabiegów stomii jelitowych i około 1050 urostomii – wskazuje ekspertka. Głównym powo-

dem wyłaniania urostomii jest rak pęcherza moczowego. Dotyczy to blisko 90 proc. pacjentów z urostomią.

Stomia okiem chirurga-urologa

Klinicyści wskazują, że tak jak różne przyczyny może mieć nietrzymanie moczu i stolca, tak i różny charakter mogą one przybierać i różnego leczenia wymagać. Jak wskazuje lek. med. Maciej Oszczudłowski z Kliniki Urologii CMKP im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie, za każdym razem kluczem do właściwego postępowania terapeutycznego jest wnikliwa diagnostyka mająca na celu ocenę stopnia nasilenia objawów NTM lub NTK i różnicowanie dolegliwości. – W przypadku podwójnej inkontynencji konieczna jest konsultacja zarówno urologiczna, jak również proktologiczna – w celu określenia analogicznie do NTM charakteru nietrzymania stolca – mówi. Jednocześnie przyznaje, że w chirurgii urologicznej urostomię wyłania się niezwykle rzadko. – Zazwyczaj dotyczy to pacjentów onkologicznych, u których konieczne było usunięcie pęcherza moczowego. W przypadku nietrzymania moczu są to bardzo rzadkie i skrajne przypadki. Zazwyczaj decydujemy się na takie postępowanie w ostateczności – wskazuje urolog. Przypomina, że złotym standardem w NTM jest rozpoczęcie od leczenia zachowawczego, możliwie najmniej

inwazyjnego. Prawidłowe postępowanie powinno zatem obejmować trening behawioralny, trening mięśni dna miednicy, a następnie leczenie farmakologiczne i zabiegowe. – Natomiast bardziej inwazyjne, chirurgiczne metody leczenia, takie jak uzupełnienie pojemności pęcherza moczowego o fragment jelita, czy też wyłonienie urostomii, zdarzają się stosunkowo rzadko i najczęściej dotyczą chorych z różnymi dysfunkcjami neurogennymi pęcherza moczowego, u których funkcja gromadzenia moczu jest upośledzona i nie ma nadziei na jej przywrócenie – dodaje Maciej Oszczudłowski. Zastrzega jednak, że zawsze będzie to ostatni etap leczenia.

Stomia okiem chirurga-proktologa

Podobnego zdania jest prof. dr hab. Tomasz Banasiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Według niego, w przypadku podwójnej inkontynencji niezwykle ważna staje się kompleksowa diagnostyka urologiczno-proktologiczna.

– Dopiero zebranie dokładnego wywiadu otwiera nam drzwi do dalszego postępowania. Warto jednak pamiętać, że zanim sięgniemy po metody chirurgiczne, w tym również wyłonienie stomii, podstawową kwestią jest uruchomienie i poprawa wszystkich mechanizmów wpływających na inkontynencję, w tym również żywienie, które często jest pomijane, a jego rola w problemie nietrzymania stolca jest niezwykle ważna. Wprowadzenie pacjenta na ten optymalny poziom czynników wpływających na podwójną inkontynencję stanowi punkt wyjścia do działań operacyjnych – przekonuje prof. Tomasz Banasiewicz.

Jak podkreśla, chcąc poddać pacjenta zabiegowi chirurgicznemu, musi mieć pewność, że postępowanie diagnostyczne zostało właściwie przeprowadzone. Jednocześnie przed zabiegiem konieczne jest przygotowanie samego pacjenta, który powinien być nie tylko świadomy, ale również gotowy do radzenia sobie ze stomią. – Wyłonienie stomii powinno nastąpić po wyczerpaniu się wszystkich innych metod leczenia, po dokładnej rozmowie z pacjentem i upewnieniu się, że rozumie on kwestie związane ze skutkami wyłonienia stomii oraz komfortem funkcjonowania ze stomią – wskazuje specjalista proktolog.

