

WYROBY MEDYCZNE

Minister goni inflację

WYWIAD



NTK ogranicza aktywność. Leczymy je!



LECZENIE

Trudne negocjacje zakończone sukcesem?



SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Endometrioza widziana okiem lekarki i pacjentki



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Otyłości bardzo często towarzyszą problemy z NTM



Rok wyborczy, rok oczekiwań

Zaczęło się! Wraz z wejściem w nowy rok, ruszyła kampania wyborcza. Jak dotąd widzimy ofensywę opozycji, przy reakcyjnej postawie rządzących. Przykładem niech będzie wywołany przez posłankę opozycyjnej Koalicji Obywatelskiej powrót do protestu w siedzibie Sejmu osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów. Protest szybko się zakończył, ponieważ inna grupa osób z niepełnosprawnościami i opiekunów podpisała z rządem porozumienie, które – jak wiele wcześniejszych – nosi znamiona obietnicy wprowadzenia zmian stricte socjalnych.

Oczekiwanie środowiska osób z inkontynencją na tle tego przykładu mają charakter bardziej systemowy. Dla precyzyjniejszego zobrazowania, warto je podzielić na dwie kategorie: uroonkologiczną i czynnościową, w tym uroginekologiczną.

Pacjenci onkologiczni liczą na poprawę systemu refundacji w zakresie zaopatrzenia w środki absorpcyjne, ponieważ zmiany, jakie zaczęły obowiązywać od 1 grudnia 2021 roku,

okazały się dla nich niekorzystne. Nierozstrzygnięta jest też ocena nowego programu lekowego dla osób z zaawansowanym rakiem prostaty, który zaczął obowiązywać od 1 marca tego roku. Skomplikowany, obwarowany wieloma barierami, system kwalifikacji i wykluczania wzbudza zastrzeżenia części środowisk pacjenckich przy braku jednoznacznego stanowiska innych. Najczęściej pojawiające się postulaty dotyczą poszerzenia programu o nowoczesne leki, których w nim brakuje. Istotne będzie również ograniczenie (likwidacja?) zapisów typu „zakaz sekwencyjnego leczenia” oraz stworzonych administracyjnie monopolu lekowych na poszczególnych etapach terapii.

Z pewnością istotną zmianą dla pacjentów uroonkologicznych było wprowadzenie od 1 listopada ubiegłego roku programu lekowego stworzonego dla chorych na zaawansowany nowotwór pęcherza. To ważne wydarzenie, ponieważ wprowadza do refundacji innowacyjną immunoterapię, która istotnie opóźnia progresję choroby i wydłuża czas przeżycia. Rak pęcherza to drugi, po nowotworze prostaty, wykrywany w Polsce nowotwór urologiczny. Nowy program lekowy prawdopodobnie otworzy drzwi dla refundacji kolejnych nowoczesnych leków, tak jak to miało miejsce przed kilku laty w programie lekowym dla pacjentów z zaawansowanym nowotworem prostaty. Czas pokaże czy rok wyborczy temu się przysłuży. Na koniec opisu charakteryzującego prawdopodobny zakres

oczekiwań pacjentów uroonkologicznych zostawiłem wprowadzenie refundacji w leczeniu operacyjnym raka prostaty. Refundacja robotyki w Polsce jest spóźniona o co najmniej dekadę. Oznacza to, że przez kolejne lata, a może i dekady, polscy urolodzy będą musieli nadrabiać stracony czas w stosunku do swoich kolegów z innych krajów europejskich. Może to potrwać dłużej niż sądzimy z uwagi na wiele problemów, z jakimi mierzy się polski system ochrony zdrowia. Należą do nich: niska, wręcz nieopłacalna dla wielu placówek, wyliczona cena refundacji procedury, panujący nadal na wielu oddziałach urologicznych system feudalny, a także niekontrolowany wysyp zakupów urządzeń robotycznych, co może skończyć się rozdrobnieniem liczby wykonywanych procedur w danej placówce, a w konsekwencji wydłużą krzywą uczenia. Odpowiedzialna interwencja środowisk pacjenckich może być niezbędna w uświadomieniu decydentom pojawiających się zagrożeń.

Druga grupa pacjentów tzw. czynnościowych, nie ma zbyt wielu powodów do świętowania. Polska pozostała jedynym krajem w Unii Europejskiej bez refundacji II linii leczenia w zespole pęcherza nadreaktywnego. Zmiana tej sytuacji, nawet w roku wyborczym, może być niemożliwa z uwagi na negatywną decyzję resortu zdrowia oraz konsekwentne stanowisko producenta jedynego leku dostępnego w tej linii leczenia, który twierdzi, że zaoferowano

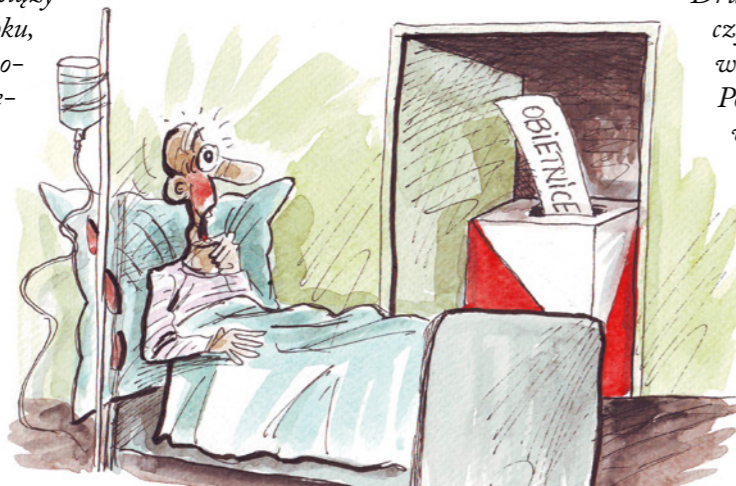
Polsce najlepsze w Europie warunki refundacyjne.

W kolejnej linii leczenia jest już zdecydowanie lepiej, ponieważ od 1 kwietnia 2019 roku refundowana jest neuromodulacja nerwów krzyżowych. Problemem pozostaje jej zakres, gdyż nie kwalifikują się do niej pacjenci ze zdiagnozowanym nietrzymaniem stolca.

Z pewnością kolejnym obszarem, w którym rządzący mogą poprawić sytuację pacjentów z NTM w roku wyborczym, jest dofinansowanie wyrobów chłonnych przez NFZ. Wydaje się, że najodpowiedniejsza byłaby redukcja poziomu współpłacenia, który proporcjonalnie wzrósł od 1 stycznia wraz z podniesieniem limitów chłonności oraz limitów cenowych refundowanych produktów.

To z pewnością nie wszystkie postulaty pacjentów ze schorzeniami układu moczowo-płciowego, które pojawią się w przestrzeni publicznej przed wyborami. Jaka ich część spotka się z pozytywną reakcją rządzących i aspirujących do rządzenia, okaże się już wkrótce.

Tomasz Michalek



SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Minister goni inflację. Niektórzy pacjenci muszą dopłacać jeszcze więcej 4

WYWIAD

Nietrzymanie stolca ogranicza aktywność, budzi wstyd i zakłopotanie. Leczymy je! 7

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 10

LECZENIE

Trudne negocjacje zakończone sukcesem? 11

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Endometrioza widziana okiem lekarki i pacjentki - cz. 1 14

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Otyłości bardzo często towarzyszą problemy z nietrzymaniem moczu 16

LEGISLACJA

Przedwyborcze wzmocnienie obietnic resortu zdrowia 20

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **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 Malanowska;
Korekta: Marzena Michalek; **Zdjęcia:** © iStockphoto;
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: Mickiewicza 9 lok. 4U, 01-517 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

Szanowni Państwo,

O tym, że otyłość jest przewlekłą chorobą, która dotyka nie tylko osoby dorosłe, ale również dzieci i młodzież, zapewne już wiecie. I że pociąga za sobą wiele innych poważnych problemów zdrowotnych – również. Nie chodzi jednak tylko o schorzenia układu krążenia czy cukrzycę, ale także – z czego nie wszyscy zdają sobie sprawę – o zaburzenia ze strony układu moczowego, w tym m.in. nietrzymanie moczu. Eksperti przekonują, że otyły pacjent z NTM powinien być objęty kompleksową opieką zespołu specjalistów – nie tylko ginekologa i urologa, ale również endokrynologa, fizjoterapeuty czy dietetyka. Jaką rolę ma do odegrania każdy z nich, dowiedzie się z artykułu „Otyłości bardzo często towarzyszą problemy z nietrzymaniem moczu” (s. 16).

Z otyłością wiąże się również często, choć wcale nie musi, endometrioza – choroba, na którą cierpi (to określenie najlepiej oddaje charakter problemu) około 10 proc. Polek w tzw. wieku rozrodczym, choć biorąc pod uwagę niską rozpoznawalność, są to dane najpewniej mocno zaniżone. „Dlaczego wokół endometriozy zrobiło się nagle tak głośno? Otóż okazuje się, że problem dotyczy wielu kobiet, które nie znalazły pomocy, a rozpoznanie choroby, jaką jest endometrioza, następuje dość późno” – uprzedza ewentualne pytanie naszych Czytelników dr Ewelina Malanowska, autorka artykułu „Endometrioza widziana okiem lekarki i pacjentki”, którego pierwszą część publikujemy w aktualnym wydaniu Kwartalnika NTM i zachęcamy do jego przeczytania.

Na „tapatę” powraca temat, którym emocjonują się od dłuższego czasu chorzy na zaawansowanego raka prostaty oraz opiekujący się nimi lekarze. Dwa tygodnie przed wejściem w życie nowego obwieszczenia refundacyjnego Ministerstwo Zdrowia wycofało się ze zmian, oskarżając o ich zablokowanie dwóch producentów. Dlaczego i czym się to skończyło, tłumaczy na s. 11 red. Violetta Madeja.

Nie mamy też optymistycznych wieści dla osób, którym potrzebne są środki chłonne. To prawda, że nakłady na dofinansowanie rosną i że wprowadzono nowe limity kwotowe, jednak pacjenci – o czym piszemy w artykule „Minister goni inflację. Niektórzy pacjenci muszą dopłacać jeszcze więcej” (s. 4) – nie odczuli tych zmian.

