P. Dyr. G. Szymonowicz
18.05.16

POLSKIE TOWARZYSTWO UROLOGICZNE

AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI
2016 -05- 19
Sekretariat Główny
lp. z kontr.wpł. 3689
liczba zał. .....

Antabert
19.05.16

Stanowisko w sprawie konieczności wprowadzenia pilnych zmian w urologii.

WYDZIAŁ TARYFIKACJI
2016 -05- 19
Nr rej. 1301

Marzec 2016

SPIS TREŚCI

1. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA 3
2. PROBLEMY UROLOGICZNE W WIEKU STARSZYM 4
3. PROGNOZY ZACHOROWALNOŚCI I UMIERALNOŚCI NA NOWOTWORY 5
4. LECZENIE CHORÓB UKŁADU MOCZOWEGO I MOCZOWO-PŁCIOWEGO 10
5. ODDZIAŁY UROLOGICZNE W POLSCE 12
6. KADRA MEDYCZNA 13
7. FINANSOWANIE LECZENIA UROLOGICZNEGO ORAZ URO-ONKOLOGICZNEGO 13
8. PODSUMOWANIE 16
9. LITERATURA 17
10. WYKAZ TABEL I WYKRESÓW 17

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA I EPIDEMILOGICZNA

Starzenie się społeczeństwa to naturalny i nieunikniony proces występujący w każdej wysoko rozwiniętej gospodarce. Jest to wyzwanie, z którym zmaga się obecnie cała Europa Zachodnia i do którego także Polska musi się odpowiednio przygotować. Europa, w tym także Polska starzeje się w zatrważającym tempie. Jeszcze w 1990 r. zaledwie 13,9% społeczeństwa miało więcej niż 65 lat. Tymczasem według szacunków GUS, w 2030 r. odsetek ten będzie wynosił 23,8% Analogiczna sytuacja występuje w Polsce. W 2010 roku niewiele ponad 14% osób miało więcej niż 65 lat. W ciągu zaledwie dwóch dekad wskaźnik ten wzrośnie aż dwukrotnie (liczba osób w wieku 65+ zwiększy się z 5,1 mln w 2010 do 8,35 mln w 2035 roku). Taka struktura wiekowa społeczeństwa rodzi poważne skutki ekonomiczne i społeczne - dla systemu emerytalnego, ale także, a może przede wszystkim dla ochrony zdrowia. Dlatego niezwykle ważne jest przygotowanie systemu, który pozwoli zachować sprawność na dłużej.

Starzenie się społeczeństwa będzie miało bezpośrednie skutki finansowe dla systemu finansów publicznych w postaci wzrostu kosztów opieki zdrowotnej i opieki nad ludźmi starszymi. Szacuje się, iż koszty opieki zdrowotnej między 2007 a 2060 rokiem wzrosną z 4% do 5,4% PKB. Wzrosną również koszty opieki nad osobami starszymi - z 0,4% w 2007 roku do 1,1% w 2060 roku. Łączne koszty w obszarze polityki zdrowotnej i społecznej wzrosną o 2,1% PKB do 2060 roku, co równać się będzie nawet ok. 15 mld euro dodatkowych nakładów z budżetu państwa rocznie.

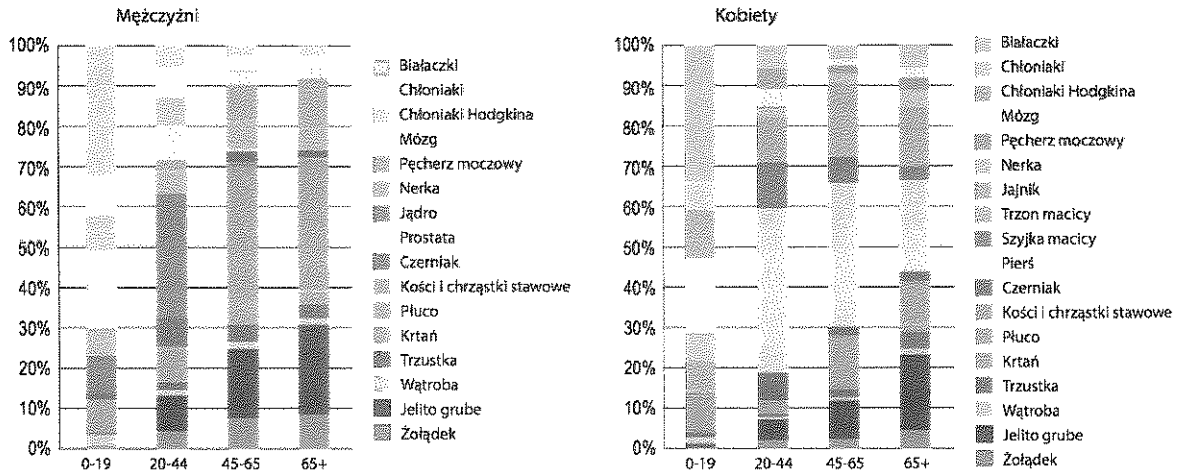
Tabela I Ludność Polski (w mln osób)

Grupa wiekowa	2010	2015 (p)	2020 (p)	2025 (p)	2030 (p)	2035(p)	2010/2030 (p)	2010/2035 (p)
Do 14 lat	5,7	5,8	5,9	5,6	5,0	4,6	-12,0%	-19,3%
15-19 lat	2,4	1,9	1,8	2,0	2,0	1,9	-16,0%	-20,8%
20-29 lat	6,1	5,0	4,3	3,7	3,7	4	-39,1%	-34,4%
30-39 lat	5,8	6,3	6,0	5,2	4,3	3,7	-25,4%	-36,2%
40-49 lat	4,8	5,1	5,7	6,2	5,9	5	23,5%	4,2%
50-59 lat	5,8	5,0	4,5	4,8	5,5	6	-5,2%	3,4%
60-69 lat	3,7	5,0	5,1	4,7	4,2	4,4	12,9%	18,9%
70-79 lat	2,5	2,4	2,9	3,8	4,1	3,8	66,4%	52,0%
80 lat i więcej	1,3	1,5	1,6	1,5	2,0	2,5	52,6%	92,3%
Ludność	38,1	38,0	37,8	37,4	36,8	35,9	-3,4%	-5,8%

Narastającym problemem związanym ze starzeniem się społeczeństwa są również choroby nowotworowe, jako że wiek jest silnym czynnikiem ryzyka w tego rodzaju schorzeniach. Starzenie się populacji Polski przyniesie nam więcej zachorowań na nowotwory charakterystyczne dla starszych grup wiekowych - w przypadku obu płci będzie to rak jelita grubego, w przypadku mężczyzn rak prostaty, a w przypadku kobiet rak piersi i nowotwory narządów płciowych.

Przy braku zmian w postawach prozdrowotnych Polaków, palenie tytoniu, siedzący tryb życia, nadużywanie alkoholu i niezdrowa dieta, będą skutkowały rosnącą liczbą zachorowań na nowotwory związane z tymi czynnikami ryzyka.

To czy za 30 czy nawet za 50 lat w Polsce będziemy mieli epidemię nowotworów zależy od tego co w dziedzinie walki z rakiem zrobimy teraz. Dlatego konieczne jest podjęcie zmian w różnych obszarach ze szczególnym uwzględnieniem ochrony zdrowia w celu przygotowania systemu zapewniającego realny dostęp do usług medycznych, szczególnie dla ludzi w wieku 65+. Istotnym elementem jest również zwiększenie dostępności do innowacyjnych metod leczenia oraz profilaktyki zdrowotnej. Pozwoli to na ograniczenie kosztów oraz umożliwi utrzymanie większej liczby osób w grupie aktywnych zawodowo. Zaś regularny i stały dostęp do innowacyjnych rozwiązań w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia będzie decydującym czynnikiem, dzięki któremu ludzie dłużej pozostaną zdrowi i sprawni, a tym samym w większym stopniu będą przyczyniać się do rozwoju społeczno-ekonomicznego.



Wykres 1 Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wg. płci i wieku.

PROBLEMY UROLOGICZNE W WIEKU STARSZYM

Urologia jest jedną ze specjalności chirurgicznych, której szczególnie mocno dotyczą problemy demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa. Problemy dotyczące narządów układu moczowo-płciowego są spotykane powszechnie u osób starszych, a troska o pacjentów w wieku powyżej 65 lat stanowi znaczną część codziennej praktyki urologów. Blisko 45% porad lekarskich i 62% zabiegów i operacji urologicznych jest przeprowadzanych przez urologów u chorych powyżej 65. roku życia. Najczęściej występujące i najważniejsze problemy urologiczne dotykające osób starszych dotyczą następujących schorzeń:

- ⇒ Nietrzymanie moczu,
- ⇒ Zakażenia układu moczowego,
- ⇒ Łagodny rozrost gruczołu krokowego u mężczyzn,
- ⇒ Nowotwory złośliwe nerek, rak gruczołu krokowego u mężczyzn i rak pęcherza moczowego i mężczyzn i kobiet.

Nietrzymanie moczu

Nietrzymanie moczu o różnej etiologii, dotyczy aż 25-30% dorosłych powyżej 65. r.ż., a wśród osób starszych przebywających w domach opieki odsetek ten sięga nawet 50-84%. Nietrzymanie moczu powoduje wiele niekorzystnych skutków medycznych, psychospołecznych i ekonomicznych. U osób z nietrzymaniem moczu częściej dochodzi do zakażeń dróg moczowych, owrzodzeń, niewydolności nerek i zwiększenia śmiertelności. Zaburzenia psychospołeczne obejmują obniżoną samoocenę pacjenta, ograniczenia życia towarzyskiego i seksualnego, depresję i w przypadku nasilenia dolegliwości, zależność od opiekunów. Prawidłowo postawione rozpoznanie i ustalenie sposobu leczenia różnych postaci nietrzymania moczu przynoszą dobre efekty. Ocenia się jednak, że aż 50-70% kobiet z nietrzymaniem moczu w starszym wieku nie szuka pomocy medycznej i nie stosuje żadnego leczenia. Chorzy z nietrzymaniem moczu zgłaszają się po pomoc lekarską niekiedy po 6-9 latach od wystąpienia pierwszych objawów. Tymczasem u osób starszych wiele postaci nietrzymania moczu ma charakter przejściowy i jest spowodowana czynnikami, które można leczyć lub modyfikować. Głównym zaś celem postępowania terapeutycznego u osoby starszej powinna być poprawa codziennego funkcjonowania i jakości życia.

