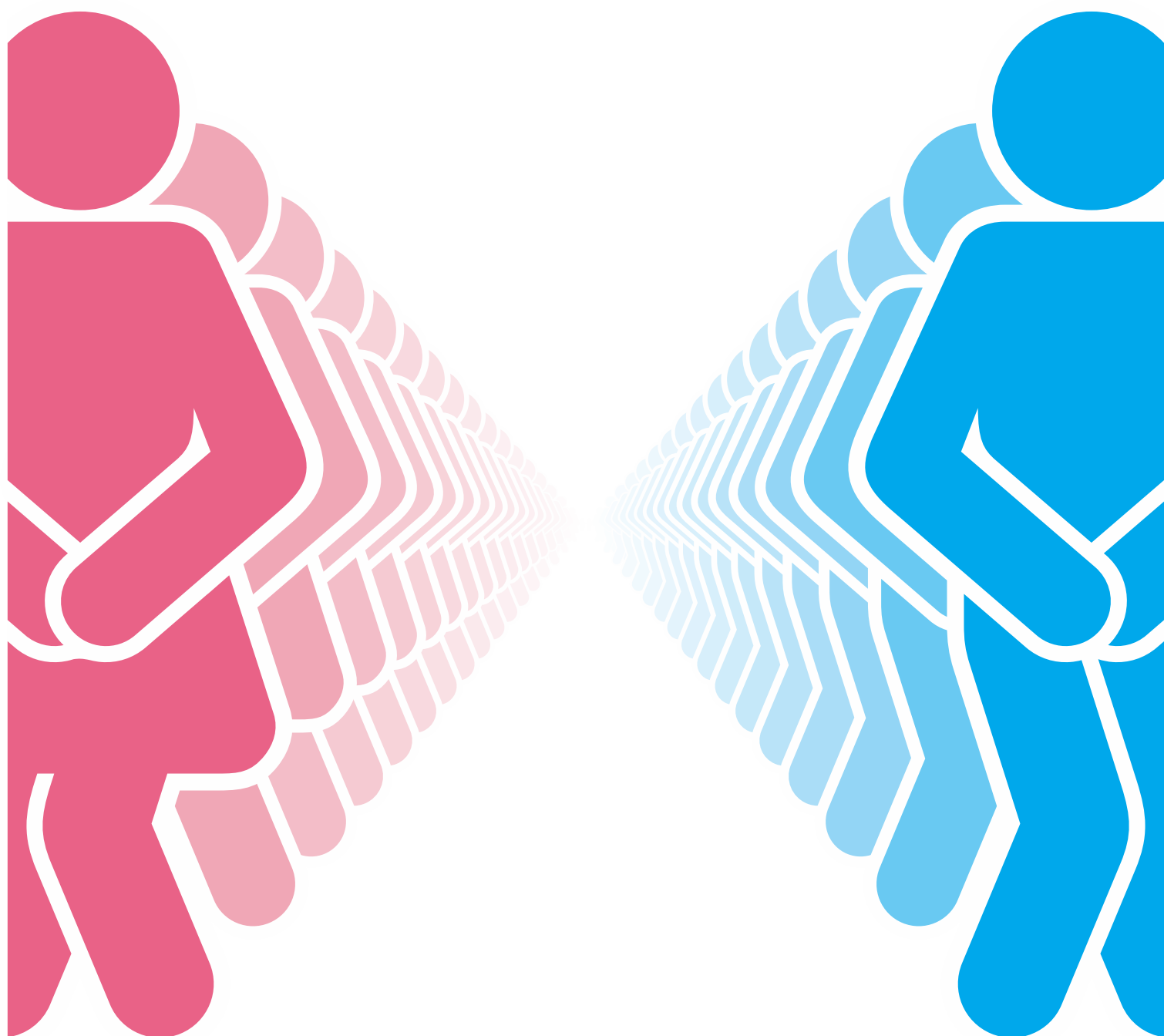


# R A P O R T



## **PACJENT Z NTM** **W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ**

WRZESIEŃ 2023

<b>4</b>	<b>WPROWADZENIE DO RAPORTU</b>
5	Definicja NTM
5	Epidemiologia
7	Diagnostyka
8	Wizyty u specjalistów
10	Badania diagnostyczne
<b>13</b>	<b>ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO</b>
14	Leczenie zachowawcze nefarmakologiczne
15	Leczenie farmakologiczne
20	Zabiegi małoinwazyjne
22	Leczenie operacyjne
<b>23</b>	<b>WYSIŁKOWE NIETRZYMANIE MOCZU</b>
24	Leczenie zachowawcze nefarmakologiczne
25	Leczenie farmakologiczne
26	Leczenie zabiegowe
<b>30</b>	<b>INNE RODZAJE NIETRZYMANIA MOCZU</b>
<b>31</b>	<b>INNE METODY LECZENIA NIETRZYMANIA MOCZU</b>
<b>32</b>	<b>NIETRZYMANIE KAŁU</b>
<b>36</b>	<b>NTM JAKO SKUTEK LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</b>
<b>38</b>	<b>ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE</b>
38	Środki absorpcyjne
40	Cewniki
41	Produkty stomijne
43	Zasady refundacji NFZ
51	Dofinansowanie z PFRON
52	Dostępność - apteki, sklepy medyczne, supermarkety
<b>53</b>	<b>HIGIENA I PIELEGNACJA</b>
<b>55</b>	<b>PRZYKŁADY KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z INKONTYNENCJĄ</b>
55	Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM
56	Koszty absencji w pracy osób z NTM
<b>58</b>	<b>OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM</b>
58	Czynniki demograficzne
59	Zakłady opieki długoterminowej
62	Osoby niesamodzielne
64	Osoby niepełnosprawne
66	Deinstytucjonalizacja
<b>68</b>	<b>WNIOSKI I REKOMENDACJE</b>

# PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2023

12. edycja raportu

Opracowanie raportu:

**Karolina Ciepela**

**Katarzyna Michalczuk**

**Tomasz Michatek**

**Michał Szewczyk**

**Małgorzata Witek**

Współpraca merytoryczna:

**dr n. med. Mariusz Blewniewski**

**prof. dr hab. n. ekon. Piotr Błędowski**

**mgr Magdalena Osińska-Kurzywilk**

Opracowanie graficzne i skład:

**Piotr Lisiecki**

Partner wydania raportu:

**Essity Poland Sp. z o.o.**

Realizacja wydawnicza:

**OCI Sp. z o.o.**

Raport powstał na zlecenie Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” w ramach Światowego Tygodnia Kontynencji 2023, przy wykorzystaniu bazy wiedzy z lat 2002-2023 dostępnej na portalu [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl) i danych udostępnionych przez: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Główny Urząd Statystyczny.

PUBLIKACJA BEZPŁATNA

Wersję elektroniczną można pobrać ze strony [www.uroconti.pl](http://www.uroconti.pl) oraz [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl)

Warszawa, wrzesień 2023

ISBN: 978-83-968964-0-7

© Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”

Wszelkie prawa zastrzeżone

All rights reserved

Szanowni Państwo,

Już po raz piętnasty obchodziliśmy w Polsce Światowy Tydzień Kontynencji (ang. *World Continence Week – WCW*). W tym czasie zostało opublikowanych jedenaście edycji raportu na temat sytuacji pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Dzisiaj oddajemy w Państwa ręce dwunaste wydanie tej publikacji.

Jak co roku, Raport został przygotowany w oparciu o najnowsze doniesienia z ostatnich 12 miesięcy. Do stworzenia niniejszego Raportu autorzy wykorzystali m.in. dane pozyskane z rządowego serwisu [www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl), na którym publikowane są informacje na temat ochrony zdrowia w naszym kraju, w tym szczegółowe raporty i zestawienia. Ważnym źródłem informacji były także dane pozyskane od Głównego Urzędu Statystycznego oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Niestety, po raz kolejny zabrakło bardziej szczegółowych danych obrazujących wydatkowanie publicznych środków przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej” co roku odnotowuje również przełomowe wydarzenia, które mają albo wkrótce będą miały istotny wpływ na sytuację osób z inkontynencją w Polsce.

Bez wątpienia jednym z takich wydarzeń było wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, które zaczęło obowiązywać od 1 stycznia 2023 roku. W dokumencie określono nowe limity dopłat m.in. dla osób z nietrzymaniem moczu, pacjentów stomijnych, diabetologicznych czy osób z niepełnosprawnościami.