W przeddzień Świąt Wielkiej Nocy życzę Państwu, byście spędzili je w zdrowej i optymistycznej atmosferze, wśród najbliższych i przyjaciół. Zapomnijcie choć na chwilę o codziennych problemach i troskach. Szczęśliwego Alleluja!

Maja Markłowska-Tomar

Partner wydania: astellas

Minister goni inflację. Niektórzy pacjenci muszą dopłacać jeszcze więcej

Violetta Madeja

Nakłady publiczne na środki chłonne rosną, ale pacjenci zdają się tego nie odczuwać w swoich portfelach. Producenci przekonują, że powodem są rosnące lawinowo koszty produkcji i że w innych krajach jest jeszcze drożej.

największe problemy mają m.in. pacjenci onkologiczni, a także chorzy niesamodzielni. Zwraca również uwagę na problem związany z galopującą inflacją. – *Wszystko wokół drożeje, więc osoby korzystające ze środków chłonnych często muszą stawać przed trudnymi wyborami: opłacić rachunki, wykupić leki, czy zaopatrzyć się w środki chłonne?* – podkreśla prezes stowarzyszenia „UroConti”.

Producenci się tłumaczą

Zdaniem Katarzyny Serwińskiej, dyrektor pionu rynku polskiego farmaceutycznego Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych, na całą tę trudną sytuację nakłada się kilka czynników – począwszy od pandemii COVID-19, po trwającą już drugi rok wojnę na Ukrainie. – *W rezultacie doszło do kumulacji niekorzystnych zjawisk, m.in. gwałtownego wzrostu cen i niedoboru surowców, znacznego opóźnienia w łańcuchach dostaw, wzrostu kosztów logistyki w handlu międzynarodowym oraz wyższych*

kosztów energii – wymienia Katarzyna Serwińska. Toruński właściciel marki Seni przyznaje, że podejmował wiele prób i decyzji, których celem było usprawnianie procesów produkcyjnych i logistycznych. Wszystkie te starania miały jeden cel – zminimalizowanie wzrostu kosztów, a tym samym cen wyrobów chłonnych. – *Będziemy kontynuować te działania, pamiętając jednocześnie o tym, aby obniżanie kosztów produkcji nie wiązało się z pogorszeniem jakości naszych wyrobów* – deklaruje Katarzyna Serwińska i dodaje, że jako firma TZMO koncentruje się też na tym, by jej wyroby były powszechnie dostępne. – *Szeroka dostępność w wielu kanałach sprzedaży sprzyja zdrowej konkurencji pomiędzy podmiotami sprzedającymi. To oznacza większą presję cenową punktów realizacji i różne ceny dla pacjenta oferowane przez te punkty* – oceniła przedstawicielka TZMO. W podobnym tonie wypowiada się Arkadiusz Grądkowski, prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych Polmed, zrzeszającej kolejnych dwóch największych producentów środków absorpcyjnych w Polsce – firmy Paul Hartmann i Essity. W rozmowie z redakcją

Kwartalnika NTM przypomniał, że od początku pandemii nastąpił drastyczny wzrost cen surowców.

– *Do tego doszedł światowy problem ograniczonej dostępności podstawowego surowca wykorzystywanego w produkcji, jakim jest celuloza. Problem dotyczy także wyrobów higienicznych z celulozy niebędących wyrobami medycznymi. Produkty z papieru są obecnie najszybciej drożącą kategorią produktów w sklepach. Dla przykładu papier toaletowy podrożał przez ostatni rok aż o 50 proc.! W efekcie w ciągu ostatnich 2 lat ceny średnio zostały zaktualizowane o ok. 15–20 proc. W tym samym czasie ceny wszystkich surowców wrosły średnio o ok. 60 proc.* – mówi Arkadiusz Grądkowski. I dodaje: – *Niektóre z surowców, np. substancje wykorzystywane do produkcji superabsorbentu – drugiego po celulozie najważniejszego składnika środków chłonnych – aż o 200 proc. Obecnie obserwujemy pewną stabilizację wzrostu cen surowców. Pacjenci korzystający ze środków chłonnych w większości nie powinni odczuć podwyżek, ponieważ w tym samym czasie Ministerstwo Zdrowia dwukrotnie zwiększyło limity: w 2021 r. z 1 zł do 1,7 zł oraz w 2023 r. z 1,7 zł do 2,3 zł dla wyrobów o największej chłonności. Dzięki tym zmianom resort zdrowia w znacznym stopniu skompensował podwyżki wynikające ze wzrostu surowców.*

Sprzedaż w Polsce niższa niż w Czechach

Jak przyznała Magdalena Władysiuk, prezes HTA Consulting, sposób refundowania środków chłonnych nie pozwala Ministerstwu Zdrowia na negocjowanie cen tych produktów tak, jak ma to miejsce w wypadku leków na receptę. – *Brakuje w tym obszarze mechanizmów ustawowych. Z drugiej strony ustalanie cen środków chłonnych w taki sposób, jak ma to miejsce w lekach, pociągnie za sobą określone, długofalowe konsekwencje i dla producentów, i dla pacjentów* – wskazuje ekspertka. Dodaje, że sprzedaż środków chłonnych w Polsce nie stoi na bardzo wysokim poziomie i większe wolumeny produktów chłonnych sprzedawane są na jednego mieszkańca np. w Czechach, a jednocześnie ceny produktów dostępnych w Polsce są zdecydowanie niższe.

– *Zbudowanie mechanizmów finansowania powinno być zatem oparte na podstawowym pytaniu: czy państwo powinno finansować środki chłonne w 100 proc.? Obecnie w Polsce tylko wybrane grupy pacjentów mają dostęp do pełnego finansowania, natomiast duża rzesza pacjentów z niepełnospraw-*

nościami musi dopłacać do niezbędnych dla nich środków chłonnych. Co więcej, pomimo podniesienia limitów kwotowych oraz dużych zmian związanych z klasyfikacją produktów pod względem chłonności, nie doszło do spadku odpłatności pacjentów, ale również sprzedaż utrzymała się na niezmiennym poziomie – tłumaczy Magdalena Władysiuk.

Zwraca również uwagę na jeszcze jeden trend, jaki pojawił się na rynku dystrybucji detalicznej środków chłonnych. – *Główną rolę dystrybucyjną odgrywają duże apteki sieciowe oferujące pacjentom środki chłonne zdecydowanie taniej. Przy dużym wolumenie sprzedaży i różnorodności sprzedawanych środków chłonnych są w stanie wykorzystywać efekt skali i oferować pacjentom ceny zdecydowanie niższe. Oczywiście rozmiar tego zjawiska, według różnych szacunków producentów, dotyczyć może około 10 proc. rynku, ale z drugiej strony widzą to i pacjenci, i Ministerstwo Zdrowia. W efekcie generuje to po stronie MZ przekonanie, że ceny środków chłonnych mogą być jeszcze niższe* – mówi Magdalena Władysiuk.

MZ szuka rozwiązania

Jak przyznaje Magdalena Mycek, specjalistka w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia, obecnie publikowany wykaz to „spadek” po kasach chorych. – *Wykaz jest wynikiem pewnej koncepcji przejętej po latach funkcjonowania kas chorych, która miała pozwolić pacjentowi na wybór wyrobu medycznego. Wcześniej zakupy wyrobu były dokonywane przez przychodnie i szpitale w ramach przetargów. Ideą wykazu wyrobów medycznych na zlecenie było stworzenie kategorii wyrobów, limitów przyporządkowanych do tych kategorii i pozwolenie pacjentowi na zakup wyrobów, który najbardziej mu odpowiada (...). Po latach funkcjonowania widzimy niedociągnięcia tego systemu, który miał upodmiotowić pacjenta* – wskazała przedstawicielka resortu zdrowia w trakcie posiedzenia sejmowej podkomisji ds. osób niepełnosprawnych.

Dodała również, że resort zdrowia rozmawia obecnie z producentami o możliwości uporządkowania tego rynku i stworzenia sytuacji, w której pacjent nie będzie musiał tyle dopłacać. – *Obecnie sama idea wykazu mówi o tym, że ceny środków chłonnych podlegają regułom wolnego rynku. Dlatego pacjent musi szukać tańszego wyrobu lub wybierać miejsca, gdzie może dokonać tego zakupu taniej* – podkreśliła Magdalena Mycek.

Jak system dopłat wyglądał w czasach kas chorych?

Dwie kasy miały „system otwarty” (Małopolska i Śląska), jedna hybrydowy (Świętokrzyska), a pozostałe 14 kas, w tym branżowa, miało „system zamknięty”, oparty na przetargach wojewódzkich. Pierwotnym zamierzeniem nowo powstałego NFZ było stworzenie „systemu zamkniętego” opartego na przetargach - wzorowano się na systemie Mazowieckiej Kasy Chorych. Jednak w wyniku dużych protestów pacjentów, lekarzy, dystrybutorów, producentów oraz parlamentarzystów ówczesnej opozycji, rząd koalicji SLD-PSL ostatecznie wprowadził od 1 stycznia 2004 roku „system otwarty” upodmiotawiający pacjenta i obowiązujący do dzisiaj.