Zakażenia układu moczowego u osób starszych

Wraz z wiekiem zakażenia układu moczowego oraz bakteriuria bezobjawowa wzrastają u kobiet do 10-20% w wieku 65-80 lat. U mężczyzn bakteriuria objawowa i bezobjawowa występuje rzadziej (0,1-1%) aż do około 60. r.ż., ale u starszych mężczyzn jej częstość wzrasta do 5-10%. Częstość bakteriurii wzrasta nie tylko z wiekiem, ale również z powodu schorzeń towarzyszących. Podstawową formą obrony przed zakażeniami układu moczowego jest prawidłowa czynność pęcherza moczowego i jego całkowite opróżnianie po mikcji. Bakterie, które mogą dostać się do dróg moczowych na skutek złej higieny czy po cewnikowaniu, są w normalnych warunkach wypłukiwane z pęcherza moczowego prawidłowym strumieniem moczu. Kiedy zostaje to utrudnione, wskutek osłabienia czynności mięśnia wypieracza lub obecności przeszkody podpęcherzowej, wtedy może dochodzić łatwo do kolonizacji szczepami bakteryjnymi i (lub) zakażenia. Starsi pacjenci mogą odczuwać nietypowe dolegliwości związane z zakażeniem dróg moczowych: nietrzymanie moczu, bol brzucha, senność, trudności w oddychaniu, brak łaknienia czy zaburzenia psychiczne. W bardziej nasilonych infekcjach pojawia się gorączka, dreszcze, nudności i wymioty. Pacjenci z bakteriurią bezobjawową najczęściej nie muszą być leczeni antybiotykiem, ale decyzja powinna być podejmowana indywidualnie. Problemy

diagnostyczne i terapeutyczne mogą występować u chorych na cukrzycę, u osób po urazach rdzenia kręgowego czy z zaburzeniami odporności niezależnie od przyczyny. Typowe czynniki wystąpienia zakażeń układu moczowego to obecność w drogach moczowych, zaburzenia anatomiczne dróg moczowych, utrudnione oddawanie moczu, spowodowane najczęściej przeszkodą podpęcherzową oraz choroby współistniejące.

Łagodny rozrost gruczołu krokowego (ŁRGK)

Około 50-60% 60-letnich mężczyzn zgłasza występowanie objawów ze strony dolnych dróg moczowych, z których znaczny odsetek jest spowodowanych przez łagodny rozrost gruczołu krokowego. Ustalenie prawidłowego rozpoznania przyczyn tych dolegliwości umożliwia wdrożenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego, łagodzącego znacznie objawy oraz zapobieganie dalszemu rozrostowi stercza i zmniejszenie ryzyka zatrzymania moczu oraz konieczności operacyjnego leczenia ŁRGK. W przypadku braku powodzenia w leczeniu farmakologicznym lub występowania powikłań z powodu ŁRGK, pacjent poddawany jest leczeniu zabiegowemu: otwartemu lub endoskopowemu. Z powodu objawów ze strony dolnych dróg moczowych w Polsce leczonych jest ok. 2 mln mężczyzn a poddanych leczeniu zabiegowemu ŁRGK jest rocznie około 14 tys. chorych. Przeważają zabiegi endoskopowe, elektroresekcja, waporyzacja, lasery itp. Wdrożenie leczenia farmakologicznego w chorobach stercza jest dużym sukcesem ostatnich lat, a postępy w stosowaniu technik małoinwazyjnych sprzyja zmniejszeniu powikłań śród- i pooperacyjnych.

Nowotwory złośliwe

Rak gruczołu krokowego (RGK) jest 2. Co częstości występowania nowotworem złośliwym u mężczyzn i 3. przyczyną ich zgonu z powodu nowotworu. Jego częstość występowania zwiększa się z wiekiem, szczególnie od 6. dekady życia. Urolodzy po badaniach diagnostycznych u mężczyzn rozpoznają około 10 tysięcy nowych zachorowań na RGK. Z tej liczby około 70% pacjentów poddawanych leczeniu radykalnemu, operacyjnemu lub radioterapii. Około 45 tysięcy mężczyzn chorych na RGK z powodu zaawansowanej postaci choroby lub jej nawrotu jest leczona hormonalnie. Dzięki współpracy urologów z onkologami i radioterapeutami oraz wprowadzeniu nowych leków zwiększyło się znacznie przeżycie w tym schorzeniu. Mimo to śmiertelność jest nadal wysoka – powyżej 4 tys. zgonów rocznie.

Rak pęcherza moczowego (RPM) jest również jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych występujących u osób w wieku starszym, zwłaszcza między 60. a 80 r.ż. W Polsce jest to 4. co do częstości występowania nowotwór u mężczyzn i 13. u kobiet. Wskaźniki epidemiologiczne dotyczące RPM w naszym kraju kształtują się niepokojąco na tle innych państw Europy, gdzie obserwuje się zmniejszenie zarówno zachorowalności, jak i umieralności. W Polsce odnotowano w latach 1991-2006 niezwykle dynamiczny, bo sięgający aż 59% wzrost zachorowań na raka pęcherza moczowego. Polska zajmuje 2. miejsce w Europie pod względem umieralności na ten nowotwór. W 2010 roku odnotowano 6296 zachorowań – 4919 u mężczyzn i 1377 u kobiet. To stanowi około 30% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe tego układu. W nadchodzących latach przewiduje się w Polsce narastanie liczby zachorowań i zgonów z powodu RPM. U większości chorych (75-85%) jest on rozpoznawany w postaci nieinwazyjnej, jednak częstość nawrotów sięga aż 50-70% w ciągu 5 lat. Roczny wzrost zachorowalności u mężczyzn wynosi obecnie 2,4%, u kobiet zaś aż 5,8%. Wzrost zachorowań w latach 1991-2006 wyniósł 35,9% w odniesieniu do mężczyzn oraz aż 86,6% dla kobiet. Polskę cechuje bardzo wysoka umieralność na raka pęcherza moczowego (8,0 na 100 tys. mieszkańców), utrzymująca się od wielu lat na jednym z najwyższych poziomów w Europie. Podstawowym leczeniem nieinwazyjnej postaci RPM jest elektroresekcja przezcewkowa guza w pęcherzu i okresowa kontrola cystoskopowa pęcherza celem wykrycia wznowy. Raka naciekającego, inwazyjnego leczy się radykalnie – usuwając pęcherz moczowy. Rocznie wykonywanych jest 24 tys. elektroresekcji przezcewkowych oraz 1700 zabiegów radykalnych. W celach diagnostycznych i kontrolnych przeprowadzanych jest około 50 tys. cystoskopii.

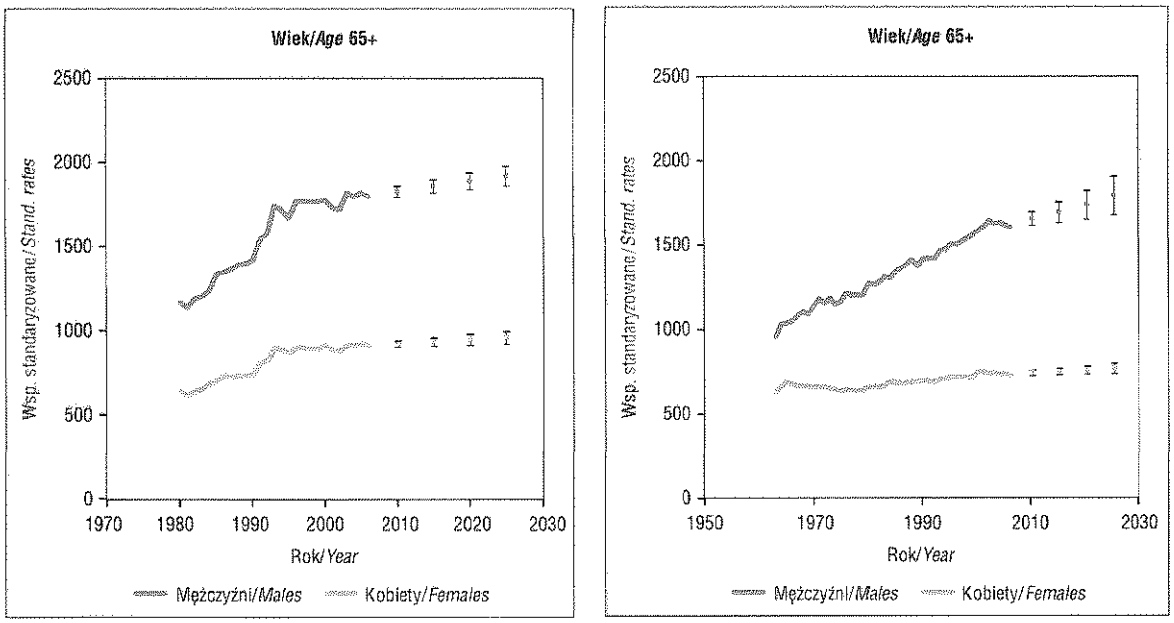
PROGNOZY ZACHOROWALNOŚCI I UMIERALNOŚCI NA NOWOTWORY

Uwzględniając procesy demograficzne szacuje się, że w okresie 2016-2029 liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych wzrośnie z poziomu 180,3 tys. do 213,1 tys. (+18%). W 2029 roku dalej dominującym nowotworem pod względem liczby zachorowań będzie nowotwór złośliwy płuca. Najszybciej będzie wzrastać zachorowalność na nowotwór gruczoły krokowego (29% przyrostu miedzy 2016 a 2029 rokiem). Nowotworem, w przypadku którego prognozuje się spadek zachorowalności jest nowotwór jadra. Największa zmiana w liczbie nowych przypadków nowotworów złośliwych nastąpi w grupie wiekowej 75–84 lat. W stosunku do roku 2016, w roku 2029 odnotowanych zostanie 60% więcej nowych przypadków.