Złe wieści otrzymały z kolei osoby cierpiące na zespół pęcherza nadreaktywnego. Jedynym lekiem zarejestrowanym i dedykowanym w II linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego pozostaje Betmiga (mirabegron). Niestety Minister Zdrowia, z niezrozumiałych przyczyn, najpierw blokował, a następnie po długim oczekiwaniu wydał negatywną decyzję, którą, po zaskarzeniu jej przez producenta, utrzymał w mocy i tym samym zakończył z dniem 21 listopada 2022 roku proces refundacyjny. Oznacza to, że terapia mirabegronem nie będzie w Polsce refundowana.

1 kwietnia br. obchodziliśmy natomiast czwartą rocznicę wprowadzenia neuromodulacji nerwów krzyżowych do koszyka świadczeń gwarantowanych w oddziałach urologicznych i ginekologicznych. Co roku zwiększa się liczba placówek szpitalnych przygotowanych do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej. Na dzień publikacji Raportu jest to już 12 placówek – 2 ginekologiczne i 9 urologicznych. Na tym tle całkowitą porażką okazał się program lekowy „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” (ICD-10: N31), którego koszt wykonanych świadczeń w 2022 roku wyniósł jedynie 12 000 zł.

Podsumowując ostatni rok nie można oczywiście pominąć pogarszającej się sytuacji ekonomicznej, z którą mierzą się obecnie pacjenci, w tym seniorzy. Z badań opublikowanych przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielny” wynika, że wydatki na leki obciążają budżety domowe prawie 95 proc. osób starszych, a ponad 80 proc. zdarzyło się w ostatnich kilku miesiącach nie wykupić recepty z uwagi na ceny leków. Nadzieją dla seniorów może okazać się jednak program bezpłatnych leków dla osób powyżej 65 lat. Bezpłatne zaopatrzenie w leki ma objąć dodatkowo dzieci poniżej 18 r.ż. Minister Zdrowia zapowiedział, że zmiany zostaną wprowadzone od początku 2024 roku i mają objąć nie tylko poszerzenie grup wiekowych, ale również poszerzenie dostępności do tych leków, które nie są obecnie dostępne w programie „Leki 75+”.

## Definicja NTM

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organisation – WHO*) i Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ang. *International Continence Society – ICS*), nietrzymanie moczu (NTM) jest przypadłością obejmującą jakikolwiek epizod niezależnego od woli wycieku moczu z pęcherza moczowego<sup>1</sup>. NTM bywa również określane mianem inkontynencji moczu (łac. *incontinentia urinae*). Nietrzymanie moczu jest uważane za jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku i ma status choroby społecznej. Stanowi problem socjalny i higieniczny.

W zależności od płci i wieku przyczyny nietrzymania moczu mogą być różne, w związku z tym każdorazowo konieczna jest prawidłowo wykonana diagnostyka, która dokładnie określi przyczynę, rodzaj, częstotliwość oraz nasilenie nietrzymania moczu.

Nietrzymanie moczu może być objawem wielu schorzeń i w zależności od przyczyny mogą występować różne rodzaje. Trzy podstawowe, najczęściej występujące typy nietrzymania moczu to:

- **wysiłkowe NTM**,
- **NTM z parcia**, w skład którego wchodzi zespół pęcherza nadreaktywnego/nadaktywnego typu mokry (ang. *overactive bladder – OAB*),
- **mieszane NTM** (połączenie wysiłkowego NTM i parć nagłych)<sup>2</sup>.

Według Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS) oprócz trzech podstawowych typów nietrzymania moczu wymienionych wyżej, występują także inne m.in.: nietrzymanie moczu z przepętnienia, pozazwieraczowe nietrzymanie moczu, moczenie nocne (nokturia), ciągłe nietrzymanie moczu, nietrzymanie moczu podczas zmieniania pozycji, nietrzymanie moczu związane z aktywnością seksualną czy też ukryte (maskowane) nietrzymanie moczu. Nietrzymanie moczu może występować w różnym nasileniu – małym, średnim lub dużym.

## Epidemiologia

### Dane ogólne

Częstość występowania nietrzymania moczu jest trudna do określenia i brak jest jednoznacznych danych określających odsetek liczby osób cierpiących na tę dolegliwość.

Okolo 10% wszystkich dorosłych kobiet zgłasza co najmniej jeden incydent wycieku moczu tygodniowo. Wycieki sporadyczne występują częściej i dotyczą ok. 25-45% wszystkich dorosłych kobiet. Zwiększenie częstotliwości epizodów nietrzymania moczu, zgodnie z badaniami, wzrasta wraz z wiekiem<sup>3</sup>.

Dane epidemiologiczne dotyczące mężczyzn również charakteryzują się dużymi rozbieżnościami. Wskazuje się, że częstość NTM waha się w przedziale od 1% do 40% przy czym u starszych mężczyzn jest to 11-34%, podczas gdy u mężczyzn w średnim wieku i młodszych 3-5%. Wszystkie badania zgodnie wskazują jednak, że ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu, podobnie jak u kobiet, wzrasta wraz z wiekiem<sup>4</sup>.

W Polsce brakuje precyzyjnych badań wskazujących, ile osób dotyka ten problem. Przez wiele lat szacunki wskazywały, że może to być ok. 2,5 mln osób – biorąc pod uwagę jednak upływ czasu (postępująca zmiana struktury demograficznej, wzrost świadomości), liczba ta obecnie może być znacznie wyższa.

Brak bardziej precyzyjnych statystyk wynika z różnic w zastosowanych metodach badań, różnic populacyjnych czy różnych definicji nietrzymania moczu. Przy podawaniu ogólnej liczby pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu na świecie trzeba więc być bardzo ostrożnym, ponieważ dane epidemiologiczne mogą nie obejmować wszystkich osób.

Pewnym jest, że nietrzymanie moczu zdecydowanie częściej dotyka kobiet. W niemal wszystkich badaniach częstość występowania nietrzymania moczu u mężczyzn jest niższa niż u kobiet w stosunku 1:2,5 lub nawet 1:3.

Globalne trendy demograficzne sugerują, że częstość występowania nietrzymania moczu będzie nadal rosła, co w konsekwencji wiązać się będzie ze znacznym obciążeniem zdrowia społeczeństwa oraz ze wzrostem kosztów ekonomicznych zarówno dla pacjentów, jak i dla płatników usług zdrowotnych.

<sup>1</sup> Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021.

<sup>2</sup> Wstęp do uroginekologii, red. E. Barcz, Gdańsk 2017, s. 53.

<sup>3</sup> Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 27-30.

<sup>4</sup> Tamże, s. 45.

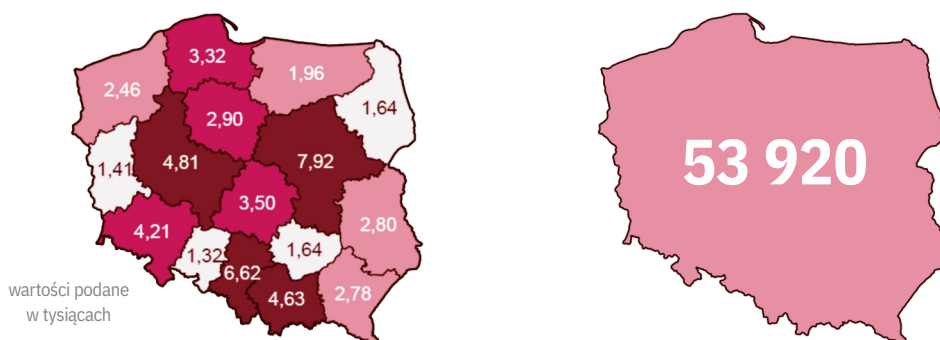
Rodzaj NTM	Kobiety 2008 r.	Kobiety 2013 r.	Kobiety 2018 r.	Mężczyźni 2008 r.	Mężczyźni 2013 r.	Mężczyźni 2018 r.
Jakikolwiek rodzaj NTM	250	275	301	98	109	120
Nietrzymanie moczu z parcia	27	30	33	22	25	27
Mieszane nietrzymanie moczu	43	47	52	11	12	14
Wysiłkowe nietrzymanie moczu	127	140	153	10	12	13
Inne	53	58	64	55	61	66

Tabela 1

Liczba osób z NTM na świecie z podziałem na płeć (w milionach).

