

Kraków, 15 listopada 2015 r.

UroBarometr WHC

**Raport na temat problemów w dostępności
do gwarantowanych świadczeń urologicznych w Polsce**

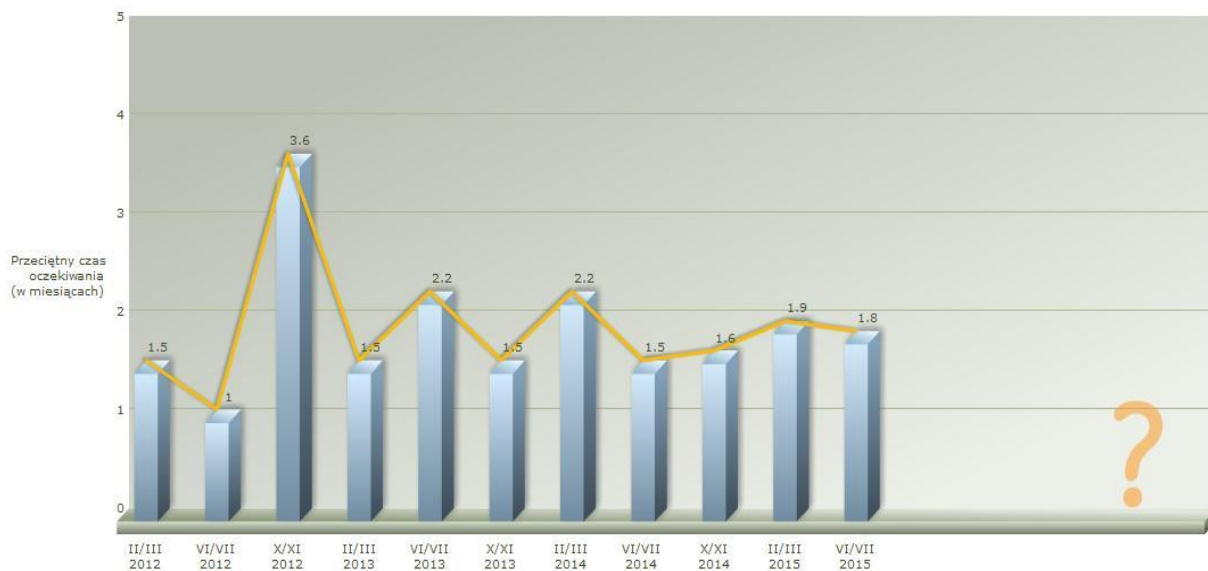
nr 1/1/11/2015

Dane od czerwca do końca września 2015 r.

Spis treści:

Najważniejsze wyniki	3
Wstęp.....	5
1. Fundacja Watch Health Care	7
2. Metodyka.....	8
3. UroBarometr WHC – wyniki	10
3.1.1. Porównanie czasu oczekiwania w urologii i urologii dziecięcej	10
3.1.2. Dostępność do najczęściej wykonywanych świadczeń urologicznych.....	12
3.1.3. Programy lekowe – urologia.	18
4. Problem nietrzymania moczu.....	20
4.1.1. Zespół pęcherza nadreaktywnego OAB	21
4.1.2. Postępowanie specjalistyczne w nietrzymaniu moczu OAB, koszty	22
5. Etapowość leczenia.....	25
5.1.1. Etapowość postępowania w nietrzymaniu moczu – nadreaktywność pęcherza moczowego (OAB).....	25
5.1.2. Etapowość postępowania w leczeniu kamicy pęcherza moczowego (przypadek stabilny)	28
5.1.3. Etapowość postępowania w raku stercza.....	30
Wnioski.....	34
Spis rysunków	35
Załącznik.....	36
Bibliografia:	43

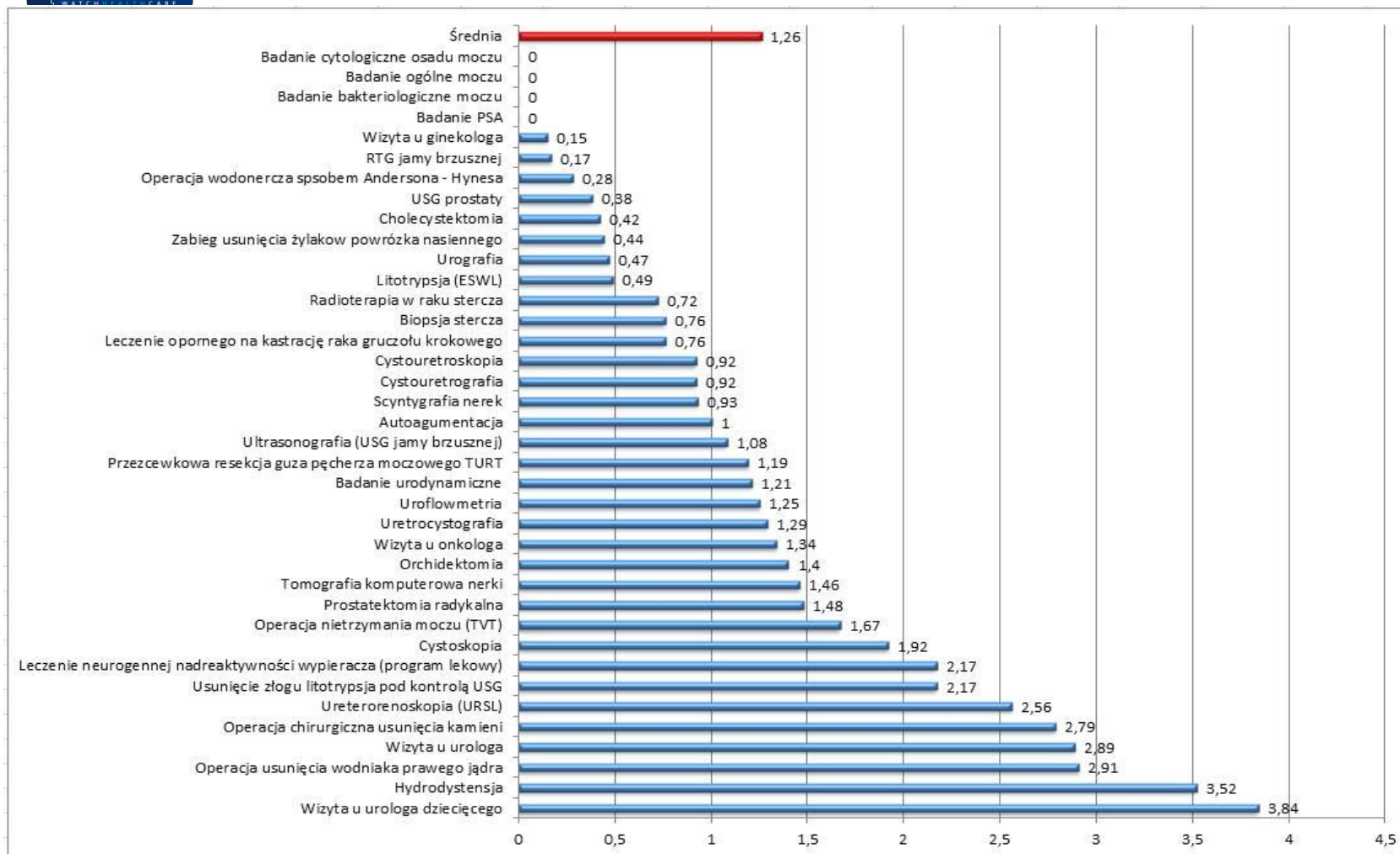
Najważniejsze wyniki



Zmiana średniego czasu oczekiwania na „gwarantowane” świadczenia zdrowotne w Polsce, w dziedzinie urologii (mies.).



Zmiana średniego czasu oczekiwania na „gwarantowane” świadczenia zdrowotne w Polsce, w dziedzinie urologii dziecięcej (mies.).



Czas oczekiwania na „gwarantowane” świadczenia urologiczne w okresie czerwiec – wrzesień 2015 r. (mies.).

Wstęp

UroBarometr to raport Fundacji Watch Health Care dotyczący **zmian dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie urologii w Polsce**. W odróżnieniu od projektów Fundacji: Barometru WHC, który obejmuje wszystkie dziedziny medycyny oraz OnkoBarometru dotyczącego wybranych dziedzin medycyny zajmujących się leczeniem nowotworów - UroBarometr po raz pierwszy prezentuje dostępność do najpowszechniejszych świadczeń urologicznych w Polsce oraz opisuje najczęstsze problemy, jakie napotykają pacjenci w tej dziedzinie medycyny.

Niniejszy dokument przedstawia wyniki analizy danych zebranych **pomiędzy czerwcem, a wrześniem 2015 r.** Z wynikami UroBarometru WHC można zapoznać się na stronie www.korektorzdrowia.pl. Na stronie zamieszczono pełną wersję tekstową raportu (w wersji do pobrania).

Fundacja Watch Health Care od 2012 roku monitoruje zmiany dostępu do „gwarantowanych” świadczeń zdrowotnych. Nasze działania mają na celu zwrócenie decydentom uwagi na problem długich kolejek w oczekiwaniu na podstawowe świadczenia, aby podejmowali oni skuteczne i odpowiedzialne działania ukierunkowane na lepsze zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych. Wierzymy, że w niedalekiej przyszłości doprowadzi to do zniesienia ograniczeń i barier w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych oraz likwidacji elementarnych nieprawidłowości systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Kolejka jest technologią o udowodnionej szkodliwości i jako taka w ogóle nie powinna występować w zakresie podstawowych świadczeń zdrowotnych. Co więcej kolejka jest jednym z objawów niewyłączalności płatnika. Niewyłączalność instytucji, której celem jest zapewnienie dobrego dostępu do niezbędnych świadczeń dla ratowania zdrowia i życia jest politycznie i społecznie nieakceptowalna.

Zapraszamy do zapoznania się z raportem UroBarometr i zachęcamy do współpracy z Fundacją Watch Health Care.



Magdalena Ciupak-Zarzycka

Dyrektor Zarządzająca

Natalia Majcherczyk

Dyrektor Biura

Aneta Augustyn

Analityk

1. Fundacja Watch Health Care

Fundacja Watch Health Care (WHC) rozpoczęła swoją działalność w marcu 2010 roku. Inspiracją do jej powstania były: rosnąca liczba kolejek i długość czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne oraz brak skutecznej reakcji polityków i regulatora - na pogłębiające się problemy chorych. Działania Fundacji WHC mają za zadanie naświetlić największy problem systemu opieki zdrowotnej w Polsce, jakim jest dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych, a środkami przeznaczanymi na jego realizację.

Deficyt, rozumiany jako dysproporcja zawartości koszyka „gwarantowanego” i środków na jego realizację, prowadzi do poważnych patologii w systemie opieki zdrowotnej, które z kolei są przyczyną bardzo niskiej oceny systemu przez społeczeństwo. Do największych patologii, które są skutkiem deficytu można zaliczyć: kolejki, korupcję (jawną i zawołowaną), korzystanie z przywileju (znajomości), dobry dostęp do świadczeń „luksusowych” oraz boleśnie ograniczony dostęp do podstawowych świadczeń specjalistycznych (o wyjątkowo korzystnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) i innych. Szczególnie bolesne i źle odbierane przez społeczeństwo są kolejki do świadczeń, które mają być jakoby „gwarantowane”. Kolejka jednak jest technologią o udowodnionej szkodliwości (zgodnie z definicją technologii medycznej przyjętą w ustawie refundacyjnej). Wydłużony czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne, połączony z ich etapowością, wpływa negatywnie na stan zdrowia chorego – człowieka, który cierpi czekając w kolejce, jego choroba rozwija się, może nie doczekać skutecznego leczenia, a choroba może dać w międzyczasie przerzuty i/lub przejść do stadium, w którym nie będzie możliwa terapia ukierunkowana na wyleczenie, ale jedynie na paliację. Chory rozpoczyna nie tylko „walkę” z chorobą, ale również z systemem opieki zdrowotnej.