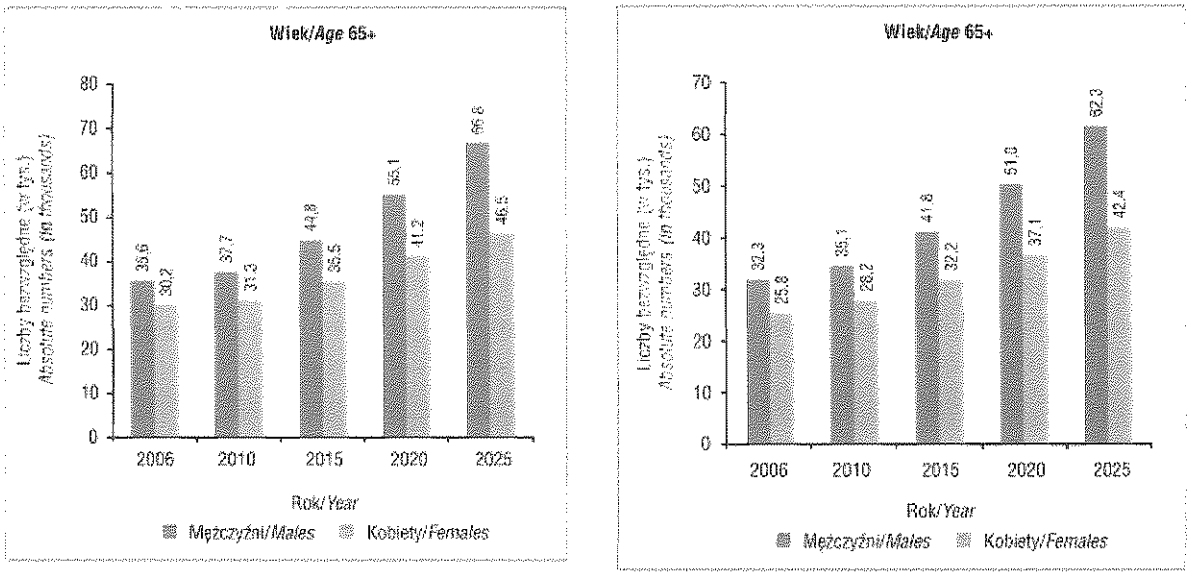
W latach 2016 – 2029 przewidywany jest wzrost liczby nowych przypadków nowotworów złośliwych w Polsce. Największą tendencję wzrostową zaobserwujemy w przypadku leczonego przez urologów nowotworu złośliwego prostaty. W roku 2029 w stosunku do roku 2016, liczba nowych przypadków raka gruczołu krokowego będzie o 29% większa. W 2016 roku w Polsce odnotowanych zostanie ponad 16,4 tysiąca nowych przypadków nowotworu złośliwego gruczołu krokowego, a w 2029 roku 21,2 tysiąca. Jest to wynikiem wysokiej zapadalności

na ten typ nowotworu dla osób powyżej 65 roku życia oraz faktem starzenia się społeczeństwa. Ponieważ schorzenia urologiczne, a w szczególności nowotwory układu moczowo-płciowego, dotyczą w przeważającej części osób powyżej 65 rokiem to w najbliższych latach spodziewamy się zdecydowanego zwiększenie liczby hospitalizacji. Biorąc w/w tendencję należy odpowiednio przygotować się do zwiększonej liczby zadań dla poradni i oddziałów urologicznych.

Liczba zachorowań i współczynniki zachorowalności w grupie osób powyżej 65. r.ż. będą wykazywały wzrost u obu płci. Liczba zachorowań u mężczyzn zwiększy się do około 67 tys. w 2025 roku, u kobiet do 46 tys. należy spodziewać się, że w tej grupie wiekowej wystąpi około 73% zachorowań na nowotwory u mężczyzn i 55% zachorowań na nowotwory u kobiet.



Wykres 2. Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce w latach 1980-2006, prognoza do 2025 roku



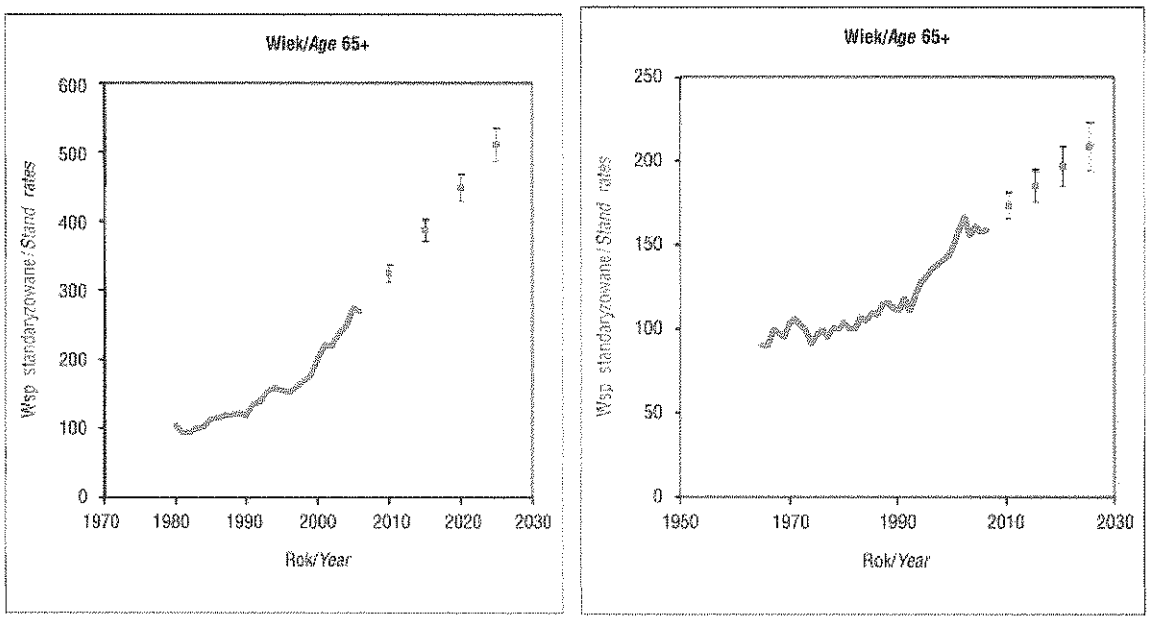
Wykres 3 Liczba zachorowań i liczba zgonów na nowotwory złośliwe ogółem (w tysiącach) w Polsce w 2006 roku, prognoza do 2025 roku.

Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego – prognoza do 2025 roku

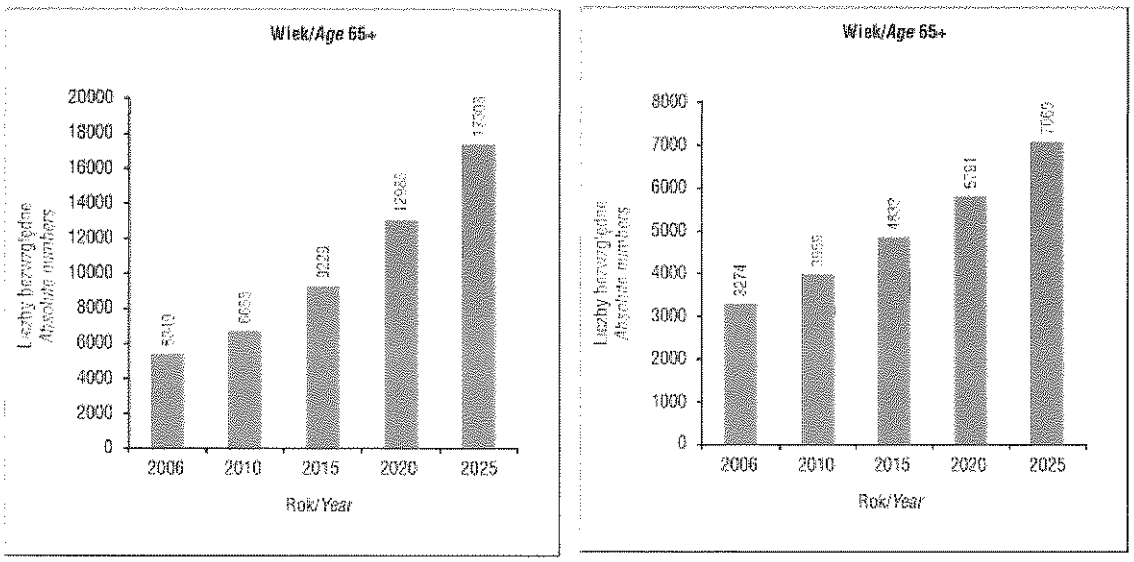
Częstość rozpoznawania raka stercza wzrosła gwałtownie we wszystkich krajach, w których diagnostyki tych nowotworów wprowadzono powszechny dostęp do oznaczania poziomu PSA we krwi i ultrasonografii przezodbytniczej. Większość zachorowań i zgonów z powodu RGK w polskiej populacji występuje u starszych mężczyzn. 75% zachorowań i 89% zgonów w 2006 roku występowało po 65. r.ż., przed 44 rokiem życia występuje poniżej 1% zachorowań i zgonów.

Zachorowalność na nowotwory gruczołu krokowego od lat 90 ubiegłego wieku wzrasta bardzo szybko (ponad 5% rocznie w całej populacji, prawie 9% wśród mężczyzn w średnim wieku (45-64 lat) i 4,5% wśród najstarszych mężczyzn). Kontynuacja tych trendów wraz ze starzeniem się polskiej populacji może przynieść znaczny wzrost liczby zachorowań, przy czym prawdopodobnie zostanie utrzymana proporcja zachorowań w średnim i starszym wieku.

W Polsce wzrost umieralności z powodu RGK przyspieszył w połowie lat 90. ubiegłego wieku. Od kilku lat notuje się jednak zahamowanie wzrostu i stabilizację współczynników umieralności, nie wiadomo jednak, czy to trwała tendencja. Średnie tempo wzrostu wynosiło około 1,5% rocznie. Ze względu na starzenie się polskiej populacji i związany z wiekiem wzrost ryzyka zachorowania w ciągu najbliższych dwóch dekad należy spodziewać się dwukrotnego wzrostu liczby zgonów z powodu nowotworów gruczołu krokowego. Największe tempo wzrostu umieralności (około 1,9% rocznie) charakteryzowało najstarszą grupę wiekową (po 56. r.ż.) i w tej grupie przewidywany jest w najbliższych dwóch dekadach największy wzrost umieralności (prawie 1.5 krotny wzrost czynnika umieralności i prawie 2-krotny wzrost liczby zgonów). Na tę grupę wiekową przypadnie ponad 90% zgonów z powodu nowotworów prostaty.