Źródło: opracowanie własne na podstawie Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 84-85.

Według map potrzeb zdrowotnych opracowanych w 2018 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia prognozowana zapadalność na nietrzymanie moczu dla Polski w 2031 roku ma wynosić 53 920.



Mapy 1-2

Prognozowana uśredniona zapadalność rejestrowana w 2031 roku.

Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych opracowana w 2018 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS.

## Częstość występowania epizodów NTM

W różnych badaniach przedstawianych przez Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ICS) wśród kobiet częstotliwość występowania NTM kiedykolwiek wahała się od 5% do 69% (przy czym najczęściej podawane dane kształtują się w granicach 25-45%). Różnice w badaniach występują zarówno pomiędzy krajami, jak i w obrębie jednego państwa. Ponadto brakuje informacji z krajów rozwijających się<sup>5</sup>.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęściej występującym typem NTM u kobiet. Wraz z wysiłkowym nietrzymaniem moczu często występuje POP (ang. *Pelvic Organs Prolapse*), czyli obniżenie narządów miednicy. Drugim, najczęściej występującym rodzajem NTM u kobiet jest mieszane nietrzymanie moczu, a następnie NTM z parcia. Kontrola mikcji to skomplikowany proces, który zależy od wielu czynników. Zaburzenia pracy i budowy centralnego układu nerwowego, tkanek podporowych, nerwów obwodowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, a także zmiany hormonalne mogą prowadzić do różnych problemów urologicznych, w tym właśnie NTM oraz zaburzeń statyki narządu płciowego, będących częścią nauki o nazwie uroginekologia. Jedną z najczęstszych przyczyn wystąpienia nietrzymania moczu jest właśnie osłabienie mięśni dna miednicy spowodowane ciążą i porodem czy zmianami hormonalnymi (menopauza).

Zgodnie z najnowszą publikacją ICS, wysiłkowe nietrzymanie moczu odpowiada za ok. 10-39% przypadków NTM u kobiet. Z nielicznymi wyjątkami, wśród badań na drugim miejscu zazwyczaj plasuje się z kolei mieszany rodzaj nietrzymania moczu, występujący u ok. 7,5-25 % kobiet. Nietrzymanie moczu z parcia występuje najrzadziej bo u ok. 1-7 % badanych kobiet. Inne rodzaje NTM występują u 0,5-1% kobiet<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Tamże, s. 27.

<sup>6</sup> Tamże, s. 30.

Ze względu na różnice w anatomii i patofizjologii nietrzymania moczu u mężczyzn i kobiet, istnieje inny rozkład rodzajów NTM w zależności od płci. Dominującym typem NTM u mężczyzn jest nietrzymanie moczu z parcia, który występuje u ok. 40-80% mężczyzn. Następne pod względem częstotliwości występowania jest mieszane NTM - dotyka ok 10-30% mężczyzn. Na końcu plasuje się wysiłkowe nietrzymanie moczu, na które cierpi mniej niż 10% mężczyzn<sup>7</sup>.

Wśród mężczyzn przeprowadza się zdecydowanie mniej badań związanych z nietrzymaniem moczu niż u kobiet. W ostatnich latach możemy jednak zauważyć postępujące zwiększanie się liczby raportów, w szczególności dot. pacjentów po leczeniu nowotworu stercza, w tym w szczególności po radykalnej prostatektomii. NTM po tym zabiegu waha się od 2 do prawie 60% wśród pacjentów. Ryzyko wystąpienia NTM spada od 1 do 2 lat po operacji i jest uzależnione m.in. od wieku pacjenta, otyłości, szybkości i jakości dobranej rehabilitacji urologicznej, czy też techniki zabiegu (na ten moment nie ma jednak wystarczających badań, które potwierdzałyby w sposób jednoznaczny znaczące różnice w częstotliwości wystąpienia NTM po konkretnej operacji tj. laparoskopowej lub z użyciem robota)<sup>8</sup>.

Ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu zarówno u kobiet jak i u mężczyzn wzrasta wraz z wiekiem. Uniknięcie schorzenia nie zawsze jest możliwe, ale istnieje szereg działań profilaktycznych, które możemy zastosować i które pomogą zmniejszyć ryzyko jego wystąpienia w przyszłości.

U dzieci najczęściej występuje moczenie nocne bądź moczenie dzienne i nocne. Częstotliwość ich występowania zmniejsza się wraz z wiekiem. W dorosłej populacji wynosi już jedynie ok. 0,5%.

Badania publikowane przez ICS wskazują, że częstotliwość występowania samego moczenia nocnego również waha się w zależności od wieku osoby niepełnoletniej. Wśród dzieci w wieku 7 lat jest to ok. 11%, w wieku 11-12 lat ok. 3,7%, natomiast u osób w wieku 16 lat już 1,3%. Ilość epizodów moczenia spada u dzieci/osób niepełnoletnich wraz z wiekiem. Samoistne wyleczenie wynosi ok. 15% wśród dzieci w wieku 7-12 lat oraz 11% wśród osób w wieku 12-17 lat.

Dzieci cierpią również na funkcjonalne/czynnościowe (ang. *functional*) nietrzymanie moczu – oznacza to, że są świadome potrzeby oddania moczu, ale z jakiejś przyczyny fizycznej bądź psychicznej nie są w stanie dotrzeć z potrzebą do łazienki. Tutaj również częstość występowania spada wraz z wiekiem. Wśród dzieci w wieku 7 lat problem ten dotyka ok. 3,2-9 % badanych, z kolei w wieku 15-17 częstość wynosi już 1,2-3%<sup>9</sup>.

Należy zaznaczyć, że zgłaszana częstotliwość występowania w regionach świata jest różna chociażby ze względu na fakt, że niektóre kultury uważają to za temat tabu. Może być to także związane z różną świadomością ludzi dotyczącą tego tematu. Moczenie nocne często dotyka dzieci, których rodzice również mieli ten problem, warto więc brać historię rodzinną jako czynnik ryzyka wystąpienia NTM u dzieci.

Ze względu na stosowanie różnych kryteriów w zależności od przeprowadzanych badań, ciężko jest podać w pełni wiarygodne wartości procentowe dotyczące występowania problemu nietrzymania moczu. Zgodnie z danymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (ang. *European Association of Urology – EAU*) częstość ta prezentuje się nieco inaczej i waha się u dzieci od 1% do 20%. Zwiększanie świadomości oraz coraz lepszy dostęp do specjalistycznej opieki zdrowotnej zdaje się jednak wpływać na wzrost częstości występowania tego problemu<sup>10</sup>.

## Diagnostyka

Nietrzymanie moczu może być objawem wielu schorzeń. Dlatego **prawidłowo wykonana diagnostyka**, która dokładnie określi rodzaj i przyczynę nietrzymania moczu jest absolutnie **kluczowa** dla powodzenia terapii. Błędnie postawiona diagnoza niesie za sobą wysokie ryzyko nie tylko braku poprawy, ale wręcz pogorszenia stanu pacjenta.

Problem nietrzymania moczu jako zagadnienie interdyscyplinarne skupia uwagę lekarzy kilku specjalności, w tym m.in.: lekarzy medycyny rodzinnej (podstawowa opieka zdrowotna), lekarzy ginekologów, w szczególności specjalistów w zakresie uro-ginekologii oraz lekarzy urologów, głównie zorientowanych w swojej praktyce na urologię czynnościową. Diagnostyka i leczenie pacjentów z NTM będą przynosiły najlepsze efekty gdy dojdzie do bliższej współpracy interdyscyplinarnej wyżej wymienionych specjalistów, poszerzonej dodatkowo, w zależności od potrzeb o: lekarzy geriatrów, neurologów, urologów dziecięcych, proktologów, a także fizjoterapeutów i rehabilitantów.

<sup>7</sup> Tamże, s. 51.

<sup>8</sup> Tamże, s. 52-56.

<sup>9</sup> Tamże, s. 18-26.

