

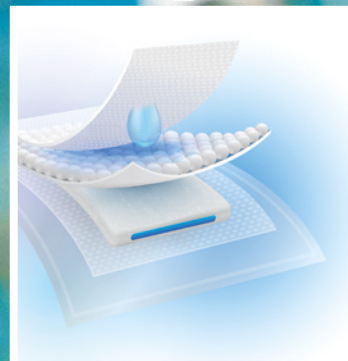
WYROBY MEDYCZNE

**Refundacja środków
chłonnych: łyżka dziegciu
w beczce miodu**



LECZENIE

**W końcu dobre wieści dla
chorych na raka prostaty**



LECZENIE

**Złoty standard leczenia
wysiłkowego NTM po
prostatektomii radykalnej**



SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

**Czy Polski Ład zagrozi
opiece długoterminowej?**



LEGISLACJA

**Słodko-gorzki dostęp
pacjentów do nowoczesnych
leków przeciwnowotworowych**



To już jest przełomowy rok, a dopiero się zaczął...

Zapoczątkowana 24 lutego, pełnoskalowa inwazja militarna na Ukrainę jest dla większości z nas nadal ogromnym szokiem. Do dzisiaj słyszę głosy niedowierzania. Jak to? Przecież XXI wiek miał zamknąć rozdział wojen z ubiegłego stulecia. Niestety tak nie jest. Świat, a w szczególności Europa, znalazły się na kolejnym dziejowym zakręcie. Dzisiaj nasza nadzieja opiera się głównie na niezłomności Ukraińców i solidarności demokratycznego świata. Nie po raz pierwszy Polacy zdają swój egzamin z solidarności międzyludzkiej celując. Reakcja polskiego społeczeństwa budzi uznanie na całym świecie. Również do polskich polityków nie powinniśmy mieć zbyt wielu zastrzeżeń. Jak dotąd, widać więcej pozytywów, a niezłomna postawa Wołodymyra Zelenskigo i innych polityków ukraińskich wy-

nowi ogromną wartość dodaną w leczeniu tej choroby. To ważna wiadomość, gdyż miesięczna terapia tymi lekami to wielki wydatek finansowy dla większości polskich budżetów domowych.

Nie jest to jedyna dobra wiadomość. Mamy wreszcie oczekiwany od wielu lat przełom w leczeniu operacyjnym raka prostaty. Minister zdrowia, w przyspieszonym trybie, podjął decyzję o refundacji, poczynawszy od 1 kwietnia, operacji z wykorzystaniem robota. To długo wyczekiwana decyzja, dzięki której przestaniemy być wreszcie niechlubnym wyjątkiem na mapie Europy.

Niestety tak się nie stało w przypadku pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB). Po wielu latach oczekiwań dowiedzieliśmy się, że minister zdrowia nega-

tywnie ocenił wniosek refundacyjny dla II linii leczenia OAB. Jest to decyzja o tyle niezrozumiała, co i niespodziewana. Biorąc pod uwagę, że lek mirabegron już od dawna jest refundowany w pozostałych krajach Unii Europejskiej, a warunki dla Polski miały być, jak deklarował producent, najkorzystniejsze w Europie, trudno zrozumieć motyw tej odmownej decyzji. Nie wiem, jak naszych Czytelników, ale mnie osobiście nie przekonuje argument, który już kilkakrotnie słysza-

łem, że przecież ta grupa pacjentów otrzymała w grudniu wyższe limity finansowe na refundowane środki absorpcyjne. Owszem, otrzymała, ale w większości przypadków ewentualne profity zostały skonsumowane przez gwałtownie rosnącą inflację, o której pisałem w poprzednim numerze Kwartalnika NTM. Na dodatek nie wszyscy odebrali wprowadzone zmiany pozytywnie. Takim przykładem są choćby pacjenci onkologiczni. Ale o tym już więcej na łamach naszego Kwartalnika, do lektury którego serdecznie zapraszam.

Tomasz Michałek



rażnie im służy i motywuje do dalszych działań. Również Polacy cały czas mobilizują rządzących do lepszej koordynacji działań pomocowych, jednocześnie z pokorą przyjmując wiadomości o kolejnych podwyżkach.

Jak dotąd, pomimo przyjęcia ponad 2 mln uchodźców, Polska funkcjonuje normalnie, wydając decyzje przełomowe również w obszarach szczególnie ważnych dla osób z inkontynencją. Na wiele z nich pacjenci czekali często latami. Tylko w pierwszym kwartale tego roku dowiedzieliśmy się, że od 1 marca pacjenci z zaawansowanym nowotworem prostaty, ale jeszcze bez przerzutów, będą mogli wreszcie skorzystać z refundacji trzech nowoczesnych leków, co sta-

SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Refundacja środków chłonnych: łyżka dziegciu w beczce miodu 4

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Czy Polski Ład zagrozi opiece długoterminowej? 8

LECZENIE

Złoty standard leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu po prostatektomii radykalnej 11

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 12

Z Miodowej popłynęły wreszcie dobre wieści dla chorych na raka prostaty 13

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Wysiłkowe nietrzymanie moczu to nie tylko problem kobiet w wieku menopauzalnym 18

LEGISLACJA

Słodko-gorzki dostęp pacjentów do nowoczesnych leków przeciwnowotworowych 20

Szanowni Państwo,

Od 24 lutego nasze myśli i emocje zdominowane są przez dramatyczne wydarzenia rozgrywające się na terenie naszego bliskiego sąsiada – Ukrainy. Z przerażeniem obserwujemy każdego dnia, jak giną tam niewinni ludzie – kobiety, dzieci, starzy ludzie... Rosyjscy żołnierze zaciekle ostrzeliwiają szpitale, przedszkola, szkoły, domy pomocy społecznej, ośrodki kultury. Nawet jeśli ta wojna wkrótce się zakończy, nic już nie będzie takie samo, jak przed nią. Zakończony został nasz spokój wewnętrzny, uświadomiliśmy sobie, że nic nie jest nam dane na zawsze. Dla większości z nas, znających I i II wojnę światową tylko z opowieści dziadków oraz z lekcji historii, wojna tocząca się w Ukrainie i tysiące uchodźców przekraczających każdego dnia naszą granicę w poszukiwaniu schronienia, to coś, czego nikt nie jest w stanie sobie wyobrazić. Ale to również przyspieszona nauka organizowania akcji udzielania pomocy i empatii wobec bezbronnych zagubionych ludzi, którzy znają tylko swój język ojczysty.

Przyszło nam żyć w ciężkich czasach. Galopująca inflacja, ogromne podwyżki cen gazu i prądu, rosnące niemal z dnia na dzień ceny usług i produktów. Od momentu wejścia w życie Polskiego Ładu wielu przedsiębiorców zamknęło już swój biznes. Z map różnych miast znikają piekarnie, sklepy, restauracje... Polski Ład sieje postrach również wśród kierowników zakładów opieki długoterminowej zapewniających opiekę osobom niesamodzielnym. „Głębokie niedofinansowanie, silna konkurencja o kadre i wizja personelu odchodzącego z powodu zmian w ordynacji podatkowej” – opisuje już obecnie bardzo trudną sytuację opieki długoterminowej red. Violetta Madeja. „Umowy na ogrzewanie, żywność itd. mamy popodpisywane na pół roku nie więcej, bo nie jesteśmy w stanie spać budżetu, a samorządy nie są w stanie nas wesprzeć” – potwierdza wypowiadająca się w artykule Sylwia Kamińska-Tereszkiewicz, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej (str. 8).

Zachęcamy również do przeczytania artykułu „Refundacja środków chłonnych: łyżka dziegciu w beczce miodu” (str. 4). Dlaczego łyżka dziegciu? Odpowiedź jest prosta: o ile ostatnie zmiany w zasadach refundacji środków chłonnych bardzo ucieszyły pacjentów, to ich entuzjazm znacznie osłabł, kiedy okazało się, że ceny tych środków w ostatnich miesiącach poszybowały w górę. „Zaryzykuję (...) twierdzenie, że podwyżki wyrobów były tak dotkliwe, że de facto wzrost limitów cenowych jedynie te wzrosty złagodził” – oceniła Elżbieta Żukowska ze Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Jak zawsze, polecamy Waszej uwadze wszystkie artykuły. Czytając je, pomyślcie ciepło o swoich nowych sąsiadach i nie traktujcie ich jak intruzów.

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: lek. Anna Katarzyna Czech, Violetta Madeja; Kinga Religio-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: 2000 egzemplarzy.

Prenumerata: Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery) Kontakt: 22 279 49 12, ntm@ntm.pl

Refundacja środków chłonnych: łyżka dziegciu w beczce miodu

Violetta Madeja



Fot. I.M.R. - stock.adobe.com

Ostatnie zmiany w zasadach refundacji środków chłonnych ucieszyły pacjentów. Nie podoba im się jednak system rozliczania i rosnące koszty produkcji, które wpływają na wzrost ceny wyrobów medycznych.