Dotychczas w ośrodku prof. Banasiewicza wyłoniono urostomię z powodu inkontynencji u 7 pacjentów i – jak przekonuje szef ośrodka – wszyscy są zadowoleni, bo funkcjonują ze świadomością, że inne metody zostały wyczerpane i nie było innej możliwości. – Stomia nie powinna być zatem początkiem leczenia, jak również nie powinna być traktowana jako coś zupełnie negatywnego. Pacjent musi mieć świadomość, że jej wyłonienie nie było pójściem na łatwiznę – podsumowuje nasz ekspert.

Higiena to podstawa!

Oprócz świadomości dotyczącej celu wyłonienia stomii, pacjenci muszą nauczyć się właściwych nawyków, które

pozwolą im w sposób szczególny zadbać o higienę miejsca jej wyłonienia.

Jak wskazuje pielęgniarka stomijna Agnieszka Biskup, na co dzień pracująca w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorrektalnej WAM-CSW, to, w jaki sposób dbać o miejsce wyłonienia, zależy m.in. od rodzaju stomii. – Szkoląc pacjentów chcemy, by stosowali oni higienę najbardziej zbliżoną do tej stosowanej w przypadku tej części ciała, którą stomia zastępuje – tłumaczy Agnieszka Biskup. Jej zdaniem, w przypadku inkontynencji niepoddającej się leczeniu, wyłonienie stomii daje pacjentom poczucie kontroli. W przypadku urostomii podstawą jest właściwe dopasowanie worka do wielkości wyłonionego otworu stomijnego i odpowiednie jego założenie – oczyszczenie miejsca, gdzie będzie znajdowało się mocowanie worka stomijnego. Kluczowym jest utrzymywanie miejsca w czystości i stosowanie specjalnie przygotowanych kremów, zasypek, czy płynów pielęgnacyjnych. W literaturze specjalistycznej wskazano, że prawidłowa urostomia powinna mieć kształt zbliżony do okrągłego, różowo-czerwony kolor i wystawać około 1-3 cm ponad powierzchnię skóry brzucha. Co więcej, powinna być lekko wilgotna, wydalać odpowiednią treść (mocz oraz śluz), a skóra wokół otworu stomijnego ma wyglądać jak w innych miejscach w obrębie brzucha.

Pacjenci przypominają o swoich potrzebach

Jednak Dorota Kaniewska przyznaje, że dla osób ze stomią kwestie higieny to nie jedyne wyzwanie. – Na co dzień muszą się one borykać z wieloma problemami, począwszy od złe wyłonionej stomii (przed operacją nie zostało wyznaczone miejsce stomii w trzech pozycjach: stojącej, siedzącej i leżącej), poprzez wystawianie pierwszego zlecenia na 3, 6 lub 12 miesięcy, a nie na 1 miesiąc – wskazuje. Wyjaśnia również, że w pierwszych miesiącach od wyłonienia wygląd stomii będzie się zmieniał, chodzi zarówno o jego kształt, jak i wielkość. Nie bez znaczenia będzie również to, że pacjent będzie po zabiegu przybierać na wadze.

– W efekcie sprzęt stomijny, który pacjent otrzymał na pierwsze zlecenie, można wyrzucić do kosza, a chory musi z własnych funduszy zakupić sprzęt, który aktualnie będzie pasował do jego stomii – mówi Dorota Kaniewska. Problemem są również niewystarczające limity na sprzęt stomijny, które nie były waloryzowane od 2004 roku.

– Obecnie pacjent z wyłonią stomią odbiera w ramach limitu miesięcznego mniej niż 30 sztuk worków jednocześnie, czyli nie ma nawet jednego worka na dzień, nie mówiąc o środkach do pielęgnacji stomii, które musi dokupić już z własnej kieszeni. Środki do pielęgnacji skóry wokół stomii nie są żadnym „wizdymisem”, ale są równoważne z workami stomijnymi i bez nich żaden stomik nie mógłby funkcjonować – wskazuje Andrzej Piwowarski, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO.