MAJTKI CHŁONNE, PIELUCHY ANATOMICZNE, PIELUCHOMAJTKI

DO 31 GRUDNIA 2022

KOD P.100 I P.101 - kwota za sztukę w przypadku pieluchomajtek, pieluchy anatomicznej, majtek chłonnych przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

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

OD 1 STYCZNIA 2023

KOD P.100 I P.101 - minimalna chłonność 450 g przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt. produktu)	Wysokość refundacji	Kwota refundacji dla 1 szt. produktu	Kwota refundacji razem	Zysk / strata dla pacjenta
90	1,00 zł	70%	0,70 zł	63,00 zł	-44,10 zł
60	1,00 zł	70%	0,70 zł	42,00 zł	-29,40 zł
30	1,00 zł	70%	0,70 zł	21,00 zł	-14,70 zł

KOD P.100 I P.101 - minimalna chłonność 1.000 g w przypadku majtek chłonnych, 1.400 g w przypadku pieluch anatomicznych i pieluchomajtek

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt. produktu)	Wysokość refundacji	Kwota refundacji dla 1 szt. produktu	Kwota refundacji razem	Zysk / strata dla pacjenta
90	1,70 zł	70%	1,19 zł	107,10 zł	0,00 zł
60	1,70 zł	70%	1,19 zł	71,40 zł	0,00 zł
30	1,70 zł	70%	1,19 zł	35,70 zł	0,00 zł

KOD P.100 I P.101 - minimalna chłonność 1.400 g w przypadku majtek chłonnych, 2.500 g w przypadku pieluchomajtek

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt. produktu)	Wysokość refundacji	Kwota refundacji dla 1 szt. produktu	Kwota refundacji razem	Zysk / strata dla pacjenta
90	2,30 zł	70%	1,61 zł	144,90 zł	37,80 zł
60	2,30 zł	70%	1,61 zł	96,60 zł	25,20 zł
30	2,30 zł	70%	1,61 zł	48,30 zł	12,60 zł

DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W ŚRODKI ABSORPCYJNE OD 1 STYCZNIA 2023

NA CZYM POLEGA ZMIANA?

WKŁADY ANATOMICZNE, PODKŁADY

DO 31 GRUDNIA 2022

KOD P.100 I P.101 - minimalna chłonność 250 ml przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt. produktu)	Wysokość refundacji	Kwota refundacji dla 1 szt. produktu	Kwota refundacji razem
90	1,00 zł	70%	0,70 zł	63,00 zł
60	1,00 zł	70%	0,70 zł	42,00 zł
30	1,00 zł	70%	0,70 zł	21,00 zł

OD 1 STYCZNIA 2023

KOD P.100 I P.101 - podniesienie minimalnej chłonności do 450 g przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

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

Zródło: Opracowanie własne

Nietrzymanie stolca ogranicza aktywność, budzi wstyd i zakłopotanie. Leczymy je!

Violetta Madeja

Nietrzymanie stolca to wstydlivy problem zdrowotny, z którym dużo częściej borykają się kobiety. O tym, jak można mu zapobiegać, a także jak się diagnozuje i leczy osoby dotknięte tą dolegliwością z prof. dr. hab. Tomaszem Banasiewiczem, kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, rozmawia Violetta Madeja.

Jaka jest skala problemu nietrzymania kału (NTK) w Polsce? Ilu pacjentów może mierzyć się z tym problemem zdrowotnym?

Skala problemu, jakim jest inkontynencja stolca, jest trudna do określenia w polskiej populacji. Jest to zagadnienie wstydlive, traktowane często jako przypadłość, w której nic nie da się zrobić, albo jako wyznacznik wieku - wówczas pacjent słyzy, błędną w mojej ocenie, opinię, że w pewnym wieku z takimi problemami trzeba się pogodzić. Pacjenci mają więc poczucie, że nic się nie da z tym zrobić, przez co nie sygnalizują swoich problemów, a system ochrony zdrowia nie podejmuje działań, żeby poprawić komfort ich życia. W efekcie mamy do czynienia z błędnym kołem.

O skali problemu wiemy głównie na podstawie badań prowadzonych w krajach, gdzie jest on zdecydowanie efektywniej zarządzany i rozwiązywany, na przykład z Wielkiej Brytanii. Niestety, w przypadku NTK nie możemy mówić o równouprawnieniu, bo zdecydowanie częściej dotyka on kobiet.

W zależności od grupy wiekowej i płci, z nietrzymaniem stolca może zmagać się od kilku do nawet kilkunastu procent populacji. Szacuje się, że około 15-20 proc. osób w wieku 60 i więcej lat może mieć problem z NTK. To

przekłada się na realne liczby - setki tysięcy, a nawet milion osób, bo takie szacunki też widziałem, które borykają się z nietrzymaniem stolca.

Czy to schorzenie zamyka pacjentów w domach?

Zdecydowanie tak. Bardzo często znacznie ogranicza ich aktywność, budzi wstyd i zakłopotanie, o którym wielokrotnie słyzałem z relacji moich pacjentów. Zazwyczaj przyznawali, że pierwszą reakcją było unikanie dłuższych wyjazdów. Pacjenci zaznaczają w telefonie wszystkie pobliskie toalety publiczne, czy wręcz zabierają ze sobą bieliznę na zmianę, w końcu nawet krótkie wyjścia z domu stają się dla nich wyzwaniem. I to również zaczyna generować błędne koło, bo wycofywanie się z aktywności - czy to fizycznej, czy społecznej - to czynnik nasilający problem. W efekcie pacjenci zamykają się w swoich domach, wypracowują pewne rytuały funkcjonowania i trudno im wyjść z tej strefy złudnego komfortu.

Dlaczego kobiety zdecydowanie częściej zmagają się z problemem NTK?

Przede wszystkim wynika to z budowy anatomicznej ich miednicy, która to budowa związana jest z przygotowaniem do porodu. Struktury kostne są więc bardziej od siebie oddalone, powodują, że mięśnie i inne narządy w miednicy szybciej ulegają rozciągnięciu. Drugą kwestią jest gospodarka hormonalna, która wpływa na budowę kolagenu i tkanek. U kobiet szybciej stają się one bardziej wiotkie. Dodatkowo przebyte wcześniej ciążę i porody są czynnikami, które mechanicznie obciążają te struktury. Ostatnim czynnikiem sprzyjającym rozwojowi NTK jest nacięcie krocza przy porodzie siłami natury. Nietrzymanie stolca u kobiet szacowane jest na 6-10-krotnie częstsze niż u mężczyzn.



prof. Tomasz Banasiewicz

Jak wygląda postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w przypadku NTK?

W praktyce klinicznej najczęściej spotykamy się z tzw. idiopatycznym NTK, czyli bez jednej konkretnej przyczyny, ale związanym ze stopniowym osłabianiem zwieracza. Niestety, w tych przypadkach mamy do czynienia z dysfunkcją narządu, natomiast chirurgia świetnie radzi sobie ze zmianami, które można zlokalizować i usunąć, np. w postaci guza czy innej patologii w obrębie jelita grubego. Z zaburzeniami funkcji radzi sobie nieco gorzej, aczkolwiek i w takich sytuacjach mamy wypracowane pewne ścieżki chirurgiczne.

Zanim jednak zakwalifikujemy pacjenta do leczenia, to musimy zacząć od diagnostyki i precyzyjnego określenia przyczyn NTK. Chodzi w głównej mierze o wykluczenie czynników usuwalnych, czyli ustalenie, czy przyczyną inkontynencji nie są zmiany rozrostowe, polipy, bądź hemoroidy, które nieleczone mogą prowadzić do takich następstw, jak nietrzymanie kału z wypadaniem śluzówki odbytnicy. Jest to cała grupa schorzeń, które są stosunko-

by poczuł, że problem ten dotyka wielu pacjentów, jest przypadłością taką samą, jak każda inna choroba.

Jakie są pierwsze zalecenia w przypadku stwierdzenia tego problemu u pacjenta?

Wstępna rozmowa powinna prowadzić pacjenta do tego, co może zmienić w swoim stylu życia: diecie, ilości wypijanych płynów, aktywności fizycznej. Te zmiany potrafią dać często po krótkim czasie fantastyczne efekty. Jeśli jesteśmy przy aktywności fizycznej, to właściwie przeprowadzane ćwiczenia są najlepszą formą profilaktyki tego typu problemów. Kobiety po porodzie siłami natury powinny być właściwie zapytane przez lekarza każdego poziomu o to, czy po urodzeniu dziecka nie mają kłopotów z nietrzymaniem moczu lub stolca. W przypadku pojawienia się informacji o problemie, powinny być skierowane do fizjoterapeutów lub też poinformowane o prostych ćwiczeniach obejmujących mięśnie dna miednicy, potocznie nazywane mięśniami Kegla. Częstym zaleceniem jest również redukcja masy ciała. Ma to bezpośredni związek z ciśnieniem

śródbrzusznym, które u otyłych pacjentów jest większe i wówczas wypycha ono struktury w obrębie miednicy.

Ważne jest również właściwe dopasowanie się pacjenta do sytuacji stresowych i często w trakcie pierwszej rozmowy staramy się poruszyć właśnie te behawioralno-dietetyczne zagadnienia istotne dla pacjentów.

A jakie jest dalsze postępowanie z pacjentami z NTK?

Równoległe z tymi zaleceniami, które wdrożone przez pacjenta, często dają mu pierwsze efekty w postaci poprawy, przechodzimy do szczegółowej diagnostyki i dzielimy pacjentów na trzy grupy.

Pierwsza grupa to pacjenci, u których zaburzenia są relatywnie nieduże i nie widać istotnych odchyśleń.

W przypadku tej grupy chorych staramy się wdrożyć zmiany w stylu życia i zazwyczaj skuteczne ich wdrożenie pozwala na poprawę stanu zdrowia pacjenta i doprowadzenie go do akceptowalnej formy.

Kolejna grupa to pacjenci, u których powodem nietrzymania kału są problemy morfologiczne. Czyli np. są to pacjentki po pęknięciu krocza, czy nacięciu go w trakcie porodu siłami natury. Wówczas możemy mieć do czynienia z deficytem zwieraczy i w takiej sytuacji konieczna może okazać się chirurgiczna naprawa zwieraczy. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z wypadaniem śluzówki odbytnicy i hemoroidów, możemy usunąć



Fot. FTiare - istockphoto.com

wo proste w diagnostyce. Podstawowym badaniem jest *per rectum* z próbą parcia, które w szybki sposób jest w stanie dać nam obraz tego, z czym mamy do czynienia. Oczywiście zawsze musimy również pamiętać o wykluczeniu zmian nowotworowych, które mogą prowadzić do NTK.