Jak podkreślają eksperci, pacjenci czekali na zmiany w limitach finansowych w refundacji środków chłonnych ponad dwie dekady. Jak się jednak okazuje, nie rozwiązały one wszystkich problemów.

Od 1 grudnia 2021 r. wzrosły m.in. limity cenowe dla pieluchomajtek, majtek chłonnych i pieluch anatomicznych - do 1,70 zł za sztukę przy limicie ilościowym do 90 sztuk miesięcznie. - *To znaczący wzrost refundacji w stosunku do poprzednich zasad* - ocenia Marta Masłowska-Sobczak z firmy Paul Hartmann. - *Limit kwotowy dla pozostałych refundowanych produktów chłon-*

nych, tj. wkładów anatomicznych i podkładów, wzrósł z kolei z zaproponowanych pierwotnie w projekcie nowelizacji 0,85 zł do 1 zł za sztukę, co oznacza utrzymanie ich na dotychczasowym poziomie - dodaje. Jednocześnie przypomina, że w rozporządzeniu wprowadzono także 30-procentową odpłatność dla pacjentów onkologicznych. - *Dzięki temu współpłacenie dla wszystkich pacjentów korzystających z refundowanych środków chłonnych będzie jednakowe, a przez to również prostsze do rozliczenia* - ocenia Marta Masłowska-Sobczak.

Z kolei Karolina Staniszevska, koordynator ds. refundacji w firmie TZMO, wylicza, że dzięki nowym limitom finansowania produktów chłonnych, pacjenci mogą korzystać z refundacji wyższej niż kwota 63 zł, która do tej pory była najczęściej wykorzystywanym poziomem dofinansowania przez NFZ przy zakupie refun-

dowanych środków pomocniczych. - *Wyczekiwana latami zmiana limitu finansowania wpływa bezpośrednio na miesięczne koszty ponoszone przez pacjenta z racji zaopatrzenia w wyroby medyczne. Część pacjentów decyduje się na oszczędność - do tej pory NFZ refundował kwotę 63 zł, od grudnia 2021 r. może to być nawet 107 zł. Jednak ci, dla których problem nie stanowi ten sam poziom dopłaty do produktów, wybierają wyższe poziomy chłonności, dzięki czemu produkt jest dla nich i ich opiekunów bardziej komfortowy. Nie trzeba go tak często wymieniać* - wskazuje przedstawicielka TZMO.

Nowe limity nie tylko cenowe

Na kwestię chłonności produktów zwraca również uwagę Marta Masłowska-Sobczak. Jej zdaniem ważnym krokiem ze strony resortu zdrowia było ustalenie w rozporządzeniu obowiązującym od 1 grudnia zeszłego roku minimalnego poziomu chłonności. - *To wyeliminuje nadużycia, takie jak np. zgłaszanie do refundacji zwykłych wkładek. Za sprawą nowelizacji pacjenci zyskają więc nie tylko więcej produktów, ale też środki zdecydowanie lepszej jakości* - ocenia.

Z tego punktu widzenia ważnym wydaje się również właściwy dobór środków chłonnych do potrzeb pacjenta. Dlatego też producenci podkreślają znaczenie właściwej edukacji nie tylko wśród pacjentów, ale również opiekunów, farmaceutów i pracowników sklepów medycznych, którzy pomagają chorym w realizacji zleceń. - *Zwracamy uwagę również na kwestię komfortu, oprócz pieluchomajtek dla pacjentów niemobilnych proponujemy zaopatrzenie się w podkłady higieniczne, które również podlegają refundacji, lub przeznaczenie zaoszczędzonej kwoty wynikającej ze zmiany limitu refundacyjnego na produkty przeznaczone do oczyszczenia i ochrony skóry okolic intymnych dla osób z nietrzymaniem moczu. Ważna jest również ilość produktów, w które się zaopatrujemy - zgodnie z potrzebą pacjenta, jeśli wybieramy produkt o wyższej chłonności, zużyjemy go mniejszą ilość, ponieważ nie będzie wymagana tak częsta wymiana* - przekonuje Karolina Staniszevska.

Nie wszystko złoto...

Pacjenci, którzy od dwóch dekad czekali na zmiany w refundacji środków chłonnych, przyznają jednak, że

zmiany w sposobie finansowania wyrobów chłonnych pociągnęły za sobą również pewne mankamenty. - *Swoje niezadowolenie wyrażają szczególnie ci pacjenci onkologiczni, którzy zaopatrują się w stosunkowo niewielkie ilości takich produktów miesięcznie (do 60 sztuk miesięcznie), bo akurat dla nich zmiany przyniosły negatywny skutek* - ocenia Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Wtórą jej Elżbieta Żukowska, sekretarz stowarzyszenia, która wskazuje, że po entuzjastycznym przyjęciu zmian już pierwsza realizacja zleceń na środki chłonne pokazała, iż w wielu przypadkach trzeba było zapłacić więcej. Dlaczego?



Fot. Kabardins photo - stock.adobe.com

- *Przede wszystkim powodem tej sytuacji były rosnące od ubiegłego roku ceny środków chłonnych. Zaryzykuję nawet twierdzenie, że podwyżki wyrobów były tak dotkliwe, że de facto wzrost limitów cenowych jedynie te wzrosty złagodził. Z moich obserwacji i analiz wynika, że najbardziej zdrożały wciągane majtki chłonne o wysokiej chłonności. Najmocniej, w negatywnym sensie, zmiany w refundacji odczuli pacjenci onkologiczni. Zostali oni zrównani z pozostałymi pacjentami, którym przysługują refundowane środki chłonne, a jednocześnie, kupując mniejsze opakowania, dopłacają do wyrobów chłonnych więcej* - wylicza Elżbieta Żukowska.

Ceny rosną nie bez powodu?

Jak z podwyżek tłumaczą się producenci? Przede wszystkim wskazują rosnące koszty surowców i logistyki. Wkrótce sytuacja może ulec dalszemu pogorszeniu m.in. przez Polski Ład oraz rosnącą inflację, która

REFUNDACJA ŚRODKÓW ABSORPCYJNYCH OD 1 GRUDNIA 2021 - NA CZYM POLEGA ZMIANA

MAJTKI CHŁONNE, PIELUCHY ANATOMICZNE, PIELUCHOMAJTKI

do 30 listopada 2021

KOD P.100 (PACJENCI ONKOLOGICZNI)
przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy	Wysokość refundacji	Kwota refundacji
90	77,00 zł	100%	77,00 zł
60	77,00 zł	100%	77,00 zł
30	77,00 zł	100%	77,00 zł

KOD P.101 (PACJENCI POZOSTALI)
przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy	Wysokość refundacji	Kwota refundacji
90	90,00 zł	70%	63,00 zł
60	90,00 zł	70%	63,00 zł
30	90,00 zł	70%	63,00 zł

WKŁADY ANATOMICZNE, PODKŁADY

do 30 listopada 2021

KOD P.100 (PACJENCI ONKOLOGICZNI)
przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy	Wysokość refundacji	Kwota refundacji
90	77,00 zł	100%	77,00 zł
60	77,00 zł	100%	77,00 zł
30	77,00 zł	100%	77,00 zł

KOD P.101 (PACJENCI POZOSTALI)
przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy	Wysokość refundacji	Kwota refundacji
90	90,00 zł	70%	63,00 zł
60	90,00 zł	70%	63,00 zł
30	90,00 zł	70%	63,00 zł

od 1 grudnia 2021

KOD P.100 (PACJENCI ONKOLOGICZNI)
przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt.)	Wysokość refundacji	Kwota refundacji (liczony dla 1 szt.)	Kwota refundacji razem	Zysk / strata dla pacjenta
90	1,70 zł	70%	1,19 zł	107,10 zł	30,10 zł
60	1,70 zł	70%	1,19 zł	71,40 zł	-5,60 zł
30	1,70 zł	70%	1,19 zł	35,70 zł	-41,30 zł

KOD P.101 (PACJENCI POZOSTALI)
przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt.)	Wysokość refundacji	Kwota refundacji (liczony dla 1 szt.)	Kwota refundacji razem	Zysk / strata dla pacjenta
90	1,70 zł	70%	1,19 zł	107,10 zł	44,10 zł
60	1,70 zł	70%	1,19 zł	71,40 zł	8,40 zł
30	1,70 zł	70%	1,19 zł	35,70 zł	-27,30 zł