Fundacja Watch Health Care chce, by decydenci podejmowali skuteczne działania naprawcze w polskim systemie ochrony zdrowia. Obietnice składane przez polityków powinny mieć odzwierciedlenie w czynach. Obietnice bez pokrycia wpływają negatywnie na nastroje społeczeństwa, są niemoralne i prowadzą do jawnych niesprawiedliwości (przy czym sprawiedliwość rozumiana jest tu jako wywiązywanie się państwa ze składanych społeczeństwu obietnic). Na rządzących można wpływać poprzez uświadamianie praw obywatelskich oraz przez przekazywanie zbiorczej informacji, do jakich świadczeń zdrowotnych można spodziewać się

ograniczeń w dostępie, jak długie są kolejki i jak ich długość zmienia się w czasie, co świadczy o poprawie lub pogorszeniu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Powiązanie nazwisk osób zarządzających koszykiem świadczeń gwarantowanych z monitorowaniem zmian długości czasu oczekiwania w kolejkach pozwala na ocenę jakości rządzenia.

2. Metodyka

W ramach projektu UroBarometr WHC, na podstawie Rejestru Problemów Pacjentów (Ranking WHC) prowadzonego przez Fundację oraz w oparciu o opinie specjalistów, poddano analizie dostęp do leczenia pacjentów urologicznych oraz scharakteryzowano najczęstsze dolegliwości na które cierpią pacjenci. **W obrębie dziedziny wyszczególniono 38 świadczeń zdrowotnych**, które są często wykonywane i ważne z punktu widzenia zdrowotności tej grupy chorobowej.

W urologii wskaźnikowe świadczenia zdrowotne zwykle obejmują:

- wizytę u specjalisty;
- istotne badania diagnostyczne;
- często wykonywane procedury terapeutyczne (w tym operacje).

W projekcie Fundacji WHC - **Barometr** prezentowane są cyklicznie informacje dotyczące **ZMIAN** w zakresie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w dziedzinie urologii i urologii dziecięcej w Polsce. Będą one przedstawione w poniższym raporcie i pomogą dostrzec zmiany występujące w czasie oczekiwania dla tego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Natomiast dane z **OnkoBarometru** posłużą ocenie etapowości leczenia pacjentów z rakiem stercza.

W UroBarometrze informacje o czasie oczekiwania na świadczenia zdrowotne są pozyskiwane w ramach wywiadów telefonicznych u świadczeniodawców. **UroBarometr WHC przedstawia zebrane dane z perspektywy pacjenta – ukazuje bariery dostępu do świadczeń „oczami pacjenta”.**

Prezentowane średnie czasy oczekiwania wyznaczone są na losowej próbie co najmniej 6 świadczeniodawców z różnych regionów Polski dla każdego świadczenia wskaźnikowego. Jeśli rozrzut jest duży lub istnieją jakiegokolwiek podejrzenia, że dane są nieprecyzyjne, czy

nieprawdopodobne, czasy oczekiwania w „podejrzanych placówkach” są jeszcze raz sprawdzane przez pracowników Fundacji oraz dodatkowo weryfikowane u 6 innych, dodatkowych świadczeniodawców. Wyniki średnie dla poszczególnych świadczeń w dziedzinie Urologii obejmują dane z około 228 placówek.

Niniejszy raport przedstawia czasy oczekiwania dla świadczeń urologicznych zebranych w przeciągu ostatnich 3 miesięcy. Są to dane z okresu od czerwca do końca września 2015 roku.

3. UroBarometr WHC – wyniki

Średni czas oczekiwania na pojedyncze gwarantowane świadczenie urologiczne w Polsce (niezależnie od charakteru: diagnostyczne i lecznicze, bez uwzględnienia w tej ocenie kompleksowości i niezbędnej etapowości leczenia) **wynosił w okresie czerwiec – wrzesień 2015 roku ok. 1,26 miesiąca (ok. 5 tygodni)**. Weryfikacji poddane zostało 38 świadczeń urologicznych i wynik ten jest średnią z badanych świadczeń.

3.1.1. Porównanie czasu oczekiwania w urologii i urologii dziecięcej

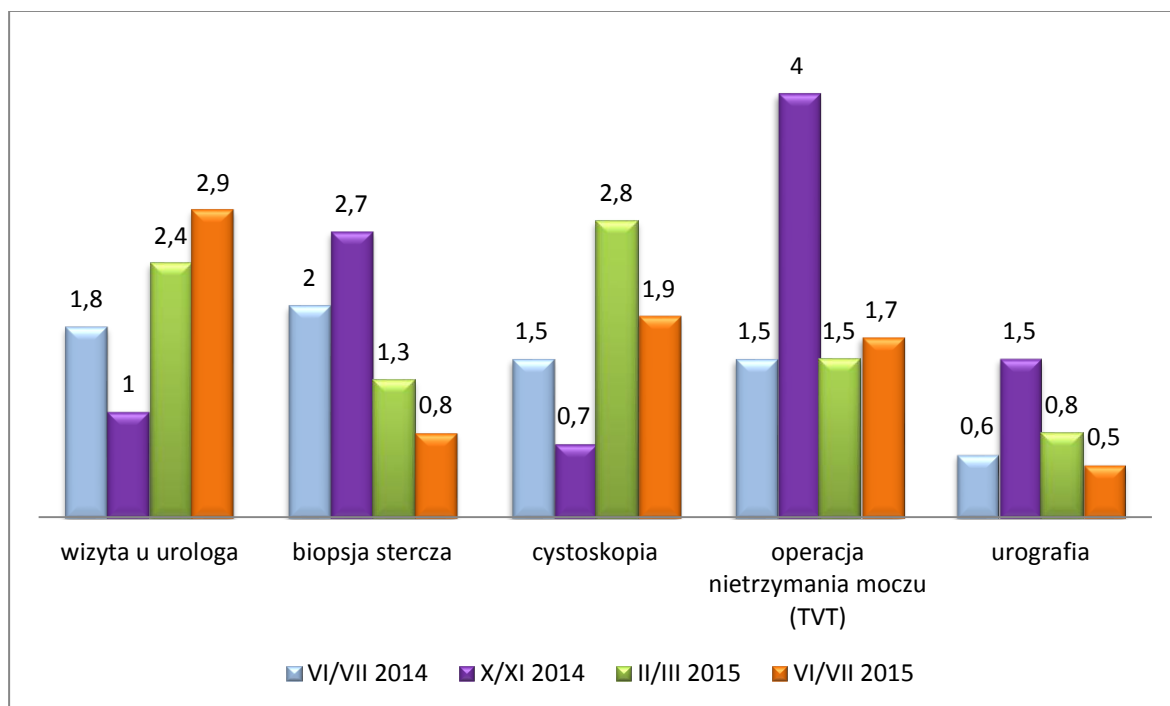
W projekcie Barometr cyklicznie badany jest czas oczekiwania na wybrane świadczenia wskaźnikowe z dziedzin urologii i urologii dziecięcej. Porównując czasy oczekiwania w ciągu ostatniego roku zauważono utrzymującą się stagnację czasu oczekiwania. Pacjenci korzystający ze świadczeń w tej dziedzinie oczekiwali na nie w czerwcu/lipcu 2015 r. **średnio 1,8 miesiąca (powyżej 7 tygodni)**.



Rysunek. 1 Zmiana średniego czasu oczekiwania na „gwarantowane” świadczenia zdrowotne w Polsce, w dziedzinie urologii, dane z Barometru – stan na czerwiec/lipiec 2015 r. (mies.).

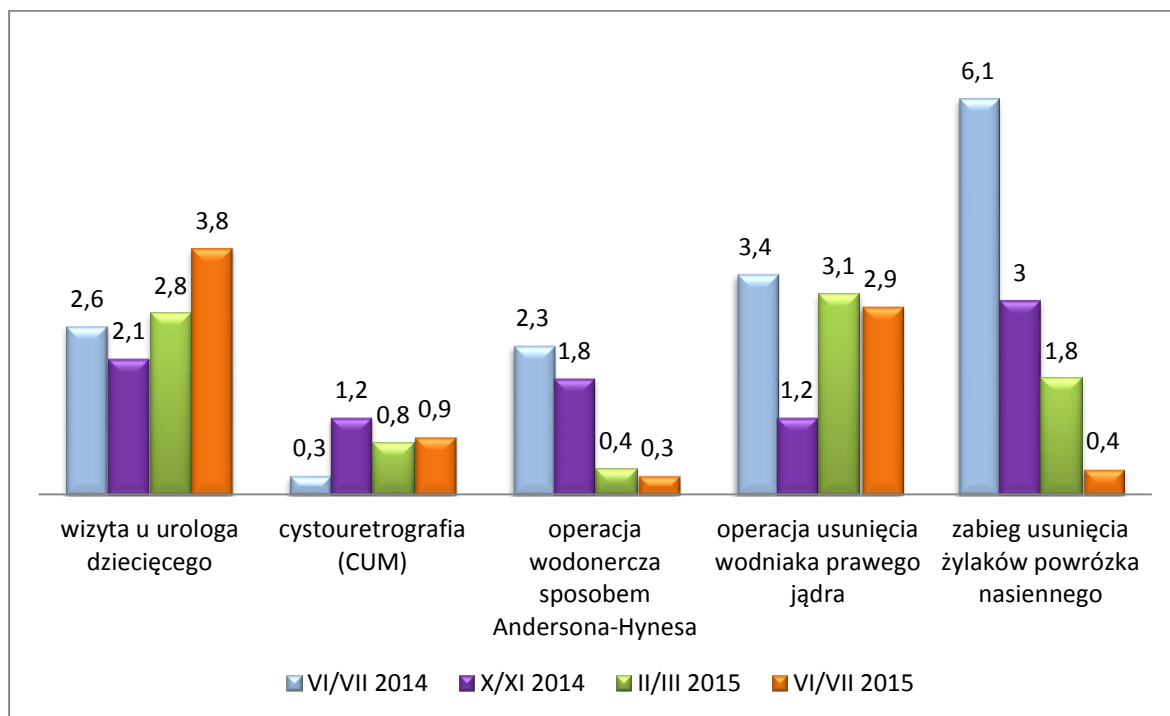
Świadczeniami z dziedziny urologii do których Fundacja WHC odnotowała najdłuższe średnie czasy oczekiwania w czerwcu i lipcu 2015 r. są wizyta u urologa 2,9 mies. (11,6 tyg.) oraz cystoskopia 1,9

mies. (7,6 tyg.). Natomiast świadczeniem na które pacjenci oczekują stosunkowo najkrócej jest urografia 0,5 mies. (2 tyg.). Zmiany w czasie oczekiwania dla świadczeń wskaźnikowych z dziedziny urologii przedstawia rys. 2.



Rysunek. 2 Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie urologii.

Dla porównania Fundacja Watch Health Care bada również dostęp do świadczeń w dziedzinie urologii dziecięcej. **Najdłuższy czas oczekiwania w okresie czerwiec i lipiec 2015 r. odnotowano dla wizyty u urologa dziecięcego, wynosi on 3,8 mies.** Stosunkowo krótko czeka się natomiast na operację wodonercza sposobem Andersona – Hynesa 0,3 mies. (1,1 tyg.) oraz zabieg usunięcia żylaków powrózka nasiennego 0,4 mies. (1,6 tyg.).