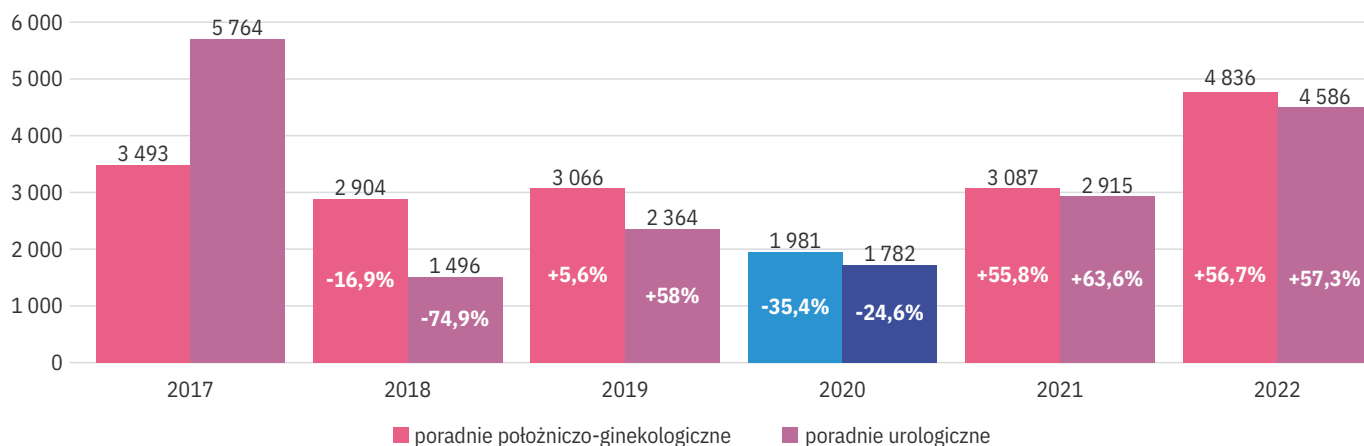
<sup>10</sup> EAU Guidelines on Paediatric Urology, European Association of Urology 2022, s. 42-43.

## Wizyty u specjalistów

Wydatki NFZ (w tys. PLN) poniesione w latach 2017-2021 na refundację porad ambulatoryjnych sprawozdanych z rozpoznaniem NTM u specjalistów w zakresie ginekologii oraz urologii wyniosły odpowiednio:

Rok	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Zmiana 2022/2021 (w proc.)	Zmiana 2022/2017 (w proc.)
Poradnie położniczo-ginekologiczne	3 493	2 904	3 066	1 981	3 087	4 836	+56,7%	+38,4%
Poradnie urologiczne	5 764	1 496	2 364	1 782	2 915	4 586	+57,3%	-20,4%

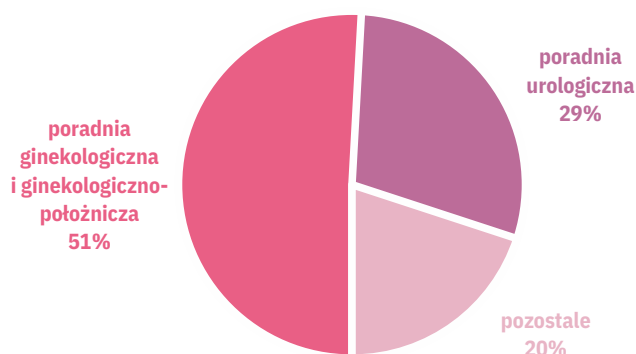
Tabela 2  
Koszt refundacji wizyt u specjalistów ściśle związanych z problemem NTM w latach 2017-2022 (w tys. PLN).  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu 2019-2022” (www.ezdrowie.gov.pl).



Wykres 1  
Koszt refundacji wizyt u specjalistów ściśle związanych z NTM w latach 2017-2022 (w tys. PLN).  
Dane na wykresie wyrażone w procentach odnoszą się do relacji rok do roku. Rok 2020 to początek epidemii COVID-19 w Polsce.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu 2019-2022” (www.ezdrowie.gov.pl).

W roku 2021, w poradniach położniczo-ginekologicznych odbyły się 28 753 wizyty, które związane były z rozpoznaniem nietrzymania moczu. W 2022 roku odbyło się już 33 219 takich wizyt, czyli o blisko 15,5% więcej niż w roku poprzednim. Natomiast w poradniach urologicznych, w 2021 roku odbyło się 27 248 wizyt z rozpoznaniem nietrzymania moczu, podczas gdy w 2022 roku było ich 31 474, co stanowi wzrost również o 15,5%. Nadal liczba porad zrealizowanych w poradniach ginekologicznych przewyższa liczbę porad w gabinetach urologicznych.

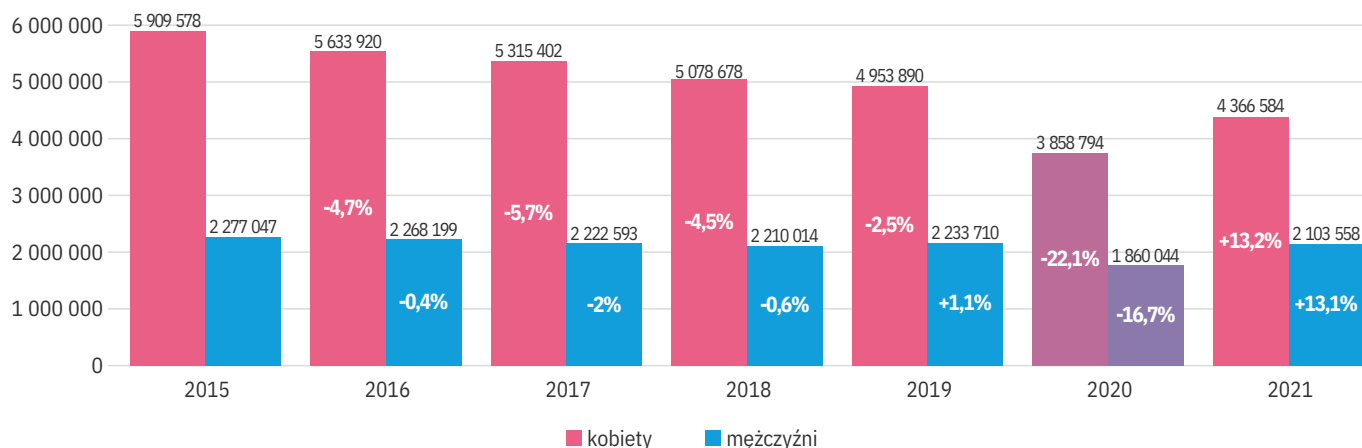
Według Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, choroby układu moczowo-płciowego stanowią drugą największą grupę chorób w Polsce, zaraz po chorobach układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. Tylko z tytułu chorób układu moczowo-płciowego, w latach 2015-2021 miało miejsce 50 292 001 refundowanych przez NFZ porad u specjalistów, z czego 25 814 338 z nich odbyło się w poradniach ginekologicznych i ginekologiczno-położniczych, a 14 620 562 w poradniach urologicznych. Pozostałe 9 857 101 porad odbyło się w innych poradniach (m.in. nefrologicznych, onkologicznych, profilaktyki chorób piersi chirurgii ogólnej).



Wykres 2  
Porady refundowane przez NFZ z zakresu „choroby układu moczowo-płciowego” udzielone w latach 2015-2021 z podziałem na poradnie.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 opracowanej przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ.

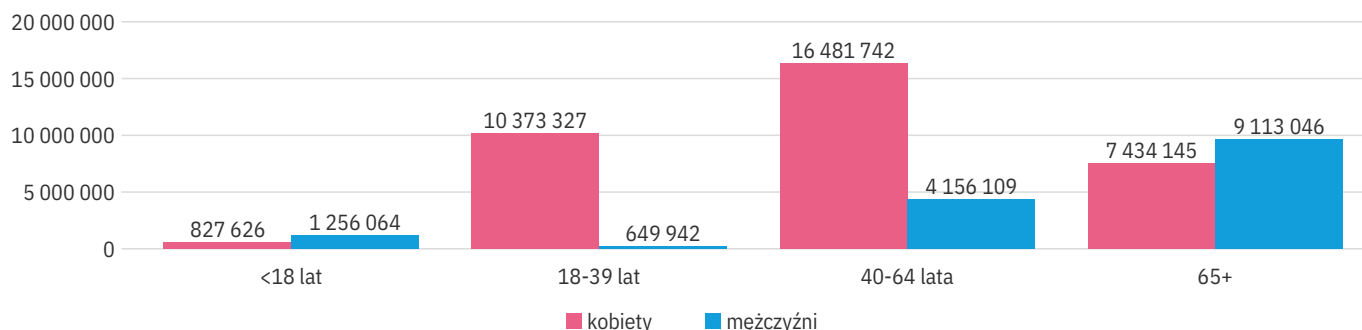


W ciągu tych 7 lat, najwięcej wizyt u specjalisty z tytułu chorób układu moczowo-płciowego odbyły kobiety w wieku 40-64 lata (16 481 742 porady), a najmniej mężczyźni w wieku 18-39 lat (649 942 porady).