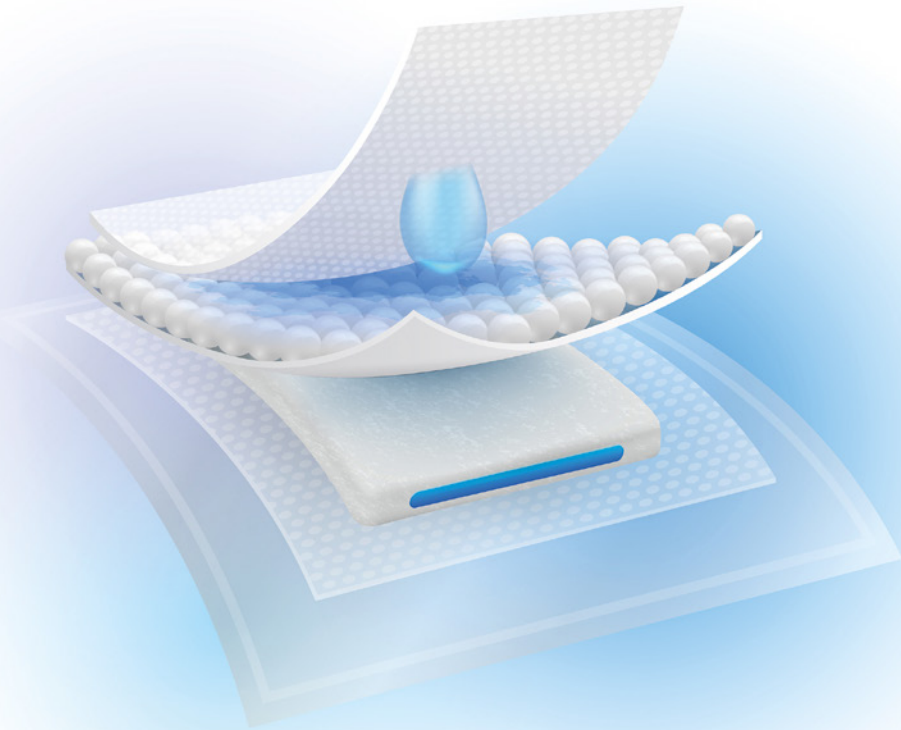
od 1 grudnia 2021

KOD P.100 (PACJENCI ONKOLOGICZNI)
przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt.)	Wysokość refundacji	Kwota refundacji (liczony dla 1 szt.)	Kwota refundacji razem	Zysk / strata dla pacjenta
90	1,00 zł	70%	0,70 zł	63,00 zł	-14,00 zł
60	1,00 zł	70%	0,70 zł	42,00 zł	-35,00 zł
30	1,00 zł	70%	0,70 zł	21,00 zł	-56,00 zł

KOD P.101 (PACJENCI POZOSTALI)
przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt.)	Wysokość refundacji	Kwota refundacji (liczony dla 1 szt.)	Kwota refundacji razem	Zysk / strata dla pacjenta
90	1,70 zł	70%	1,19 zł	107,10 zł	44,10 zł
60	1,70 zł	70%	1,19 zł	71,40 zł	8,40 zł
30	1,70 zł	70%	1,19 zł	35,70 zł	-27,30 zł



Fot. Vectorman2017 - stock.adobe.com

nawet może przyspieszyć z powodu wojny w Ukrainie. – Tak jak większość wyrobów medycznych, także produkcja środków chłonnych jest w dużej mierze uzależniona od kosztów energii elektrycznej i cen surowców. A te w ostatnim roku rekordowo podrożały. Celuloza, czyli podstawowy składnik środków chłonnych, zdrożała o około 50 proc.! Podobnie ceny energii elektrycznej, które nadal rosną – tłumaczy Patryk Sucharda, Public Regulatory Affairs Manager w Essity. – Niebagatelny wpływ ma także inflacja na poziomie niemal 9 proc. Wymienione przeze mnie czynniki mogą mieć wpływ na wysokość cen środków chłonnych nie tylko w Polsce, ale także w całej Europie – dodaje. Podobnie podwyżki cen tłumaczy przedstawicielka TZMO. – Niestety, wszystko drożeje: surowce, koszty produkcji. To przekłada się na podwyżki cen. Aktualny cennik refundacyjny produktów Seni udostępniamy pacjentom na naszej stronie internetowej. Należy jednak pamiętać, że są to ceny sugerowane przez TZMO i w aptece czy sklepie medycznym mogą się różnić od siebie – zastrzega Staniszevska.

Czy będą kolejne zmiany w sposobie refundacji?

Pacjenci nie zamierzają jednak czekać z założonymi rękoma i aktywnie przystąpili do działań na rzecz kolejnych zmian w refundacji środków chłonnych. Jak wskazuje Elżbieta Żukowska, jednym z postulatów jest zwiększenie limitu ilościowego dla pieluchomajtek do 120 sztuk miesięcznie. Jej zdaniem powinno to przełożyć

się na większe wsparcie dla osób o najwyższym stopniu niesamodzielności i najniższej mobilności. Jak wskazała Anna Sarbak w piśmie skierowanym do resortu zdrowia, ta grupa pacjentów z nietrzymaniem moczu jest szczególnie wrażliwa. "W świetle szybko rosnących kosztów codziennego życia, osoby opiekujące się nimi w domach będą środki finansowe otrzymywane z ich rent, emerytur i zasiłków coraz częściej przeznaczać na inne potrzeby kosztem codziennej higieny, czyli zakupu środków absorpcyjnych, w tym w szczególności pieluchomajtek, które są produktem pierwszego wyboru w przypadku osób leżących. W efekcie może wzrosnąć liczba powikłań skórnych (zakażenia, oparzenia, odleżyny), co będzie skutkować wzrostem liczby hospitalizacji, których powinniśmy starać się unikać" – napisała Anna Sarbak. Zdaniem pacjentów konieczne jest również zwiększenie limitu finansowego dla majtek chłonnych z 1,70 zł do przynajmniej 2 zł. Takie rozwiązanie powinno przyczynić się do poprawy mobilności części osób samodzielnych z inkontynencją. – Ten rodzaj produktu, tj. majtki chłonne, daje poczucie wyższego komfortu i bezpieczeństwa, umożliwiając wyjście z domu. Przekłada się to pozytywnie na obniżenie ryzyka wystąpienia innych chorób, samoizolacji, a w rezultacie na zwiększenie aktywności, zarówno społecznej, jak i zawodowej – ocenia Anna Sarbak.

Czy Polski Ład zagrozi opiece długoterminowej?

Violetta Madeja



Głębokie niedofinansowanie, silna konkurencja o kadrę i wizja personelu odchodzącego z powodu zmian w ordynacji podatkowej. Świadczeniodawcy opieki długoterminowej drżą o jej przyszłość i pytają: kto w przyszłości będzie zajmować się osobami niesamodzielnymi?

Resort zdrowia zdaje się mieć świadomość wyzwań demograficznych, które stoją przed systemem ochrony zdrowia i samą opieką długoterminową. Podczas posiedzenia połączonych sejmowych Komisji Zdrowia, Komisji Polityki Senioralnej oraz Polityki Społecznej i Rodziny wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski przyznał, że co trzeci senior wymaga opieki dziennej lub nawet kilka razy na dobę. - *Przeciętnie połowa tej grupy, czyli ok. 15 proc. tych osób, potrzebuje opieki przez całą dobę. Jeśli chodzi o osoby, które nie wymagają całodobowej opieki domowej, to potrzebują one średnio 3,5-4,5 godzin opieki dziennie. Natomiast kolejne 10-20 proc. wymaga pomocy raz w tygodniu* - stwierdził wiceminister Maciej Miłkowski.

Potwierdzają to eksperci, którzy wskazują, że liczba osób wymagających opieki długoterminowej będzie systematycznie rosła. - *Społeczeństwo Polski się starzeje i zapotrzebowanie na usługi opieki długoterminowej będzie rosło. Co więcej, pomimo zapowiedzi jej deinstytucjonalizacji musimy pamiętać, że nadal wielu pacjentów będzie potrzebowało opieki w placówkach* - podkreśla Marek Wójcik ze Związku Miast Polskich.

Co czeka opiekę długoterminową?

Niestety, według wielu świadczeniodawców trudno jest z nadzieją patrzeć w przyszłość. Powodem są niustające problemy związane z niedoborem kadr, galopującą inflacją oraz rosnącymi rachunkami za energię i gaz. Chaos wprowadzają również rozwiązania przyjęte w Polskim Ładzie, który nie tylko nie przyniesie nowego finansowania placówkom, ale również może negatywnie wpłynąć na decyzje personelu o kontynuowaniu pracy w placówkach opieki długoterminowej. - *Nie możemy zrozumieć, dlaczego minister zdrowia w Polskim*

Ładzie samodzielnie zrezygnował z możliwości wsparcia opieki długoterminowej w ramach zaplanowanych funduszy inwestycyjnych na ochronę zdrowia. Samorządom trudno będzie przekonywać radnych do inwestycji w opiekę długoterminową w momencie, kiedy do innych inwestycji państwo będzie proponowało 95-procentowe dofinansowanie - tłumaczy Marek Wójcik.

Trudną sytuację samorządowych placówek potwierdza Sylwia Kamińska-Tereszkiewicz, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej. Według niej, o ile w najbliższych miesiącach sytuacja powinna być w miarę stabilna, to widmo zbliżających się podwyżek jest coraz bardziej realne. - *Umowy na ogrzewanie, żywność itd. mamy popodpisywane na pół roku nie więcej, bo nie jesteśmy w stanie spać budżetu, a samorządy nie są w stanie nas wesprzeć* - mówi.