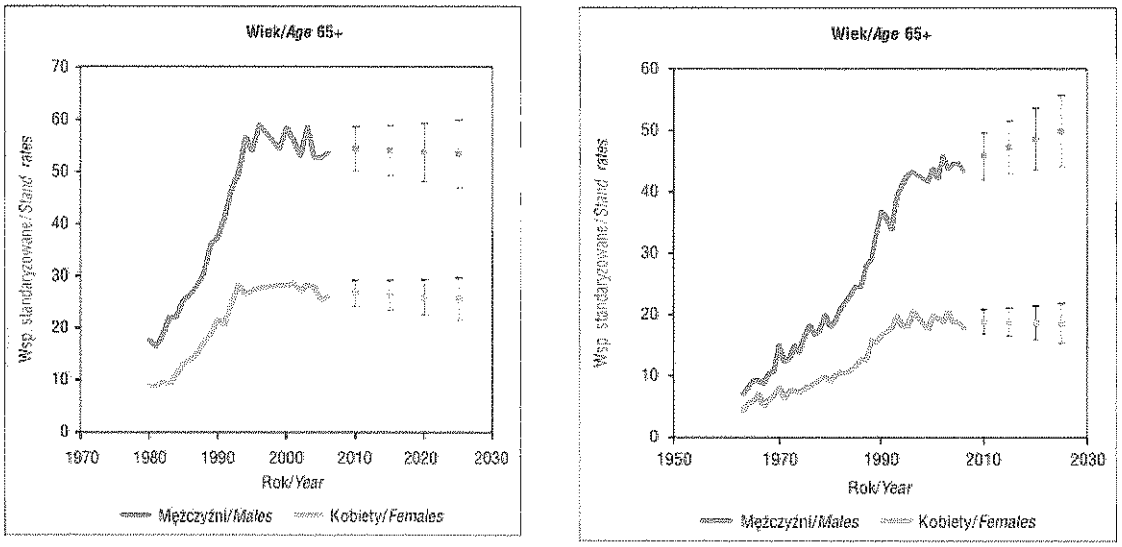
Wykres 4 Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego w Polsce w latach 1980-2006, prognoza do 2025 roku.



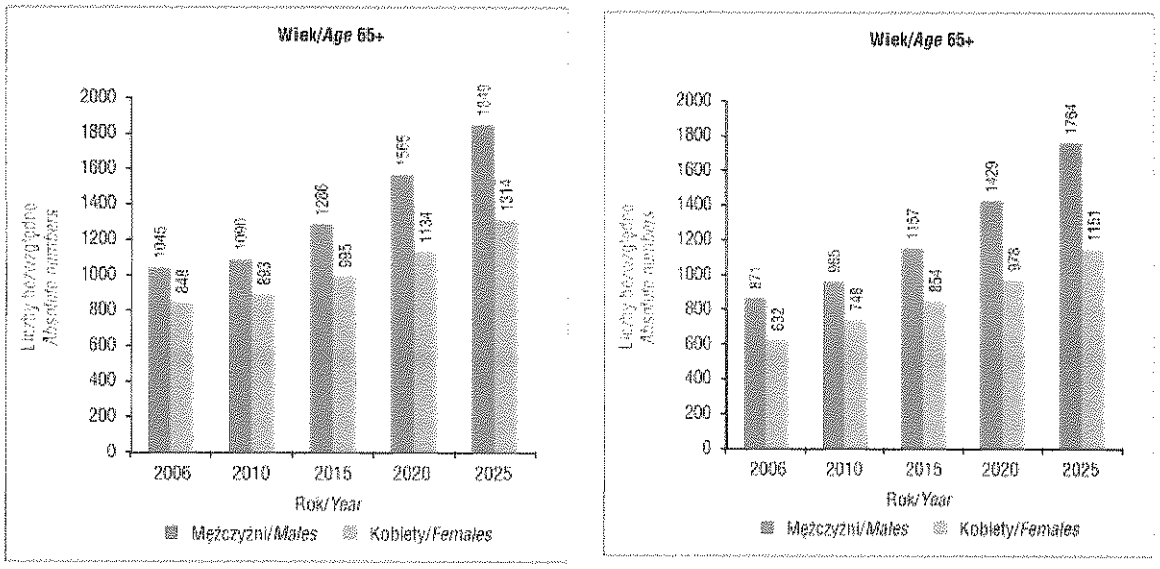
Wykres 5 Liczba zachorowań i liczna zgonów na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego w Polsce w 2006 roku, prognoza do 2025 roku.

Nowotwory złośliwe nerki – prognoza do 2025 roku

Zachorowalność na nowotwory nerki w Polsce rosła do połowy lat 90. XX wieku u obu płci i we wszystkich analizowanych grupach wieku, po czym nastąpił niewielki spadek zachorowalności. Współczynniki zachorowalności u mężczyzn zmniejszyły się o około 10% we wszystkich grupach. W populacji kobiet spadek rozpoczął się nieco wcześniej i był większy – około 20%. Prognoza zachorowalności wskazuje na utrzymanie się wartości współczynników zachorowalności w całej populacji na stałym poziomie i jednoczesnym wzrostem liczby zachorowań. Większość zachorowań na nowotwory nerki ma miejsce po 45. roku życia, z czego połowa przypada na populację po 65. roku życia. Proporcje te ulegną prawdopodobnie zmianie i w 2025 roku w populacji mężczyzn około 35% zachorowań przypadać będzie wśród osób o średnim wieku i 60% w starszym wieku, u kobiet proporcje będą wynosić odpowiednio 20% i 70%. Trendy zachorowalności u obu płci wykazywały spadek zachorowalności od lat 90. ubiegłego wieku u osób w średnim wieku i plateau u starszych osób. Prognoza zachorowalności wskazuje na kontynuację tych tendencji, a zatem spadek zachorowalności u osób w średnim wieku i stabilizację zachorowalności u osób starszych. Umieralność wykazuje malejącą tendencję od lat 90. ubiegłego wieku, szczególnie wyraźną w populacji kobiet i prognoza umieralności wskazuje na dalsze zmniejszanie się wartości współczynników umieralności. Spadkowi umieralności na nowotwory nerki w całej populacji będzie towarzyszył wzrost liczby zgonów, wynikający u mężczyzn z rosnącego trendu umieralności w najstarszej grupie wiekowej oraz u kobiet z rosnącej liczby osób starszych. W 2025 roku większość zgonów będzie przypadać na najstarszą grupę wiekową – prawie 80% u mężczyzn i około 90% u kobiet.



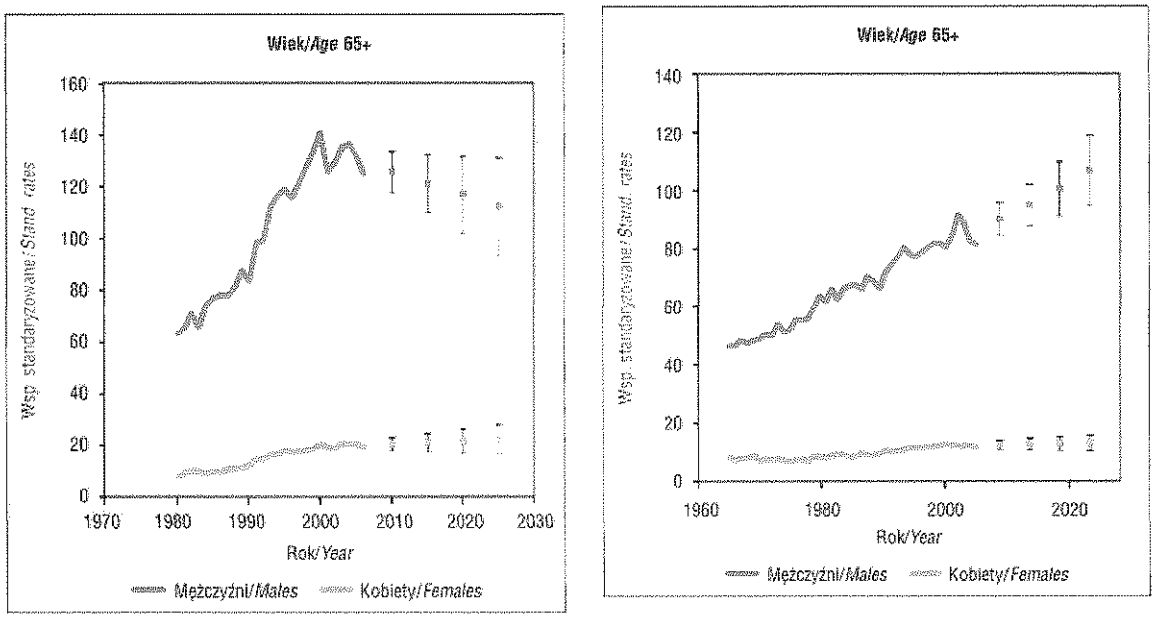
Wykres 6 Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe nerki w Polsce w latach 1980-2006, prognoza do 2025 roku.



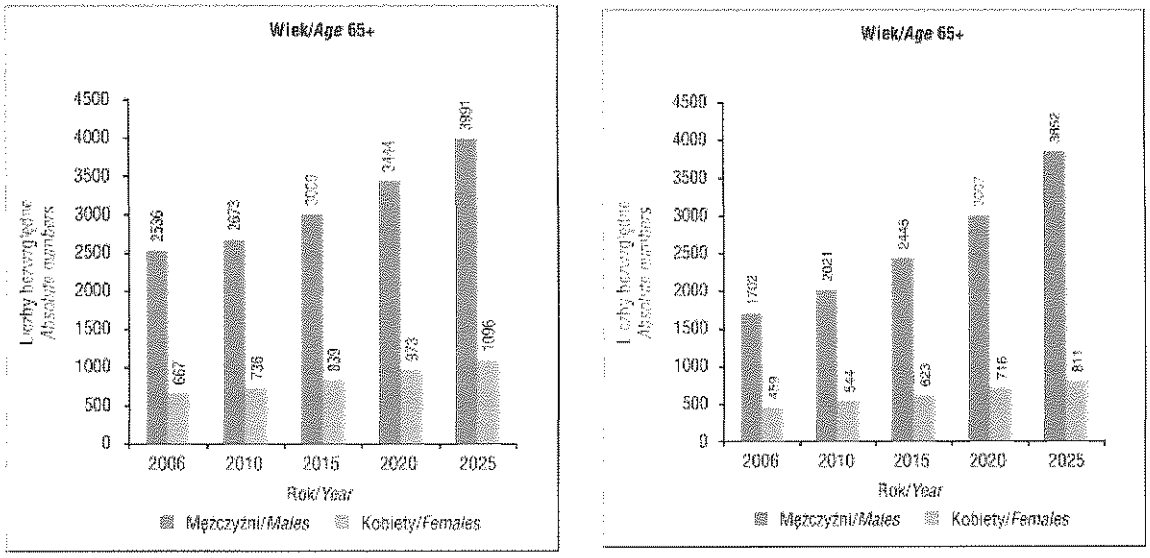
Wykres 7 Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe nerki w Polsce w latach 1980-2006, prognoza do 2025 roku.