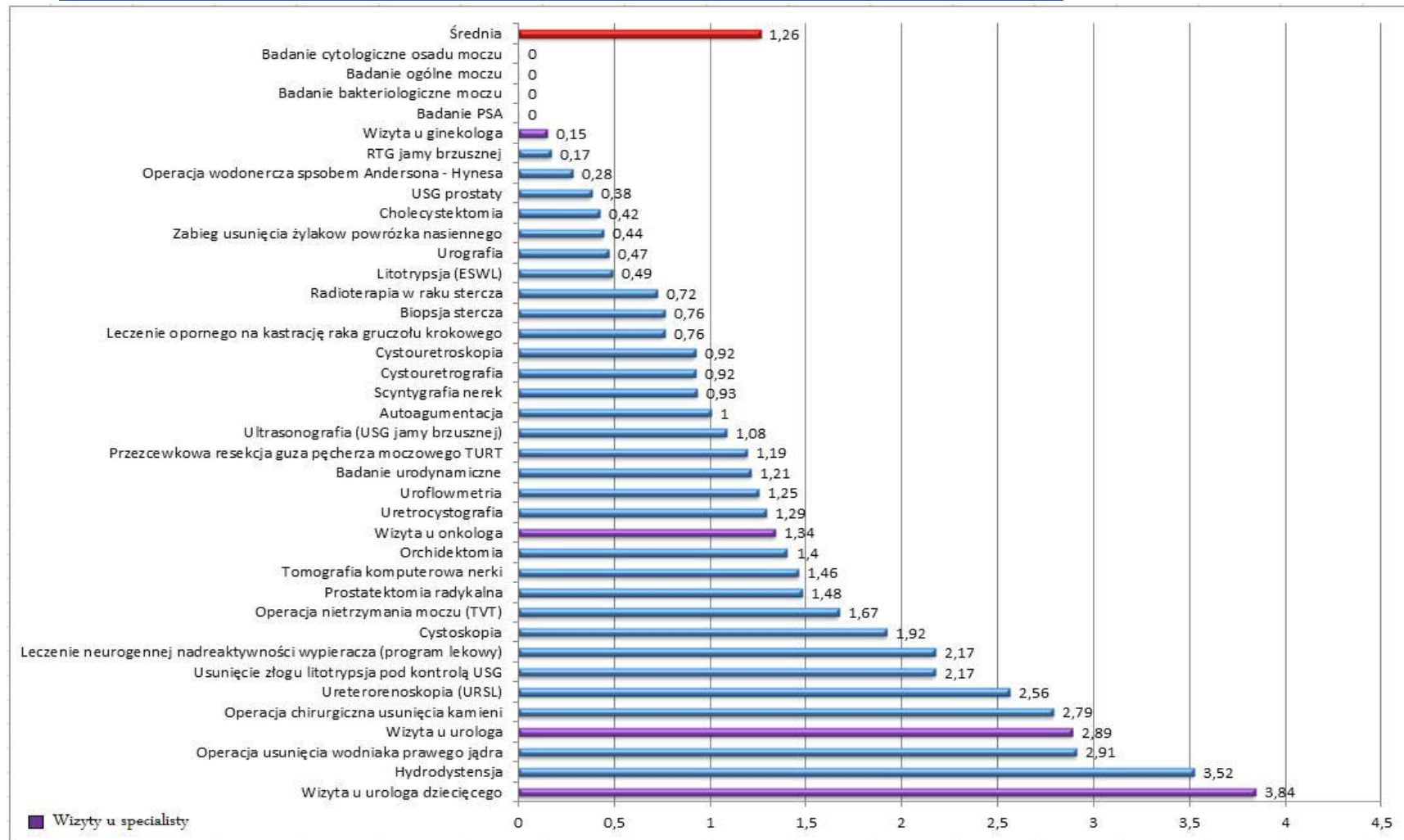
Rysunek. 3 Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie urologii dziecięcej.

3.1.2. Dostępność do najczęściej wykonywanych świadczeń urologicznych

Wśród grupy zbadanych świadczeń urologicznych najdłuższy czas oczekiwania odnotowano dla wizyty u urologa dziecięcego, wynosi on 3,84 miesiąca. Zjawisko to może być spowodowane małą liczbą specjalistów w dziedzinie urologii dziecięcej. W Polsce liczba lekarzy, którzy wybrali tę specjalizację wynosi tylko - 59.¹ Długi czas oczekiwania zaobserwowano także w przypadku zabiegu hydrodystensji, ok. 3,52 mies. Natomiast pacjenci potrzebujący wykonać badania laboratoryjne, takie jak badanie ogólne, bakteriologiczne, cytologiczne moczu oraz badanie PSA nie natrafiali na trudności z wykonaniem tego rodzaju testów. Należy jednak pamiętać, że każdy wynik musi zinterpretować lekarz i w tym momencie pacjenci natrafiają na ograniczenia.

¹ http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/102495/Zestawienie-nr-04.pdf

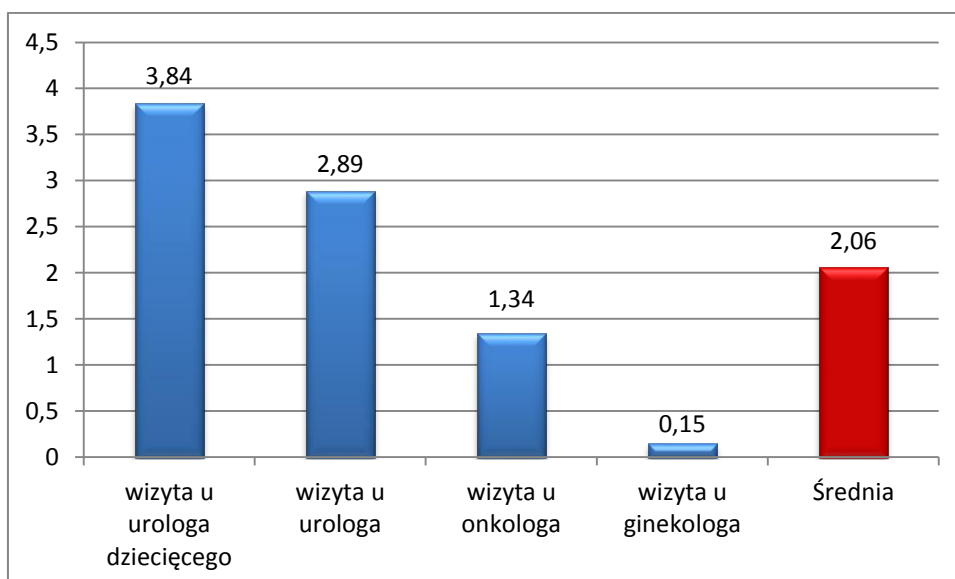
[dostęp z dnia 27.10.2015 r.].



Rysunek. 4 Czas oczekiwania na „gwarantowane” świadczenia urologiczne w okresie czerwiec – wrzesień 2015 r. (mies.).

Wizyty

Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w dziedzinie urologii wyniósł ok. 2,1 mies. (ponad 8 tyg.). W zestawieniu długości czasu oczekiwania do specjalistów wzięto pod uwagę także lekarza ginekologa, który ma duży wpływ na diagnozowanie kobiecych problemów urologicznych oraz lekarza onkologa, który jest pomocny w diagnostyce i leczeniu raka stercza. W porównaniu jednak do wizyty u urologa i urologa dziecięcego czas oczekiwania na wizytę u pozostałych specjalistów jest znacznie krótszy.



Rysunek 5. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w obszarze dziedzin urologicznych w okresie czerwiec – wrzesień 2015 r. (mies.).

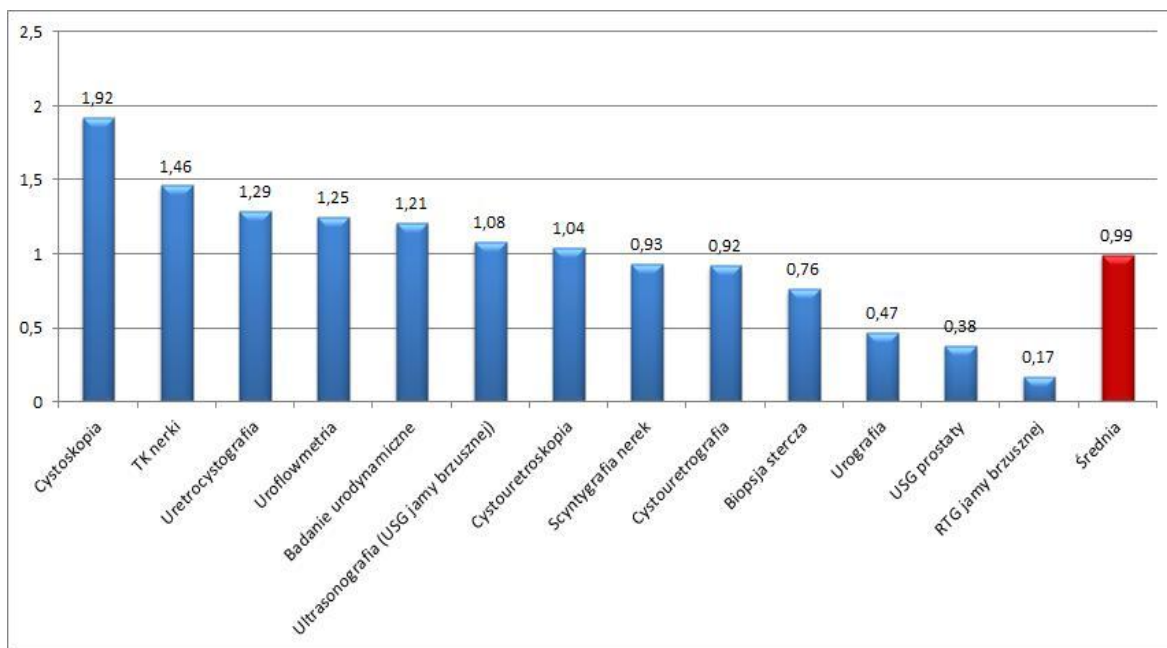
Diagnostyka

W ramach świadczeń urologicznych Fundacja WHC poddała analizie dostępność do 13 badań diagnostycznych. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne dla świadczeń z dziedziny urologii wyniósł 1 miesiąc (4 tyg.). Dane zebrane przez Fundację Watch Health Care wskazują, że 71-letni mężczyzna z występującym częstomoczem oraz krwimoczem, z potwierdzonym guzem pęcherza moczowego, który posiada skierowaniem od urologa w celu pogłębienia diagnozy –

cystoskopia, musi oczekiwać w kolejce prawie 2 miesiące (8 tygodni). Długi czas oczekiwania dotyczy również:

- tomografii komputerowej TK nerki – 1,46 mies. (5,9 tyg.),
- uretrocystografii – 1,29 mies. (5,1 tyg.),
- uroflowmetrii – 1,25 mies. (5 tyg.), jest to jedna z części badania urodynamicznego,
- badania urodynamicznego – 1,21 mies. (prawie 5 tyg.).

Natomiast badaniem diagnostycznym, do którego wykazano najkrótszy czas oczekiwania jest RTG jamy brzusznej, na wykonanie którego czeka się średnio 5 dni (0,17 mies.). Powyższe dane obrazuje rys. 6.



Rysunek 6. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne w okresie czerwiec – wrzesień 2015 r. (w mies.).