Kadrowy ból głowy

Wyzwaniem są nie tylko podwyżki cen produktów i usług, ale także koszty utrzymania kadry, szczególnie że i tak chętnych do pracy w opiece długoterminowej nie ma wielu. Zdaniem Grażyny Śmiarowskiej, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej, Polski Ład może okazać się gwoździem do kadrowej trumny nie tylko placówek opieki długoterminowej, ale również lecznictwa szpitalnego. Każda placówka cierpi bowiem na deficyty i za wszelką cenę próbuje zachęcić do pracy dostępnych na rynku medyków.

- *Niestety sytuacja kadrowa robi się coraz bardziej dramatyczna w niedofinansowanej opiece długoterminowej. Praca jest bardzo trudna zarówno fizycznie jak i psychicznie. W efekcie borykamy się z problemem braku chętnych do jej podjęcia. Dodatkowo brak zrozumienia problemu niedofinansowania opieki wśród rządzących jest dla środowiska powodem głębokiej i postępującej frustracji. Obecnie, tak jak w 2014 roku, jesteśmy na analogicznym poziomie niedoszacowania ceny jednostkowej świadczenia* - wylicza Grażyna Śmiarowska.

Natomiast Magdalena Osińska-Kurzywilk, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, wskazuje na badania, które świadczą o tym, że wyceny m.in. w opiece długoterminowej są nieadekwatne nawet do obecnych wzrostów zarobków czy innych usług, które służą utrzymaniu danego ośrodka.

- *Właśnie wspomniane prąd, gaz, zakup sprzętu - to przecież są koszty, które niestety też należy wliczać w utrzymanie opieki czy fizjoterapii. Zastanawiamy się, czemu mają służyć te próby szukania oszczędności* - podkreśla, odnosząc się do pomysłu obniżenia taryf dla świadczeń domowej wentylacji mechanicznej.

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



Deinstytucjonalizacja receptą na problemy?

Eksperci od lat alarmują na temat trudnej sytuacji kadrowej. Ich zdaniem proponowana deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej może nie sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu.

– Nadal bez odpowiedzi pozostaje pytanie, kto ma w tej opiece pracować, skoro od siedmiu lat nie zmieniono stawek za świadczenia pielęgniarstwa długoterminowej domowej i tutaj również wykwalifikowana kadra jest sfrustrowana – mówi Grażyna Śmiarowska. I dodaje, że jeszcze kilka lat temu placówki opieki długoterminowej były dla personelu konkurencyjne, dzięki czemu udało im się utrzymać kadrę. – Zawsze wiedziałam, że podstawą funkcjonowania zakładów jest człowiek. W nowych warunkach nie jestem przekonana, czy mi się to uda. Jeszcze nigdy nie miałam bowiem takiej fluktuacji kadr – przyznaje.

Potwierdza to Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Jej zdaniem decyzje o tym, czy pielęgniarki będą czy nie będą dodatkowo wspierać i pracować w opiece długoterminowej, zapadną

zapewne po pierwszym roku funkcjonowania w nowym systemie podatkowym, jaki przyniósł nam Polski Ład. – Już teraz, zbierając dane dotyczące wpływu Polskiego Ładu na wynagrodzenia pielęgniarstwa, 40 proc. ankietowanych wskazało, że straci na tym rozwiązaniu. Jesteśmy w trakcie opracowywania wyników ankiety przeprowadzonej w środowisku, ale już teraz widzimy deklaracje, że nasze koleżanki prawdopodobnie będą weryfikować miejsca zatrudnienia i zapewne odbędzie się to kosztem tych dodatkowych miejsc pracy, takich jak placówki opieki długoterminowej czy pielęgniarstwa opieki domowej – powiedziała w rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM.

Samorząd zawodowy pielęgniarzek, mając świadomość, że może to zagrozić bezpieczeństwu pacjentów, chce w tej sprawie apelować do premiera Mateusza Morawieckiego o zmiany w ordynacji podatkowej.

– Z naszego badania wynika również, że Polski Ład może też uderzyć w pielęgniarki i położne pracujące na emeryturze. To bardzo niebezpieczna sytuacja, bo mówimy tu o grupie liczącej około 70 tys. osób, bez których system ochrony zdrowia może się załamać – ocenia Mariola Łodzińska.

Ważne

Zgodnie z danymi z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przekazanymi przez Centrum e-Zdrowia na dzień 15 lutego 2022 roku do ww. rejestru wpisanych jest: 190 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, 392 zakłady opiekuńczo-lecznicze, 5 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych oraz 69 zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych.

Źródło: Odpowiedź Waldemara Kraski, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia na interpelację nr 31098 w sprawie zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych.

W całym kraju funkcjonuje 826 domów pomocy społecznej - 558 z nich to jednostki do 100 podopiecznych, natomiast co trzecia placówka (jest ich dokładnie 268) ma pod opieką powyżej 100 osób. Takich największych jednostek, powyżej 300 osób, mamy w skali kraju 13.

Źródło: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Pielęgniarską opiekę długoterminową domową w Polsce w 2020 roku świadczyły 1023 podmioty. Pod opieką pozostawało 59 369 pacjentów.

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

Złoty standard leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu po prostatektomii radykalnej

lek. Anna Katarzyna Czech, specjalista urolog, FEBU

Katedra i Klinika Urologii

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum



Sztuczny zwieracz cewki moczowej AMS 800 Boston Scientific

Wysiłkowe nietrzymanie moczu (przy kichaniu, kaszlu, chodzeniu) dotyka wielu mężczyzn po chirurgicznym leczeniu raka prostaty - radykalnej prostatektomii. Zazwyczaj ma ono jednak charakter przejściowy i u większości mężczyzn, dzięki ćwiczeniom mięśni dna miednicy, można uzyskać poprawę trzymania moczu, a z czasem również pełną kontynencję. U chorych, u których nietrzymanie moczu utrzymuje się kilka miesięcy po zabiegu pomimo intensywnych ćwiczeń, można rozważyć leczenie operacyjne.

Złotym standardem leczenia chirurgicznego wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn jest wszczęcie sztucznego zwieracza cewki moczowej.

Na rynku dostępnych jest kilka modeli sztucznych zwieraczy cewki moczowej, m.in. AMS800 (American Medical Systems, Boston Scientific, USA) lub Zephyr 375 (ZSI, Szwajcaria). AMS800 składa się z trzech elementów: mankietu umieszczanego wokół cewki moczowej, pompy umieszczanej w mosznie i balonu umieszczanego w miednicy obok pęcherza moczowego. Po aktywacji systemu (około 6 tygodni po operacji) mankieta zwieracza

stale wypełniony jest płynem i uciska cewkę moczową, pozwalając na poprawę trzymania moczu. Gdy pacjent czuje potrzebę oddania moczu, udaje się do toalety i naciska pompkę znajdującą się tuż pod skórą moszny. Ucisk pompki powoduje rozluźnienie mankieta, co umożliwia oddanie moczu. Mankiet zwieracza zamyka się samoistnie w ciągu około 2 minut od naciśnięcia pompki.

Kto kwalifikuje się do zabiegu?

Głównym wskazaniem do implantacji sztucznego zwieracza cewki moczowej jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, które utrzymuje się pomimo wykonywania ćwiczeń mięśni dna miednicy. Najczęściej kandydatami do takiego zabiegu są mężczyźni po radykalnej prostatektomii, po radioterapii z powodu raka stercza, a niekiedy również chorzy po innych zabiegach oraz dotknięci niektórymi schorzeniami neurologicznymi.

Ponieważ po prostatektomii radykalnej w wyniku stosowania ćwiczeń dna miednicy może dojść do poprawy trzymania moczu w ciągu 6, a nawet 12 miesięcy po zabiegu, z kwalifikacją do zabiegu wszczęcia sztuczne-

go zwieracza zwykle czeka się 12 miesięcy po radykalnej prostatektomii. Do kwalifikacji niezbędne jest:

- zebranie wywiadu,
- badanie fizykalne,
- cystoskopia przezcewkowa (oglądanie cewki moczowej od środka metodą endoskopii),
- w niektórych przypadkach także badanie urodynamiczne (oceniające czynność dolnych dróg moczowych).

Do zabiegu wszczepienia sztucznego zwieracza konieczne jest badanie bakteriologiczne moczu, które musi wskazywać na brak bakterii w moczu.

Jakie są przeciwwskazania do zabiegu?

Głównymi przeciwwskazaniami do wszczepienia sztucznego zwieracza cewki moczowej są:

- zwężenie cewki moczowej,
- niektóre zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych,
- infekcje,
- brak możliwości obsługiwaniania sztucznego zwieracza.

Przebyta radioterapia nie stanowi przeciwwskazania, ale zwiększa ryzyko powikłań.