Fizjoterapia pacjentów urologicznych w dobie pandemii

mgr Kinga Religa-Popiołek

Oddział Kliniczny Ginekologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

MULTIFIZJO Fizjoterapia urologiczna i ginekologiczna

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” oddział w Krakowie



Fot. JackF - stock.adobe.com

Na skutek pandemii koronawirusa, która zdaje się nie mieć końca i związanych z nią obostrzeń, nie istnieje już żadna sfera, która nie zostałaby dotknięta jej konsekwencjami. Nie inaczej wygląda sytuacja w przestrzeni, w której przyszło poruszać się pacjentowi urologicznemu.

Ograniczony dostęp do specjalisty, przesuwanie terminów planowanych zabiegów na bliżej nieokreśloną przyszłość, możliwość kontaktu z lekarzem tylko w formie teleporady, czy też strach przed zgłoszeniem się po pomoc w obawie przed zakażeniem SARS-CoV-2, to tylko niektóre z problemów, z jakimi borykają się pacjenci. Znaczna ich część ucierpiała również z powodu mniejszego dostępu do fizjoterapii. Wagę tej sytuacji

uświadamia fakt, w jak wielu dysfunkcjach dna miednicy może pomóc fizjoterapeuta, co przekłada się na liczbę osób, które nie uzyskały potrzebnej pomocy.

Kto wymaga opieki fizjoterapeuty urologicznego?

Wśród pacjentów objętych opieką fizjoterapeutyczną są osoby, które cierpią między innymi na nietrzymanie moczu, pęcherz nadaktywny, obniżenie narządów miednicy mniejszej, kobiety ciężarne i po porodzie, osoby przygotowujące się do zabiegów operacyjnych lub wymagające interwencji już po ich przeprowadzeniu. Niejednokrotnie pacjenci potrzebują pomocy fizjoterapeuty urologicznego niemal natychmiast, szczególnie wtedy, gdy doświadczają bólu uniemożliwiającego codzienne funkcjonowanie, którego nie da się uśmierzyć środkami

przeciwbólowymi lub domowymi sposobami. W takich wypadkach, mimo że oczywiste wydaje się być udzielenie pomocy potrzebującemu, istnieje potrzeba znalezienia „złotego środka”, polegającego na słuzeniu pomocą przy zachowaniu zasad bezpieczeństwa w celu zmniejszenia ryzyka rozprzestrzeniania się koronawirusa.

W marcu 2020 roku, gdy wprowadzono pierwszy lockdown, wraz z zamrożeniem gospodarki zamknięte zostały również gabinety fizjoterapeutyczne. Przy pojawieniu się drugiej i trzeciej fali zakażeń SARS-CoV-2, stało się jasne, że zamykanie placówek leczniczych nie jest właściwym rozwiązaniem, ponieważ choroby nękające dotychczas społeczeństwo w obliczu pandemii wcale nie przestały istnieć, a pacjenci cierpiący na nie muszą być objęci specjalistyczną opieką, również fizjoterapeutą.

Po lockdownie zgłasza się więcej młodych pacjentów

Większość fizjoterapeutów w ostatnim czasie odczuła natłok pacjentów, którzy potrzebowali pomocy z uwagi na jej brak w okresie lockdownu. Teraz, kiedy większość społeczeństwa przywykła już do sytuacji epidemiologicznej i gdy potrafi coraz lepiej reagować na zagrożenie poprzez ochronę indywidualną, unikanie tłumów i przyjmowanie szczepień, okazuje się, że pomimo ogromnego niebezpieczeństwa, jakie niesie ze sobą koronawirus, funkcjonowanie w dobie pandemii jest możliwe.