Kolejnym etapem jest weryfikacja szczegółowa i dodatkowe badania obrazowe, np. rezonans miednicy. Ale wskazane przez mnie badania specjalistyczne powinny się już toczyć w równoległym torze do uruchomionego leczenia. Powinniśmy przeprowadzić z pacjentem wnikliwy wywiad, w którym go ośmielimy. Chodzi o to

Kobięco
i dyskretnie
z nową bielizną chłonną

seni®
Lady
PANTS



Zamów
bezpłatną
próbkę
na seni.pl



- W delikatnym brzoskwiowym kolorze
- Poczucie suchości
- Kontrola zapachu
- Idealne dopasowanie

Na lekkie
i średnie
nietrzymanie moczu

hemoroidy i odtworzyć anatomie kanału odbytu. Jest jeszcze grupa pacjentów, u których możemy stosować zaawansowane zalecenia fizjoterapeutyczne, np. elektrostymulację zwieraczy. Polega to na umieszczeniu w odbycie elektrod zasilanych z małego urządzenia, które pacjent może mieć w domu. Generuje ono sygnały pobudzające mięsień zwieracza, który kilka razy dziennie może być przez pacjenta ćwiczony.

Najrzadszą, ale jednocześnie najciekawszą chirurgicznie grupą są pacjenci, u których obserwujemy skrajne zaburzenia zwieracza lub jego całkowity brak. U takich pacjentów możemy wytworzyć zwieracz z mięśnia smukłego uda lub też pomyśleć o sztucznym zwieraczu odbytu.

Czy są to wszystkie możliwości, jakimi dysponuje współczesna medycyna i chirurgia?

Nie. Ostatnią formą leczenia NTK jest wszczepienie elektrostymulatora i stymulacja nerwu krzyżowego odpowiedzialnego za funkcje zwieraczy. Technika ta w języku angielskim określana jest jako sacral nerve stimulation, natomiast w Polsce funkcjonuje pod nazwą neuromodulacji krzyżowej. W sytuacji, gdy widzimy, że mięsień zwieracza jest w dobrej kondycji, ale zaburzona jest jego funkcja, wówczas możemy pomóc mu

w prawidłowym funkcjonowaniu poprzez wszczepienie pacjentowi elektrod oraz małego stymulatora, pozwalającego w większości przypadków wrócić do normalnego funkcjonowania. Ta metoda z pewnością sprawdzi się u pacjentów młodych, aktywnych, z dysfunkcją zwieracza.

Jaka jest dostępność tej metody?

W Europie procedura ta jest finansowana ze środków publicznych we wszystkich krajach z wyjątkiem Polski. Jako zespół ekspertów złożyliśmy w tej sprawie wniosek do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jego opracowanie zabrało nam trochę czasu, ale jestem przekonany co do racjonalności wprowadzenia tej procedury - szczególnie dla pacjentów młodych i aktywnych. Mówimy tu o grupie kilkuset pacjentów w roku, którzy mogliby skorzystać z zabiegów tylko w wybranych ośrodkach mających największe kompetencje w tym zakresie. Liczymy, że ta mała grupa pacjentów, którzy mogliby skorzystać z tego rozwiązania, będzie generować stosunkowo małe koszty z punktu widzenia całego budżetu na ochronę zdrowia.

Dziękuję za rozmowę.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bielsko-Biała	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Al. Armii Krajowej 101 43-316 Bielsko-Biała	tel. 33 810 23 52 www.hospital.com.pl	lek. med. Krzysztof Pliszek
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
Jastrzębie-Zdrój	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	Al. Jana Pawła II 7 44-330 Jastrzębie-Zdrój	tel. 32 478 44 20 www.wss2.pl	dr n. med. Agata Witosińska-Walica
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	Katedra Ginekologii i Potożnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	I Klinika Potożnictwa 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. Lindleya 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Trudne negocjacje zakończone sukcesem?

Violetta Madeja



Fot. Alexey Krukovsky - istockphoto.com

Pacjenci z hormonowrażliwym przerzutowym rakiem prostaty doczekali się w końcu zmian w programie lekowym. Choć na ostatniej prostej pojawiły się spore tarcia na linii resort zdrowia - firmy uczestniczące w negocjacjach, ostatecznie udało się doprowadzić do szczęśliwego zakończenia i na marcowej liście leków refundowanych pojawiły się zmiany w leczeniu chorych na raka gruczołu krokowego. Czy ich treść była oczekiwana przez pacjentów i lekarzy?

Zgodnie z zapowiedziami wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego, trwający od kilku miesięcy proces refundacyjny zmierzający do rozszerzenia wskazań dla trzech leków - apalutamidu, darolutamidu i enzalutamidu, miał się zakończyć w pierwszym kwartale tego roku. O planowanych zmianach wiceminister Miłkowski wspominał podczas debaty „Wprost o prostacie”, jaka miała miejsce w pierwszych dniach lutego.

Kto zablokował zmiany w programie lekowym?

Niestety, na dwa tygodnie przed wejściem w życie nowej listy leków refundowanych, nieoczekiwanie resort

zdrowia poinformował o fiasku rozmów z producentami leków.

„Pomimo przygotowania przez Ministerstwo Zdrowia kompleksowej zmiany programu lekowego B.56. Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10: C61), wychodzącej naprzeciw oczekiwaniom pacjentów oraz klinicystów, powyższe zmiany nie zostaną wprowadzone na marcowe Obwieszczenie Ministra Zdrowia z powodu braku zgód firm Astellas Pharma Sp. z o.o. - podmiotu odpowiedzialnego dla leku Xtandi (enzalutamid) oraz Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o. - podmiotu odpowiedzialnego dla leku Erleada (apalutamid). Pozyskanie zgód wszystkich stron posiadających decyzje refundacyjne w tym programie jest niezbędnym etapem w postępowaniach administracyjnych prowadzonych przez Ministra Zdrowia” - poinformowano w oficjalnym komunikacie.

Jak wyjaśnił Departament Polityki Lekowej i Farmacji, proponowane zmiany miały obejmować uwzględnienie zarówno refundowanych już w ramach obecnego programu opcji leczniczych, jak również możliwości terapeutycznych znajdujących się w procesie refunda-



Fot. SARINYPINNGAM - istockphoto.com

cyjnym, tj. apalutamidu w mHSPC (ang. metastatic hormone sensitive prostate cancer), czyli przerzutowym raku gruczołu krokowego wrażliwym na leczenie hormonalne, oraz kabazytakselu i olaparybu w mCRPC (ang. metastatic castration-resistant prostate cancer), czyli przerzutowym opornym na kastrację raku gruczołu krokowego.

Co więcej, resort zdrowia przyznał, że w programie wprowadzono zmiany o charakterze porządkującym, a także takie, które dostosowywały jego treść do aktualnych wytycznych klinicznych m.in. poprzez przeniesienie octanu abirateronu z programu lekowego B.56 do katalogu chemioterapii. Zdaniem resortu zdrowia miało to dać możliwość rozszerzenia dostępności refundacyjnej nowoczesnych leków antyandrogenowych również w postulowanej, brakującej populacji pacjentów z wrażliwym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami.

- Minister Zdrowia wyraża głębokie ubolewanie z powodu zablokowania pozytywnych zmian przez koncerny farmaceutyczne, kierujące się w pierwszej kolejności własnymi interesami, a nie interesem i dobrem pacjentów. Sytuacje takie jedynie podkreślają konieczność zmian przepisów ustawy o refundacji, tak aby podobne przypadki w przyszłości więcej nie występowały - wskazało Ministerstwo Zdrowia, przerzucając jednocześnie odpowiedzialność za brak zmian na firmy farmaceutyczne.

Pacjenci i klinicyści zaniepokojeni decyzją resortu zdrowia

Decyzja resortu zdrowia zaniepokoiła zarówno środowisko klinicystów, jak również pacjentów, w których zapowiedzi wiceministra Macieja Miłkowskiego wzbudziły ogromne nadzieje na zmiany w schematach leczenia. Zdaniem Bogusława Olawskiego, przewodniczącego Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, chorzy na raka prostaty nadal nie mają oczekiwanego dostępu do nowoczesnych form terapii, gdyż dostęp ten jest niezwykle utrudniony restrykcyjnymi zapisami nowego programu. Jego zdaniem powodem zaistniałej sytuacji jest brak transparentności procesu oraz niezrozumiałe dla pacjentów postępowanie urzędników resortu zdrowia. Przedstawiciel pacjentów zarzucił wręcz resortowi zdrowia brak chęci do porozumienia się z przedstawicielami firm farmaceutycznych.

- Są tarcia pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a firmami, które produkują leki nowej generacji. Mimo że firmy deklarują publicznie duże ułatwienia w kontraktowaniu, okazuje się, że ministerstwo niestety nie chce się porozumieć. Jesteśmy też rozczarowani tym, jak w ostatnich miesiącach procedowano zmiany. Opracowany projekt zmian w programie lekowym, który otrzymała do zaopiniowania Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, nie został nam przekazany do oceny, a sam tryb możliwości udziału w konsultacjach społecznych został ograniczony do minimum - nie kryje rozgoryczenia Bogusław Olawski.

I dodaje: - Zaskoczyła nas również duża zmiana, jaka nastąpiła w treści projektowanego programu pomiędzy wersją opiniowaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w grudniu ubiegłego roku a tą, która ostatecznie zaczęła obowiązywać. W efekcie np. w przerzutowym raku gruczołu krokowego wrażliwym na leczenie hormonalne został tylko jeden lek.

Onkolodzy przyznają natomiast, że sposób refundowania leków jest z ich punktu widzenia kwestią drugorzędną. Ważny jest dostęp do preparatów.

- To, czego oczekuję jako onkolog, to umożliwienie leczenia pacjentów z przerzutowym, ale jeszcze wrażliwym na kastrację rakiem gruczołu krokowego nowoczesnymi lekami hormonalnymi. Czy to będzie w ramach programu lekowego, czy innego dostępu do tych leków, to jest już sprawa drugorzędna. Natomiast najbardziej istotne jest to, żebyśmy we właściwych sytuacjach klinicznych mogli sięgnąć po właściwe leki - podkreślił prof. Paweł Wiechno, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. Dodał, że liczba pacjentów z nowotworem prostaty w perspektywie nadchodzących lat będzie rosła, dlatego najistotniejszą kwestią dla klinicystów jest udostępnienie możliwie szerokiego wachlarza terapii już na wczesnych etapach choroby.