Jak przebiega zabieg?

Zabieg wszczepienia sztucznego zwieracza trwa około 60-90 minut. Zwykle wykonuje się go w znieczuleniu

ogólnym. Pod koniec operacji wszczepiony zwieracz musi być wyłączony, aby pozwolić na gojenie. Chory zwykle opuszcza szpital następnego dnia po operacji, bez cewnika. Aktywacja odbywa się około 6 tygodni po operacji wraz z nauką obsługi zwieracza. Po wszczepieniu sztucznego zwieracza cewki moczowej poprawy trzymania moczu można spodziewać się u około 80 proc. chorych. Należy jednak podkreślić, że rzadko udaje się uzyskać efekt całkowitej suchości, jednak znaczna poprawa trzymania moczu skutkuje niemal 90-procentowym odsetkiem zadowolenia z efektów zabiegu. Niestety, zabieg wszczepienia sztucznego zwieracza cewki moczowej wiąże się również z ryzykiem powikłań. Dotyczą one m.in. infekcji, awarii mechanicznej lub uszkodzenia cewki moczowej w miejscu mankietu. Większość powikłań niesie ze sobą konieczność reoperacji i usunięcia lub wymiany systemu. Jeśli nie dojdzie do powikłań, sztuczny zwieracz może działać kilka lat.

Podsumowanie

Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej pozostaje złotym standardem leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn po prostatektomii radykalnej. Mimo że nie jest ono wolne od ryzyka powikłań, u znakomitej większości chorych pozwala na znaczną poprawę trzymania moczu i poprawę jakości życia.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów 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. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 www.urovita.pl	dr n. med. Andrzej Szurkowski
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

Z Miodowej popłynęły wreszcie dobre wieści dla chorych na raka prostaty

Violetta Madeja



Fot. MOZCO Mat Szymański - stock.adobe.com

Pierwsza dobra wiadomość: resort zdrowia podjął decyzję o wprowadzeniu od 1 marca zmian w programie lekowym dotyczącym leczenia opornego na kastrację raka gruczołu krokowego. A od 1 kwietnia do koszyka świadczeń gwarantowanych za zostać dodana procedura prostatektomii radykalnej z wykorzystaniem robotów chirurgicznych. Apele organizacji pacjentów i klinicystów zostały wreszcie wysłuchane. Od 1 marca, w ramach programu lekowego B.54 - „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” - będzie możliwość leczenia pacjentów bez przerzutów, tzw. pacjentów M0, z wykorzystaniem trzech molekuł: apalutamidu, darolutamidu i enzalutamidu. Przedstawiciele środowiska pacjentów nie kryją zadowolenia z decyzji resortu zdrowia. - Cieszy nas, że minister zdrowia uwzględnił nasze wieloletnie postulaty, poszerzając program lekowy od razu

o wszystkie trzy zarejestrowane leki. Pozwoliło to uniknąć powtórki sytuacji z 2017 roku, kiedy jeden z producentów przez długi czas blokował rozszerzenie programu lekowego - ocenia Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Podobnego zdania jest farmakolog dr n. farm. Leszek Borkowski, prezes Fundacji „Razem w chorobie”, były prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, który dodatkowo przypomina, że na tę decyzję pacjenci czekali blisko trzy lata.

Pieniądze przeznaczajmy na sprawdzone terapie

- Problem leczenia nowotworu prostaty jest - jak w przypadku innych nowotworów - dynamiczny. Co to znaczy? Leki, które wcześniej stosowaliśmy w zawężonym zakresie, przechodzą kolejne badania kliniczne wskazujące, że



należy je zastosować w szerszym lub w węższym zakresie. To sprawia, że mamy jeszcze lepszą wiedzę na temat optymalnego leczenia - podkreśla w rozmowie z Kwartalnikiem NTM dr Leszek Borkowski.

Jak dodaje, dobra refundacja powinna bazować na korzystaniu z tej najnowszej i najbardziej aktualnej wiedzy. - To właśnie te czynniki powinny być głównymi determinantami refundacji.

Reasumując, decyzja re-sortu zdrowia jest dobra, ale szkoda, że musieliśmy tak długo na nią czekać - komentuje.

Jego zdaniem w Polsce nadal wiele pieniędzy, które można byłoby przeznaczyć na finansowanie skutecznych form terapii, jest marnowana. Za najbardziej jaskrawy przykład podaje koszt prowadzenia badań klinicznych nad amantadyną. - Te badania od samego początku budzą mój sprzeciw, ponieważ wiadomym jest, że lek ten nie znajduje zastosowania w leczeniu COVID-19. Pieniądze zmarnotrawione na te badania mogłyby zostać przeznaczone na sfinansowanie wcześniejszego leczenia dla pacjentów z rakiem prostaty - ocenia dr Borkowski.

Robot pomoże w operacjach urologicznych

Pozytywną zmianą dla chorych będzie również wprowadzenie od 1 kwietnia możliwości zabiegowego leczenia nowotworów gruczołu krokowego z wykorzystaniem systemu robotowego.

- Bez względu na wybraną metodę, zabieg operacyjnego usunięcia prostaty wymaga olbrzymiej precyzji. Precyzja jest po-

trzebna, by zwiększyć szanse pacjenta na zachowanie funkcji, takich jak trzymanie moczu czy erekcja, ale przede wszystkim - do dokładnego wypreparowania samej prostaty. To jest bardzo ważne dla podstawowego celu operacji, czyli

leczenia onkologicznego. Zadanie to jest trudne, gdyż przestrzeń, w której chirurg operuje, jest bardzo mała, zwłaszcza w przypadku ostatniego etapu zabiegu, czyli odcięcia prostaty od cewki moczowej, która ma średnicę zaledwie 10 milimetrów - podkreśla Monika Ziobro, dyrektor ds. komunikacji krakowskiego Szpitala na Klinach. Dodaje, że dotychczasowe badania kliniczne wskazują na przewagę operacji z wykorzystaniem robota nad procedurami przeprowadzanymi systemami otwartymi i laparoskopowymi.

”

Dotychczasowe badania kliniczne wskazują na przewagę operacji z wykorzystaniem robota nad procedurami przeprowadzanymi systemami otwartymi i laparoskopowymi.



Zapobiega odparzeniom



składniki aktywne:

arginina, alantoina, biokompleks
Iniany, pantenol, masło shea,
olej canola, olej z pestek winogron,
neutralizator zapachu

seni[®]
care

Krem ochronny
z arginina



bezzapachowy
• profilaktyka odparzeń i odleżyn
• pielęgnacja całego ciała
VEGAN



wspomaga
regenerację skóry

91% osób
zauważyło poprawę
stanu skóry i brak
nowopowstałych
zmian na skórze*



DOSTĘPNY W APTEKACH I SKLEPACH MEDYCZNYCH

* Badanie na próbie 305 osób przeprowadzone przez Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej w instytucjach opieki długoterminowej w Polsce w 2019 roku

- Minimalizuje ona ryzyko pooperacyjnego pozostawienia komórek nowotworowych, tzw. dodatnich marginesów. I w przypadku nowotworu ograniczonego tylko do prostaty, czyli tego mniej zaawansowanego, wykazały zero przypadków z dodatnim marginesem w okolicy szczytu prostaty, a w grupie kontrolnej, czyli w przypadku zastosowania innej techniki, było 8,9 proc. przypadków z dodatnim marginesem.

To jest istotna różnica - ocenia Monika Ziobro.

Jak wskazuje Leszek Borkowski, dotychczas rozwój chirurgii robotycznej był mocno ograniczony m.in. przez brak finansowania procedur z budżetu państwa. Jednak rozwój tej dziedziny to dobry kierunek w medycynie.

W praktyce klinicznej zdarza się, że to człowiek jest elementem słabszym od maszyny, jeżeli chodzi o precyzję wykonania pewnych czynności. Jeśli mówimy o robotach stosowanych w chirurgii urologicznej, to jestem zdecydowanym ich zwolennikiem, ponieważ mówimy tu o operowaniu tzw. trudnych miejsc. Sprowadzając to do resekcji guza i przerzutów onkologicznych, to nie wszędzie możemy jej dokonać. Jestem przekonany, że robot, jako urządzenie bardziej precyzyjne i dokładne, będzie w stanie poradzić sobie również z trudnymi przypadkami - mówi Leszek Borkowski.

Zadbajmy o profilaktykę

Pacjenci nie ustają również w apelach o wprowadzenie programu badań przesiewowych w kierunku raka pro-

staty. Zdaniem Bogusława Olawskiego pandemia zamknęła wielu seniorów w ich domach. - Strach przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a także ograniczenie w dostępie do systemu ochrony zdrowia, odcisnęły się negatywnie na sytuacji pacjentów z nowotworem prostaty. A przecież to profilaktyka i wczesna diagnostyka jest kluczem do wyleczenia tego nowotworu - podkreśla Bogusław Olawski.