Wykres 3  
Liczba refundowanych przez NFZ porad udzielonych w latach 2015-2021 w grupie „choroby układu moczowo-płciowego” według pci.  
Dane na wykresie wyrażone w procentach odnoszą się do relacji rok do roku. Rok 2020 to początek epidemii COVID-19 w Polsce.

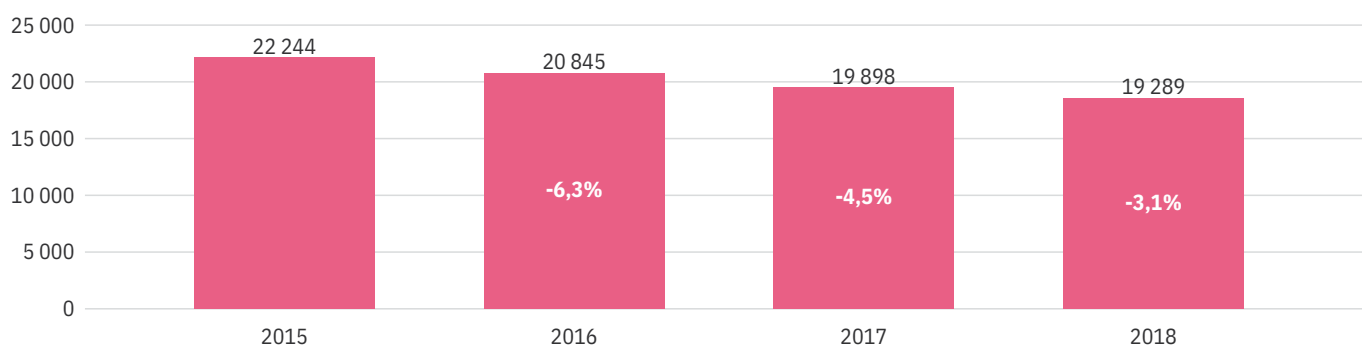
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 opracowanej przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ.



Wykres 4  
Liczba refundowanych przez NFZ porad udzielonych w latach 2015-2021 w grupie „choroby układu moczowo-płciowego” z podziałem na grupy wiekowe i płeć.

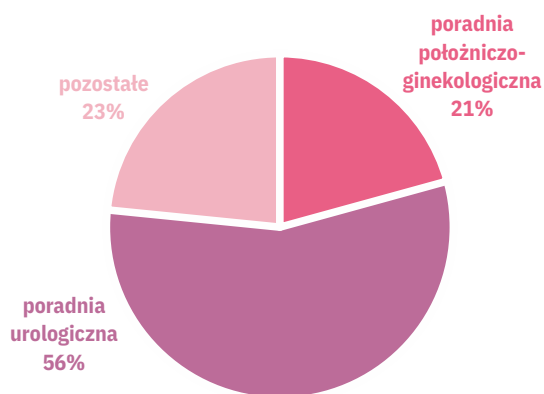
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 opracowanej przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ.

Według Mapy Potrzeb Zdrowotnych opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 roku, 82 276 udzielonych porad w latach 2015-2018 zakończyło się rozpoznaniem nietrzymania moczu. Warto zauważyć, że aż 23% z nich miało miejsce poza poradniami ginekologicznymi i urologicznymi. Są to najnowsze dostępne dane dot. rozpoznania nietrzymania moczu, ponieważ w kolejnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia nie wyodrębniono już NTM jako oddzielnej pozycji.



Wykres 5  
Liczba refundowanych przez NFZ porad z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018.  
Dane na wykresie wyrażone w procentach odnoszą się do relacji rok do roku.

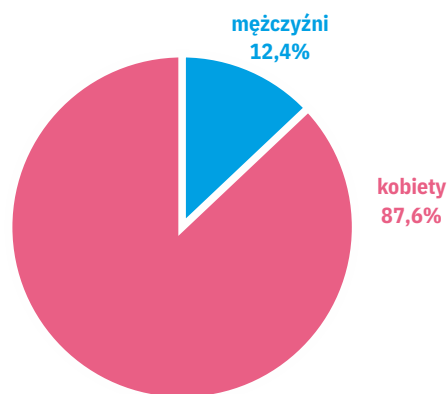
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych opracowanej w 2020 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ.



Wykres 6

Porady z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 z podziałem na poradnie.

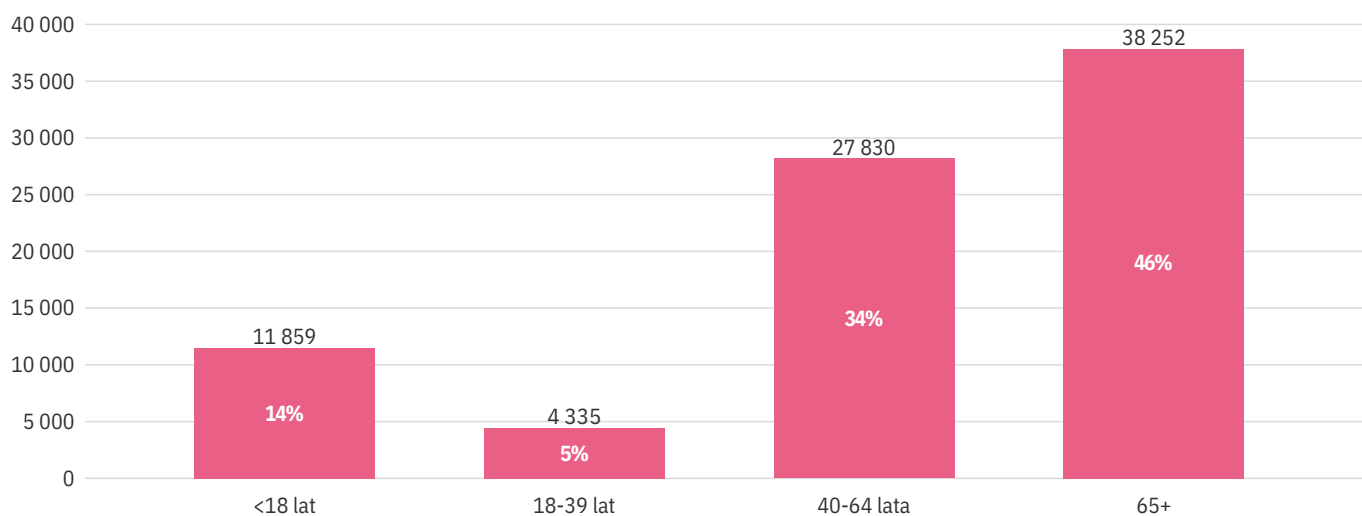
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych opracowanej w 2020 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS.



Wykres 7

Wizyty z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 według płci pacjentów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych opracowanej w 2020 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS.



Wykres 8

Wizyty refundowane przez NFZ z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 według wieku pacjentów.

Dane na wykresie wyrażone w procentach stanowią odsetek wszystkich wizyt.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych opracowanej w 2020 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ.

## Badania diagnostyczne

W przypadku pojawienia się objawów nietrzymania moczu, każdy pacjent powinien zasięgnąć porady swojego lekarza rodzinnego (POZ), który może wstępnie rozpoznać schorzenie i już na tym poziomie otrzymać diagnozę i propozycje terapii. W dalszej kolejności lekarz rodzinny może skierować pacjenta do lekarza urologa, najlepiej specjalizującego się w urologii czynnościowej, neurologa lub w przypadku kobiet, ginekologa, najlepiej specjalizującego się w uroginekologii.