- Mamy sporo leków zarejestrowanych i używanych do wzmacniania pierwszego leczenia choroby przerzutowej w fazie jeszcze wrażliwej na kastrację. Dla mnie istotne jest to, żebyśmy mogli po te leki sięgnąć, wybrać lek, który w mojej opinii jest najlepszym wyborem, a nie próbował dopasować pacjenta do tego, za co są zwracane pieniądze - powiedział prof. Paweł Wiechno. Zwrócił również uwagę, że nie każdy finansowany obecnie lek będzie optymalnym wyborem dla każdego pacjenta. - Wiemy, że niektóre leki często powodują np. powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego. To oznacza, że mężczyźni obciążonemu niewydolnością krążenia nie będą chcieli ich podać, będą wolali sięgnąć po inne leki. Z kolei leki z innej grupy mogą upośledzać funkcje ośrodkowego układu nerwowego - powiedział klinicysta.

Oznacza to, że onkolodzy powinni mieć możliwość sięgania po leki, które są optymalne w danej sytuacji klinicznej pacjenta, a nie wpisują się w założenia restrykcyjnego programu lekowego.

Producenci odpowiadają na zarzuty Ministerstwa Zdrowia

Do zarzutów resortu zdrowia odniosły się również wskazane w ministerialnym komunikacie firmy farmaceutyczne. Obie wskazały, że w przedstawionej im do zaakceptowania nowej treści programu lekowego znalazły się zapisy, które m.in. mogły skutkować wykluczeniem części pacjentów z terapii nowoczesnymi lekami. - Jeden z nowych zapisów programu dotyczącego leku Er-

leada w nowym wskazaniu znacząco różnił się od wnioskowanego w procesie refundacyjnym i w praktyce oznaczał ryzyko wykluczenia większości pacjentów z dostępu do tej terapii. W ramach dyskusji z Ministerstwem Zdrowia dwukrotnie zaproponowaliśmy alternatywne zapisy kwalifikacji pacjentów do programu, a nasze propozycje zmian były ukierunkowane na umożliwienie praktycznego, realnego dostępu terapii lekiem Erleada chorem z hormonowrażliwym nowotworem gruczołu krokowego z przerzutami. Uwagi konsultowaliśmy ze środowiskiem ekspertów klinicznych, którzy potwierdzili ich zasadność - poinformowała Agata Schubert-Włodarczyk odpowiedzialna za komunikację w polskim oddziale firmy Janssen. Dodała również, że reprezentowana przez nią firma nie zgłosiła uwag do innych modyfikacji wprowadzonych w programie lekowym. Co więcej, zgodziła się na przeniesienie octanu abirateronu do katalogu chemioterapii, co w ocenie firmy zwiększy dostęp pacjentów do tego leczenia.

Na podobne problemy zwróciła uwagę firma Astellas. Zdaniem jej przedstawiciela Romana Rezmera, dyrektora ds. refundacji i współpracy z organizacjami rządowymi, propozycja programu lekowego w nowym brzmieniu zawierała zapisy niekorzystne dla pacjentów. Chodziło o kryterium wyłączenia z leczenia, gdzie Ministerstwo Zdrowia wprowadziło zapis umożliwiający zakończenie leczenia chorego w przypadku pojawienia się wyłącznie progresji biochemicznej, bez towarzyszących objawów klinicznych progresji.

- Wprowadzenie takiego rozwiązania nie znajduje poparcia w wytycznych klinicznych leczenia raka gruczołu krokowego ani w danych klinicznych, które Europejska Agencja Leków (EMA) oceniała podczas rejestracji wszystkich produktów leczniczych stosowanych w programie lekowym B.56 - podkreślił Roman Rezmer. - Mamy nadzieję, że rezultatem dalszych prac nad programem lekowym B.56 będzie realna poprawa sytuacji pacjentów z rakiem gruczołu krokowego i zabezpieczenie możliwie największej grupy chorych poprzez zapewnienie im dostępu do wszystkich rekomendowanych przez środowisko naukowe terapii - dodał.

Ostatecznie obydwie firmy uległy presji ministerstwa, co widać po braku dalszych zmian w programie lekowym B.56.

- Nie jesteśmy zadowoleni z ostatecznego kształtu tego programu. Nie przekonują nas również argumenty ministra Miłkowskiego, ponieważ w naszej opinii nowy program lekowy ogranicza lekarzom dobór optymalnej terapii, a w niektórych grupach narzuca wręcz stosowanie leku, którego nie wybrał lekarz tylko minister, a to niekoniecznie musi być najlepszy wybór dla pacjenta - podsumowuje Bogusław Olawski.

Tak naprawdę kolejne miesiące dadzą nam odpowiedź, która ze stron sporu miała rację.

Endometrioza widziana okiem lekarki i pacjentki - cz. I

Dr n. med. Ewelina Malanowska, specjalista ginekologii i położnictwa

Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej Szpitala Klinicznego nr 1 PUM w Policach



Fot. Jelena Stanokovic - istockphoto.com

Endometrioza to choroba, która zgodnie z definicją charakteryzuje się występowaniem komórek błony śluzowej trzonu macicy (endometrium) poza jamą macicy. Pod tą tajemniczą nazwą kryje się jednak wiele różnych objawów, takich jak bolesne miesiączki, ból podczas stosunku, przewlekły ból miednicy, problemy jelitowe, a nawet bolesność barku podczas miesiączki, a z uwagi na jej często nietypowy przebieg jest to choroba wielu lekarzom ginekologom nieznana.

Epidemiologia endometriozy - niedoszacowane dane

Dlaczego wokół endometriozy zrobiło się nagle tak głośno? Otóż okazuje się, że problem dotyczy wielu kobiet, które nie znalazły pomocy, a rozpoznanie choroby, jaką jest endometrioza, następuje dość późno. Według oficjalnych statystyk na endometriozę choruje

10 proc. populacji kobiet w wieku rozrodczym - ponad 2 mln Polek. Dane te są jednak niedoszacowane z uwagi na niską rozpoznawalność choroby. Pytanie, czym jest wiek reprodukcyjny, kiedy aktualnie na pierwszą ciążę decydujemy się w wieku 35 lat, a nawet 45 lat? Również liczba kobiet chorujących na endometriozę w wieku okołomenopauzalnym nie jest znana.

Problem zaczyna się już wtedy, gdy pacjentka trafia do ginekologa, a ten nie jest w stanie rozpoznać endometriozy. Niestety, specjalistów zajmujących się tą jednostką jest niewiele, przy czym wielu z nich swoją edukację nie zdobywało w Polsce, lecz za granicą. Do badań diagnostycznych niezbędnych w wykrywaniu choroby należą, uwaga, podstawowe badanie ultrasonograficzne dopochwowe oraz rezonans magnetyczny. Obie metody są właściwe, powinny być jednak wykonywane przez

specjalistów, którzy na endometriozie się znają, a nie tylko słyszeli o jej istnieniu.

Gdzie może znaleźć pomoc chora na endometriozę?

Pacjentki są niezwykle rozgoryczone. Wynika to z faktu, iż brakuje dostępu do specjalistów zajmujących się endometriozą, a kiedy taki specjalista się już znajdzie, zwykle przyjmuje prywatnie. Czy jest w tym coś złego? Moim zdaniem nie, zważywszy na fakt, że większość lekarzy specjalizujących się czy też rozwijających się w danej dziedzinie w większości zapłaciło za ten rozwój z własnej kieszeni. A ceny szkoleń zagranicznych, które są najbardziej zaawansowane, wahają się od 1000 do nawet 8000 dolarów. Pytanie, kto za takie szkolenie zapłaci?

Bycie pacjentem nie jest łatwe, ale też powinno się wykaazać zrozumienie dla lekarzy, którzy często nie mają możliwości uczenia się, a następnie leczenia. Podczas szkolenia specjalizacyjnego lekarze zwykle słyszą o torbieli endometrialnej, jednak czy ktoś słyszał o DIE (ang. deep infiltrating endometriosis), czyli endometriozie głęboko naciekającej? Z pewnością niewielu.

Operacje endometriozy to w Polsce rzadkość. Dlaczego?

W Polsce jest kilka ośrodków prywatnych, gdzie chorymi na endometriozę zajmują się wybitni specjaliści. Dlaczego nie pracują w placówkach państwowych? Po pierwsze, należałoby się zastanowić nad możliwością przeprowadzenia operacji zaawansowanej endometriozy w ośrodku państwowym (przede wszystkim chodzi tu o infrastrukturę i nowoczesny sprzęt). Po drugie, należy odpowiedzieć na pytanie, czy państwowy szpital jest w stanie pozwolić sobie na operację trwającą od 4 do czasami 8 godzin, która pozwala doszczętnie usunąć wszystkie ogniska choroby?

Tematem, z którym my, lekarze, borykamy się na co dzień, jest wycena świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Niestety, w większości przypadków wycena procedur jest niedoszacowana. Co za tym idzie, operacje leczenia endometriozy są po prostu nieopłacalne.

Do tej pory mówiło się o operacjach robotycznych w urologii, co zresztą spowodowało, że stały się one w naszym kraju refundowane. Nie możemy tego powiedzieć o operacjach onkologicznych w ginekologii, a tym bardziej o operacjach związanych z endometriozą. Niestety, kobiece choroby wciąż nie są traktowane poważnie. Co więcej, argument, że operacje u mężczyzn są niezwykle istotne ze względu na unerwienie prostaty nie jest zbyt trafiony, ponieważ operacje tzw. nerve sparing (oszczędzające nerwy) w ginekologii wykonuje się już od wielu lat, ale nie w naszym kraju. Operacje endometriozy w chirurgii robotycznej to w Polsce rzadkość, podczas gdy w USA czy ośrodkach w Europie takie procedury wykonuje się na porządku dziennym.

I jeszcze jedno: kto ma pacjentki z endometriożą operować? To pytanie nie jest wcale takie bezzasadne, gdyż w teorii jelitem zajmuje się chirurg, a nie ginekolog, i w kontekście prawa nie jest to takie jasne. Stąd ginekolog słusznie może bać się jelita, ponieważ jeśli dojdzie do jego uszkodzenia w wyniku operacji, to w sądzie usłyszy pytanie: po co je ruszał?