Nowotwory złośliwe pęcherza moczowego – prognoza do 2025 roku

W polskiej populacji nowotwory pęcherza moczowego występują głównie po 45 roku życia: około 2% zachorowań i poniżej 1% zgonów z powodu tych nowotworów występuje wśród osób w wieku 0-44 lat. Zachorowalność na nowotwory pęcherza moczowego w populacji polskich mężczyzn wzrastała do początku XXI wieku w tempie 4,5% rocznie, po czym nastąpiło odwrócenie trendu. W obu analizowanych grupach wiekowych wzrost zachorowalności był podobny (około 4,6% rocznie) i trwał do 2000 roku, po czym nastąpiła zmiana kierunku trendu. Prognoza zachorowalności wskazuje na utrzymanie się malejących trendów zachorowalności przy rosnącej liczbie zachorowań (przy czym największego wzrostu należy spodziewać się wśród osób po 65. roku życia). W populacji kobiet zachorowalność na nowotwory pęcherza moczowego stale bardzo szybko wzrasta (około 4,7% rocznie w całej populacji, 5,4% rocznie wśród kobiet w wieku 45-64 lata i 3,8% rocznie wśród najstarszych kobiet). W populacji kobiet, podobnie ja u mężczyzn, można się spodziewać dalszego wzrostu współczynników zachorowalności w całej populacji i wśród kobiet w średnim wieku (45064 lat), natomiast u starszych kobiet prognozowana jest stabilizacja wartości współczynników. Mimo prognozowanego spadku zachorowalności liczba zachorowań do 2020 roku będzie wzrastać a większość zachorowań wystąpi u kobiet starszych. Umieralność z powodu nowotworów pęcherza moczowego ma tendencję rosnącą u obu płci od ponad 4. dekad. W populacji mężczyzn do połowy lat 90. Ubiegłego wieku umieralność rosła w tempie 1,8% rocznie, po czym nastąpiło zahamowanie wzrostu. Zahamowanie to jest konsekwencją malejących od początku lat 90. współczynników umieralności w grupie 45-64 lat, chociaż w najstarszej grupie wieku utrzymuje się wzrost umieralności. Na podstawie tych trendów można oczekiwać wzrost ogólnej liczby zgonów z powodu nowotworów pęcherza moczowego (do około 4300 w 2025 roku), przy czym wśród mężczyzn w średnim wieku można oczekiwać spadku liczby zgonów. W populacji kobiet wzrost umieralności obserwowany jest we wszystkich grupach wiekowych. Podobnie jak u mężczyzn największy przyrost zgonów spodziewany jest wśród najstarszych kobiet (do ponad 700 w 2020). W całej populacji spodziewać się można w 20205 roku prawie 1000 zgonów.



Wykres 8 Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w Polsce w latach 1980-2006, prognoza do 2025 roku.

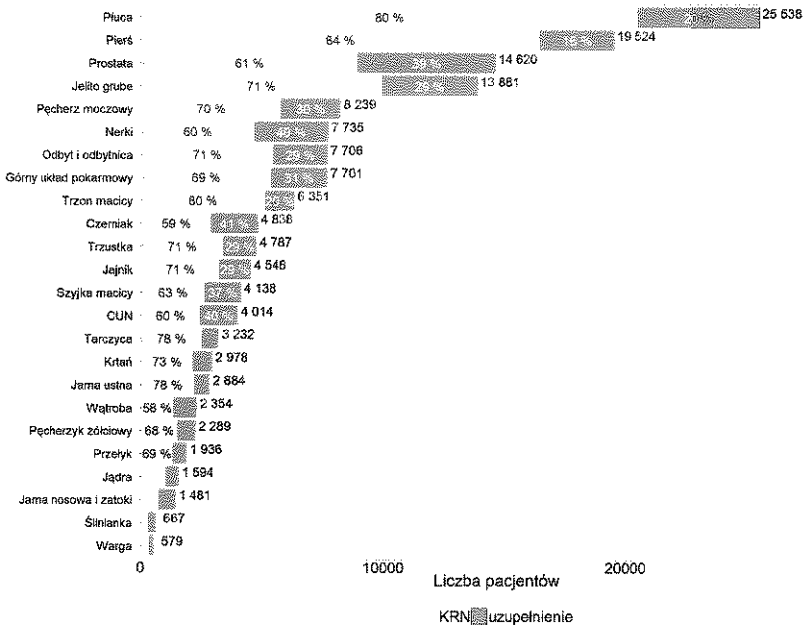


Wykres 9 Liczba zachorowań i liczna zgonów na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w Polsce w 2006 roku, prognoza do 2025 roku.

LECZENIE CHORÓB UKŁADU MOCZOWEGO i MOCZOWO PŁCIOWEGO

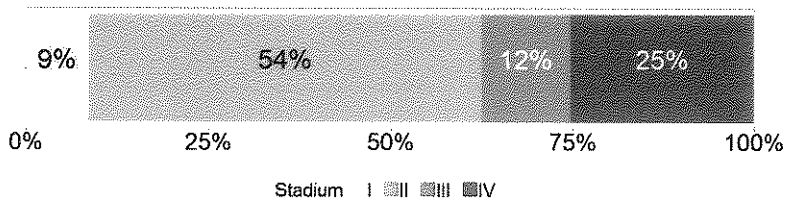
Urologia to dziedzina medycyny zajmująca się schorzeniami układu moczowo-płciowego u mężczyzn oraz układu moczowego u kobiet, a częściowo również żeńskim układem płciowym (uro-ginekologia). Podstawowa domena urologii to leczenie zabiegowe. Urolodzy są chirurgami. Wykonują operacje nerek, moczowodów, pęcherza moczowego, prostaty, jąder cewki moczowej, prącia. Ponadto zajmują się leczeniem kamicy układu moczowego, rozrostu gruczołu krokowego, infekcji dróg moczowych, zaburzeń oddawania moczu. Szczególną i najważniejszą domeną urologów jest leczenie nowotworów układu moczowo-płciowego. Jak wynika z raportu dotyczącego potrzeb zdrowotnych z zakresu onkologii, oddziały urologii hospitalizują najwięcej pacjentów z rozpoznaniem nowotworów wśród wszystkich oddziałów w szpitalach nieonkologicznych. Jest to zrozumiale, ponieważ spośród pięciu najczęściej rozpoznawanych nowotworów u mężczyzn i spośród sześciu u kobiet trzy należą do układu moczowo-płciowego. Nowotwory trzech narządów: prostaty, nerki i pęcherza moczowego,

stanową blisko 20% wszystkich zachorowań na raki w Polsce. Podstawowym sposobem leczenia wszystkich nowotworów układu moczowo-płciowego są operacje chirurgiczne wykonywane wyłącznie przez urologów. Procedury onkologiczne wykonywane w Centrach Onkologii stanowią najczęściej uzupełnienie leczenia zabiegowego lub dotyczą leczenia paliatywnego.

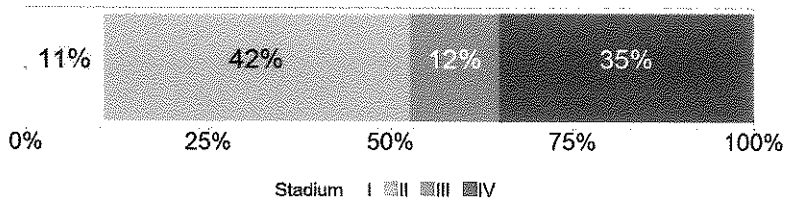


Wykres 10 Łączna zachorowalność na nowotwory złośliwe w Polsce wg. typu nowotworu (2012)

Nowotwory układu moczowo-płciowego rozpoznawane są w Polsce zbyt późno, w zaawansowanych stadiach rozwoju, a umieralność wśród chorych wciąż jest bardzo wysoka. Skuteczne zapobieganie zgonom z powodu nowotworów wymaga opracowania programów profilaktyki oraz zwiększenia dostępności do procedur diagnostycznych umożliwiających wczesne rozpoznanie i szybkie podjęcie skutecznego leczenia. Wdrożenie programów wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego powinno być uznawane za priorytetowe w strategii zwalczania chorób uro-onkologicznych w Polsce.



Wykres 11 Udział nowych przypadków nowotworów złośliwych gruczołu krokowego wg stadium zaawansowania (2012)



Wykres 12 Udział nowych przypadków nowotworów złośliwych pęcherza moczowego wg stadium zaawansowania (2012)

Odpowiednia strategia finansowa pozwoliła na osiągnięcie istotnej poprawy w zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia. W pierwszej połowie lat 90. choroby te były przyczyną ponad 52% ogółu zgonów; na początku tego stulecia – prawie 48%, zaś w 2007 r. stanowiły 45,4% wszystkich przyczyn. Stopniowo zmniejsza się także odsetek zgonów powodowanych urazami i zatruciami, które obecnie stanowią 6,6% wszystkich zgonów, wobec 7,6% na początku lat 90. Natomiast niekorzystnym zjawiskiem jest bardzo szybki wzrost liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, przy jednoczesnym wzroście liczby nowych zachorowań. W 1990 r. nowotwory złośliwe były przyczyną prawie 19% zgonów, w 2000 r. stanowiły 23%, a obecnie 24,6%. W Polsce występuje wysoka nadumieralność mężczyzn, co stanowi wyzwanie również dla środowiska urologicznego. Dlatego koniecznym jest opracowanie odpowiedniej strategii finansowej wobec najczęściej rozpoznawanych nowotworów, do których bez wątpienia należą raki układu moczowo-płciowego.