Istotą prawidłowej diagnozy pacjenta z NTM jest precyzyjny i szczegółowy **wywiad** przeprowadzony przez lekarza oraz dokładne przeanalizowanie zgłaszanych przez pacjenta objawów i dolegliwości. Podczas wywiadu lekarskiego najistotniejsze jest ustalenie w jakich okolicznościach dochodzi do epizodów nietrzymania moczu. Pacjenci powinni spodziewać się pytań dotyczących występowania chorób współistniejących i przebytych zabiegów operacyjnych, zwłaszcza w obrębie miednicy mniejszej, występowania bólu, krwimoczu, stosowanych leków, alergii, ustalenia statusu hormonalnego, a także stylu życia, w tym palenia papierosów, spożywania alkoholu, aktywności fizycznej, w tym uprawianych sportów. Pacjentki powinny przygotować się również na pytania dotyczące przebytych ciąż i porodów oraz ewentualnych operacji ginekologicznych. Lekarz może zadawać szczegółowe pytania dotyczące pojawiających się zapań, częstości oddawania moczu w dzień i w nocy, występowania parć naglących, moczenia nocnego, epizodów gubienia moczu czy strumienia moczu<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 62.

Do prawidłowego zebrania wywiadu pomocny jest **dzienniczek mikcji**. W wersji drukowanej jest on wypełniany przez pacjenta. Dostarcza on cennych informacji na temat ilości dobowej wypitych płynów (również w postaci zup itp.), objętości oddanego moczu (w mililitrach), epizodów z jego nietrzymaniem, liczby mikcji nocnych – nokturia (zamiennie nazywana nykturią) oraz liczby nasileń parć nagłych. W dzienniczku mikcji mogą znaleźć się także informacje na temat pozycji, w których najczęściej dochodzi do epizodów nietrzymania moczu, czynności jakie wywołują takie epizody oraz używanych środków absorpcyjnych. Dziennik mikcji, aby był wiarygodny, powinien być prowadzony minimalnie przez 2-3 dni. Obserwację warto wykonywać jednak kilka dni dłużej. Zaletą posiadania wypełnionego dzienniczka mikcji jest to, że pozwala on z większą dozą prawdopodobieństwa postawić właściwą diagnozę i zaproponować optymalne leczenie.

## DZIENNICZEK MIKCJI

IMIĘ: ..... NAZWISKO: .....  
 WIEK: ..... WAGA: .....

DZIEŃ	GODZINA	SPOŻYTY PŁYN – NAPOJE I PŁYNNE POKARMY (ml)	GODZINA	OBJĘTOŚĆ ODDANEGO MOCZU (ml)	STOPIEŃ PARCIA NA MOCZ*	GUBIENIE MOCZU**	UWAGI
DZIEŃ 1							
DZIEŃ 2							

\*STOPIEŃ PARCIA NA MOCZ:

X = SŁABE

XX = NORMALNE

XXX = SILNE, NIEKONTROLOWANE

\*\*GUBIENIE MOCZU:

X = KILKA KROPLI

XX = WILGOTNO

XXX = MOKRO

Rysunek 1  
Przykładowy dzienniczek mikcji.  
Źródło: opracowanie własne.

Należy jeszcze raz podkreślić, że **prawidłowo wykonana diagnostyka**, która dokładnie określi rodzaj i przyczynę nietrzymania moczu jest **kluczowa** dla powodzenia terapii NTM. Do badań diagnostycznych w leczeniu NTM należą m.in.: badanie ogólne moczu, posiew moczu, USG, cystoskopia oraz badanie urodynamiczne. Badania te wykluczają występowanie schorzeń mających wpływ na funkcje pęcherza<sup>12</sup>.

**Badanie ogólne moczu** z oceną osadu oraz **posiew moczu** wykonywane jest u pacjentów z zaburzeniami czynności dolnego odcinka dróg moczowych w celu wykluczenia infekcji, ponieważ może ona wywoływać objawy podobne do tych, które towarzyszą nietrzymaniu moczu. Badanie ogólne moczu ma także za zadanie wykluczyć lub potwierdzić rozpoznanie chorób nerek lub patologii wewnątrzustrojowych przemian metabolicznych, które mają wpływ na skład moczu.

Wykonanie **badania USG** układu moczowego pozwala na identyfikację nieprawidłowości anatomicznych, które mogą być potencjalną przyczyną dolegliwości oraz zmian chorobowych wymagających pilnych interwencji diagnostyczno-leczniczych (np. chorób nowotworowych układu moczowego). Znaczenie diagnostyczne ma również ocena objętości moczu zalegającego w pęcherzu moczowym po mikcji, która jest ważnym badaniem wstępnym u pacjentów z zaburzeniami czynności dolnego odcinka układu moczowego. Pozwala ona ocenić, czy mamy do czynienia z zaleganiem moczu, czy też z nietrzymaniem moczu z przepętnienia. Przewzbrusne USG pozwala ponadto wykluczyć inne nieprawidłowości w jamie brzusznej.

**Badanie urodynamiczne** pozwala ocenić funkcję pęcherza moczowego i zwieracza cewki moczowej. Polega ono na wprowadzeniu cewnika do pęcherza przez cewkę moczową. Drugi cewnik umieszcza się w kiszce stolcowej przez odbyt, a przy mięśniach zwieraczy umieszcza się elektrody. Następnie lekarz wykonujący badanie prosi o oddanie moczu do urządzenia zwanego uroflowmetrem. Umożliwia on mierzenie ilości moczu oraz szybkości jego oddawania. Dodatkowo przez przetworniki w aparacie do badań sprawdzane jest ciśnienie w jamie brzusznej i pęcherzu.

<sup>12</sup> <https://ntm.pl/diagnostyka-ntm-u-kobiet/> (30.06.2023).

Badania urodynamiczne są stosowane jako uzupełnienie diagnozy klinicznej, w przekonaniu, że mogą pomóc w dostarczeniu lub potwierdzeniu diagnozy, przewidzieć wyniki leczenia lub ułatwić doradztwo. Urodynamikę wykonuje się np. przed inwazyjnym leczeniem ciężkich postaci NTM. W przypadku diagnostyki zespołu pęcherza nadreaktywnego, w lipcu 2016 roku zniesiono obowiązek wykonywania badania urodynamicznego, jako warunku refundacji leków zawierających substancję czynną o nazwie solifenacyna, stosowanych w I linii refundowanego leczenia farmakologicznego OAB. Badanie jest natomiast nadal konieczne do uzyskania refundacji na leki zawierające tolterodynę.

Koszty refundacji pojedynczego badania urodynamicznego różnią się w zależności od roku i poradni, ponieważ badanie jako procedura ICD-9 jest sprawozdawane w ramach porady lub innego produktu (nie jest odrębnym produktem rozliczeniowym ze swoją własną wyceną).

Narodowy Fundusz Zdrowia na stronie [www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl) opublikował listę 287 podmiotów, które w 2022 roku wykonały ambulatoryjnie co najmniej 100 badań urodynamicznych (niezależnie od postawionego rozpoznania). Łączna liczba wykonanych badań w tych placówkach w 2022 roku wyniosła 157 445.

Liczba badań urodynamicznych wykonanych w poradniach urologicznych i ginekologiczno-położniczych zakończonych rozpoznaniem nietrzymania moczu w 2022 roku wyniosła 5 168. W poradniach urologicznych wykonano 2 451 badań, natomiast w poradniach ginekologiczno-położniczych wykonano ich 2 717. Wydatki NFZ poniesione na refundację badania urodynamicznego zakończonego rozpoznaniem NTM w poradniach urologicznych i ginekologicznych w 2022 roku wyniosły łącznie 3 189 tys. zł i były o blisko 48% wyższe niż w roku 2021, kiedy to wyniosły 2 153 tys. zł.

Do dodatkowych badań diagnostycznych na jakie mogą zostać skierowani pacjenci mający objawy NTM należą m.in. badania neurologiczne, test podpaskowy, test kaszlowy, badanie per rectum, badanie PSA.

W ostatnich dwóch latach zaobserwować można wzrost wydatków NFZ na refundację wizyt ambulatoryjnych zakończonych rozpoznaniem NTM. Wzrost finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) jest pochodną spłaty długu zdrowotnego po pandemii COVID-19 oraz zwiększenia liczby wizyt w AOS i badań diagnostycznych. Należy również zwrócić uwagę na brak ogólnie dostępnych danych, które pozwoliłyby oszacować liczbę wizyt oraz kosztów diagnostyki związanych z rozpoznaniem NTM w sektorze prywatnym.

# ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO

**Pęcherz nadaktywny** (ang. *overactive bladder – OAB*) tworzy zespół objawów, którego elementem są parcia naglące, przebiegające z nietrzymaniem moczu z parcia lub bez niego, którym towarzyszy częstomocz dzienny i/lub nokturia. Termin „pęcherz nadaktywny” zgodny jest z terminologią angielską, jednak w niniejszym opracowaniu będziemy postugiwać się dla tej jednostki chorobowej określeniem „zespół pęcherza nadreaktywnego”, ponieważ takie nazewnictwo stosuje nadal Ministerstwo Zdrowia oraz większość środowiska medycznego w Polsce.

Obecność OAB sugeruje nadaktywność wypieracza pęcherza moczowego, ale wynikać może również z innych zaburzeń czynności pęcherza i cewki moczowej.

OAB jest składową zespołu objawów z dolnych dróg moczowych (ang. *Lower Urinary Tract Symptoms – LUTS*). Rozróżniamy dwa rodzaje OAB: mokry (ang. *wet*), gdzie objawom parcia towarzyszy naglące nietrzymanie moczu, i suchy (ang. *dry*), z występującymi parcami nagłącymi, ale bez nietrzymania moczu.

Do przyczyn wpływających na czynność dolnych dróg moczowych pęcherza należą:

- łagodny rozrost prostaty,
- osłabienie mięśni dna miednicy mniejszej lub wypadanie narządu rodowego u kobiet,
- wysiłkowe nietrzymanie moczu,
- atrofia pochwy,
- schorzenia neurologiczne, jak urazy rdzenia kręgowego, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona,
- infekcje układu moczowego, szczególnie pęcherza,
- nowotwory dolnych dróg moczowych,
- cukrzyca.

Zespół pęcherza nadreaktywnego dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Zgodnie z jednym z największych sondaży przeprowadzonych wśród osób powyżej 18 roku życia, The EPidemiology of InContinence (EPIC), które zostało przeprowadzone w pięciu krajach (Kanada, Niemcy, Włochy, Szwecja, Wielka Brytania) częstość występowania objawów „mokrego” typu OAB wyniosła 11,8% (10,8% u mężczyzn i 12,8% u kobiet). Sondaż przeprowadzany był telefonicznie i obejmował ok. 19 tys. osób<sup>13</sup>.

Z kolei zgodnie z wynikami badania EpiLUTS przeprowadzonego internetowo w USA, Wielkiej Brytanii i Szwecji wśród 20 tys. uczestników powyżej 40. roku życia, częstość występowania OAB zależała od tego, jak był on zdefiniowany. Gdy objawy zdefiniowano jako „czasami”, ogólna częstość występowania wynosiła 35,6%. Przy określeniu „często” ogólna częstość występowania zmniejszyła się do 24,7%. Bez względu jednak na definicję, częstość występowania wzrastała wraz z wiekiem. W badaniu wykazano różnice w częstotliwości występowania OAB w zależności od płci. U mężczyzn częstość występowania objawów OAB „czasami” i „często” wynosiła odpowiednio 27,2% i 15,8%, podczas gdy u kobiet częstość występowania objawów OAB „czasami” i „często” wynosiła odpowiednio 43,1% i 32,6%<sup>14</sup>.

Z kolei Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ang. *International Continence Society – ICS*) podaje szacunkowe dane dotyczące OAB, według których w Europie już w 2018 roku na tę przypadłość cierpiało 71 mln osób (w 2013 roku miało to być 70 mln a w 2008 – 68 mln). Na świecie dane te prezentowały się następująco: 455 mln osób w 2008 roku, 500 mln w 2013 roku oraz 545 mln w roku 2018<sup>15</sup>.

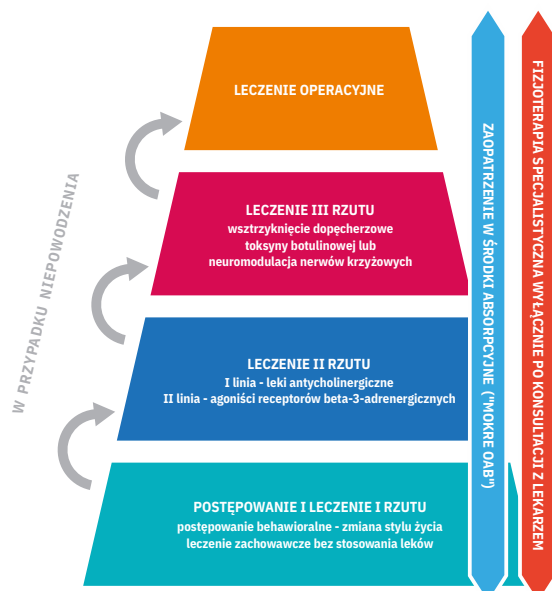
Leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego składa się z czterech etapów. Pacjenci powinni znać kolejność postępowania, by mieć świadomość, z jakich metod terapeutycznych mogą i powinni skorzystać, zanim zgodzą się, w pełni świadomie, na najbardziej obciążające i inwazyjne metody, w tym leczenie operacyjne<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol*. 2006;50(6), s. 1306-1315.

<sup>14</sup> Coyne KS, Sexton CC, Vats V, Thompson C, Kopp ZS, Milsom I. National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. *Urology*. 2011;77(5), s. 1081-1087.

<sup>15</sup> Incontinence, 7th edition 2023, red. P.L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 85.

<sup>16</sup> Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 61-66.



Rysunek 2  
Modelowy schemat leczenia OAB.

Źródło: Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

## Leczenie zachowawcze niefarmakologiczne

Postępowanie zachowawcze niefarmakologiczne (behawioralne) w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego powinno opierać się na interdyscyplinarnej współpracy lekarzy różnych specjalizacji – lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologii i położnictwa, urologii, rehabilitacji oraz pielęgniarki i fizjoterapeuty. Aby cały system opieki nad pacjentem z OAB mógł sprawnie działać, bardzo ważna jest edukacja personelu medycznego.

Odpowiednio przeszkolony zespół gwarantuje największą skuteczność terapii i daje pewność, że pacjent będzie w sposób prawidłowy stosował się w domu do otrzymanych zaleceń. W wielu krajach Europy Zachodniej prowadzone są regularne kursy poświęcone profilaktyce i leczeniu zachowawczemu OAB, przeznaczone przede wszystkim dla pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów. W Polsce niestety nadal nie przywiązuje się aż tak dużej uwagi do profilaktyki, co dowodzi wciąż bardzo małej wiedzy na temat tego schorzenia.

Leczenie OAB rozpoczyna się zazwyczaj od **zmiany stylu życia, modyfikacji diety** oraz **zastosowania terapii behawioralnej**, do której należą m.in.: ćwiczenia mięśni dna miednicy mniejszej, trening pęcherza moczowego, z ewentualnym poszerzeniem o elektrostymulację czasową/miejscową lub biofeedback.

Zmiana stylu życia i modyfikacja zachowań obejmują: zapobieganie otyłości i utrzymanie należynej masy ciała, regularną, umiarkowaną i odpowiednio dobraną aktywność fizyczną, unikanie zapań, leczenie zakażeń układu moczowego oraz modyfikację diety. W przypadku występowania OAB, z diety należy wykluczyć lub ograniczyć spożycie produktów, które mają działanie podrażniające pęcherz i stymulują skurcze mięśni, w konsekwencji powodując nietrzymanie moczu, takich jak: owoce cytrusowe i soki z nich wyciskane, napoje gazowane, mleko, czekolada czy ostre przyprawy.

Zastosowanie terapii behawioralnej, w tym **postępowania fizjoterapeutycznego**, stanowi kluczowy element nie tylko terapii rehabilitacyjnej, ale również profilaktyki. Do gabinetów fizjoterapii pacjenci z OAB zgłaszają się po wcześniejszej wizycie u lekarza pierwszego kontaktu, ginekologa bądź urologa, z określonym rodzajem nietrzymania moczu, gdyż na tej podstawie można wyznaczyć rodzaj terapii zachowawczej. Lekarz stawia diagnozę, która jest punktem wyjścia dla fizjoterapeuty do przeprowadzenia własnych testów, pozwalających na dobór odpowiedniego zestawu ćwiczeń<sup>17</sup>.