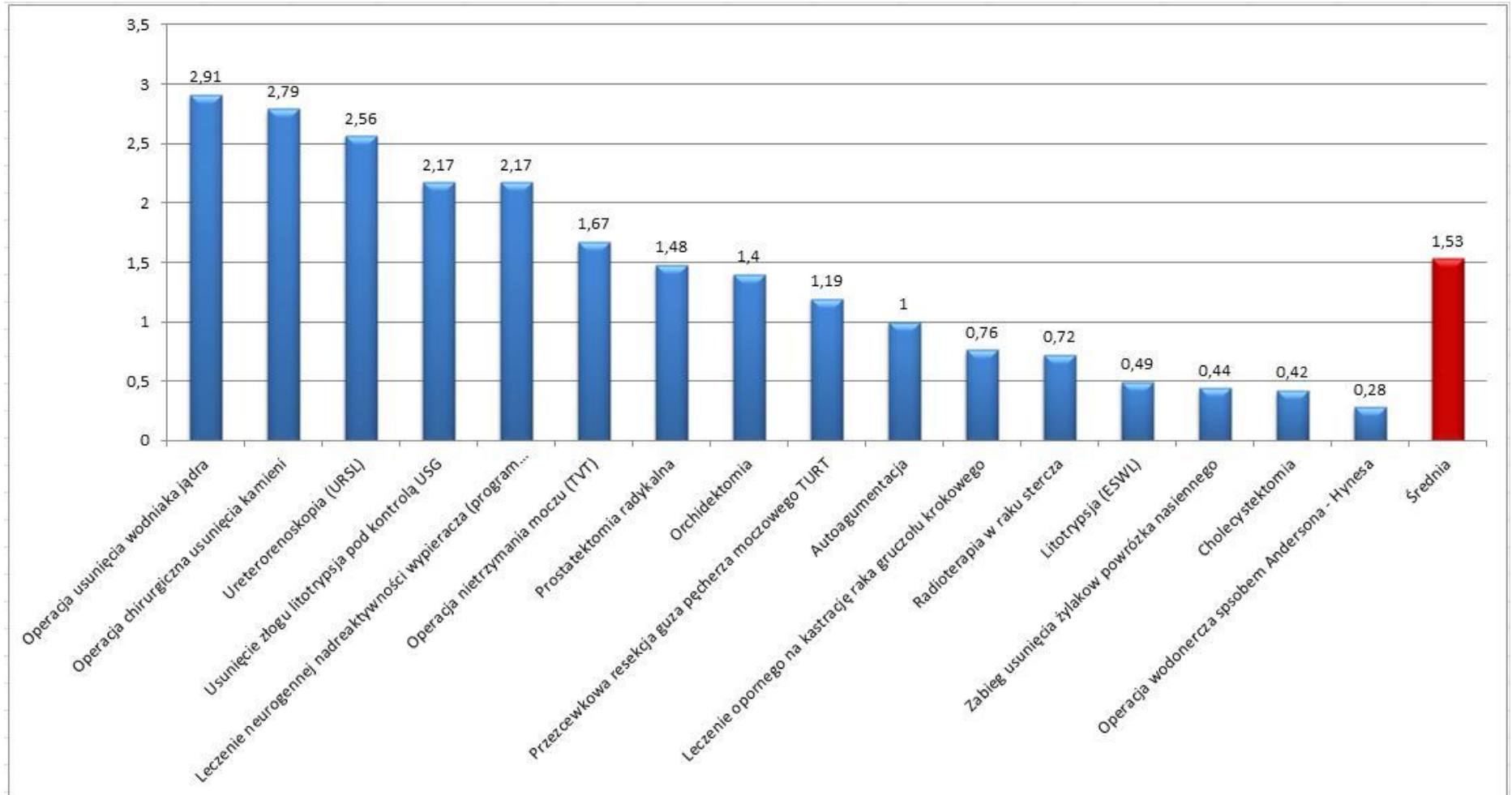
Zabiegi

W grupie świadczeń zdefiniowanych jako „zabiegi”, monitorowaniem objętych zostało 17 procedur medycznych. **W ujęciu generalnym, na zabiegi urologiczne w badanym okresie czerwiec-wrzesień 2015 r. czas oczekiwania wynosił około 1,5 mies. (6 tyg.).** Najdłużej, bo ok. 3,52 mies. oczekiwano na zabieg hydrodystensji - rozciągania ścian pęcherza za pomocą płynu podanego do pęcherza pod ciśnieniem.

Świadczeniami obciążonymi długim czasem oczekiwania były: operacja usunięcia wodniaka jądra 2,91 mies. (11,6 tyg.), operacja chirurgiczna usunięcia kamieni 2,79 mies. (11,1 tyg.), ureterorenoskopia URSL 2,56 mies. (10,1 tyg.), usunięcie złogu litotrypsja pod kontrolą USG 2,17 mies. (8,7 tyg.), oraz leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza toksyną botulinową 2,17 mies. (8,7 tyg.). Natomiast świadczeniami, na które pacjenci czekali **poniżej dwóch tygodni** były:

- operacja wodonercza sposobem Andersona – Hynesa,
- cholecystektomia,
- zabieg usunięcia żyłaków powrózka nasiennego,
- litotrypsja pozaustrojowa.

Zestawienie średnich czasów oczekiwania na wykonanie zabiegów w dziedzinie urologii zostało zaprezentowane na rys. 7.



Rysunek 7. Czas oczekiwania na badania diagnostyczne w okresie czerwiec – wrzesień 2015 r. (w mies.).

3.1.3. Programy lekowe – urologia.

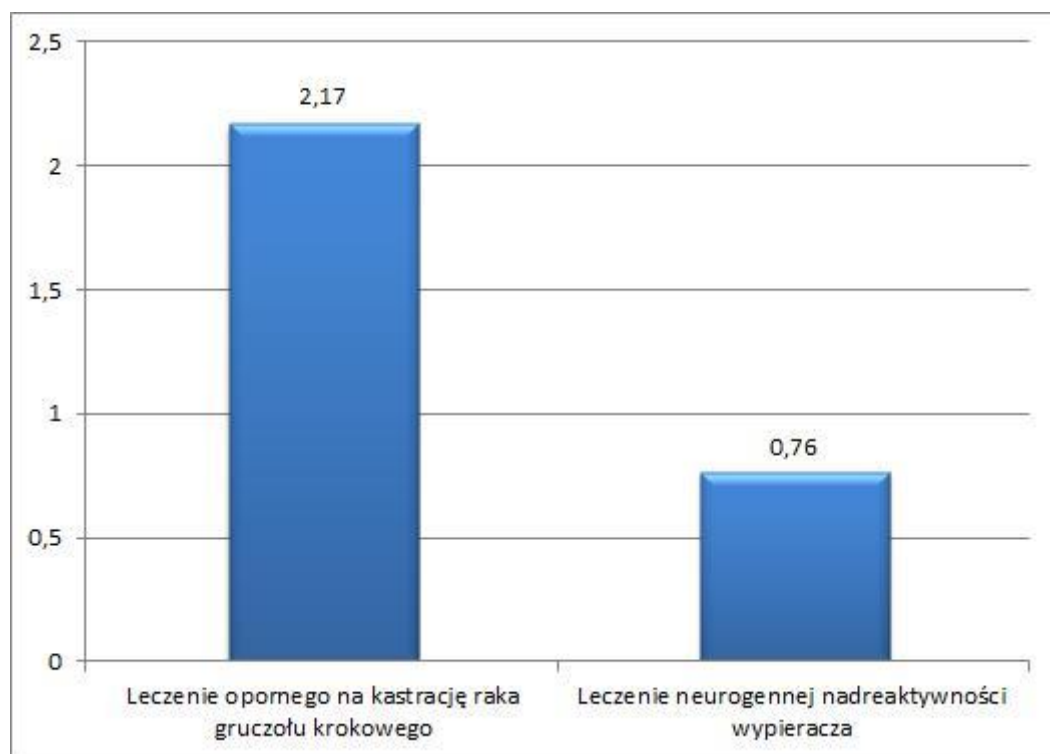
W urologii dostępne są dwa dedykowane programy lekowe:

1. Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10 N31)

Ten program lekowy obowiązuje od 1 września 2015 roku. Refundacją objęta jest toksyna botulinowa typu A w leczeniu nietrzymania moczu. Leczeniu mogą poddać się dorośli pacjenci z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym. Aby zostać włączonym do programu należy przejść cały proces kwalifikacji, gdzie najważniejsze jest badanie urodynamiczne, wykonane najlepiej w ostatnich miesiącach, ale nie później niż rok przed kwalifikacją do programu. **Fundacja WHC badając dostępność do tego programu lekowego napotkała na trudności w postaci ograniczonej wiedzy personelu medycznego o dostępności tego programu i małej liczbie ośrodków w Polsce wykonujących ten rodzaj leczenia. Według zebranych danych średni czas oczekiwania na leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza toksyną botulinową typu A wyniósł prawie 2,2 mies. (niepełne 9 tyg.).**

2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)

Jest to program lekowy na pograniczu urologii i onkologii. Możliwość leczenia pacjentów tym programem istnieje od 1 stycznia 2014 r. Terapia octanem abirateronu przeznaczona jest dla pacjentów z zaawansowanym rakiem gruczołu krokowego, u których przestała działać standardowa hormonoterapia (tzw. rak prostaty oporny na kastrację), a choroba postępuje w trakcie lub po chemioterapii. Program ten dostępny jest w centrach onkologicznych oraz w większych placówkach onkologicznych. **Czas oczekiwania na leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu w ramach programu lekowego według danych z września 2015 r. wynosi 0,76 mies. (ok. 3 tyg.).** Zestawienie czasu oczekiwania na oba programy lekowe obrazuje rys. 8.



Rysunek. 8 Czas oczekiwania na leczenie w ramach programów lekowych w dziedzinie urologii/onkologii wrzesień 2015 r. (mies.).

4. Problem nietrzymania moczu

Problem nietrzymania moczu (NTM) to choroba cywilizacyjna, na którą cierpi ok. 10 proc. populacji po 30 roku życia². Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organisation - WHO) i Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (International Continence Society – ICS) nietrzymanie moczu to niezależny od woli wyciek moczu przez cewkę moczową, który w efekcie stanowi problem socjalny i higieniczny. Nietrzymanie moczu może być objawem wielu schorzeń i w zależności od przyczyny może mieć różne rodzaje. Podstawowe trzy typy nietrzymania moczu to: wysiłkowe NTM, nietrzymanie moczu z parcia, czyli tzw. pęcherz nadreaktywny (OAB) oraz mieszane NTM (połączenie wysiłkowego NTM i pęcherza nadreaktywnego). Nietrzymanie moczu może występować o różnym nasileniu – małym, średnim lub dużym. Przypadłość ta określa jest również jako inkontynencja³.

Najczęstsza postać występująca to wysiłkowe nietrzymanie moczu – cierpi na nią ok. 49 proc. chorych, nietrzymanie moczu na tle nadreaktywnego pęcherza (OAB) stanowi natomiast ok. 22 proc. przypadków. Wysiłkowe nietrzymanie moczu spowodowane jest osłabieniem mięśni dna miednicy, które nie zaciskają prawidłowo cewki moczowej. Mocz wycieka bezwiednie z pęcherza, gdy rośnie w nim ciśnienie, co najczęściej zdarza się podczas wysiłku fizycznego, ale również w trakcie kaszlu, kichania lub śmiechu. Z kolei nietrzymanie moczu na tle pęcherza nadreaktywnego objawia się mimowolnym wyciekaniem moczu, któremu towarzyszy lub go poprzedza, uczucie nagłego parcia na mocz. Mieszane nietrzymanie moczu to kombinacja dwóch powyższych typów NTM, czyli mimowolny wyciek moczu podczas wysiłku, kichania lub kaszlu oraz towarzyszące choremu uczucie nagłego parcia. Z badań wynika, że na tę postać NTM cierpi ok. 29 proc. wszystkich osób z nietrzymaniem moczu⁴.

² *Eksperti: refundacja leku w NTM zależna od drogiego i niepotrzebnego badania*, Portal Rynek Zdrowia (<http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Eksperti-refundacja-leku-w-NTM-zalezna-od-drogiego-iniepotrzebnego-badania,123724,6.html>). [dostęp 05.11.2015 r.]

³ <http://www.prozdrowie.pl/Artykuly/Zdrowie-A-Z/Nietrzymanie-moczu/Definicja-i-podzial-nietrzymania-moczu>. [dostęp 05.11.2015 r.]

⁴ http://www.ntm.pl/?pid=main_tresc.pl.203_html [dostęp 05.11.2015 r.]

4.1.1. Zespół pęcherza nadreaktywnego OAB

Zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB – overactive bladder) objawia się nietrzymaniem moczu spowodowanym nagłym parciem, częstym oddawaniem moczu w dzień i w nocy oraz parciem nagłym. W zależności czy objawy te uwzględniają nietrzymanie moczu czy też nie, wyróżnia się pęcherz nadreaktywny „mokry”, bądź „suchy”. Według Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji zespół pęcherza nadreaktywnego rozpoznaje się na podstawie objawów takich jak: częstomocz, parcie naglące, naglące nietrzymanie moczu. Objawy te mogą występować oddzielnie lub wspólnie, jednak czynnikiem koniecznym pozwalającym stwierdzić tę chorobę jest parcie naglące, przy jednoczesnym wykluczeniu innych zmian patologicznych w obrębie dróg moczowych (np. infekcja dolnych dróg moczowych), które mogłyby tłumaczyć te objawy⁵. W Polsce pacjenci, aby otrzymać leki refundowane, które stosuje się w leczeniu OAB muszą poddać się diagnostycznemu badaniu urodynamicznemu. Warto wspomnieć, że Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG) oraz Polskie Towarzystwo Urologiczne (PTU) opiniują wykonanie tego badania, jako zbędnego do rozpoznania oraz leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego. Także inni specjaliści, w tym Konsultanci Krajowi, wskazali za niezasadne wykonywanie badania w postępowaniu diagnostycznym.

Czynniki etiologiczne powodujące tę chorobę nie są do końca znane. Badania wykazują jednak, że głównymi przyczynami zapadalności na NTM często są uwarunkowania genetyczne⁶ i zaburzenia neurologiczne centralnego oraz obwodowego układu nerwowego. Do innych przyczyn zaliczyć należy: otyłość, siedzący tryb życia czy nieodpowiednią dietę, a także zmiany w obszarze dolnych dróg moczowych, spowodowane np. ciążą⁷.