W czasie gdy COVID-19 zbierał swoje największe żniwo, a część osób przegrała walkę z chorobą, okazało się, że wśród ozdrowieńców pojawiło się wielu nowych pacjentów. Wbrew temu, co myślano na początku, koronawirus nie dopadał jedynie osób obciążonych przez inne choroby, ale także dotychczas zdrowych i często młodych ludzi. To właśnie te osoby są nowymi pacjentami, często kardiologicznymi, pulmonologicznymi, bo COVID-19 pozostawił po sobie powikłania, z którymi teraz na co dzień muszą się borykać, przyjmując leki, czy też rezygnując z dotychczasowej aktywności. Wśród tych osób są też pacjenci urologiczni.

Kaszel szczególnie niebezpieczny dla pacjentów urologicznych

Objawami zakażenia koronawirusem są między innymi wysoka gorączka, ból głowy, ból gardła, utrata węchu i smaku, katar oraz kaszel. To właśnie ostatni wymieniony symptom odgrywa znaczącą rolę w kondycji ogólnie pojętego dna miednicy. Na skutek wzrostu ciśnienia śródbrzusznego, podczas uporczywego kaszlu zwiększa się nacisk na narządy w jamie brzusznej. Mechanizm ten prowokuje spychanie narządów doogonowo, osłabiając

ich aparat podtrzymujący, a w przypadku kobiet może prowadzić do obniżenia narządów miednicy mniejszej, co objawia się między innymi uczuciem ciała obcego lub ciężaru w pochwie, czy też zaburzeniami mikcji lub defekacji.



Fot. Mangostar - stock.adobe.com

Kolejną przypadłością, z którą zgłaszają się głównie kobiety po przebyciu COVID, jest nietrzymanie moczu, ponieważ przewlekły kaszel może wpływać na mięśnie dna miednicy, sprawiając, że stają się one niewydolne. Istnieje również duża grupa pacjentów, która jeszcze przed pandemią odczuwała pewne dolegliwości ze strony dna miednicy, jednak nie były one na tyle uciążliwe, aby wymagały zgłoszenia się do specjalisty. Po przebyciu choroby wielu z nich odczuło nasilenie niepokojących objawów, co dopiero wtedy skłoniło ich do konsultacji. Osobami objętymi szczególną opieką są pacjenci onkologiczni nie tylko ze względu na to, że z racji swojego stanu, są narażeni na cięższy przebieg choroby. Większość mężczyzn po radykalnej resekcji prostaty z powodu nowotworu, cierpi na nietrzymanie moczu. W ich przypadku uporczywy kaszel nasila to powikłanie, wpływając negatywnie na samopoczucie oraz jakość życia pacjenta. We wszystkich wymienionych przypadkach, pierwszą linią leczenia powinna być zawsze fizjoterapia, ze względu na swoją nieinwazyjność.

Pandemia obnażyła wszelkie niedoskonałości systemu ochrony zdrowia i nie ujmując powadze sytuacji związanej z koronawirusem, warto spojrzeć nieco szerzej na problemy, które teraz stały się bardziej widoczne i dotyczą coraz większej części społeczeństwa. Coraz więcej urologów i ginekologów rozumie znaczenie fizjoterapii w dysfunkcjach dna miednicy. Nie wystarczy to jednak do rozpropagowania jej nieinwazyjnych metod, jeżeli sami pacjenci nie będą mówić głośno o ograniczonym dostępie do niej.

Intensywne lato na Miodowej

Violetta Madeja



Fot. MOZCO Mat Szymański - stock.adobe.com

Wakacje okazały się dla legislatora bardzo pracowitym okresem. Pacjentów zmagających się z NTM ucieszy zapewne podpisane przez ministra zdrowia rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Intensywne prace trwają również wokół projektu nowelizacji ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a także niektórych innych ustaw.

Mijający kwartał resort zdrowia zaczął od wysokiego C. Do konsultacji trafił bowiem projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej, w którym przygotowano wiele rewolucyjnych zmian - zarówno dla pacjentów, jak również producentów leków i wyrobów medycznych. O obszerności proponowanych zmian świadczą zarówno wydłużone o miesiąc, do 31 sierpnia, konsultacje społeczne projektu, jak również fakt, że po raz pierwszy od dłuższego czasu w Ministerstwie Zdrowia odbyło się wysłuchanie publiczne, podczas którego przedstawiono

organizacjom pacjenckim najważniejsze zmiany zaproponowane w dokumencie.