ODDZIAŁY UROLOGICZNE W POLSCE

W 2007 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), który jest bardzo niekorzystny dla oddziałów urologii Dodatkowo w 2013 roku również NFZ przesunął część świadczeń realizowanych wcześniej w ramach opieki szpitalnej do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) jednocześnie obniżając wycenę tych procedur. Sytuacja ta doprowadziła, że obecnie 80% oddziałów urologicznych w Polsce zadłużonych i przynosi swoim szpitalom straty. Co ważne znacząca część placówek AOS niestety nie jest jednak przygotowana sprzętowo do realizowania tych świadczeń. Ponadto wykonywanie takich procedur diagnostyczno-leczniczych w poradniach urologicznych jest niezgodne ze standardami europejskimi i światowymi.

Tabela II Analiza kosztów leków i materiałów dla poszczególnych grup JGP w urologii – dane z jednego ośrodka uniwersyteckiego

HOSPITALIZACJA	LICZBA	WARTOŚĆ	CENA JEDN	KOSZT LEK/	UDZIAŁ
L26 ŚREDNIE ZABIEGI ENDOSKOPOWE NA PĘCHERZU MOCZOWYM	385	1 040 520,00 zł	2 702,65 zł	626,13 zł	23%
L31 RADYKALNA PROSTATEKTOMIA	237	1 971 840,00 zł	8 320,00 zł	1 309,73 zł	16%
L05 DUŻE ENDOSKOPOWE ZABIEGI NEREK	129	670 800,00 zł	5 200,00 zł	1 488,04 zł	29%
L72A ZABIEGI MOSZNY, JĄDRA, NAJĄDRZA I NASIENIOWODU > 17 R. Ż.	101	158 288,00 zł	1 567,21 zł	338,61 zł	22%
L84 INNE CHOROBY NEREK	97	277 108,00 zł	2 856,78 zł	568,43 zł	20%
L00 NEFREKTOMIA I INNE DUŻE OTWARTE ZABIEGI NEREK	85	619 944,00 zł	7 293,46 zł	2 081,59 zł	29%
L15 DUŻE ENDOSKOPOWE ZABIEGI MOCZOWODU	75	311 220,00 zł	4 149,60 zł	593,36 zł	14%
L17 MAŁE ENDOSKOPOWE ZABIEGI MOCZOWODU	73	94 588,00 zł	1 295,73 zł	773,22 zł	60%
L08 NOWOTWORY NEREK I DRÓG MOCZOWYCH	64	198 536,00 zł	3 102,13 zł	153,59 zł	5%
L59 ŚREDNIE ZABIEGI CEWKI MOCZOWEJ	57	103 428,00 zł	1 814,53 zł	338,76 zł	19%
L48 PRZEZCEWKOWA RESEKCJA GRUCZOŁU KROKOWEGO	54	196 560,00 zł	3 640,00 zł	748,98 zł	21%
L85 KAMICA MOCZOWA	41	32 968,00 zł	804,10 zł	835,82 zł	104%
L21 KOMPLEKSOWE ZABIEGI PĘCHERZA MOCZOWEGO Z WYTWORZENIEM PRZETOKI	40	709 904,00 zł	17 747,60 zł	4 840,27 zł	27%
L46 CHOROBY GRUCZOŁU KROKOWEGO	35	23 088,00 zł	659,66 zł	243,22 zł	37%
L07 ZAKAŻENIA NEREK LUB DRÓG MOCZOWYCH	25	28 548,00 zł	1 141,92 zł	458,48 zł	40%
L69 CHOROBY PRĄCIA, JĄDER, NASIENIOWODU, MOCZOWODU I CEWKI MOCZOWEJ	23	19 500,00 zł	847,83 zł	675,56 zł	80%
L104 INNE PROCEDURY W ZAKRESIE UKŁADU MOCZOWO - PŁCIOWEGO	20	7 020,00 zł	351,00 zł	219,32 zł	62%
L22 DUŻE OTWARTE ZABIEGI NA PĘCHERZU MOCZOWYM, W TYM PLASTYKA	20	316 160,00 zł	15 808,00 zł	4 416,44 zł	28%
L06 ŚREDNIE ENDOSKOPOWE ZABIEGI NEREK	17	35 360,00 zł	2 080,00 zł	926,76 zł	45%
L32 OTWARTE ZABIEGI GRUCZOŁU KROKOWEGO I SZYI PĘCHERZA MOCZOWEGO	17	90 168,00 zł	5 304,00 zł	1 614,67 zł	30%
L51 IMPLANTACJA LUB WYMIANA HYDRAULICZNEGO ZWIERACZA CEWKI MOCZOWEJ (A	14	409 864,00 zł	29 276,00 zł	23 952,99 zł	82%
L12 DUŻE OTWARTE ZABIEGI MOCZOWODU	9	49 140,00 zł	5 460,00 zł	1 831,60 zł	34%
L62 DUŻE I ŚREDNIE ZABIEGI PRĄCIA	8	25 792,00 zł	3 224,00 zł	430,47 zł	13%
L54 MAŁE ZABIEGI CEWKI MOCZOWEJ	6	4 264,00 zł	710,67 zł	541,70 zł	76%
M05 ZABIEGI W NIETRZYMANIU MOCZU	5	19 500,00 zł	3 900,00 zł	1 630,02 zł	42%
L29 CHOROBY PĘCHERZA MOCZOWEGO I MOCZOWODU	4	7 436,00 zł	1 859,00 zł	1 180,46 zł	63%
L24 ZABIEGI W ZAKRESIE PRZETOK ODPROWADZAJĄCYCH MOCZ	2	9 048,00 zł	4 524,00 zł	993,02 zł	22%
L09 MAŁE ZABIEGI NEREK	2	2 600,00 zł	1 300,00 zł	1 588,48 zł	122%
	1645	7 433 192,00 zł			26,3%

Powyższa tabela prezentuje dane zebrane przez jeden z ośrodków. Cena jednostkowa oznacza na ile dana procedura została wyceniona przez NFZ, zaś udział procentowy oznacza konieczność dołożenia środków własnych aby ośrodek nie był stratnym. Każda procedura, w której udział procentowy jest powyżej 15% oznacza jej niedoszacowanie, a ośrodek musiał ponieść dodatkowe koszty.

Dobrym kierunkiem było wprowadzenie procedury jednego dnia w ramach świadczeń szpitalnych, ponieważ generowała stosunkowo mniejsze koszty przy jednoczesnym zachowaniu standardów bezpieczeństwa. Chorzy urologiczni są z reguły pacjentami starszymi i z zasady obciążonymi licznymi schorzeniami, a stan ich zdrowia wskazuje by postępowanie diagnostyczno-lecznicze przeprowadzać w bezpiecznych warunkach i maksymalnie kompleksowo.

Zadłużanie się klinik i oddziałów uro-onkologicznych oznacza przede wszystkim brak możliwości odnawiania posiadanego sprzętu, nie wspominając o zakupie bardziej nowoczesnego. To powoduje zmniejszenie szans na wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie.

Kluczowymi zasobami, które determinują szybkość i trafność diagnozy w chorobach nowotworowych (również w uro-onkologicznych), a następnie adekwatność podjętego leczenia, są sprzęt diagnostyczny i leczniczy. Rozwój polskiej uro-onkologii jest decydujący dla zdrowia Polaków, zwłaszcza w kontekście spodziewanego wzrostu zachorowań na nowotwory układu moczowego i moczowo-płciowego.

KADRA MEDYCZNA

Polska dysponuje bardzo dobrze wykształconą kadrą specjalistów z zakresu urologii. Jest tak dzięki unikatowemu programowi szkolenia urologów według europejskich standardów przy współpracy Polskiego Towarzystwa Urologicznego z European Board of Urology (EBU). Polscy lekarze podchodzą do egzaminu specjalizacyjnego z urologii, który jest jedynym egzaminem będącym jednocześnie europejskim i polskim - dzięki temu polscy specjaliści kształceni są na poziomie europejskim. Adepci, którzy złożą egzamin EBU uzyskują nie tylko tytuł specjalisty urologa, ale także prestiżowy tytuł Fellow of the EBU (FEBU) - w Unii Europejskiej polscy urolodzy stanowią najliczniejszą grupę narodową FEBU - 15.3%.

Należy jednak pamiętać o ciągłym postępie w medycynie. Dlatego stałe, systematyczne dokształcanie i wzbogacanie wiedzy oraz doskonalenie umiejętności lekarzy specjalistów powinno być zarówno naturalną powinnością każdego z nich jak również priorytetem państwa. Udoskonalanie procesu kształcenia zawodowego jest niezwykle ważna z punktu widzenia rozwojowego jak również kompleksowej opieki nad pacjentem.

FINANSOWANIE LECZENIA UROLOGICZNEGO ORAZ URO-ONKOLOGICZNEGO

Uro-onkologia jest szczególnie ważnym działem urologii, mającym charakter wielodyscyplinarny. Uro-onkologia obejmuje rozpoznanie, leczenie i obserwację po leczeniu chorych na nowotwory złośliwe nerki, dróg moczowych oraz mięsaki narządów płciowych, w tym także stercza, a także - niekiedy - żeńskich narządów płciowych, jeśli szerzą się w obrębie układu moczowego. Do zakresu uro-onkologii należy ponadto rozpoznanie i leczenie powikłań dotyczących narządów układu moczowego, powikłań powstałych w toku leczenia i po leczeniu nowotworów wywodzących się z innych narządów sąsiadujących z drogami moczowymi - nowotworów stanowiących domenę onko-ginekologii i chirurgii onkologicznej. Urolodzy biorą na swoje barki również powikłania dotyczące układu moczowego powstałe na oddziałach onkologicznych i radioterapeutycznych.

Najważniejsza dla poprawy skuteczności leczenia pacjentów urologicznych i uro-onkologicznych w Polsce jest koordynacja i ukierunkowanie działań diagnostycznych oraz leczniczych na potrzeby pacjentów, tak by możliwie w optymalny sposób leczyć ich w jak najkrótszym czasie i z zastosowaniem najbardziej efektywnych metod.