⁵ Radziszewski P, Baranowski W, Nowak-Markwitz E, et al. Wytyczne Zespołu Ekspertów odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym. *Ginekol Pol.* 2010, (81):789-793, s. 9-12.

⁶ Nowakowski Ł, Kulik-Rechberger B, et al. Pęcherz nadreaktywny- nowe spojrzenie na etiopatogenezę idiopatycznej postaci tego schorzenia. *Ginekol Pol.* 2012, (83):844-848.

⁷ Dokowicz A. Pęcherz nadreaktywny. *Stowarzyszenie inspektorów ochrony radiologicznej.*

<http://www.sior.pl/index.php/101-aktualnosci/najnowsze/1686-pecherz-nadreaktywny> [dostęp 05.11.2015 r.]

Na świecie przeprowadzono szereg badań dot. zapadalności na zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB). W skali światowej populacja ta oscyluje w granicach 50-100 mln osób⁸. W Polsce szacuje się, że jest to ok. 2 – 3 mln osób. Zapadalność określa się natomiast na ok. 10 – 15 tysięcy osób rocznie⁹.

Dolegliwość ta dotyka osoby w każdym wieku i występuje z podobną częstością wśród obu płci. Ryzyko wystąpienia OAB zwiększa się wraz z wiekiem (1 na 5 osób powyżej 40 r.ż. ma problemy z OAB¹⁰) i zwykle pojawia się wraz z innymi objawami ze strony dolnych dróg moczowych. Istnieje wiele powszechnych schorzeń, chorób współistniejących, które towarzyszą OAB. Są to m.in.: depresja, zaparcia, schorzenia neurologiczne czy zaburzenia wzrodu¹¹.

4.1.2. Postępowanie specjalistyczne w nietrzymaniu moczu OAB

Rozpoznanie OAB obejmuje: dokładny wywiad lekarski, pozwalający na stwierdzenie lub wykluczenie występowania objawów charakterystycznych dla OAB oraz ocenę stopnia ich nasilenia, analizę 3-dniowego dzienniczka mikcji, badanie fizykalne obejmujące badanie brzucha, badanie przez pochwę, badanie przed odbytem u mężczyzn oraz badanie neurologiczne. Następnie badania podstawowe, tj. badanie ogólne moczu, posiew moczu i badanie USG z oceną zalegania moczu po mikcji. Istotne są również badania dodatkowe: uretrocystografia, cystouretrografia mikcyjna, cystouretroskopia oraz badanie urodynamiczne. Przebieg leczenia pęcherza nadreaktywnego (OAB) powinien zawierać działania nefarmakologiczne: terapię behawioralną, czyli zmianę diety (ograniczenie spożywania napojów zawierających kofeinę, alkohol, napojów gazowanych czy sztucznych środków słodzących oraz trening pęcherza poprzez oddawanie moczu w regularnych odstępach czasu; metody fizjoterapeutyczne, np. ćwiczenia mięśni dna miednicy (opisane przez Kegla).

⁸ Pisarska-Krawczyk M, Urbaniak T, Klejewski A. Pęcherz nadreaktywny- diagnostyka i leczenie. Przegląd Lekarski. 2012, 69(10):1157

⁹ Agencja Oceny Technologii Medycznych, Rada Konsultacyjna. Stanowisko nr 49/14/2009 z dnia 6 lipca 2009 r. w sprawie finansowania solifenacyny (Vesicare®) w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego. 2009, 1.

¹⁰ Healthline Editorial Team. Overactive bladder risk factors. 2010. <http://www.healthline.com/health/overactive-bladder-risk-factors>. [dostęp 05.11.2015 r.]

¹¹ Guidelines on Incontinence, s. 6.

Podstawową formę leczenia pacjentów stanowi farmakoterapia. Każdy pacjent zaczynający leczenie musi pamiętać, że jest ono przewlekłe, co oznacza, że kontrolowanie objawów następuje tylko w przypadku trwania terapii. Główne substancje lecznicze, na bazie których następuje produkcja leków stosowanych w leczeniu OAB to solifenacyna i tolterodyna. W Polsce dostępnych jest 6 refundowanych preparatów stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu z powodu parć nagłych – jeden na bazie substancji czynnej ww. solifenacyny oraz pięć na bazie tolterodyny (odpłatność 30 %).¹² Zdarza się, że chorzy często rezygnują z kuracji z powodu występujących skutków ubocznych oraz braku poprawy jakości życia. Zauważalny jest ograniczony dostęp do leczenia farmakologicznego, objawiający się np. brakiem refundacji na etapie terapii stosowanej w drugiej linii leczenia, czy braku możliwości refundacji leczenia skojarzonego. Zupełnie innym profilem działania charakteryzują się leki adrenomimetyczne. Obecnie jedynym takim lekiem stosowanym w OAB, zarejestrowanym w Polsce, ale nierefundowanym mimo pozytywnej opinii AOTMiT-u jest mirabegron. Ma on dobrze udowodniony profil skuteczności i bezpieczeństwa, może być on stosowany w drugiej linii leczenia oraz w leczeniu skojarzonym, nie powoduje dużej ilości nasilonych objawów niepożądanych.¹³

W przypadku, gdy stwierdzono brak skuteczności wyżej wymienionych leków lub u pacjenta występują zbyt poważne objawy niepożądane można spróbować terapii toksyną botulinową. Aby była ona w pełni skuteczna należy powtarzać ją co 3-9 miesięcy. Od 1 września 2015 r. istnieje możliwość leczenia pacjentów w ramach programu lekowego. W praktyce jednak programem objęci są tylko pacjenci z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym. Dla pozostałych pacjentów terapia ta nie jest dostępna w ramach refundacji.

Bardzo popularna i ciesząca się dużym zainteresowaniem na świecie jest metoda neuromodulacji korzeni krzyżowych. W Polsce nie jest to metoda refundowana mimo

¹² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. 2015.66)

¹³ http://www.aotm.gov.pl/bip/assets/files/zlecenia_mz/2014/221/REK/RP_244_2014_betmiga.pdf [dostęp 05.11.2015 r.]

zaobserwowanej poprawy w oddawaniu moczu i zmniejszeniu dolegliwości bólowych. Ponadto zabiegi tego typu prywatnie wykonuje niewielu specjalistów w Polsce.

Zapobieganie i leczenie zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych, w tym nietrzymania moczu stanowi duże wyzwanie dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2014 pokazała wady funkcjonowania systemu refundacyjnego dotyczącego leczenia i utrzymania higieny pacjentów z nietrzymaniem moczu. Autorzy raportu dotyczącego refundacji zwracają uwagę na przewyższające koszty diagnostyki nad kosztami refundacji samego leczenia farmakologicznego. Koszt finansowania leków za 2014 r. wyniósł 4 545 650,82 zł - w przypadku stosowania solifenacyny oraz 3 004 527,16 zł - w przypadku tolterodyny. Przedział cenowy za lek wynosi 73,43- 97,15 zł dla solifenacyny oraz 5,42 - 22,75 zł dla tolterodyny. Natomiast koszt ponoszony przez płatnika publicznego z racji wykonania badania urodynamicznego wyniósł w 2014 r. 10 208 784 zł. Badań urodynamicznych wykonano ok. 25 tys. Stosunek refundacyjny wynosił więc w 2014 r. ok. 7,5 mln środków wydanych na farmakoterapię doustną do ponad 10 mln środków przeznaczonych na diagnostykę wstępną w ramach badania urodynamicznego.¹⁴ W przypadku gdy pacjent chciałby wykonać badanie urodynamiczne prywatnie musi liczyć się z kosztem w granicach 300-400 zł. Zdaniem specjalistów niezależnie od formy leczenia na każdym etapie niezbędne jest wyposażenie pacjenta w środki absorpcyjne. Niestety w tym zakresie pacjent z nietrzymaniem moczu napotyka na bariery refundacyjne, według rozporządzenia Ministra Zdrowia¹⁵ osoba chora musi posiadać dodatkowo jedną z chorób współistniejących, aby otrzymać środki wchłaniające pomocne przy NTM.

¹⁴ http://www.ntm.pl/upload/file/Raport_NTM%20_2015.PDF [dostęp 05.11.2015 r.]

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

5. Etapowość leczenia

Pacjent urologiczny to pacjent dla którego często pierwsze i kolejne spotkania ze specjalistami z dziedziny urologii wiążą się z dużym stresem. Wstyd przed badaniem i niewiedza czym naprawdę zajmuje się urolog stanowią główny powód późnego zgłoszenia się do lekarza i co za tym idzie jest często przyczyną rozpoznania choroby w późnym stadium zaawansowania. Niestety, z powodu sekwencyjności diagnostyki i leczenia, chory napotyka na swojej drodze również kolejki, praktycznie na każdym kolejnym etapie, przy czym kilka razy traci czas z racji oczekiwania na kolejne konsultacje w celu uzyskania skierowania, na badanie diagnostyczne czy zabieg. Korzystając ze zgromadzonych danych Fundacja WHC przybliżyła problem analizując go pod kątem, dostępu pacjenta urologicznego do wizyt, badań i zabiegów.

W niniejszym raporcie zwracamy szczególną uwagę na trzy najczęściej występujące choroby urologiczne: nietrzymanie moczu w wyniku nadreaktywności pęcherza moczowego, kamicy pęcherza moczowego oraz raka stercza. Przedstawione dane obrazują etapowość leczenia poszczególnych chorób od ich podejrzenia do rozpoczęcia leczenia.

5.1.1. Etapowość postępowania w nietrzymaniu moczu – nadreaktywność pęcherza moczowego (OAB)

Ocena etapowości postępowania w przypadku nietrzymania moczu została przedstawiona przez Fundację WHC po raz pierwszy. Ścieżka pacjenta urologicznego zaprezentowana została na przykładzie pacjenta cierpiącego na nietrzymanie moczu w wyniku nadreaktywności pęcherza moczowego (OAB).

Pacjent swoją ścieżkę diagnostyki rozpoczyna u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Lekarz - w przypadku chorego, który skarży się na nietrzymanie moczu, może zlecić podstawowe badania moczu: badanie ogólne moczu, bakteriologiczne moczu, czy też badanie cytologiczne osadu moczu. Diagnostyka ta służy wstępnej ocenie funkcjonowania układu moczowego, wykryciu zakażenia, czy ocenie komórek znajdujących się w moczu. Fundacja nie odnotowała kolejek do wykonania tego typu badań. Dodatkowo specjalista może zlecić USG układu moczowego, na które pacjent musi poczekać w kolejce 1,1 mies. (4,4 tyg.).

Jeśli wyniki badań laboratoryjnych nie wykazują nieprawidłowości, pacjent może zostać skierowany na pogłębioną diagnostykę do urologa. Na wizytę u specjalisty trzeba poczekać ok. 2,9 mies. Lekarz urolog w celu diagnostyki nietrzymania moczu przeprowadza z pacjentem wywiad odnoście objawów, może zlecić prowadzenie dzienniczka mikcji, test podpaskowy, czy ocenę cewki oraz pęcherza moczowego poprzez urografię (szczególnie ważna jest ona u pacjentów 45+, gdzie OAB mogą towarzyszyć inne objawy patologiczne). Czas oczekiwania na urografię wynosi 0,5 mies. (2 tyg.).

Kolejnym badaniem służącym ocenie stanu układu moczowego jest cystoureteroskopia. Na jej wykonanie pacjent czeka w kolejce ok. 1 mies. (4 tyg.). Według wytycznych i zaleceń rozpoznanie pęcherza nadreaktywnego ustala się w oparciu o wywiad i nieinwazyjne badanie urodynamiczne. W praktyce jednak, zgodnie z wymaganiami Ministerstwa Zdrowia, aby otrzymać leki refundowane konieczne jest wykonanie badania urodynamicznego. Czas oczekiwania na to badanie wynosi średnio 1,2 mies. (4,9 tyg.). Jest to badanie nie komfortowe dla pacjenta i w większości przypadków nie jest ono konieczne do diagnostyki OAB.