Refundacja do gruntownej zmiany

Ważną dla pacjentów zmianą, zaproponowaną przez resort zdrowia, są zapisy dające legislatorowi większą swobodę w kwestii kryteriów kwalifikacji do programów lekowych. Ma się to odbyć poprzez zamieszczanie opisu programu wyłącznie w obwieszczeniu. Przyjęte w projekcie rozwiązania pozwolą również na zmianę funkcjonujących już programów lekowych w zakresie sekwencyjnego stosowania terapii. Ponadto, w programach lekowych, w których pojawiać się będą kolejne opcje terapeutyczne, resort będzie się posługiwał w kryteriach kwalifikacji liniami leczenia, a nie postanowieniami dotyczącymi sekwencyjnego stosowania konkretnych leków.

Istotną z punktu widzenia zarówno firm, jak i samych pacjentów, będzie mniejsza częstotliwość publikowania obwieszczeń refundacyjnych. MZ chce, aby nowe listy

pojawiały się nie co dwa, ale co trzy miesiące. W nowelizacji dodano również zapisy o karach za brak dostępności leków. W przepisach urealniono możliwości ich nakładania, a także wprowadzono zapis o obowiązku utrzymywania stanów magazynowych.

Dla firm ważną zmianą będzie wprowadzenie tylko trzech tur negocjacji ceny leku z Komisją Ekonomiczną.

Zgodnie z propozycją MZ, waloryzacji i powiązaniu z płacą minimalną ulegnie również opłata ryczałtowa, która dotychczas wynosiła 3,2 zł i ma wzrosnąć do poziomu 5,6 zł. Zdaniem resortu tak niska opłata za leki ryczałtowe sprawiała, że pacjenci kupowali je na zapas, a same leki były deprecjonowane z uwagi na niską cenę.

Producenci wyrobów medycznych krytycznie o nowelizacji

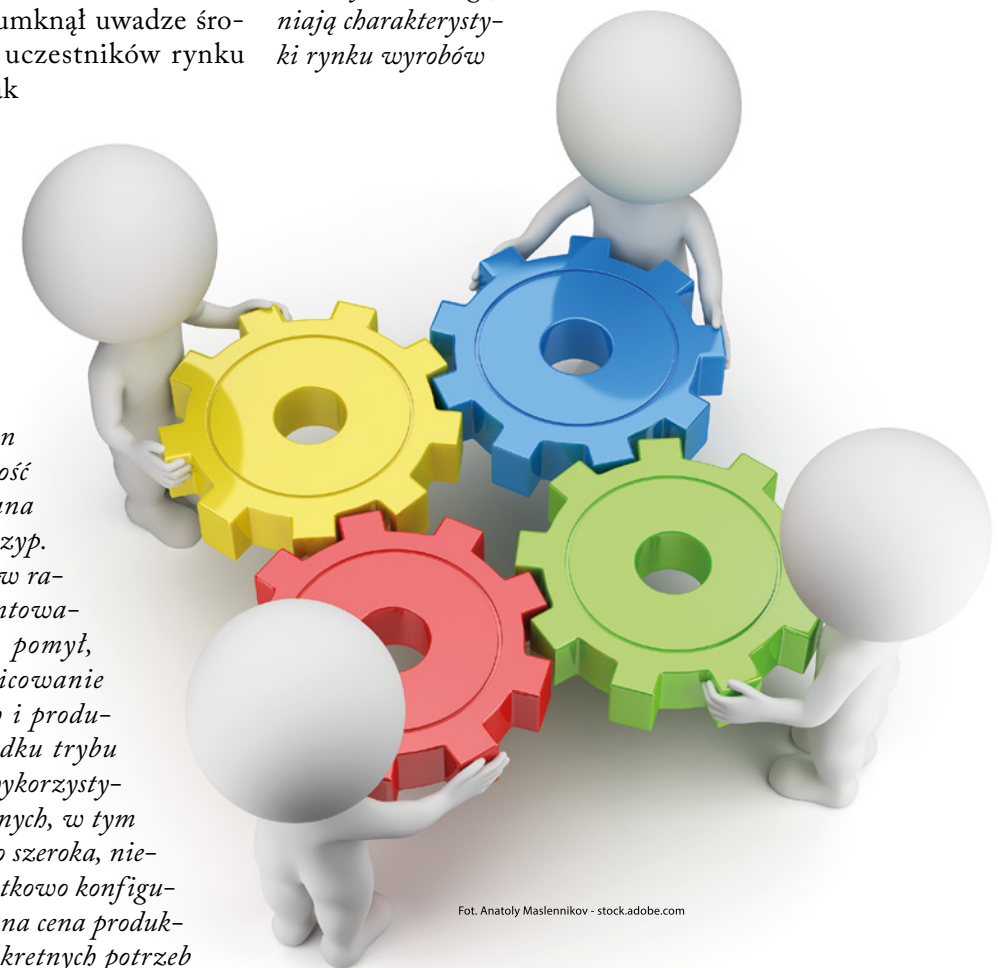
Obszerny projekt nowelizacji nie umknął uwadze środowiska producentów. W ocenie uczestników rynku nie wszystkie zapisy powinny jednak zostać wdrożone. Zdaniem Arkadiusza Grądkowskiego, dyrektora generalnego Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, niektóre z nowelizowanych przepisów mogą nieść daleko idące negatywne konsekwencje. Na które z nich zwraca szczególną uwagę?