Organizacja i sposób kontraktowania świadczeń niezbędnych do skutecznego leczenia, wymagają poważnych zmian. Dlatego też konieczne jest podjęcie działań mających na celu uświadomienie, że leczeniem nowotworów układu moczowego i moczowo-płciowego zajmują się urolodzy nie onkolodzy, diagnostyka odbywa się w poradniach urologicznych nie onkologicznych, zaś leczeniem pierwszego rzutu m.in. w raku nerki, pęcherza czy prostaty jest usunięcie zmiany, którą wykonuje urolog nie onkolog.

Ponadto w związku z coraz bardziej zadłużającymi się oddziałami urologicznymi konieczne jest przygotowanie nowej wyceny procedur medycznych stosowanych w urologii. Obecna wycena uniemożliwia rozwój ośrodków urologicznych, zwłaszcza akademickich. Zbyt niska wycena zabiegów urologicznych - zarówno tych dużych jak i tych drobnych, bez jakichkolwiek widocznych od 7 lat zmian, nie gwarantuje nawet wyrównania nakładów inwestycyjnych na ich wykonanie. To również przyczynia się do braku wprowadzania nowoczesnych technik, na które przede wszystkim czekają pacjenci.

Poniżej znajduje się propozycja zmiany wyceny najczęściej wykonywanych świadczeń w urologii wraz z informacją co w danej procedurze medycznej się zawiera oraz uzasadnienie dla podniesienia kosztów.

100	NEFREKTOMIA I INNE DUŻE OTWARTE ZABIEGI NEREK	138 PKT. => 190 PKT.

Nefrektomia tj. radykalne usunięcie nerki w znieczuleniu ogólnym - duży zabieg operacyjny z powodu choroby nowotworowej nerki, gdy zaawansowanie choroby jest tak duże, że nie można wykonać zabiegu z oszczędzeniem miąższu nerki. Niekiedy wymagane jest wydobycie czopu nowotworowego z żyły nerkowej lub żyły głównej dolnej. W przypadku wystąpienia choroby z ogniskami przerzutowymi usunięcie nerki jest warunkiem koniecznym do zakwalifikowania pacjenta do chemioterapii (zabieg operacyjny wykonywany jest w oddziale urologicznym, chemioterapia na oddziale onkologii). Zabieg związany jest około tygodniowym okresem hospitalizacji, a aktualna wycena nie pokrywa kosztów procedury i pobytu w szpitalu pacjenta.

L05	DUŻE ENDOSKOPOWE ZABIEGI NEREK	100 PKT. ⇒ 125 PKT.

W grupie tej zakwalifikowane są zabiegi endoskopowe, małoinwazyjne ale wymagające specjalistycznego sprzętu. Pacjent nie wymaga rozległego cięcia skóry. Najbardziej typowym zabiegiem jest PCNL tj. wytworzenie pod kontrolą RTG przezskórnego dostępu do układu kielichowo-miedniczkowego. Skruszenie i wydobycie złogu z układu kielichowo-miedniczkowego. Pacjent po 2 dniach wraca do domu. Stosunkowo często wymagany jest zakup nowego sprzętu. Proponowana zmiana wyceny obejmuje tylko inflację. Zabieg niewielkiego ryzyka, leczący średnie i duże złogi układu miedniczkowo-moczowodowego. Radykalność zabiegu powoduje znaczne zmniejszenie wystąpienia ryzyka nawrotu kamicy oraz infekcji w drogach moczowych.

L15	DUŻE ENDOSKOPOWE ZABIEGI MOCZOWODU	80 PKT. ⇒ 100 PKT.

Zabieg małoinwazyjny, bez jakiegokolwiek nacięcia powłok skórnych. Drogą endoskopową (przez cewkę moczową) operator używając ureterorenoskopu (wziernika moczowodowego) kruszy złóg w moczowodzie lub rozszerza zwężenie moczowodu lub usuwa guz moczowodu. Pacjent unika rozległego rozcięcia skóry i następnego dnia po zabiegu może opuścić szpital. Proponowana zmiana wyceny obejmuje tylko inflację. Bardzo często zabieg ten zapobiega infekcjom dróg moczowych i urosepsie. Usuniecie blokującego złogu zapobiega uszkodzeniu nerki a tym samym zapobiega niewydolności nerek.

L21	KOMPLEKSOWE ZABIEGI PĘCHERZA MOCZOWEGO Z WYTWORZENIEM PRZETOKI	335 PKT. ⇒ 390 PKT.

Do tej grupy należą rozległe zabiegi na pęcherzu moczowym. Wykonywane są w zaawansowanej chorobie pęcherza moczowego (głównie) lub jako leczenie powikłań po radioterapii (mały marski pęcherz moczowy-rzadziej). Pojęcie „zawansowana choroba nowotworowa pęcherza moczowego" dotyczy przede wszystkim nacieku raka na mięśniówkę pęcherza moczowego a w drugiej kolejności rozległości, wielkości zmiany. Zabieg polega na usunięciu całego pęcherza moczowego wraz z macicą przydatkami i przednią ścianą pochwy oraz usunięciu regionalnych węzłów chłonnych - u kobiety. Usunięciu pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych oraz regionalnych węzłów chłonnych - u mężczyzny. Następnie odprowadzeniu moczu przez urostomię tj. wyizolowaną wstawkę z jelita cienkiego.

Najbardziej rozległy zabieg operacyjny w urologii. Wykonywany jest w przypadku gdy nie można wyleczyć pacjenta przez wykonanie zabiegu endoskopowego. Pobyt pacjent w szpitalu wynosi 10-14 dni. Często hospitalizacja wiąże sie z podaniem żywienia pozajelitowego. Mimo, że jest to „najdroższy„ zabieg urologiczny jest on niedoszacowany. Proponowana zmiana wyceny przybliża urealnienie kosztów.

Radykalne usunięcie pęcherza moczowego w zaawansowanej chorobie nowotworowej jest jedyną skuteczną, uznaną przez Europejskie, Polskie i Amerykańskie Towarzystwo Urologicznej metodą leczenia w takich przypadkach. Potwierdzają to liczne badania naukowe. Radioterapia czy chemioterapia jest uzasadniona jako leczenie uzupełniające czy paliatywne. Nieleczona choroba zaawansowana choroba nowotworowa pęcherza moczowego prowadzi do śmierci pacjenta.

L26	ŚREDNIE ENDOSKOPOWE ZABIGI NA PĘCHERZU MOCZOWYM (TUR BT)	51 PKT. ⇒ 65 PKT.

Zabieg małoinwazyjny. Wykonywany jest z powodu guza pęcherza moczowego. Polega na wprowadzeniu przez cewkę moczową resektoskopu do pęcherza moczowego i wycięciu zmian rozrostowych. Związany jest z dwudniowym pobytem pacjenta w szpitalu. Bardzo często konieczny jest zakup nowych „pętli" do wykonania resekcji guza. Proponowana zmiana wyceny nie obejmuje nawet stopy inflacji. Wczesne wykrycie i wycięcie raka może zapobiec rozwojowi choroby nowotworowej. U części pacjentów systematyczna kontrola urologiczna i wczesne wycięcie wznowy zapobiega konieczności wykonania cystektomii (usunięcia pęcherza moczowego) i wytworzenia urostomii.

L30	PRZYWROCENIE CYSTOSKOPII DO TEJ GRUPY JGP	BRAK ⇒ 20 PKT.

Zabieg diagnostyczny cystoskopia - wziernikowanie pęcherza moczowego. Badanie polega na wprowadzeniu cytsokopu do pęcherza moczowego przez cewkę moczową. W przypadku stwierdzenia patologii w błonie śluzowej, operator podejmuje decyzję o pobraniu wycinka z błony śluzowej pęcherza moczowego do badania histopatologicznego. Aktualnie zabieg ten wykonywany jest w ambulatoryjnie w Poradniach Urologicznych, gdzie nie ma odpowiednich warunków aby go przeprowadzić. Wcześniej był wykonywany w oddziałach urologii.

Zabieg ten może być bardzo prosty ale może przysporzyć dużych problemów w właściwej ocenie pęcherza moczowego. Przeprowadzany ambulatoryjnie często wiąże się z dużym dyskomfortem dla pacjenta. Dotyczy to szczególnie mężczyzn. Proponowana wycena punktowa obejmuje szacunkową cenę takiego badania w warunkach szpitalnych. Tylko w warunkach szpitalnych to niekomfortowe badanie może być wykonane w sposób przyjazny dla pacjenta.

L31	RADYKALNA PROSTATEKTOMIA	160 PKT. => 250 PKT.

Prostatektomia radykalna - zabieg wykonywany z powodu choroby nowotworowej gruczołu krokowego. Polega na radykalnym usunięciu prostaty, pęcherzyków nasiennych i regionalnych węzłów chłonnych. Koszty związane z zabiegiem operacyjnym i hospitalizacja przekraczają „ przydzieloną" pulę punktów.

Aktualnie wycena procedury jest 3-4 x mniejsza niż radioterapia czy brachyterapia. Trzeba również zauważyć, że podejmując leczenie operacyjne pacjent nie będzie wymagał drogiego leczenia hormonalnego. Takie leczenie uzupełniające jest często wymagane przy innym sposobie leczenia.

L43	PRZEZCEWKOWA RESEKCJA GRUCZOŁU KROKOWEGO	70 PKT. => 90 PKT.

Jest to zabieg endoskopowy, małoinwazyjny polegający na przezcewkowym wycięciu przerośniętych płatów gruczołu krokowego (TURP) u mężczyzn z przerostem gruczołu krokowego. Proponowana zmiana wyceny nie obejmuje nawet stopy inflacji.

L45	BIOPSJA STERCZA WIELOPUNKTOWA - PRZYWRÓCENIE DO TEJ GRUPY JGP	21 PKT. => 30 PKT.

Zabieg diagnostyczny wykonywany u pacjentów z podejrzeniem raka gruczołu krokowego. W znieczuleniu miejscowym, pod kontrolą przezodbytniczego usg (TRUS) pobierane są wycinki z gruczołu krokowego w celu przeprowadzenia weryfikacji histopatologicznej. Zabieg konieczny do rozpoznania i leczenia choroby nowotworowej gruczołu krokowego.