Refundowanymi lekami dostępnymi dla pacjenta z OAB są:

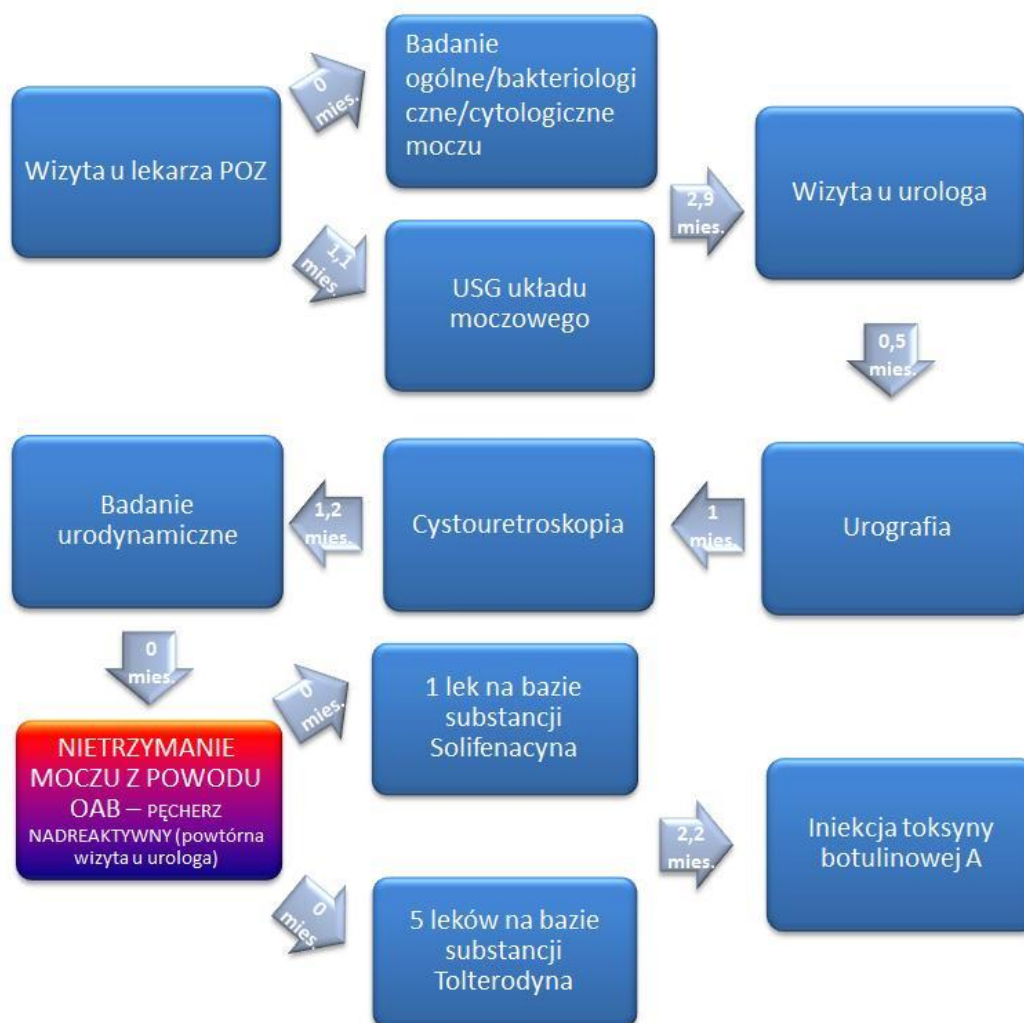
- jeden na bazie substancji czynnej solifenacyna
- pięć na bazie substancji czynnej tolterodyna

W przypadku, gdy farmakoterapia nie jest skuteczna, co wiąże się z kolejnymi wizytami u specjalisty (ich czasu nie odnotowano po raz kolejny w etapowości) lekarz może zakwalifikować pacjentkę do programu lekowego (jednak jego refundacja odbywa się tylko w ścisłych wskazaniach str. 18 raportu). Terapia toksyną botulinową typu A polega na ostrzykiwaniu ścian pęcherza moczowego. Niestety na rozpoczęcie leczenia tego rodzaju pacjent będzie musiał poczekać ok. 2,2 mies. (8,9 tyg.).

Sumując czasy oczekiwania na poszczególne świadczenia, czas od zdiagnozowania do leczenia pacjenta toksyną botulinową wynosi średnio 8,9 mies. (ok. 35,6 tyg.). Jest to bardzo długi okres oczekiwania na pomoc, zwłaszcza przy dolegliwości, która znacznie utrudnia codzienne funkcjonowanie. Sama decyzja o pójściu z problemem do specjalisty nie jest łatwa i często chorzy odwołują ją w czasie. Zawężone kryteria refundacyjne sprawiają, że pacjentom ciężko jest uzyskać pomoc w ich dolegliwościach. **Podkreślić należy także, że farmakoterapia doustna, czy**

wstrzyknięcie toksyny botulinowej nie kończy leczenia, gdyż dolegliwość ta leczona jest przewlekle.

Ścieżkę leczenia pacjenta z nietrzymaniem moczu z powodu OAB przedstawia rys. 9.



Rysunek. 9 Etapowość postępowania u pacjenta z nietrzymaniem moczu z powodu pęcherza nadreaktywnego od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia - średnie (mies.).

Tab. 1 Etapowość postępowania w nietrzymaniu moczu OAB od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia

Etapowość leczenia nietrzymania moczu OAB	Zakończona farmakoterapią doustną	Zakończona wstrzyknięciem toksyny botulinowej typu A
Skumulowany czas oczekiwania	6,7 mies. (26,9 tyg.)	8,9 mies. (35,6 tyg.)

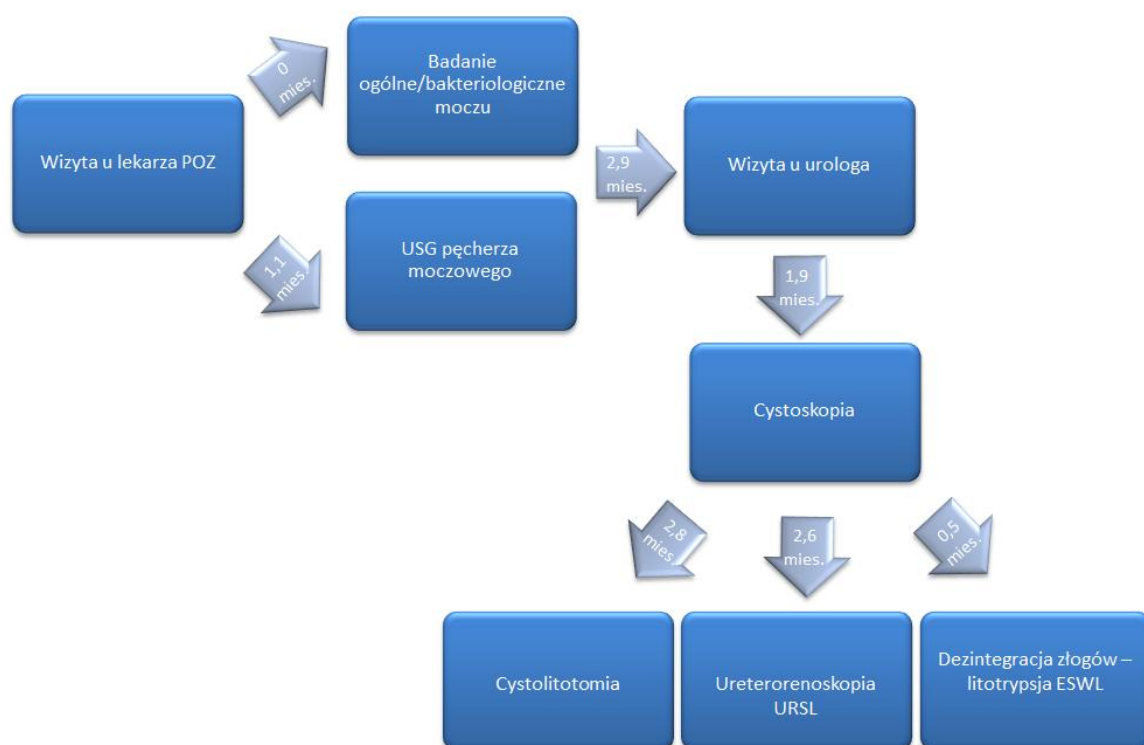
5.1.2. Etapowość postępowania w leczeniu kamicy pęcherza moczowego (przypadek stabilny)

Kamienie moczowe powstają w różnych miejscach odcinka dróg moczowych, również w pęcherzu moczowym. Etapowość postępowania w przypadku kamicy pęcherza moczowego zaczyna się od wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Pacjent może skarżyć się na bóle w okolicy podbrzusza, częste, bolesne oddawanie moczu, przerywany strumień moczu, bolesność prącia lub jąder, czy krwimocz. Lekarz w celu wstępnej diagnostyki może zlecić podstawowe badania moczu, do których Fundacja nie odnotowała kolejek. W celu wstępnej diagnostyki pacjenta lekarz może zlecić wykonanie USG pęcherza moczowego, dostępność do tego badania wynosi ok. 1,1 mies. (4,4 tyg.). Z wynikami badań lekarz POZ może skierować pacjenta do urologa, gdzie średni czas oczekiwania na wizytę wynosi 2,9 mies. (11,6 tyg.). Specjalista może zlecić także cystoskopię, która służy ocenie pęcherza moczowego. Na wykonanie tego typu badania czeka się przeciętnie 1,9 mies. (7,6 tyg.). Jeśli wyniki badań wskazują na kamicę pęcherza moczowego, lekarz podejmuje decyzję o formie leczenia.

Operacja usunięcia złogu może być wykonywana endoskopowo - w przypadku litotrypsji ESWL odbywa się laserowa dezintegracja złogów. Średni czas oczekiwania wynosi dla pacjenta 0,5 mies. (2 tyg.). Możliwe jest także usunięcie złogów metodą ureterorenoskopii URSL w moczowodzie w całości lub kruszenie. Fragmenty usuwane są za pomocą kleszczyków, bądź odpowiednich koszyczków. Czas oczekiwania na to świadczenie wynosi 2,6 mies. (10,4 tyg.). **Natomiast w przypadku klasycznej operacji – cystolitotomii pacjent czeka w kolejce ok. 2,8 mies. (11,1 tyg.).** Wspomnieć należy, że metoda operacyjna usunięcia złogów stosowana jest bardzo rzadko - zazwyczaj w przypadkach występowania dużych złogów, ciężkich do skruszenia endoskopowo. Rozwój medycyny i nowoczesnych technologii powoduje odchodzenie od

klasycznych metod chirurgicznego leczenia w przypadkach kamicy moczowodowej. Dąży się również do zmniejszania inwazyjności leczenia i skracania czasu hospitalizacji.¹⁶

Etapowość postępowania w przypadku leczenia pacjentów z kamieniami moczowymi w pęcherzu moczowym przedstawia rys. 10.



Rysunek. 10 Etapowość postępowania w leczeniu kamicy pęcherza moczowego, przypadek stabilny – średnie (mies.).

Tabela 2. Etapowość postępowania w leczeniu kamieni pęcherza moczowego od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia (z uwzględnieniem USG pęcherza moczowego oraz cystoskopii w diagnostyce)

Etapowość leczenia kamicy pęcherza moczowego	Zakończona cystolitotomią	Zakończona ureterorenoskopią URSL	Zakończona litotrypsją ESWL
Skumulowany czas oczekiwania	8,7 mies. (31,1 tyg.)	8,5 mies. (34 tyg.)	6,4 mies. (28,9 tyg.)

¹⁶ <http://www.urologiapolska.pl/arttykul.php?3294> [dostęp: 05.11.2015 r.]

Biorąc pod uwagę długi skumulowany czas oczekiwania dotyczący usunięcia kamieni pęcherza moczowego, należy pamiętać, że przy objawowej kamicy dróg moczowych (w tym pęcherza) pacjent trafiający na SOR w ramach ostrego dyżuru może mieć wykonaną diagnostykę obrazową w tym USG, czy TK oraz konsultację urologiczną w trybie przyśpieszonym.

5.1.3. Etapowość postępowania w raku stercza

Ocena etapowości postępowania w raku prostaty była przedstawiana przez Fundację WHC dwukrotnie w projekcie OnkoBarometr. Poniższa etapowość uwzględnia czasy oczekiwania na poszczególne świadczenia, które badane były we wrześniu 2015 r. W przypadku świadczeń na pograniczu urologii i onkologii czasy oczekiwania zbierane były zarówno w centrach onkologicznych, jak i zwykłych placówkach, dlatego różnią się od czasów zamieszczonych w całym raporcie.