- Jedną z proponowanych zmian (w art. 6 ust. 1 pkt 4) jest możliwość objęcia ceną urzędową [cena ustalana w drodze decyzji refundacyjnej - przyp. red.] dowolnego wyrobu używanego w ramach udzielania świadczeń gwarantowanych. W naszym przekonaniu ten pomysł, ze względu na bardzo duże zróżnicowanie modeli, parametrów funkcjonalnych i producentów, nie sprawdzi się w przypadku trybu refundacji indywidualnej. Wyroby wykorzystywane w świadczeniach gwarantowanych, w tym w szczególności szpitalnych, to bardzo szeroka, niezwykle skomplikowana, a często dodatkowo konfigurowalna grupa produktowa. Ostateczna cena produktów zależy od indywidualnych i konkretnych potrzeb pacjenta - podkreśla Arkadiusz Grądkowski.

POLMED zwraca również uwagę na zapis wprowadzający dla szpitali obowiązek kupowania refundowanych wyrobów medycznych wyłącznie w cenie odpowiadającej maksymalnej kwocie (i ewentualnej marży) wyrobu wyznaczającego limit finansowania. - Wejście w życie tej regulacji spowoduje katastrofalne skutki przede wszystkim w obszarze opatrunków specjalistycznych. Boleśnie dotknie ona pacjentów z ranami przewlekłymi i owrzodzeniami.

Wynika to z faktu, że grupy limitowe są nieuporządkowane i zaawansowanym technologiom [w tym również opatrunkowym - przyp. red.] często towarzyszą w nich produkty o zdecydowanie prostszej konstrukcji. Wymaganie, aby szpital nabywał np. wielowarstwowe, nieprzylegające, oddychające opatrunki w cenie o wiele tańszych wyrobów jest nierealne i doprowadzi do braku możliwości zaopatrzenia się szpitali w kluczowe środki medyczne - ocenia przedstawiciel organizacji.

Mało entuzjazmu do nowelizacji ustawy refundacyjnej wykazała również Agnieszka Wiśniewska, prezes Organizacji Pracodawców Przemysłu Medycznego Technomed. Zwróciła uwagę, że zapisy nowelizacji w przeważającej części odnoszą się do produktów leczniczych, a wyroby medyczne są tam często „doklejone”. - Projektowane przepisy niestety nie uwzględniają charakterystyki rynku wyrobów



Fot. Anatoly Maslennikov - stock.adobe.com

medycznych. W wielu zakresach wprowadzając negatywne zmiany. Z tego też względu uważamy, że należy ponownie pochylić się nad zapisami nowelizacji, aby przyniosła ona pozytywne zmiany dla rynku i pacjentów - mówi Agnieszka Wiśniewska.