Ginekologom nie jest łatwo, ponieważ kiedy endometrioza lokalizuje się na jelicie lub przeponie, pojawia się problem, kto ma operować? Wszelkie badania pokazują, że jest to choroba niezłośliwa, ale dająca przerzuty, jak typowy nowotwór. Kwestia odpowiedzialności, a także prawa, nie jest w tym wypadku do końca jasna.

Biorąc pod uwagę, że w szpitalach klinicznych wynagrodzenie specjalisty jest niekiedy porównywalne z uposażeniem menadżera w niewielkim markecie, po co lekarze mieliby się uczyć nowych metod operacyjnych? Są sfrustrowani pracą na oddziałach, muszą radzić sobie z „papierologią”, z coraz większą liczbą pacjentów z Ukrainy czy Białorusi, którzy - niediagnostowani w swoich krajach - trafiają do polskich szpitali w zaawansowanych stadiach choroby. Do tego lekarze zmuszeni są wciąż pogłębiać swoją wiedzę i znajdować czas, aby „walczyć o lepsze jutro”. Trochę zbyt dużym kosztem, biorąc pod uwagę, że większość z nich jest na kontraktach i po kilkunastogodzinnym staniu przy stole operacyjnym, w przypadku wypadnięcia dysku, nie mają nawet jak wysłać siebie samych na trzymiesięczne zwolnienie lekarskie. A skoro „chory lekarz nie zarabia”, to jako stać w dzisiejszych czasach na takie poświęcenie?

Potrzebne są centra leczenia endometriozy

Zarówno z punktu widzenia lekarki, jak i pacjentki, mogę stwierdzić, że dostęp do diagnostyki i leczenia endometriozy jest w Polsce bardzo trudny, ale nie niemożliwy. Nie zmienia to jednak faktu, że należałoby się pochylić nad kwestią stworzenia centrów leczenia endometriozy - kompleksowych ośrodków diagnostyki i leczenia kobiet dotkniętych tą chorobą. W wielu krajach takie centra już istnieją. Zapewniana jest w nich również pomoc psychologa, dietetyka i fizjoterapeuty. Do tego, każdy taki ośrodek poddawany jest przynajmniej raz w roku audytowi, podobnie jak lekarze specjalizujący się w zaawansowanych procedurach operacyjnych.

Trudno się dziwić, że ponad połowa Polek nie decyduje się na potomstwo. Widzą schorowane matki, babki, które często nie uzyskały pomocy w leczeniu swoich schorzeń. Do tego dochodzą brak refundacji procedury in vitro, a także obowiązujące zasady ustawy antyaborcyjnej. Rodzimy, wychowujemy, niekiedy przez to zapominając o regularnych kontrolach ginekologicznych, a kiedy już po pomoc sięgniemy, to okazuje się, że dla kobiet jej po prostu nie ma.

Otyłości bardzo często towarzyszą problemy z nietrzymaniem moczu

Violetta Madeja



Fot. penyushkin - istockphoto.com

Epidemia otyłości to jedno głównych wyzwań zdrowia publicznego. Niestety, ta przewlekła choroba, która często jest przez pacjentów bagatelizowana, może pociągać za sobą inne zdrowotne konsekwencje, w tym również te związane z nietrzymaniem moczu. Eksperci przekonują, że otyły pacjent z NTM powinien być objęty kompleksową opieką zespołu specjalistów - nie tylko ginekologa i urologa, ale również endokrynologa, fizjoterapeuty czy dietetyka.

Najnowsze prognozy Narodowego Funduszu Zdrowia nie napawają optymizmem - za 5 lat nawet co trzeci dorosły Polak będzie miał problem z utrzymaniem masy ciała, a to generuje kolejne problemy zdrowotne. - *Otyłość, nie tylko w przypadku kobiet, ale również mężczyźni, jest czynnikiem ryzyka rozwoju wszelkich dolegliwości ze strony układu moczowego. Natomiast biorąc pod uwagę nietrzymanie moczu, to z uwagi na budowę ana-*

tomiczną częściej problem ten dotyka kobiet - tłumaczy w rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM dr hab. n. med. Paweł Miotła, ginekolog z II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Klinicysta wskazuje, że w przypadku pacjentek ze szczególnie wysokim wskaźnikiem masy ciała (ang. body mass index, BMI), można się pokusić o stwierdzenie, że większość z nich będzie miała zaburzenia ze strony układu moczowego: nietrzymanie moczu, parcia nagłace, częstomocz czy nokturie (częste wybudzanie się w nocy w celu oddania moczu).

- Na pacjentki otyłe należy również patrzeć przez pryzmat układu sercowo-naczyniowego, bo wiemy, że przy otyłości olbrzymiej, w której serce pacjentów jest mocno obciążone w ciągu dnia, wieczorami może dochodzić do sytuacji kompensacyjnego, zwiększonego wydalania moczu. Dzieje się tak, ponieważ dopiero w stanie spoczynku całego organizmu serce jest w stanie przefiltrować przez nerki płyny

nagromadzone w organizmie. Stąd też zwiększona liczba nocnych wizyt w toalecie w tej grupie pacjentów - mówi dr hab. Paweł Miotła. Jak podkreśla, badania dowodzą, że redukcja masy ciała o 10 proc. pozwala na zmniejszenie nasilenia objawów nietrzymania moczu nawet o połowę. Często więc utrata masy ciała i aktywizacja fizyczna pacjentów staje się pierwszą linią leczenia NTM.

Błędne koło w otyłości

Mówiąc o otyłości warto pamiętać, że bardzo często współwystępuje ona z innymi schorzeniami, a pacjentom, którzy raz wpadną w spiralę tej choroby, trudno jest poradzić sobie z nią samodzielnie.

- Zazwyczaj osoby otyłe mają problem z poruszaniem się, ze wstawaniem i wówczas muszą używać tłoczni brzusznej. W efekcie dochodzi do wzrostu ciśnienia we wnętrzu jamy brzucha, co negatywnie przekłada się na strukturę w obrębie dna miednicy i problem nietrzymania moczu - mówi dr n. med. Mariusz Blewniewski, urolog, zastępca kierownika Oddziału Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej II Kliniki Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kiedy w jego gabinecie pojawia się pacjent sygnalizujący taki problem i jednocześnie widoczna jest u niego nadmierna masa ciała, wówczas stara się w wywiadzie dojść do przyczyny problemu z nadmierną masą ciała i jednocześnie wyjaśnia, jakich efektów chory może się spodziewać dzięki utracie nadmiernych kilogramów.

- Za każdym razem staram się tłumaczyć, że każda utrata masy ciała przekłada się nie tylko na poprawę intensywności objawów, ale również na lepsze efekty ewentualnego leczenia zabiegowego problemu urologicznego - tłumaczy dr Mariusz Blewniewski.

Jednocześnie przyznaje, że wielu jego pacjentów w trakcie wywiadu tłumaczy się, że nie są w stanie zrzucić nadmiernych kilogramów. U wielu z nich zaburzenia masy ciała mogą bowiem wynikać nie tylko z niewłaściwego stylu życia - nieprawidłowej diety, czy braku aktywności fizycznej, ale również z innych zaburzeń, np. na tle hormonalnym.

- Dlatego też tacy pacjenci powinni być pod kompleksową opieką nie tylko lekarza urologa, czy ginekologa, ale również endokrynologa i innych specjalistów, takich jak dietetycy, czy fizjoterapeuci - przekonuje Mariusz Blewniewski.

Otyłość mierzona nie tylko kilogramami

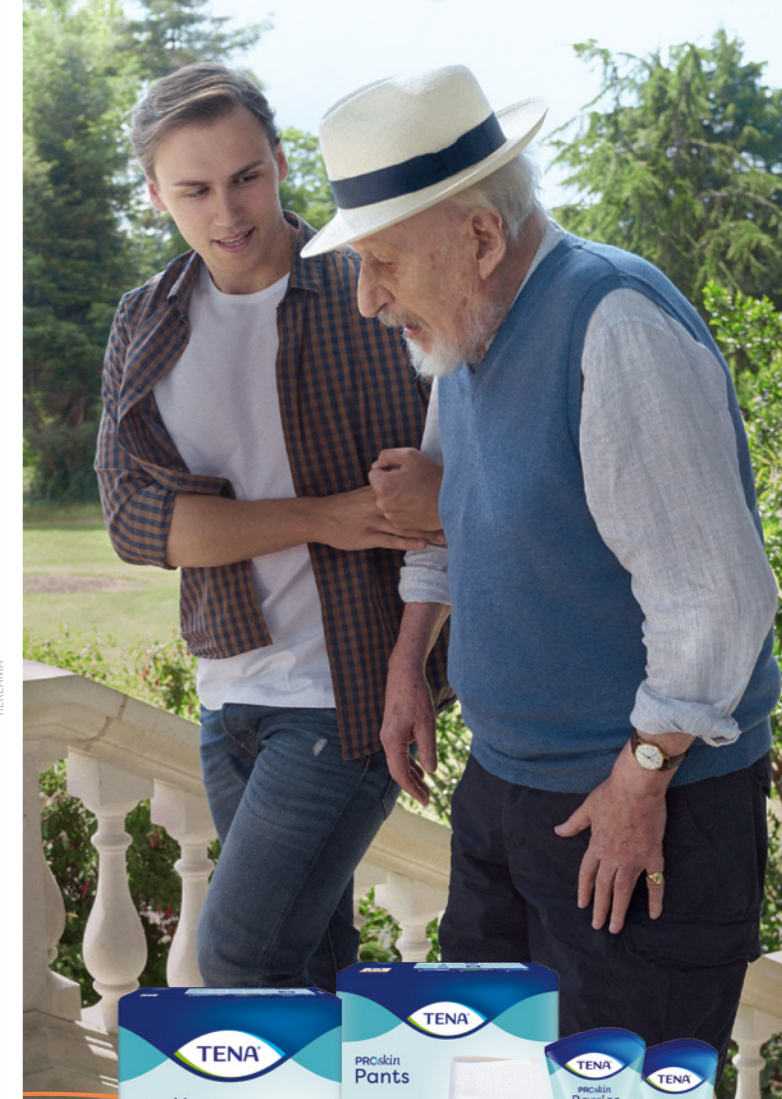
Problem otyłości jest również dostrzegany przez endokrynologów. Ci jednak starają się brać pod uwagę nie tylko masę ciała.