Aktualnie NFZ nakazuje by badanie odbywało się ambulatoryjnie. Nierzadko pacjenci źle znoszą badanie. Warunki gabinetu zabiegowego poradni urologicznej, gdzie najczęściej przeprowadzane jest badanie nie spełniają oczekiwań pacjentów i urologów. Wydaje się, że właściwym byłoby przywrócenie możliwości wykonywania biopsji gruboigłowej wielopunktowej w warunkach szpitalnych. Proponowana wycena to realne pokrycie kosztów związanych z badaniem, hospitalizacją jednego dnia oraz oceną histopatologiczną.

L92	ESWL	20 PKT. => 30 PKT.

Zabieg polega na zewnątrzustrojowym rozbijaniu złogów w układzie moczowym tj. rozbiciu kamieni bez nacięcia powłok skórnych czy wprowadzenia narzędzi ednoskopowych. Zabieg wykonywany jest pod kontrolą usg lub RTG. Proponowana zmiana wyceny nie obejmuje nawet stopy inflacji. Niezwykle wysoka cena aparatu do wykonywania ESWL średnio ok. 1,5 mln zł.

-	NEFREKTOMIA LAPARSKOPOWA	BRAK => 240 PKT.

Zabieg polega na radykalnym usunięciu nerki metodą laparoskopową. Zabieg przeprowadza sie przez kilka drobnych nacięć (do 10mm) powłok skórnych. Koszty związane z zabiegiem są znacznie większe niż dla zabiegu klasycznego. Związane jest to z użyciem narzędzi laparoskopowych ale korzyści również są nieporównywalne. Znacznie krótsza hospitalizacja, rekonwalescencja oraz absencja w pracy. Aktualnie katalog nie zawiera tego zabiegu. Urolodzy wykonują te zabiegi i rozliczają znacznie poniżej kosztów - jako zabieg klasyczny. Proponowana wycena umożliwia pokrycie kosztów związanych z procedurą.

-	KOMPLEKSOWE ZABIEGI PĘCHERZA MOCZOWEGO Z WYTWORZENIEM PRZETOKI - CYSTEKTOMIA LAPAROSKOPOWA	BRAK => 450 PKT.

Zabieg polega na radykalnym usunięciu pęcherza moczowego wraz z macicą przydatkami i przednią ścianą pochwy oraz usunięciu regionalnych węzłów chłonnych - u kobiety. Usunięciu pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych oraz regionalnych węzłów chłonnych - u mężczyzny. Następnie odprowadzeniu moczu przez urostomię tj. wyizolowaną wstawkę z jelita cienkiego.

Najbardziej rozległy zabieg operacyjny w urologii. Wykonywany jest w przypadku gdy nie można wyleczyć pacjenta przez wykonanie zabiegu endoskopowego. W metodzie laparoskopowej zabieg przeprowadza się przez kilka drobnych nacięć powłok skórnych. Zabieg wykonywany jest metodą laparoskopową. Koszty związane z zabiegiem są znacznie większe niż dla zabiegu klasycznego. Związane jest to z użyciem narzędzi laparoskopowych ale korzyści również są nieporównywalne - znacznie krótsza hospitalizacja, rekonwalescencja oraz absencja w pracy.

Aktualnie katalog nie zawiera tego zabiegu. Urolodzy wykonują te zabiegi i rozliczają znacznie poniżej kosztów - jako zabieg klasyczny. Proponowana wycena umożliwia pokrycie kosztów związanych z procedurą.

-	RADYKALNA PROSTATEKTOMIA LAPAROSKOPOWA	BRAK ⇒ 300 PKT.

Prostatektomia radykalna - zabieg wykonywana z powodu choroby nowotworowej gruczołu krokowego. Polega na radykalnym usunięciu prostaty, pęcherzyków nasiennych i regionalnych węzłów chłonnych. Zabieg wykonywany jest metodą laparoskopową. Zabieg przeprowadza sie przez kilka drobnych nacięć (do 10mm) powłok skórnych. Koszty związane z zabiegiem są znacznie większe niż dla zabiegu klasycznego. Związane jest to z użyciem narzędzi laparoskopowych ale korzyści również są nieporównywalne - znacznie krótsza hospitalizacja, rekonwalescencja oraz absencja w pracy.

Aktualnie katalog nie zawiera tego zabiegu. Urolodzy wykonują te zabiegi i rozliczają znacznie poniżej kosztów - jako zabieg klasyczny. Proponowana wycena umożliwia pokrycie kosztów związanych z procedurą.

-	PROSTATEKTOMIA PRZY UŻYCIU ROBOTA DA VINCI	BRAK ⇒ 500 PKT.

Prostatektomia radykalna - zabieg wykonywana z powodu choroby nowotworowej gruczołu krokowego. Polega na radykalnym usunięciu prostaty, pęcherzyków nasiennych i regionalnych węzłów chłonnych. Zabieg przeprowadza się z asystą robota da vinci. Użycie tej metody pozwala na bardziej precyzyjne przeprowadzenie zabiegu. Dotyczy to szczególnie preparowania tkanek w miednicy mniejszej. W tej okolicy najbardziej pożądane są „ruchy nadgarstka" możliwe do wykonania tylko z asystą robota. Ma to bezpośrednie przełożenie na zmniejszenie odsetka pooperacyjnego nietrzymania moczu i zaburzeń wzwodu. To z kolei może mieć wpływ na krótszy okres rekonwalescencji. Wystawiania krótszych zasiłków chorobowych, zmniejszenie ilości pacjentów z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu uniemożliwiającym podjęcie pracy zawodowej. Aktualnie katalog nie zawiera tego zabiegu. Proponowana wycena jest znacznie niższa niż w innych krajach, gdzie przeprowadzane są tego typu zabiegi.

PODSUMOWANIE

Degradacja finansowa klinik i oddziałów uro-onkologicznych oznacza przede wszystkim brak możliwości odnawiania posiadanego sprzętu, nie wspominając już o zakupie bardziej nowoczesnego. To powoduje zmniejszenie szans na wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie. Rozwój polskiej uro-onkologii jest decydujący dla zdrowia Polaków, zwłaszcza w kontekście pakietu onkologicznego zapewniającego nieograniczony limitami dostęp do lekarzy zajmujących się nowotworami.

Dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a środkami na jego realizację może prowadzić do poważnych patologii w systemie opieki zdrowotnej, które przyczyniają się m.in. do bardzo niskiej oceny systemu przez społeczeństwo. Dlatego ważne jest uregulowanie tych kwestii również w urologii. Nacisk powinien był położony na to, żeby nie stawiać na gorszej pozycji procedur małoinwazyjnych i sprawiać, by były dla szpitali opłacalne. Tendencja do wykonywania zabiegów małoinwazyjnych powinna iść naprzód, jeżeli chcemy nadążać za światową medycyną.

Niska wycena procedur diagnostycznych w urologii, braki sprzętowe i niewystarczające pokrycie finansowania porad i operacji mogą skutkować zmniejszeniem szans chorych na wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie. Można przewidywać, że znacznie zmniejszy się liczba wykonywanych badań diagnostycznych w nowotworach układu moczowo-płciowego w szpitalach, a także zwiększą się kolejki w poradniach urologicznych na badania, a to wpłynie na opóźnione rozpoznania nowotworów.

Urologia jest dobrym przykładem na zmianę filozofii zabiegów operacyjnych. Kiedyś operacje chirurgiczne wykonywało się u około 80% pacjentów wymagających leczenia zabiegowego. Obecnie jest to tylko około 15-20% pacjentów podlegających tradycyjnym zabiegom chirurgicznym. Pozostałe przypadki stanowią zabiegi endoskopowe, laparoskopowe lub takie, które nie naruszają tkanki. Przede wszystkim chirurgia laparoskopowa

w urologii zyskuje na coraz większej popularności. Wiąże się ona z mniejszym urazem pooperacyjnym, czego wyrazem jest mniejsze nasilenie dolegliwości bólowych, krótszy czas hospitalizacji, a także szybsza rekonwalescencja – co w przypadku chorego ma kluczowe znaczenie.

LITERATURA

- „Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek" – listopad 2011 r.
- „Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce – materiały prasowe, Polska Akademia Nauk" – marzec 2014 r.
- „Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku" – 2009 r.
- „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski" – grudzień 2015 r.
- „Walka z nowotworami i opieka onkologiczna w Polsce wobec wyzwań demograficznych i epidemiologicznych – propozycje rozwiązań" – 2015 r.
- „Urologia onkologiczna w Polsce – Postępy Nauk Medycznych" – kwiecień 2012 r.

WYKAZ TABEL I WYKRESÓW

- Tabela I Ludność Polski (w mln osób).
- Wykres 1 Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wg. płci i wieku.
- Wykres 2 Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce w Latach 1980-2006, prognoza do 2025 roku.
- Wykres 3 Liczba zachorowań i liczba zgonów na nowotwory złośliwe ogółem (w tysiącach) w Polsce w 2006 roku, prognoza do 2025 roku.
- Wykres 4 Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego w Polsce w latach 1980-2006, prognoza do 2025 roku.
- Wykres 5 Liczba zachorowań i liczna zgonów na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego w Polsce w 2006 roku, prognoza do 2025 roku.
- Wykres 6 Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe nerki w Polsce w latach 1980-2006, prognoza do 2025 roku.
- Wykres 7 Liczba zachorowań i liczna zgonów na nowotwory złośliwe nerki w Polsce w 2006 roku, prognoza do 2025 roku.
- Wykres 8 Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w Polsce w latach 1980-2006, prognoza do 2025 roku.
- Wykres 9 Liczba zachorowań i liczna zgonów na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w Polsce w 2006 roku, prognoza do 2025 roku.
- Wykres 10 Łączna zachorowalność na nowotwory złośliwe w Polsce wg. typu nowotworu (2012).
- Wykres 11 Udział nowych przypadków nowotworów złośliwych gruczołu krokowego wg stadium zaawansowania (2012).
- Wykres 12 Udział nowych przypadków nowotworów złośliwych pęcherza moczowego wg stadium zaawansowania (2012).
- Tabela II Analiza kosztów leków i materiałów dla poszczególnych grup JGP w urologii.