Pochwały za pozytywne zmiany w wykazie wyrobów

Pod koniec sierpnia minister zdrowia podpisał i skierował do publikacji znowelizowane rozporządzenie

w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Ten długo wyczekiwany dokument rozszerza kryteria przyznawania wybranych wyrobów medycznych, a także zmienia limity finansowania cewników i środków absorpcyjnych. Zapisy znowelizowanego rozporządzenia zaczną obowiązywać 1 grudnia.

– Projekt rozporządzenia był przez nas długo wyczekiwany i pozytywna zmianą. W naszej ocenie jest on pozytywnym krokiem w kierunku zwiększenia dostępności wyrobów medycznych dla pacjentów. Nowelizacje w tym zakresie są podążaniem za zmieniającymi się technologiami i odpowiednią na zapotrzebowanie społeczeństwa w zakresie ich wdrażania. Na rynku co rusz pojawiają się kolejne generacje produktów przyspieszających rekonwalescencję i ułatwiających życie osobom niepełnosprawnym. Warto podkreślić, że w nowelizacji rozporządzenia wdrożono wiele postulatów, które były składane na ręce resortu zdrowia. Zmiana wyceny środków chłonnych czy też objęcie finansowaniem cewników hydrofilowych to dobre wiadomości dla odbiorców tych produktów. Oczywiście jest, że nie ma możliwości, aby jedną zmianą wdrożyć wszystkie czekające technologie. Zdajemy sobie sprawę, że niekiedy są to bardzo trudne decyzje. Tym bardziej doceniamy otwartość Ministerstwa Zdrowia na dialog, który będziemy kontynuować – zapewnia Agnieszka Wiśniewska.

Nowe limity cenowe w refundacji środków absorpcyjnych

Ważną zmianą dotyczącą środków chłonnych jest ujednolicenie limitów finansowych dla dwóch grup pacjentów (lp. 100 i 101). W obu grupach ustalono analogiczny udział własny pacjenta w limicie dla obu pozycji wykazu – 30 proc. Rozporządzenie dzieli także środki chłonne na dwie podgrupy – pierwszą stanowić będą pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne i majtki chłonne z limitem finansowania na poziomie 1,70 zł za sztukę, drugą natomiast podkłady i wkłady anatomiczne z limitem finansowania 1 zł za sztukę. Ustalono również, że produkty z drugiej podgrupy muszą posiadać minimalną chłonność na poziomie 250 ml.

Przedstawiciele producentów chwalą ministerstwo za tę decyzję. Zdaniem Agnieszki Wiśniewskiej, pacjenci będą mogli teraz liczyć na zdecydowanie lepszą dostępność środków chłonnych. – Nastąpiło, to nie tylko poprzez podwyższenie limitów dla pieluchomajtek, ale także poprzez zwiększenie wyceny podkładów. Dodatkowo scalenie dwóch grup daje możliwość dowolnego komponowania wraz z lekarzem prowadzącym struktury zaopatrzenia. Jest to szczególnie ważne w przypadku pacjentów niesamodzielnych. Myślę, że taki elastyczny system pozwala na lepsze dopasowanie do potrzeb danego odbiorcy – ocenia prezes Techno-medu.

Zmianę z zadowoleniem przyjęli również członkowie Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. W ocenie Anny Sarbak, prezes „UroConti”, to niemały sukces pa-

cientów, ponieważ po raz pierwszy od 22 lat zmianie uległy limity cenowe w refundacji środków absorpcyjnych.