Dlatego w jego opinii dobrym i rozsądnym krokiem było włączenie przez Ministra Zdrowia badania poziomu PSA do nowego, rządowego Programu 40+. Pacjenci podkreślają jednak, że nie ułatwia to problemów pacjentów w wie-

ku senioralnym, którzy powinni być objęci programem umożliwiającym wczesne wykrycie nowotworu prostaty. - Cały czas apelujemy o utworzenie powszechnego programu diagnostyki w kierunku raka prostaty. Samo badanie PSA nie daje nam bowiem jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy mamy do czynienia z nowotworem prostaty - przypomina Bogusław Olawski.

Ministerstwo Zdrowia ma świadomość niskiej świadomości badania PSA i występującego ryzyka fałszywie dodatnich wyników. Resort zadeklarował, że w ramach realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej rozszerzy zakres nowych metod badań przesiewowych, także w kierunku raka prostaty. Pacjenci będą musieli się jednak uzbroić w cierpliwość.

”

Cały czas apelujemy o utworzenie powszechnego programu diagnostyki w kierunku raka prostaty. Samo badanie PSA nie daje nam bowiem jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy mamy do czynienia z nowotworem prostaty.

Rak prostaty chorobą cywilizacyjną?

W ostatnich latach obserwujemy systematyczny wzrost zachorowalności na raka gruczołu krokowego - problem ten w sposób szczególny dotyka społeczności w krajach wysoko rozwiniętych, w tym również w Polsce. Niestety, prognozy dotyczące dynamiki tego zjawiska są niekorzystne i eksperci alarmują, że ten niekorzystny trend będzie się w Polsce utrzymywać.

Jakie są czynniki ryzyka tego nowotworu? Za najważniejsze uważa się:

- wiek pacjenta (ryzyko choroby rośnie po 40. roku życia, najwięcej przypadków wykrywanych jest wśród panów, którzy ukończyli 70 lat),
- obciążony wywiad rodzinny,
- zmniejszenie aktywności seksualnej,
- czynniki środowiskowe, takie jak np. niezdrowa dieta.

W Polsce rak prostaty jest obecnie najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym wśród mężczyzn. Co roku rozpoznawany jest u ok. 15 tys. pacjentów. Zdaniem klinicystów prognozy są niekorzystne i szacuje się, że w kolejnych latach choroba ta może być diagnozowana nawet u 20 tys. pacjentów rocznie.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu to nie tylko problem kobiet w wieku menopauzalnym

Kinga Religa-Popiolek, fizjoterapeutka

MULTIFIZJO Fizjoterapia urologiczna i ginekologiczna

Oddział Kliniczny Ginekologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” Oddział Małopolski



Fot. vegefox.com - stock.adobe.com

Nietrzymanie moczu dotyka 200 mln ludzi na całym świecie. Szacuje się, że około 50 proc. z nich cierpi na wysiłkową postać tego schorzenia. Chorują głównie kobiety, które weszły w wiek menopauzalny, ale także młodsze, które są w okresie ciąży i porodu lub uprawiają specyficzne aktywności fizyczne. Ta przykra dolegliwość nie oszczędza również mężczyzn - duża część z nich po zabiegu prostatektomii radykalnej zmaga się z tym problemem przez dłuższy czas.

Cierpię w czterech ścianach swoich domów

Wysiłkowe nietrzymanie moczu to mimowolny odpływ moczu przez cewkę moczową na skutek kaszlu, kichania, ale także aktywności fizycznej czy dźwigania. Jedną z przyczyn tej dolegliwości jest niewydolność mięśni dna

miednicy. Ze względu na charakter schorzenia, większość osób nim dotkniętych uznaje pojawiający się problem za bardzo osobisty i nie przyznaje się do jego występowania. Chorzy potrafią latami ukrywać dolegliwość, co negatywnie wpływa na ich sferę fizyczną, psychiczną i społeczną. Osoby z nietrzymaniem moczu mają często niskie poczucie własnej wartości, obniżony nastrój, a nawet depresję. Rezygnują z uprawiania aktywności fizycznej, wyjazdów w odległe miejsca oraz zaczynają ograniczać spotkania towarzyskie w obawie, iż inni dowiedzą się o ich wstydlwym problemie. Zdarza się, że zamykają się w zaciszu swoich czterech ścian, próbując przyzwyczaić się do zaistniałej sytuacji, jednocześnie nie wiedząc, że schorzenie to można skutecznie leczyć nie tylko operacyjnie, ale również zachowawczo.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet

Na wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) cierpi co trzecia kobieta w wieku menopauzalnym. Większa część tej grupy jest przekonana, iż choroba ta jest nieodłącznym elementem procesu starzenia się organizmu, dlatego też często jedyną formą pomocy, po którą sięgają kobiety po 50. roku życia, są produkty chłonne. Mięśnie dna miednicy wraz z wiekiem stają się mniej elastyczne na skutek m.in. zmniejszenia wydzielania hormonów oraz rozciągnięte z powodu przebytych porodów, co może prowadzić do niewydolności mięśni dna miednicy.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet w ciąży pojawia się najczęściej w trzecim trymestrze, kiedy to macica ciężarnej kobiety coraz bardziej uciska pęcherz moczowy, a mięśnie dna miednicy okazują się być nieprzystosowane do tego rodzaju obciążeń oraz dodatkowo ulegają rozciągnięciu m.in. na skutek działania hormonów – relaksyny i progesteronu. Ważne jest, by kobiety planujące

powiększenie rodziny były świadome ogromnej wagi profilaktyki tego schorzenia i zgłaszały się do fizjoterapeuty uroginekologicznego w celu wykonania diagnostyki funkcjonalnej oraz rozpoczęcia terapii – jeśli okaże się ona konieczna – jeszcze przed ciążą.

Kobiety po porodzie, a szczególnie te, które rodziły naturalnie, rów-

nież mogą cierpieć na wysiłkowe nietrzymanie moczu w okresie połogu. Do obciążeń, z którymi zmagają się ich dno miednicy podczas ciąży, dochodzą również skutki samego porodu drogą pochwową. Spory odsetek kobiet rodzących naturalnie przechodzi pęknięcie lub nacięcie krocza, przez co mięśnie w tej okolicy zostają uszkodzone, a ich funkcjonowanie może być zaburzone. Poród drogą pochwową zwiększa również ryzyko obniżenia narządów miednicy mniejszej.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu może dotyczyć również młode kobiety uprawiające regularną aktywność fizyczną. Epizody mimowolnego odpływania moczu mogą pojawiać się m.in. podczas biegania, ćwiczeń skocznościowych, czy też treningów siłowych z obciążeniem. Stąd też najwyższy odsetek kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu odnotowuje się wśród sportswomenek dźwigających ciężary, uprawiających gimnastykę sportową i artystyczną, ale również kobiet, które regularnie uczęszczają na zajęcia fitness, gdzie stosowane są sztangi, stepy czy trampoliny.

Popularną formą aktywności, predysponującą do zaburzeń mikcji, jak i statyki narządów miednicy u kobiet,

jest CrossFit. Jest to dyscyplina łącząca w sobie zarówno ćwiczenia skocznościowe, jak i siłowe, zatem będzie przeciwwskazana u kobiet, które m.in. cierpią na nietrzymanie moczu.

Nie oznacza to jednak, że kobiety dotknięte wysiłkowym nietrzymaniem moczu nie powinny w ogóle uprawiać sportu – wręcz przeciwnie. Niemniej, często na czas terapii powinny zaprzestać dotychczasowych form aktywności, a wraz z poprawą swojego stanu stopniowo powracać do ulubionego sportu, jednocześnie stosując się do zaleceń fizjoterapeuty. Przykładem może być marsz w szybkim tempie, który będzie wprowadzeniem do biegania.

Często okazuje się, że epizody nietrzymania moczu pojawiają się tylko na skutek wysiłku związanego z uprawianiem sportu. Jeżeli pacjentka nie jest w stanie zrezygnować z danej aktywności na czas terapii, a sama fizjoterapia w postaci m.in. ćwiczeń mięśni dna miednicy przynosi efekt, jednak nie jest on natychmiastowy, wtedy

warto jej zalecić stosowanie tamponu lub pessaru na nietrzymanie moczu tylko w czasie treningu.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu u mężczyzn

Z problemem nietrzymania moczu boryka się znaczna część mężczyzn, którzy zostali poddani radykalnej prostatektomii z powodu raka stercza.

W tym wypadku fizjoterapię urologiczną warto rozpocząć jeszcze przed operacją, by przygotować pacjenta do zabiegu; polega ona przede wszystkim na uświadomieniu pacjentowi, gdzie się znajdują i jak działają mięśnie dna miednicy. Fizjoterapię pooperacyjną rozpoczyna się po usunięciu cewnika, jeżeli pacjent zauważa, że nie ma kontroli nad trzymaniem moczu.