- Choroba otyłościowa to nie tylko nadmiarowe kilogramy, ale też i potencjalne powikłania, zwłaszcza metaboliczne. Jestem zatem zwolennikiem oceny ryzyka metabo-

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.



Fot. udra - istockphoto.com

licznego zgodnie z kryteriami Endocrine Society z 2019 r., które mówią o zwiększonym ryzyku metabolicznym w sytuacji, kiedy spełniamy co najmniej 3 z 5 kryteriów, tj. zwiększony obwód talii (od 102 cm u mężczyzn i 88 cm u kobiet w populacji polskiej), podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, hipertrójglicydemia (od 150 mg/dl), obniżone stężenie frakcji HDL cholesterolu (poniżej 40 mg/dl u mężczyzn i 50 mg/dl u kobiet) oraz stan przedcukrzycowy rozumiany jako nieprawidłowa glikemia na czczo lub nieprawidłowa tolerancja glukozy lub cukrzyca - tłumaczy lek. Szymon Suwała, specjalista endokrynologii i certyfikowany lekarz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, doktorant Katedry Endokrynologii i Diabetologii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Jego zdaniem, oprócz regularnej oceny wymiarów pacjenta (masa ciała, obwód talii, obwód bioder, ew. analiza masy ciała np. metodą bioimpedancji) oraz pomiaru ciśnienia tętniczego, warto również zbadać profil lipidowy (lipidogram), poziom glikemii oraz stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c).

- Jednym z mniej dostrzeganych problemów związanych z otyłością jest metaboliczna stłuszczeniowa choroba wątroby. W tym przypadku warto u pacjenta zbadać choćby

poziomy aminotransferaz (ALT, AST, ew. GGTP), warto też wykonać badanie USG jamy brzusznej. Natomiast jeśli choroba otyłościowa wiąże się też z zaburzeniami narządów płciowych (niepłodność, zespół policystycznych jajników), wówczas warto podjąć diagnostykę w tym kierunku i monitorować także ten problem - przekonuje endokrynolog.

Pacjent otyły z NTM wymaga opieki dietetyka

Klinicyści zgodnie przyznają, że otyli pacjenci z problemami związanymi z nietrzymaniem moczu powinni również być objęci opieką dietetyka oraz fizjoterapeuty. Jak wskazuje Kamil Paprotny, dietetyk, członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia oraz

Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, problem nietrzymania moczu pojawia się w szczególności u pacjentów cierpiących z powodu otyłości

brzusznej. - W takich przypadkach konieczne jest skupienie się na odczuciu sytości pacjenta i spożywaniu przez niego pełnowartościowych posiłków bogatych w witaminy i składniki mineralne. Wszystkie te czynniki mają wpływ na podjadanie i ewentualny nadmiar spożywanych kalorii. Nie chodzi nam o to, aby się głodzić, ale właśnie spożywać obfite posiłki bogate w produkty błonnikowe oraz białkowe - mówi.



Nie chodzi o to, aby się głodzić, ale żeby spożywać obfite posiłki bogate w produkty błonnikowe oraz białkowe.

Jego zdaniem ważnym elementem diety w przypadku pacjentów z NTM jest m.in. błonnik, który jest nie tylko dobrym wypełniaczem talerza i żołądka, ale przede wszystkim zapobiega zaparciom. - Zaparcia mogą rozszerzać koniec układu pokarmowego, co może przyczynić się do ucisku na pęcherz. Warzywa i owoce oprócz błonnika będą zawierać witaminę C, która jest potrzebna do wytwarzania kolagenu - podkreśla dietetyk. I dodaje, że ten ostatni składnik ma znaczenie dla utrzymania struktur układu moczowo-płciowego w obrębie miednicy.

Zdaniem Kamila Paprotnego ograniczeniu powinny podlegać produkty oczyszczone oraz cukry proste, które mogą wpływać negatywnie na uczucie sytości i skutkować podjadaniem. Otyli pacjenci z NTM powinni również zrezygnować z napojów z kofeiną oraz wszystkich innych, które pobudzają organizm do diurezy.

- Ważna także jest odpowiednia aktywność, która nie będzie zwiększać ciśnienia w jamie brzusznej. Skakanie, bieganie, brzuszki nie będą polecane. Warto skupić się na spokojnym treningu i spacerach. Najlepiej znaleźć odpowiednią aktywność z fizjoterapeutą uroginekologicznym lub urologicznym - mówi Kamil Paprotny.

Fizjoterapeuta pomoże w doborze aktywności

Jak wyjaśnia Magdalena Floriańska, fizjoterapeutka z Centrum Medycznego MCC w Warszawie, która na co dzień zajmuje się pacjentkami uroginekologicznymi oraz pacjentami urologicznymi, celem pracy fizjoterapeutycznej będzie m.in. takie wsparcie pacjenta, by możliwie minimalizować u niego obciążenie wynikające z otyłości.

- Nasza praca sprowadza się więc do wsparcia aktywności fizycznej i zachęcenia pacjentów do tego, by faktycznie ją podejmowali. Oczywiście sama otyłość ma istotny wpływ na problemy uroginekologiczne czy uroginekologiczne, bo obserwowane w tej grupie pacjentów większe ciśnienie śródbrzusne będzie wpływać nie tylko na liczbę incydentów gubienia moczu, ale również na osłabienie mięśni dna miednicy. Dlatego też z punktu widzenia fizjoterapii uroginekologicznej czy urologicznej naszym celem będzie wzmocnienie mięśni dna miednicy, ale w sposób całościowy - wyjaśnia w rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM.

Z punktu widzenia pacjentów ważnym jest również to, by mieli oni wsparcie w utrzymaniu motywacji do ćwiczeń, aktywności fizycznej i by nie kojarzyło im się to

wyłącznie z reżimem. Dlatego fizjoterapeuci zawsze w wywiadzie z pacjentami starają się poznać ich motywację do utraty zbędnych kilogramów, dzięki czemu są w stanie tak motywować pacjentów, by nie mieli oni wrażenia, że muszą się do tych ćwiczeń zmuszać.

- Samą aktywność również staramy się tak dobierać, by pacjentom sprawiało to faktycznie większą radość. Jeśli ten wysiłek może być podjęty wspólnie z najbliższymi, to bardzo dobrze przekłada się to zarówno na pacjenta, jak również na jego bliskich. Taka forma aktywnego wspólnego spędzania czasu, np. na spacerze,

zdecydowanie poprawia relacje, ale również ogranicza izolację pacjenta - wskazuje Magdalena Floriańska. Potwierdza to również Kamil Paprotny, który porównuje zmianę stylu życia do długiego marszu, w którym nie tylko należy dobrze rozłożyć swoje siły, ale przede wszystkim zwiększać zaangażowanie stopniowo, zaczynając od najprostszyc zmian. - To często wydaje się nieintuicyjne, bo chcemy

jak najszybciej coś zmienić i staramy się wdrożyć wszystkie ustanowione cele. To niestety może skutkować wypaleniem, uczuciem braku zmian. Przede wszystkim trzeba monitorować postępy, wyciągać z nich wnioski i mierzyć je - tłumaczy dietetyk.

Jak często do gabinetu fizjoterapeuty?

Podobnie jest z fizjoterapią, choć tutaj pierwsze spotkania pacjenta z fizjoterapeutą uroginekologicznym lub urologicznym powinny być częstsze. Dlaczego?

- Musimy z pacjentem nie tylko omówić wiele elementów, ale również upewnić się, że właściwie wykonuje różne ćwiczenia. Rolą fizjoterapeuty jest więc ustalenie ścieżki pacjenta i nadzór nad tym, jak pacjent wykonuje poszczególne zadania - tłumaczy Magdalena Floriańska.

Dopiero w kolejnych etapach, kiedy fizjoterapeuta jest pewny, że pacjent właściwie wykonuje ćwiczenia i jest odpowiednio zmotywowany, wizyty mogą być rzadsze.

- Oczywiście część osób potrzebuje zewnętrznej motywacji, a co za tym idzie, mają potrzebę częstszych spotkań. Jest jednak grupa pacjentów bardzo sumiennych, dla których interwały pomiędzy kolejnymi spotkaniami mogą być dłuższe - mówi Magdalena Floriańska. W takiej sytuacji wizyty kontrolne sprowadzają się do monitorowania przebiegu procesu wzmocniania mięśni dna miednicy. W ich trakcie fizjoterapeuci dostosowują program ćwiczeń do zmieniających się potrzeb pacjenta.

Przedwyborcze wzmocnienie obietnic resortu zdrowia

Violetta Madeja



Fot. AndreyPopov - istockphoto.com

Miniony kwartał dał przedsmak roku wyborczego. Ze strony resortu zdrowia pojawiły się zapowiedzi oczekiwanych przez pacjentów zmian m.in. związanych z obniżeniem wieku osób uprawnionych do bezpłatnych leków, a także planów zmian związanych z refundacją wyrobów medycznych. Z kolei resort rodziny i polityki społecznej, który w ostatnich tygodniach znalazł się pod presją środowisk osób z niepełnosprawnościami, ogłosił wzrost wysokości renty socjalnej od 1 września, ale z wyrównaniem od 1 czerwca. Nadal jednak pozostaje wiele wątpliwości dotyczących refundacji leków oraz uruchomienia centralnej wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego.

Styczeniowa lista leków refundowanych nie przyniosła oczekiwanych zmian w drugiej linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego. Pomimo apeli pacjentów, resort zdrowia nie porozumiał się z firmą farmaceutyczną, która od ośmiu lat stara się wprowadzić mirabegron na wykazy leków refundowanych, i ostatecznie zakończył proces refundacyjny. Rozczarowanie pacjentów jest tym większe, że praktycznie we wszystkich krajach UE druga linia leczenia

OAB jest refundowana. Zdaniem władz Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” cała ścieżka refundacyjna dla leku mirabegron była daleka od przejrzystych, szczególnie że resort zdrowia widział i potwierdzał użyteczność kliniczną tego leku. Pacjenci, chcąc zrozumieć argumenty i resortu i podmiotu odpowiedzialnego, wyszli z inicjatywą zorganizowania „okrągłego stołu”. Ostatecznie jednak propozycja ta nie zyskała aprobaty po stronie rządowej.