– Z dużą satysfakcją przyjmujemy wprowadzone zmiany i wyrażamy ogromne zadowolenie z faktu, iż Minister Zdrowia wziął pod uwagę argumenty naszej organizacji przedstawiane w ramach konsultacji społecznych, zwiększając limit kwotowy dla podkładów i wkładów anatomicznych z zaproponowanych pierwotnie 0,85 zł do 1 zł za sztukę – komentuje Anna Sarbak.

Nowe zasady refundacji cewników

Zgodnie z zapisami rozporządzenia zmieniono również zasady refundacji cewników i dopisano nowe produkty. W efekcie refundacji podlegać będą cewniki jednorazowe urologiczne hydrofilowe do 180 sztuk miesięcznie lub zamiennie cewniki jednorazowe urologiczne niepowlekane do 180 sztuk miesięcznie. Z wyrobów tych skorzystać będą mogli pacjenci (do 18. roku życia) wymagający wielokrotnego cewnikowania pęcherza moczowego, z dysfunkcją neurogenną pęcherza moczowego lub nietrzymaniem moczu, lub zatrzymaniem moczu, lub przelewowym, refleksyjnym, nagłym nietrzymaniem moczu, lub niedoczynnością wypieracza, lub nadczynnością wypieracza, lub niedrożnością dróg moczowych, lub przeszkodą podpęcherzową, lub neurogenną dysfunkcją dolnych dróg moczowych, a także dorośli chorzy, u których będzie występowała potrzeba wielokrotnego cewnikowania pęcherza moczowego. Cewniki finansowane będą w ramach trzech grup:

- 5,35 zł za sztukę – cewniki hydrofilowe gotowe do użycia;
- 2,60 zł za sztukę – cewniki hydrofilowe aktywowane wodą;
- 0,80 zł za sztukę – cewniki niepowlekane.

W ramach jednego zlecenia pacjent będzie mógł uzyskać refundację na różne typy cewników, ale ich łączna liczba nie będzie mogła przekroczyć limitu ilościowego, czyli 180 sztuk. Dla dzieci cewniki będą refundowane w pełnej kwocie do limitu ceny, natomiast dorośli otrzymają 70 proc. refundacji do limitu ceny.

Lista zawiedzionych nadziei

Niestety, dużym rozczarowaniem okazała się wrześnie lista refundacyjna dla tych którzy czekali na zmiany dotyczące wprowadzenia kolejnych nowoczesnych molekuł stosowanych w leczeniu raka prostaty, czy też mirabegronu, o którego refundację chorzy zmagający się z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB) dopytują od wielu lat. Wiceministrowi Zdrowia, Maciejowi Miłkowskiemu, odpowiedzialnemu za politykę lekową, udało się natomiast przedłużyć refundację dla leku Xtandi (enzalutamid), stosowanego w leczeniu zaawansowanego raka prostaty, którego decyzja refundacyjna wygasła 31 sierpnia.

Nietrzymanie moczu

HARTMANN



„Dziękuję.
Czuję się
dobrze”

ZAMÓW
bezpłatne
próbki

MoliCare®
Ochrona. Każdego dnia.

Opiekujesz się bliskim ze schorzeniem
nietrzymania moczu?

Poznaj nowoczesne pieluchomajtki
MoliCare® Premium Elastic
z elastycznymi panelami bocznymi,
które zapewniają wygodę użytkowania
pacjentowi i opiekunowi.

CENTRUM
WSPARCIA SENIORÓW

Bezpłatna infolinia
800 26 96 36

lub +48 532 085 395
+48 42 22 52 752

(koszt połączenia wg standardowych stawek operatora)

www.hartmann.pl



OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA
K O A L I C J I
— NA POMOC —
NIESAMODZIELNYM

**OPIEKA DŁUGOTERMINOWA
W POLSCE - DZISIAJ I JUTRO**

25-26 LISTOPADA 2021
NOVOTEL WARSZAWA CENTRUM
KONFERENCJA HYBRYDOWA



3. EDYCJA OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI

Sześć interaktywnych debat tematycznych

www.opiekadlugoterminowa2021.pl