Polskie statystyki dotyczące raka stercza pokazują, że w 2015 roku liczba zachorowań może wynieść ponad 13,3 tys. osób., a w 2025 r. może wzrosnąć do poziomu ponad 22,3 tys. osób chorych. Większość zachorowań i zgonów w polskiej populacji występuje wśród mężczyzn w dwóch grupach wiekowych 45-64 lata oraz powyżej 65 lat.¹⁷

Pacjent swoją ścieżkę diagnostyki zaczyna u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), kolejno potem kierowany jest na badanie PSA - z wynikami musi udać do urologa i tutaj napotyka na pierwszą przeszkodę, gdyż na wizytę u urologa trzeba czekać około 5 mies. Lekarz urolog analizuje wyniki PSA oraz wykonuje badanie per rectum, po którym stawia wstępną diagnozę. W przypadku gdy podejrzewa zmiany nowotworowe kieruje pacjenta na biopsję stercza (ponad 3 tygodnie oczekiwania), gdzie pobierany jest wycinek do badania histopatologicznego (średnio od 2-3 tyg. oczekiwania na wynik). Z wynikami badań pacjent ponownie udaje się do urologa. W analizowanej przez Fundację WHC etapowości postępowania do rozpoczęcia leczenia raka prostaty czas oczekiwania na kolejną wizytę został przyjęty jako zerowy (0 dni). Jednak w rzeczywistości pacjent może napotkać na ograniczenia związane z powtórnią wizytą

¹⁷ http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Prognozy_2025.pdf, str.71 [dostęp z dn. 01.10.2015 r.].

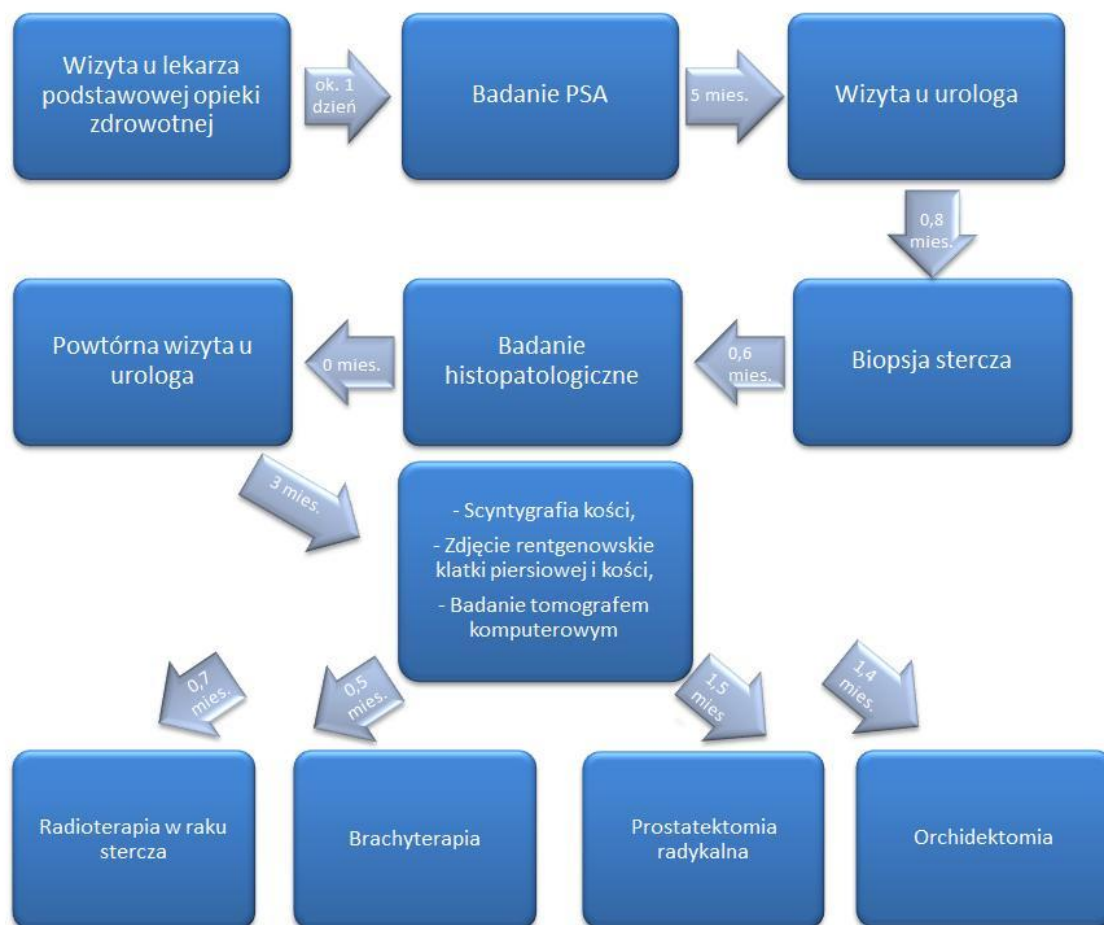
u specjalisty, które automatycznie wydłużą skumulowany czas oczekiwania. Pacjent ma następujące możliwości:

- może zostać przyjęty bez kolejki;
- lekarz ustala termin konsultacji;
- czeka w kolejce do wizyty drugo-razowej;
- musi od początku przeczekać w kolejce, aby dostać się do specjalisty.

Jeżeli wyniki badań są nieprawidłowe, lekarz podejmuje decyzję o wykonaniu kolejnych badań diagnostycznych, a w końcu o formie podjętej terapii. Rozważono cztery możliwości leczenia pacjenta:

- radioterapia w raku stercza – 0,7 mies. (2,9 tyg.)
- brachyterapia – 0,5 mies. (2 tyg.)
- prostatektomia radykalna – 1,5 mies. (6 tyg.)
- orchidektomia – 1,4 mies. (5,6 tyg.)

Etapowość postępowania w raku stercza przedstawia rys. 11.



Rysunek . 11 Etapowość postępowania w raku prostaty od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO – średnie (mies.).

Tabela 3. Etapowość postępowania w raku prostaty od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia: pacjenci bez karty DiLO

Etapowość diagnostyki pacjenta z rakiem prostaty	Zakończona radioterapią w raku stercza	Zakończona brachyterapią	Zakończona prostatektomią radykalną	Zakończona orchidektomią
Skumulowany czas oczekiwania	10,1 mies. (40,4 tyg.)	9,9 mies. (39,6 tyg.)	10,9 mies. (43,6 tyg.)	10,8 mies. (43,1 tyg.)



Skumulowany czas oczekiwania pacjenta bez karty DiLO na podjęcie leczenia operacyjnego diagnozowanego z wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego, w zależności od średniej obliczonej ze wszystkich możliwych metod leczenia wynosi **10,4 mies.**

5. Wnioski

1. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne z zakresu urologii w badanym okresie **czerwiec - wrzesień 2015 r. wyniósł 5 tygodni (1,26 mies.)**, przy czym należy pamiętać, że leczenie obejmuje zwykle kilka procedur diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych etapowo.
2. Ograniczenie dostępu dla pacjentów urologicznych obserwowane jest już na wczesnym etapie wizyt **do urologa 2,9 mies., czy urologa dziecięcego 3,8 mies.**
3. Pacjent mający problemy z nietrzymaniem moczu w wyniku pęcherza nadreaktywnego OAB natrafia na szereg ograniczeń uniemożliwiających mu skuteczne leczenie farmakologiczne. Jednym z nich jest **konieczność wykonania badania urodynamicznego, na które czas oczekiwania wynosi 1,2 mies. (5 tyg.)**. Bez wyniku badania pacjent nie otrzyma refundowanego leku.
4. Główne problemy pacjenta cierpiącego na nietrzymanie moczu w wyniku pęcherza nadreaktywnego OAB to: niewystarczająca ilość skutecznych leków refundowanych w pierwszej linii leczenia, brak refundacji drugiej linii leczenia, leczenie toksyną botulinową typu A pacjentów tylko w ściśle określonych wskazaniach, brak refundacji zabiegów operacyjnych w OAB – IV linia leczenia, a także problemy z refundacją środków absorpcyjnych.
5. Przedstawione etapowości czasu oczekiwania pacjenta urologicznego pokazują znaczne bariery w dostępie do świadczeń. **Pacjent z nietrzymaniem moczu w wyniku pęcherza nadreaktywnego OAB musi poczekać na rozpoczęcie leczenia farmakoterapią doustną średnio 6,7 miesiąca**. Osoba wymagająca usunięcia kamieni pęcherza moczowego może oczekiwać w kolejce 6,4 mies. w przypadku, gdy jest to przypadek stabilny, a zabieg wykonywany jest endoskopowo. Natomiast **etapowość chorego w przypadku raka stercza nie posiadającego karty DiLO zakończona radioterapią wynosi średnio 10,1 miesiąca**.

Spis rysunków

Rysunek. 1 Zmiana średniego czasu oczekiwania na „gwarantowane” świadczenia zdrowotne w Polsce, w dziedzinie urologii, dane z Barometru – stan na czerwiec/lipiec 2015 r. (mies.).....	10
Rysunek. 2 Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie urologii.....	11
Rysunek. 3 Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie urologii dziecięcej.....	12
Rysunek. 4 Czas oczekiwania na „gwarantowane” świadczenia urologiczne w okresie czerwiec – wrzesień 2015 r. (mies.).....	13
Rysunek 5. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w obszarze dziedzin urologicznych w okresie czerwiec – wrzesień 2015 r. (mies.).....	14
Rysunek 6. Średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne w okresie czerwiec – wrzesień 2015 r. (w mies.).....	15
Rysunek 7. Czas oczekiwania na badania diagnostyczne w okresie czerwiec – wrzesień 2015 r. (w mies.).....	17
Rysunek. 8 Czas oczekiwania na leczenie w ramach programów lekowych w dziedzinie urologii/onkologii wrzesień 2015 r. (mies.).....	19
Rysunek. 9 Etapowość postępowania u pacjenta z nietrzymaniem moczu z powodu pęcherza nadreaktywnego od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia - średnie (mies.).....	27
Rysunek. 10 Etapowość postępowania w leczeniu kamicy pęcherza moczowego, przypadek stabilny – średnie (mies.).....	29
Rysunek. 11 Etapowość postępowania w raku prostaty od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia dla pacjenta bez karty DiLO – średnie (mies.).....	32

Załącznik

Tabela 1. Etapowość postępowania w nietrzymaniu moczu OAB od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia.....	28
Tabela 2. Etapowość postępowania w leczeniu kamieni pęcherza moczowego od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia (z uwzględnieniem USG pęcherza moczowego oraz cystoskopii w diagnostyce)	29
Tabela 3. Etapowość postępowania w raku prostaty od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia: pacjenci bez karty DiLO.....	32
Tabela 4. Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w dziedzinie urologii czerwiec - wrzesień 2015 r.....	37

Tabela 4. Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w dziedzinie urologii czerwiec - wrzesień 2015 r. (mies.).