W ramach fizjoterapii urologicznej i uroginekologicznej dotyczącej nietrzymania moczu można wykorzystać m.in. aparat do ultrasonografii (USG Sonofeedback), urządzenie do elektromiografii (EMG Biofeedback), elektrostymulację oraz pessary i tampony na nietrzymanie moczu. Jednak jednym z najczęstszych elementów terapii wysiłkowego nietrzymania moczu są ćwiczenia mięśni dna miednicy.

W leczeniu zachowawczym nietrzymania moczu niezwykle ważne jest zdiagnozowanie jego rodzaju i przyczyny, indywidualne dobranie terapii do potrzeb danego pacjenta oraz stosowanie się chorego do zaleceń fizjoterapeuty. Ze względu na to, że dolegliwość ta dotyka tak wiele osób, ważne jest, by uświadamiać i edukować społeczeństwo na jej temat.



Fot. Suzi Media - stock.adobe.com

Słodko-gorzki dostęp pacjentów do nowoczesnych leków przeciwnowotworowych

Violetta Madeja



Fot. Freepik - stock.adobe.com

Chorzy na dwa nowotwory mogą z nadzieją patrzeć na nadchodzące miesiące – resort zdrowia nie tylko zdecydował o rozszerzeniu pierwszej linii leczenia raka prostaty, ale zapowiedział także zmiany w programie lekowym dotyczącym leczenia raka nerki. Niestety dużo gorsze perspektywy mają pacjenci z zespołem pęcherza nadreaktywnego – 2 marca zapadła odmowna decyzja w sprawie refundacji mirabegronu.

Początek roku przyniósł pozytywne rozstrzygnięcie dla pacjentów z rakiem prostaty. – Wszystkie trzy nowe molekuły [enzalutamid, darolutamid i apalutamid – przyp. red.] zostały dopuszczone do refundacji. Dodatkowo na jesieni oczekujemy szerszego otwarcia rynku dla leków biopodobnych – poinformował wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia poświęconej m.in. leczeniu męskich nowotworów układu moczowo-płciowego. – Ponadto od kwietnia dostępne będzie leczenie raka prostaty z wykorzystaniem systemów

robotycznych. Czekamy obecnie na wycenę tego uroonkologicznego świadczenia i mam nadzieję, że już wkrótce pacjenci będą mogli z niego korzystać – stwierdził wiceminister Maciej Miłkowski.

Rak nerki na celowniku Ministerstwa Zdrowia

Korzystne systemowe zmiany szykują się również w leczeniu chorych na raka nerki. Zgodnie z zapowiedziami wiceministra Miłkowskiego, dojdzie do nich jeszcze w tym roku.

– Jestem przekonany, że w tym roku nastąpią istotne zmiany w obszarze refundacji terapii stosowanych w raku nerki. W przypadku raka nerki, w obszarze świadczeń gwarantowanych, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przekazała rozwiązania dotyczące kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie leczenia i diagnostyki złośliwego nowotworu nerki. Chcemy, by zadanie to zostało zrealizowane w bieżącym roku. W Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad przygotowaniem rozporządzeń koszykowych

z tego zakresu - wyliczał Maciej Miłkowski, dodając, że co roku na radio- i chemioterapię pacjentów z nowotworem złośliwym nerki z budżetu państwa wydawane jest około 7 mln zł. Zapowiadane zmiany w dostępie do refundowanych terapii mają dotyczyć m.in. pierwszej linii leczenia chorych na ten typ nowotworu.

- W opinii wydanej na koniec roku rada [Rada Przejrzystości AOTMiT - przyp. red.] uznała zasadność dokonania większości zmian w zakresie pierwszej linii leczenia, czyli wprowadzenie tivozanibu, pembrolizumabu z aksytynibem, niwolumabu z ipilimumabem i kabozantynibem. To jest przeniesienie do pierwszej linii leczenia leków, które do tej pory w większości były w drugiej linii. Natomiast w drugiej linii, w zależności od tego, co pacjent miałby w pierwszej linii, zastosowanie aksytynibu, ewerolimus, kabozantynibu bądź niwolumabu - zapowiedział Maciej



Fot. natali_mis - stock.adobe.com

Miłkowski. Dodał, że w trzeciej linii leczenia za zasadne uznano wprowadzenie do programu lekowego kabozantynibu lub ewerolimus. - Planujemy zakończenie prac i rozpoczęcie tej istotnej zmiany w tym półroczu. Aktualnie procedowane są w pierwszej linii awelumab, niwolumab, ipilimumab, pembrolizumab i kabozantynib dla chorych z rakiem pośrednim lub niekorzystnym. Natomiast w raku korzystnym lub pośrednim: tivozanib, kabozantynib i niwolumab - wskazał wiceminister. Zdaniem klinicystów planowane zmiany przybliżą nas do leczenia zgodnie z wytycznymi uznanych towarzystw naukowych, w tym Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO).

- W Polsce, w grupie pacjentów z korzystnym lub pośrednim rakiem, mamy dostępne tylko dwa leki - sunitynib oraz pazopanib, które w najnowszych wytycznych ESMO wskazane są jako alternatywy. Natomiast w grupie o niekorzystnym raku nie mamy ani jednego leku rekomendowanego lub wskazywanego jako alternatywa przez ESMO, ponieważ mamy w programie lekowym tylko temsirolimus, który w wytycznych nie został ujęty -

przypomina dr hab. Jakub Kucharz, onkolog kliniczny z Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. Jak podkreśla, podczas gdy zalecenia ESMO dotyczące trzeciej linii leczenia są bardzo rozbudowane, to w Polsce ta linia praktycznie nie istnieje.

Rak pęcherza moczowego potrzebuje terapii

Eksperti wskazują również białe plamy w opiece onkologicznej nad pacjentami z nowotworami układu moczowego. Jednym z tych, które wymagają podjęcia jak najszybszej interwencji, jest rak pęcherza moczowego, który obecnie zajmuje piąte miejsce pod względem liczby zgonów spowodowanych nowotworami u mężczyzn. Dla chorych na ten nowotwór nie ma obecnie żadnego programu lekowego. Tymczasem, jak wskazuje dr Iwona Skoneczna z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, pojawiła się już nowa terapia - awelumabem. Jest to obecnie jedyny lek immunoonkologiczny, który ma wskazanie do zastosowania w pierwszej linii leczenia raka pęcherza moczowego. Podczas debaty zorganizowanej w ramach Medycznej Racji Stanu dr Iwona Skoneczna poinformowała, że lek ten wpływa na istotną poprawę całkowitego przeżycia, w porównaniu z leczeniem opartym wyłącznie na chemioterapii zawierającej pochodne platyny. - W ubiegłym roku pacjenci z zaawansowaną i rozsianą postacią choroby zyskali kolejną możliwość leczenia. Jest nią enfortumab wiodotin, będący obiecującą terapią dla tych pacjentów, którzy wykorzystali już wszystkie dostępne opcje. Stosowanie go korzystnie wpływa na całkowite przeżycie oraz czas bez progresji choroby. W przeciwdziałaniu dramatycznym konsekwencjom raka pęcherza moczowego konieczna jest ścisła współpraca urologów z onkologami radiologami - podkreśliła dr Iwona Skoneczna.

Neuromodulacja krzyżowa powinna być szerzej dostępna

1 kwietnia przypada trzecia rocznica wprowadzenia do koszyka świadczeń gwarantowanych procedury neuromodulacji krzyżowej dla chorych zmagających się z nietrzymaniem moczu. Jak podkreśla Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, decyzję tę można określić mianem niewątpliwego sukcesu. Jej zdaniem warto jednak zastanowić się nad rozszerzeniem wskazań dla tej procedury. Kto mógłby z niej jeszcze skorzystać?

- Uważamy, że kolejnym krokiem powinno być rozszerzenie jej o pacjentów z nietrzymaniem kału (NTK). Sądziemy, że terapia ta powinna być dostępna zarówno dla pacjentów z NTM i NTK, jak i samym NTK - przekonuje Anna Sarbak.

Rozszerzenie wskazań dla neuromodulacji na kolejne grupy pacjentów ma również uzasadnienie w dotychczasowych doświadczeniach klinicystów. - Są trzy klasyczne wskazania do neuromodulacji nerwów krzyżowych. Dwa pierwsze są wskazaniami urologicznymi, mówimy tutaj o: nadaktywności pęcherza moczowego przy braku skuteczności leczenia farmakologicznego i o zatrzymaniu moczu, które nie jest związane z przeszkodą, a z zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych. Trzecim klasycznym wskazaniem do neuromodulacji jest nietrzymanie stolca po wykluczeniu dysfunkcji mechanicznej aparatu zwieraczowego. Jeśli chodzi o nasze polskie warunki, to objęte refundacją są niestety tylko te dwa pierwsze wskazania, czyli wskazania urologiczne - zwraca uwagę dr Maciej Oszczudłowski, specjalista urolog na co dzień pracujący w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Jak dodaje, niezwykle nietrzymaniu moczu towarzyszy nietrzymanie kału. Dlatego też w takich przypadkach chorzy, którzy kwalifikują się do leczenia neuromodulacją nerwów krzyżowych z powodu nietrzymania moczu, a dotknięci są także nietrzymaniem stolca, mają szansę na poprawę jakości życia.