- Taka postawa ministra zdrowia nie może spotkać się ze zrozumieniem jakiegokolwiek środowiska pacjentów. Dlatego stowarzyszenie „UroConti” będzie żądało wglądu do utajnionych protokołów negocjacji z producentem leku celem wyjaśnienia prawdziwych powodów tej kontrowersyjnej decyzji ministra zdrowia - zapowiada Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Czy będzie obniżenie wieku dla bezpłatnych leków dla seniorów?

W resorcie zdrowia trwają analizy finansowe dotyczące oceny możliwości obniżenia kryterium wiekowego seniorów uprawnionych do bezpłatnych leków. Taką informację podał wiceminister Maciej Miłkowski w odpowiedzi

na interpelację poselską Moniki Wielichowskiej (Koalicja Obywatelska). Wskazał, że dotychczas na wykazy leków 75+ wpisano 2056 preparatów, które wydawane są pacjentom po 75. roku życia bezpłatnie. W sumie w latach 2016-2022 na leki finansowane w ramach listy 75+ budżet państwa wydał blisko 4,4 mld zł, a liczba opakowań wydanych pacjentom w tym czasie wyniosła 396 mln. Każdego miesiąca z tego rozwiązania korzysta około 1 mln pacjentów.

- Kwestie dotyczące rozszerzenia wykazu Leków 75+ o nowe substancje czynne z wykazu leków refundowanych czy możliwości obniżenia kryterium wieku uprawniającego do bezpłatnych leków są w Ministerstwie Zdrowia rozważane, znajdują się na etapie analiz finansowych i tym samym nie jest znany termin ich ewentualnego wprowadzenia - przyznał wiceminister Maciej Miłkowski.

Bez skierowania do urologa

Tym, co powinno pacjentów ucieszyć, jest planowane przez resort zdrowia zniesienie wymogu uzyskania skierowania do poradni urologicznej. W trakcie konferencji prasowej prezentującej raport Federacji Przedsiębiorców Polskich „Wprost o prostatę” wiceminister Maciej Miłkowski zapowiedział, że w resorcie trwają prace nad tym, by znieść wymóg skierowania do poradni urologicznej dla wybranej grupy mężczyzn.

- Chcemy, by lekarz urolog był dla mężczyzn lekarzem pierwszego kontaktu, do którego będą mogli się udać bez skierowania - zapowiedział Maciej Miłkowski. Jego zdaniem to rozwiązanie może przełożyć się na zwiększenie wykrywalności raka prostaty na wczesnym etapie, a nie jak ma to obecnie miejsce - głównie w fazie zaawansowanej. Wiceminister dodał również, że ma świadomość, iż sam brak skierowania nie zaprowadzi pacjentów do gabinetów urologów, z drugiej jednak strony takie ułatwienie może pozytywnie wpłynąć na świadomość mężczyzn.

Nowy zespół w Ministerstwie Zdrowia

Na początku marca minister zdrowia Adam Niedzielski powołał zespół do spraw opracowania propozycji i rozwiązań w zakresie diagnostyki i leczenia endometriozy. Wśród ekspertów powołanych do pracy nad rozwiązaniami diagnostyczno-terapeutycznymi w endometriozie znaleźli się:

- **prof. dr hab. Krzysztof Czajkowski** - konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
- **prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński** - konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej;
- **prof. dr hab. n. med. Piotr Sieroszewski** - prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników;
- **dr hab. n. med. Paweł Basta** - przewodniczący Sekcji Endometriozy w Polskim Towarzystwie Ginekologów i Położników;



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

- dr n. med. Ewa Milnerowicz-Nabzdyk - kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Opolskiego Centrum Onkologii;
- dr hab. n. med. Tomasz Marjański z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku;
- Lucyna Jaworska-Wojtas - prezes Fundacji „Pokonać Endometriozę”;
- dr n. med. Bogumił Paweł Siekierski - kierownik Kliniki Ginekologii w Szpitalu Medicover;
- dr n. med. Mikołaj Karmowski - ordynator Oddziału Ginekologii Małoinwazyjnej i Centrum Leczenia Endometriozy w Medicus Clinic;
- lek. Daniel Kurczyński - specjalista ginekolog-położnik;
- mgr Dorota Olanin - dietetyk kliniczny;
- Izabela Sulima z Polskiego Stowarzyszenia Endometriozy.

Ponadto w skład zespołu wejdą przedstawiciele Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowego Funduszu Zdrowia, Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia, Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych MZ oraz Departamentu Lecznictwa MZ.

Co dalej z centralną wypożyczalnią sprzętu?

Rząd nie rezygnuje również z pomysłu uruchomienia wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego. W ocenie organizacji pozarządowych jej utworzenie budzi jednak wiele kontrowersji. - *Od ponad roku przedstawiciele organizacji społecznych, które od lat zajmują się profesjonalnie pomocą osobom z niepełnosprawnościami, osobom niesamodzielnym, chciały uczestniczyć w tworzeniu tejże wypożyczalni na zasadzie konsultacji społecznych. Z tego, co nam wiadomo, kilkukrotnie prosiły o to, żeby spotkania w ramach konsultacji społecznych były zorganizowane przez resort rodziny i polityki społecznej. Niestety do takich konsultacji nie doszło - stwierdziła podczas połączonego posiedzenia sejmowych Komisji Zdrowia oraz Polityki*

Społecznej i Rodziny posłanka Marzena Okła-Drewnowicz z Koalicji Obywatelskiej.

Jak wyjaśnił Paweł Wdówik, wiceminister rodziny i polityki społecznej i jednocześnie pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych, dotychczas z budżetu państwa przekazano 200 mln zł na uruchomienie wypożyczalni. Fundusze te trafiły do Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych, której zadaniem było dokonanie zakupu zaawansowanego sprzętu.

- *Idea wypożyczalni rozwiązuje kilka problemów narastających się od czasu, kiedy powstał Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Niestety te napraw-*

dę dobre technologie są bardzo drogie. Ta część z nich, która jest finansowana z Narodowego Funduszu Zdrowia, jest finansowana w podstawowym zakresie. Dofinansowanie na wózek dla osoby z niepełnosprawnością ruchową wynosiło 3 tys. zł, podczas gdy wózek aktywny, czyli nadający się do tego, żeby osoba mogła samodzielnie się na nim przemieszczać, używając siły własnych rąk, kosztuje kilkanaście tysięcy. Wózek elektryczny kosztuje natomiast 20 tys. zł i więcej. Jeżeli nawet do kwoty 3 tys. zł dodamy 4,5 tys. zł, które można uzyskać z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, to ciągle osoby z niepełnosprawnością w Polsce korzystają w większości przypadków ze sprzętu zupełnie podstawowego. Nie stać ich na kupno sprzętu adekwatnego do potrzeb - podkreślił wiceminister Paweł Wdówik.

Zgodnie z zapowiedzią przedstawiciela Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w wypożyczalni będzie dostępny sprzęt dla czterech grup pacjentów:

- osób z niepełnosprawnością narządu ruchu,
- osób z niepełnosprawnością narządu słuchu,
- osób z niepełnosprawnością narządu wzroku oraz
- osób z niepełnosprawnością komunikacyjną, w tym dla osób niemówiących, a także pacjentów dotkniętych autyzmem i niezdolnych do bezpośredniej komunikacji werbalnej.

- *Chcemy stworzyć jeden centralny magazyn oraz system lokalnego doradztwa (przy oddziałach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - przyp. red.) czy też raczej doradcy dojeżdżającego do miejsca zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, dobierającego sprzęt czasem w drodze prób różnego rodzaju technologii, które to doradca może zamówić z magazynu, żeby dojechały we wskazane miejsce - podkreślił Wdówik. Wiceminister rodziny i polityki społecznej zaapelował również, aby „nie wysadzać w powietrze” całej idei wypożyczalni, choć ta, jego zdaniem, wymaga jeszcze „legislacyjnych szlifów”.*

Przedstawiciele producentów oraz dystrybutorów wyrobów medycznych wydają się jednak mocno sceptyczni i przekonują, że światowe doświadczenia wskazują, iż pomysł centralnych wypożyczalni niespecjalnie się sprawdził w praktyce. - *Na dziś wiemy, że ma powstać wypożyczalnia. Na razie wiemy, że jest jakiś sprzęt. Nie wiemy, jaki to jest sprzęt. Co do samego pomysłu wypożyczalni centralnej, osobiście bardzo zależy mi na tym, żeby sprzęt był dostępny dla osób z niepełnosprawnościami, ale sam pomysł centralnego wypożyczania nigdzie na świecie nie wypalił - ocenił Arkadiusz Grądkowski, prezes Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych Polmed.*



Wiemy, że ma powstać wypożyczalnia i że jest jakiś sprzęt, ale nie wiemy jaki. Pomysł centralnego wypożyczania nigdzie na świecie nie wypalił.

HARTMANN



OCHRONA
każdego
dnia



MoliCare® Skin

Zdrowa skóra przy nietrzymaniu moczu dzięki kompleksowej ochronie i pielęgnacji.

- **Pianka oczyszczająca**
wspomaga mechanizmy obronne skóry, szybkie i łagodne oczyszczanie silnie zabrudzonej powierzchni skóry.
- **Wilgotne chusteczki pielęgnacyjne**
niezbędne do łagodnego oczyszczania stref intymnych przy zmianie produktu chłonnego.
- **Krem ochronny z tlenkiem cynku**
tworzy barierę ochronną przed negatywnym działaniem moczu – zapobiega stanom zapalnym, odparzeniom.



 Centrum
Medyczne
MCC

Medical
Continenence
Centers



JEDNO MIEJSCE – PEŁNA OPIEKA

Kompleksowe wsparcie dla osób z inkontynencją

Nowo otwarta placówka medyczna w Warszawie specjalizująca się w zakresie:

- uroginekologii
- urologii czynnościowej
- fizjoterapii uroginekologicznej
- rehabilitacji urologicznej i onkologicznej

Zapisy dostępne poprzez portal znanylekarz.pl
lub pod nr tel.: **22 770 78 00**

DIAGNOSTYKA > LECZENIE > REHABILITACJA