Dziedzina medycyny		Wskazanie	czerwiec- wrzesień 2015
Ogółem			1,26
Urologia			
1.	Wizyta u urologa	mężczyzna; 50 lat; w badaniu per rectum lekarz POZ wyczuł guzka, podwyższony poziom PSA, posiada wyniki PSA, posiada skierowanie od lekarza POZ	2,89
2.	Cystoskopia	mężczyzna; 71 lat; częstomocz; krwiomocz; guz pęcherza moczowego potwierdzony w badaniu USG; zlecenie wykonania cystoskopii w celu pogłębienia diagnozy; posiada skierowanie od urologa	1,92
3.	Operacja nietrzymania moczu (TVT)	kobieta; 65 lat; wysiłkowe nietrzymanie moczu; brak poprawy po leczeniu zachowawczym; wskazanie do operacji nietrzymania moczu z użyciem syntetycznego wszczepu (taśma TVT); posiada skierowanie od urologa	1,67
4.	Urografia	kobieta; 28 lat; kilka epizodów moczenia nocnego w ciągu ostatnich 3 miesięcy; zlecenie urografii w celu oceny czynności nerek; posiada skierowanie od urologa	0,47
5.	Biopsja stercza	mężczyzna; 67 lat; potwierdzony badaniem USG przerost gruczołu krokowego; podwyższony poziom PSA (antygen sterczowy); podejrzenie raka prostaty; zlecenie przez urologa wykonania biopsji stercza	0,76
6.	Wizyta u urologa dziecięcego	dziecko; 11 lat; zdiagnozowana cukrzyca; rutynowe badanie moczu wykazało obecność glukozy; trudno poddaje się kontroli; nawracające zakażenia cewki moczowej z dużą bolesnością; posiada skierowanie od lekarza pediatry	3,84

Dziedzina medycyny		Wskazanie	czerwiec- wrzesień 2015
Ogółem			1,26
7.	Cystouretrografia	dziecko; 7 miesięcy; nawracające infekcje dróg moczowych; posiada skierowanie od urologa	0,92
8.	Operacja wodonercza sposobem Andersona - Hynesa	chłopiec; 2 lata; silne dolegliwości bólowe; w badaniu USG i urografii stwierdzono wodonercze wrodzone	0,28
9.	Operacja usunięcia wodniaka prawego jądra	chłopiec; 3 lata; wodniak wrodzony prawego jądra; powiększona moszna; skierowanie od urologa	2,91
10.	Zabieg usunięcia żyłaków powrózka nasiennego	chłopak; 17 lat; żyłaki powrózka nasiennego II stopnia; tępy ból naczyń krwionośnych i jąder; skierowanie od urologa	0,44
11.	Badanie PSA	mężczyzna; 50 lat; skierowanie od lekarza POZ na wykonanie badań poziomu PSA	0,00
12.	Radioterapia w raku stercza	mężczyzna; 62 lata; zdiagnozowany rak prostaty; obejmujący gruczoł oraz przyległe tkanki; brak dalszych nacieków; węzły chłonne czyste; posiada skierowanie na trójwymiarową radioterapię konformalną od onkologa	0,72
13.	Scyntygrafia nerek	dziecko; 4 miesiące; w USG stwierdzono poszerzenie miedniczki nerkowej lewej; posiada skierowanie od nefrologa	0,93
14.	Orchidektomia	mężczyzna; 60 lat; z nieodwracalnym uszkodzeniem egzo- i endokrynej funkcji jądra w wyniku zstępującego zapalenia jądra; wskazanie do usunięcia jednego jądra; posiada skierowanie od urologa	1,40
15.	Uroflowmetria	mężczyzna; 65 lat; posiew moczu ujemny; zaburzenia w oddawaniu moczu; częstomocz; nagłe parcie na pęcherz; epizody nietrzymania moczu; badania wykluczyły prostatę; posiada skierowanie od urologa	1,25

Dziedzina medycyny		Wskazanie	czerwiec- wrzesień 2015
Ogółem			1,26
16.	Badanie urodynamiczne	kobieta; 62 lata; nietrzymanie moczu; występują nawracające zakażenia układu moczowego; posiada skierowanie od ginekologa	1,21
17.	Badanie bakteriologiczne moczu	Kobieta; 55 lat; badanie ogólne moczu wskazuje na zakażenie układu moczowego; występują trudności z oddawaniem moczu; posiada skierowanie od ginekologa	0,00
18.	Badanie ogólne moczu	Kobieta; 34 lata; pojawiające się bóle brzucha; problemy z nietrzymaniem moczu; posiada skierowanie od ginekologa	0,00
19.	Badanie cytologiczne osadu moczu	Kobieta; 42 lata; krwiomocz; skarży się na występujące długotrwałe infekcje dróg moczowych; podejrzenie nowotworu; posiada skierowanie od ginekologa	0,00
20.	Ultrasonografia (USG jamy brzusznej)	Kobieta; 43 lata; skierowanie na badanie w celu diagnostyki układu moczowo-płciowego; problemy z nietrzymaniem moczu; pojawiające się bóle brzucha; posiada skierowanie od ginekologa	1,08
21.	Uretrocystografia	Chłopiec; 12 lat; nawracające zakażenia układu moczowego; z epizodami moczenia nocnego; posiada skierowanie od pediatry	1,29
22.	Autoagumentacja	Chłopiec; 9 lat; pęcherz neurogeny w przebiegu przepukliny oponowo-rdzeniowej; operacja służąca obniżeniu ciśnienia śródpecherzowego; posiada skierowanie na operację	1,00
23.	RTG jamy brzusznej	kobieta; 45 lat; pojawiające się epizody bólu brzucha; podejrzenie kamieni nerkowych; posiada skierowanie od urologa	0,17
24.	Usunięcie złogu litotrypsja pod kontrolą USG	kobieta; 57 lat; potwierdzona badaniem USG obecność kamieni moczowych; bolesność, częstomocz; ból w dolnej części brzucha; wskazanie do usunięcia kamieni metodą litotrypsji; posiada skierowanie od urologa	2,17

Dziedzina medycyny		Wskazanie	czerwiec- wrzesień 2015
Ogółem			1,26
25.	Litotrypsja ESWL	mężczyzna; 64 lata; intensywny ból i pieczenie podczas oddawania moczu; obecność kamieni w pęcherzu moczowym, potwierdzona badaniem USG; wielkość kamieni 2 mm; posiada skierowanie od urologa	0,49
26.	Ureterorenoskopia URSL	mężczyzna; 62 lata; intensywny ból i pieczenie podczas oddawania moczu; obecność kamieni w pęcherzu moczowym, potwierdzona badaniem USG; wielkość kamieni 2 mm; posiada skierowanie od urologa	2,56
27.	Operacja chirurgiczna usunięcia kamieni	Mężczyzna; 45 lat; kamień w pęcherzu moczowym wielkości 12,9 mm; skierowanie na operację chirurgiczną usunięcia kamienia przez urologa	2,79
28.	Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego	Mężczyzna; 70 lat; cierpi na raka gruczołu krokowego opornego na kastrację; stężenie testosteronu w surowicy <50 ng/dl; postęp choroby po chemioterapii; zakwalifikowany do programu lekowego	0,76
29.	Tomografia komputerowa nerki	kobieta; 51 lat; ból lewej nerki; przebyta infekcja dróg moczowych; zmiany w lewej nerce stwierdzone wyniku USG - podejrzenie nowotworu złośliwego; posiada skierowanie od urologa na tomografię komputerową nerki	1,46
30.	Przecewkowa resekcja guza pęcherza moczowego TURP	Kobieta; 62 lata; po cystoskopii; badaniu cytologicznym osadu moczu oraz histopatologicznej ocenie pobranych wycinków; skierowany na usunięcie podejrzonej zmiany błony śluzowej pęcherza moczowego; zmiana poniżej 1 cm; skierowanie od urologa	1,19
31.	USG prostaty	Mężczyzna; 55 lat; podwyższony poziom PSA; łagodny rozrost gruczołu krokowego; posiada skierowanie na badanie od urologa	0,38

Dziedzina medycyny		Wskazanie	czerwiec-wrzesień 2015
Ogółem			1,26
32.	Cholecystektomia	mężczyzna; 67 lat; długotrwanie leczony z powodu występującej kamicy żółciowej; w ostatnim czasie pomimo stosowanego leczenia pojawiły się dodatkowe objawy takie, jak: gorączka, uporczywe wymioty, silny promieniujący ból; wyraźny spadek masy ciała; badanie USG jamy brzusznej oraz TK jamy brzusznej (tomografia komputerowa) potwierdziły rozpoznanie nowotworu ograniczonego do pęcherzyka żółciowego	0,42
33.	Cystouretroskopia	Kobieta; 62 lata; z długo utrzymującymi się, niereagującymi na leczenie dolegliwościami bólowymi, ból krótki i intensywny i podrażnieniami ze strony układu moczowego o dużym nasileniu; pobranie wycinka do badania; skierowanie od urologa	1,04
34.	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (program lekowy)	Mężczyzna; 66 lat; problemy z nietrzymaniem moczu z parć naglących; stwierdzona neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym; niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia; zakwalifikowany do programu lekowego	2,17
35.	Hydrodystensja	Kobieta; 60 lat; ze stwierdzoną oporną na leczenie farmakologiczne nadreaktywnością pęcherza (OAB); po długiej kuracji farmakologicznej; wykluczone inne choroby: kamica, bakteryjne zapalenie pęcherza, choroby nerek; posiada skierowanie na zabieg hydrodystensji	3,52
36.	Wizyta u ginekologa	kobieta; 30 lat; zmiany III stopnia w badaniu cytologicznym (zmiany zapalne oraz pojedyncze komórki dysplastyczne)	0,15
37.	Wizyta u onkologa	mężczyzna; 38 lat; z usuniętym lewym jądrem (z powodu potwierdzonego badaniem histopatologicznym złośliwego nowotworu jądra – nasieniak) w zdjęciu RTG (rentgenowskim) wykryto zmiany przerzutowe do płuc	1,34

Dziedzina medycyny		Wskazanie	czerwiec- wrzesień 2015
Ogółem			1,26
38.	Prostatektomia radykalna	mężczyzna; 56 lat; trudności z oddawaniem moczu; niski poziom czerwonych krwinek; wysokie stężenie PSA (swoisty antygen prostaty); wykonano badanie per rectum oraz USG gruczołu krokowego; zdiagnozowany rak prostaty potwierdzony badaniem histopatologicznym; posiada skierowanie od chirurga onkologa	1,48

Bibliografia:

1. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Dostęp w Internecie: http://www.aotm.gov.pl/bip/assets/files/zlecenia_mz/2014/221/REK/RP_244_2014_betmiga.pdf
2. Agencja Oceny Technologii Medycznych. Rada Konsultacyjna. Stanowisko nr 49/14/2009 z dnia 6 lipca 2009 r. w sprawie finansowania solifenacyny (Vesicare®) w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego. 2009, 1.
3. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r., Warszawa 2009. Dostęp w Internecie: http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Prognozy_2025.pdf, str.71
4. Dokowicz A., Pęcherz nadreaktywny. Stowarzyszenie inspektorów ochrony radiologicznej. Dostęp w Internecie: <http://www.sior.pl/index.php/101-aktualnosc/najnowsze/1686-pecherz-nadreaktywny>
5. Eksperti: refundacja leku w NTM zależna od drogiego i niepotrzebnego badania., Portal Rynek Zdrowia. Dostęp w Internecie: <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Eksperti-refundacja-leku-w-NTM-zalezna-od-drogiego-iniepotrzebnego-badania,123724,6.html>
6. Guidelines on Incontinence.
7. Healthline Editorial Team., Overactive bladder risk factors., 2010. Dostęp w Internecie: <http://www.healthline.com/health/overactive-bladder-risk-factors>.
8. Humański P., Dykczyński P., Leczenie w przypadkach kamicy moczowodowej energią lasera holmowego na oddziale urologii jednego dnia., Urologia Polska 2008/61/2. Dostęp w Internecie: <http://www.urologiapolska.pl/artukul.php?3294>
9. Naczelna Izba Lekarska., Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji. Dostęp w Internecie: http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/102495/Zestawienie-nr-04.pdf
10. Nowakowski Ł., Kulik-Rechberger B., et al., Pęcherz nadreaktywny- nowe spojrzenie na etiopatogenezę idiopatycznej postaci tego schorzenia., Ginekol Pol. 2012, (83):844-848.
11. ntm.pl. Dostęp w Internecie: http://www.ntm.pl/?pid=main_tresc.pl.203_html

12. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. 2015.66).
13. Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2015. Dostęp w Internecie: http://www.ntm.pl/upload/file/Raport_NTM%20_2015.PDF
14. Pisarska-Krawczyk M., Urbaniak T., Klejewski A. Pęcherz nadreaktywny- diagnostyka i leczenie., Przegląd Lekarski. 2012, 69(10):1157.
15. prozdrowie.pl. Dostęp w Internecie: <http://www.prozdrowie.pl/Artykuly/Zdrowie-A-Z/Nietrzymanie-moczu/Definicja-i-podzial-nietrzymania-moczu>
16. Radziszewski P., Baranowski W., Nowak-Markwitz E., et al., Wytyczne Zespołu Ekspertów odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym., Ginekol Pol. 2010, (81):789-793, s. 9-12.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.