W tej sprawie pacjenci wzięli już sprawy w swoje ręce i wystąpili do prof. Małgorzaty Kołodziejczak, prezes Polskiego Klubu Koloproktologii, oraz prof. Grzegorza Wallnera, konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej, z prośbą o poparcie starań dotyczących rozszerzenia wskazań dla neuromodulacji nerwów krzyżowych o nietrzymanie kału.

Nie będzie refundacji mirabegronu w tym roku

Pacjenci z zespołem pęcherza nadreaktywnego nie mają powodów do zadowolenia - otrzymali informację, że na marcowej liście leków refundowanych nie ma długo wyczekiwanego mirabegronu.

- O tym, że nie będzie mirabegronu na marcowej liście refundacyjnej wiedziałam już od 10 lutego. To wówczas wiceminister Maciej Miłkowski poinformował mnie, że mirabegron w tym roku w ogóle nie będzie brany pod uwagę na liście refundacyjnej. Uzasadniając tę decyzję, wskazał, że w budżecie nie ma pieniędzy, a producent nie chce bardziej obniżyć ceny swojego produktu - stwierdziła Elżbieta Żukowska, sekretarz zarządu Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” i dodała - Taka argumentacja jest dla mnie niezrozumiała ponieważ producent już wiele miesięcy temu deklarował, że zaoferował Polsce najlepsze warunki cenowe w Europie a minister nigdy tej deklaracji nie podważył.

Dlaczego lek Betmiga nie został objęty refundacją? „W toku postępowania wniosek został przekazany do negocjacji wnioskodawcy z Komisją Ekonomiczną. Po zakończonych negocjacjach Komisja Ekonomiczna



JESTEŚMY SOLIDARNI Z UKRAINĄ

ZWERYFIKOWANE ZBIÓRKI

Zbiórka pieniężna Polska Akcja Humanitarna

Zbiórka na pomoc bezpośrednią (żywność i inne formy wsparcia) dla ludzi, którzy muszą uciekać ze swoich domów. Wsparcie obejmie osoby pozostające na Ukrainie i uchodźców w Polsce

www.siepomaga.pl/pah-ukraina

Zbiórka pieniężna Polski Czerwony Krzyż

Pozyskane środki będą przeznaczone w pierwszej kolejności m.in. na zakup żywności, materiałów opatrunkowych oraz zabezpieczenie innych priorytetowych potrzeb.

www.pck.pl/na-pomoc-ukrainie/

Zbiórka pieniężna Caritas Polska

Zebrane środki zostaną wykorzystane do zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz wsparcie psychologiczne dla pokrzywdzonych w wyniku wojny.

www.caritas.pl/ukraina/

Więcej zbiorów i informacji znajduje się na stronie: www.pomagamukrainie.gov.pl

wydała w tej sprawie negatywną uchwałę. Następnie postępowanie było zawieszone na wniosek podmiotu odpowiedzialnego, co skutkowało brakiem możliwości podjęcia działań zmierzających do podjęcia decyzji. Po podjęciu postępowania na wniosek podmiotu odpowie-



Fot. merklit.de - stock.adobe.com

dzialnego, uchwała Komisji Ekonomicznej oraz całość dokumentacji zostały przekazane Ministrowi Zdrowia celem wydania rozstrzygnięcia. Po zapoznaniu się z ofertą cenową (...) organ uznał ją za niewystarczającą, wobec czego prowadzone były dalsze rozmowy w sprawie. Ostatecznie [2 marca 2022 r. - przyp. red.], na skutek nieprzedłożenia przez wnioskodawcę warunków cenowych, które byłyby satysfakcjonujące dla płatnika publicznego, Minister Zdrowia odmówił objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu leku Betmiga ze względu na niespełnienie kryteriów ujętych w art.12 ustawy o refundacji” - wyjaśnił w piśmie skierowanym do stowarzyszenia „UroConti” wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski.

Ustawa o wyrobach medycznych z poparciem Sejmu

W Sejmie przegłosowano natomiast rządowy projekt ustawy o wyrobach medycznych. W głosowaniu 444 posłów opowiedziało się za przyjęciem projektu, natomiast 9 - z klubu Konfederacji - było przeciw (jeden poseł wstrzymał się od głosu). Przedstawiciele branży przyznają, że toczące się w Sejmie prace nad finalnym kształtem projektu były trudne z uwagi na wiele nowych rozwiązań zawartych w dokumencie. Część przyjętych zapisów wymagać będzie jednak dalszego doprecyzowania.

- Nasze jedyne wątpliwości odnośnie do przepisów dotyczących reklamy dotyczyły właśnie przepisu art. 55 ust. 2 pkt 3. On wprowadza novum, to znaczy nie będzie można teraz reklamować wyroby medyczne, które są przeznaczone dla profesjonalistów, a są używane przez pacjentów. Zgodnie z zapisem projektu nie będzie można reklamować takich wyrobów powszechnie. Samo założenie jest bardzo szczytne, ale może budzić pewne wątpliwości interpretacyjne. Dlatego

też będziemy bardzo mocno prosili urząd rejestracji i Ministerstwo Zdrowia (...) o interpretację, żeby przepis w swojej szczytowości nie zaszkodził pacjentom - wskazał Arkadiusz Grądkowski, prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED. Jego zdaniem resort musi doprecyzować, co

rozumie przez sformułowanie „używanie wyrobu” i w jakiej sytuacji regulacja ta będzie miała zastosowanie.

Natomiast Wojciech Szeffe, prezes Organizacji Pracodawców Przemysłu Medycznego TECHNOMED, wskazał na konieczność jasnego określenia, czym jest reklama wyrobów medycznych.

- Problem braku definicji reklamy naprawdę może nam mocno ograniczyć możliwość komunikacyjną zdrową dla rynku,

a rozwiązania, które są zaproponowane w ustawie, o ile one są zasadne, powinny być albo troszkę zmodyfikowane, albo uzupełnione. Wtedy nie wylejemy dziecka z kąpielą - ocenił Wojciech Szeffe.

Wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego będzie prostsze?

Zmiany czekają osoby z niepełnosprawnością, które potrzebują sprzętu rehabilitacyjnego. Jak zapowiedział Paweł Wdówik, sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej i jednocześnie pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych, w najbliższych dwóch latach rząd chce przeznaczyć blisko 200 mln zł na utworzenie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, wyrobów medycznych i technologii asystujących. Uruchomienie wypożyczalni będzie koordynowane przez Rządową Agencję Rezerw Strategicznych, a same wypożyczalnie mają być wsparciem dla osób ze szczególnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

- Celem przedsięwzięcia jest zapewnienie dostępu osobom z niepełnosprawnością do potrzebnych im technologii, urządzeń i sprzętu, bez konieczności ponoszenia przez nie kosztów ich zakupu, poprzez zbudowanie zasobu, który dzięki mechanizmowi wypożyczania, składowania, konserwowania i modernizacji będzie mógł służyć wielu kolejnym użytkownikom. Dzięki temu zostanie zapewniona nie tylko większa dostępność tak potrzebnego sprzętu, ale również poprawi się efektywność jego wykorzystania - wskazał Paweł Wdówik.

Na jakim etapie prac znajduje się to rozwiązanie? Zgodnie z deklaracjami resortu obecnie trwają prace nad listą przedmiotów, które będą wypożyczane. Równolegle trwają również prace koncepcyjne dotyczące uruchomienia oraz zasad funkcjonowania wypożyczalni sprzętu.

HARTMANN



„Dziękuję.
Czuję się
dobrze”

ZAMÓW
bezpłatne
próbki



Opiekujesz się bliskim
ze schorzeniem nietrzymania moczu?

Poznaj rozwiązania **MoliCare®**
Połącz produkty chłonne
z pielęgnacyjnymi dla zdrowej
skóry pacjenta.

**CENTRUM
WSPARCIA
SENIORÓW**

Bezpłatna infolinia
800 26 96 36
lub +48 532 085 395 (koszt połączenia
wg standardowych
stawek operatora)
+48 42 22 52 752

www.hartmann.pl

ntm.pl



Szukasz informacji o inkontynencji?

Odwiedź zmodernizowaną stronę ntm.pl i skorzystaj z ponad 20-letniej bazy wiedzy



www.ntm.pl



Nietrzymanie moczu może stać się również Twoim problemem, dlatego rozlicz swój PIT z nami!

POMÓŻ NAM POMAGAĆ, PRZEKAZUJĄC SWÓJ



Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” numer KRS: 0000276415

Nasze oddziały: Bydgoszcz • Gdańsk • Kielce • Kraków • Łódź • Lublin • Poznań • Warszawa • Wrocław

Więcej informacji o tym jak przekazać 1% na www.uroconti.pl