W Polsce żadna forma leczenia wchodząca w zakres fizjoterapii urologicznej lub uroginekologicznej nie jest refundowana. Nie odnotowano również jakichkolwiek sygnałów o prowadzonych pracach na rzecz zmiany tego stanu. Brak finansowania tego typu metody leczenia nie oznacza jednak, że chorzy w ogóle nie mają do niej dostępu. Zainteresowani i posiadający zlecenie lekarskie mogą skorzystać z fizjoterapii, finansując ją z własnych środków lub korzystając z programu ćwiczeń organizowanych w ramach organizacji pozarządowych (od wielu lat regularne zajęcia z elementami ćwiczeń mięśni dna miednicy mniejszej odbywają się w oddziałach wojewódzkich Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”) lub placówek niepublicznych.

<sup>17</sup> I. Klisowska, A. Dąbek, I. Zborowska, B. Kapkowski, M. Kowalik, Nietrzymanie moczu - zadanie dla fizjoterapeuty, Piel. Zdr. Publ., 2012, 2.

Podstawową metodą fizjoterapeutyczną stosowaną u pacjentów z OAB, są ćwiczenia czynno-wzmacniające, inaczej nazywane **treningiem mięśni dna miednicy mniejszej** (ang. *Pelvic Floor Muscle Training – PFMT*) lub ćwiczeniami mięśni Kegla. Metoda ta polega na systematycznym świadomym napinaniu, a następnie rozluźnianiu mięśni dna miednicy, co ma na celu zwiększenie objętości włókien mięśniowych<sup>18</sup>.

**Trening pęcherza moczowego** polega na wypracowaniu przez pacjenta przyzwyczajień oraz odruchów, które pozwalają kontrolować oddawanie moczu i wydłużać czas pomiędzy kolejnymi mikcjami do uzyskania co najmniej dwugodzinnych przerw. Pacjent z nieuszkodzonym układem nerwowym uczy się hamować skurcz mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Trening pęcherza moczowego ma także zastosowanie w leczeniu niestabilności mięśnia wypieracza.

Kolejną metodą behawioralną zalecaną w leczeniu nefarmakologicznym OAB, jest **trening kontroli mikcji**, znany w innych krajach pod nazwą „techniki oddawania moczu na żądanie”. W swej istocie jest podobny do treningu toaletowego stosowanego u dzieci. Metoda ta odnosi się do indywidualnego schematu wydalania, który rozpoznaje się z wykorzystaniem „dzienniczka mikcji”. Można go stosować u osób z zaburzeniami funkcji czynnościowych lub poznawczych lub też z ograniczoną zdolnością do rozpoznania, w jaki sposób najlepiej zaspokajać swoje potrzeby. W badaniach potwierdzono, że trening kontroli mikcji przyczynia się do zredukowania epizodów nietrzymania moczu dziennie i zwiększenia mikcji kontrolowanych („z wyboru”).

**Biofeedback** polega na kontrolowanym zarówno przez terapeutę, jak i pacjenta świadomym kurczeniu właściwych grup mięśni dna miednicy. Dzięki zastosowaniu specjalnej aparatury pacjent ma możliwość obserwowania siły skurczu swoich mięśni.

**Elektrostymulacja czasowa/miejscowa** powoduje stymulację krzyżowego ośrodka mikcji i rekomendowana jest jako uzupełnienie terapii behawioralnej<sup>19</sup>.

## Leczenie farmakologiczne

Leczenie farmakologiczne zespołu pęcherza nadreaktywnego obejmuje dwie linie: w I linii stosuje się tzw. **leki antycholinergiczne**, w II linii natomiast leki będące **agonistami receptorów beta-3-adrenergicznych**.

### I linia leczenia

W ramach I linii farmakologicznego leczenia OAB w Polsce refundowane są jedynie dwie substancje: solifenacyna i tolterodyna w postaci dwudziestu leków (czternaście na bazie substancji czynnej solifenacyny oraz sześć na bazie substancji czynnej tolterodyny) przy 30% odpłatności pacjenta<sup>20</sup>. Liczba refundowanych substancji czynnych nie zmieniła się od utworzenia listy w 2011 roku. Natomiast wart odnotowania jest sukcesywny spadek ceny leków w tej grupie, w tym umieszczenie od 2021 roku obydwu substancji na liście leków bezpłatnych dla najstarszej populacji.

Do 2016 roku leki zawierające solifenacynę lub tolterodynę były refundowane w ramach tzw. grupy terapeutycznej: „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”. Zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych, badanie urodynamiczne nie jest konieczne, aby zdiagnozować OAB. Jest natomiast metodą inwazyjną, która wiąże się z ryzykiem uszkodzenia dróg moczowych i w konsekwencji zakażeń. Ponadto, badanie to jest wyjątkowo nieprzyjemne i powinno być stosowane tylko wtedy, gdy jest naprawdę niezbędne w procesie diagnostycznym, przykładowo przed kwalifikacją do zabiegu z użyciem taśmy syntetycznej w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. 1 lipca 2016 roku, po wielu latach starań m.in. Stowarzyszenia „UroConti”, zniesiono wymóg wykonywania badania urodynamicznego jako warunku refundacji leku zawierającego substancję czynną solifenacynę we wskazaniu zespół pęcherza nadreaktywnego. Wymóg wykonywania badania urodynamicznego, mimo wielokrotnych apeli organizacji pacjenckich, został podtrzymany natomiast dla leków zawierających tolterodynę.

### Koszty refundacji leków

Na dzień 1 lipca 2023 roku w refundacji dedykowanej pacjentom z zespołem pęcherza nadreaktywnego dostępne były dwie substancje lecznicze:

- **solifenacyna** (14 leków) we wskazaniu zespół pęcherza nadreaktywnego – leki zawierające solifenacynę: Adablok, Afenix, Aurosolin, Beloflow, Silamil, Solifenacin Medreg, Solifenacin Stada, Solifurin, Solinco, Soreca, Uronorm, Vesisol, Vesoligo, Zevesin,
- **tolterodyna** (6 leków) we wskazaniu zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym – leki zawierające tolterodynę: Defur, Titlodine, Tolzurin, Urimper, Uroflow 2, Uroflow SR.

<sup>18</sup> D. Purc, A. Rasała, Metody leczenia nietrzymania moczu, *European Journal of Medical Technologies*, 2015, 3(8).

<sup>19</sup> Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

<sup>20</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1.07.2023 r.

Zasady refundacji leków stosowanych w leczeniu OAB reguluje obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, aktualizowane co dwa miesiące.

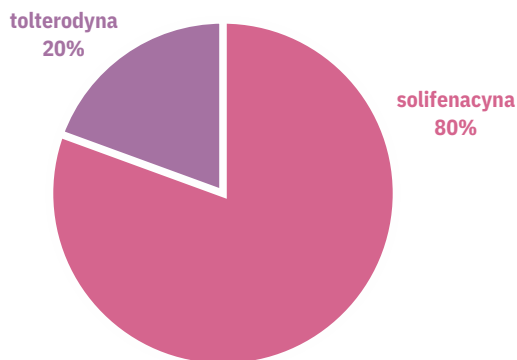
W roku 2022 wydano łącznie 1 493 tys. opakowań leków stosowanych w przypadku leczenia OAB, natomiast w 2021 roku wydano 988 tys. opakowań (o 505 tys. mniej). Kwota refundacji wzrosła o ponad 11 mln zł w stosunku do 2021 roku.

Rok	Substancja czynna	Liczba opakowań (w tys.)	Koszt refundacji (w tys. PLN)	Dopłata pacjenta (w tys. PLN)	Wartość sprzedaży (w tys. PLN)
2020	Solifenacyna	663	14 968	13 221	28 189
	Tolterodyna	165	1 631	2 420	4 051
	<b>RAZEM</b>	<b>828</b>	<b>16 599</b>	<b>15 641</b>	<b>32 240</b>
2021	Solifenacyna	841	18 849	7 209	26 058
	Tolterodyna	147	1 982	1 441	3 423
	<b>RAZEM</b>	<b>988</b>	<b>20 831</b>	<b>8 650</b>	<b>29 481</b>
2022	Solifenacyna	1 220	28 266	9 057	37 323
	Tolterodyna	273	3 717	1 768	5 485
	<b>RAZEM</b>	<b>1 493</b>	<b>31 983</b>	<b>13 978</b>	<b>42 808</b>

Tabela 3

Wydatki na niektóre leki refundowane stosowane w leczeniu OAB.

Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawień „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2022” (www.ezdrowie.gov.pl)



Wykres 9

Struktura sprzedaży refundowanych leków stosowanych w leczeniu OAB.

Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawień „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2022” (www.ezdrowie.gov.pl).

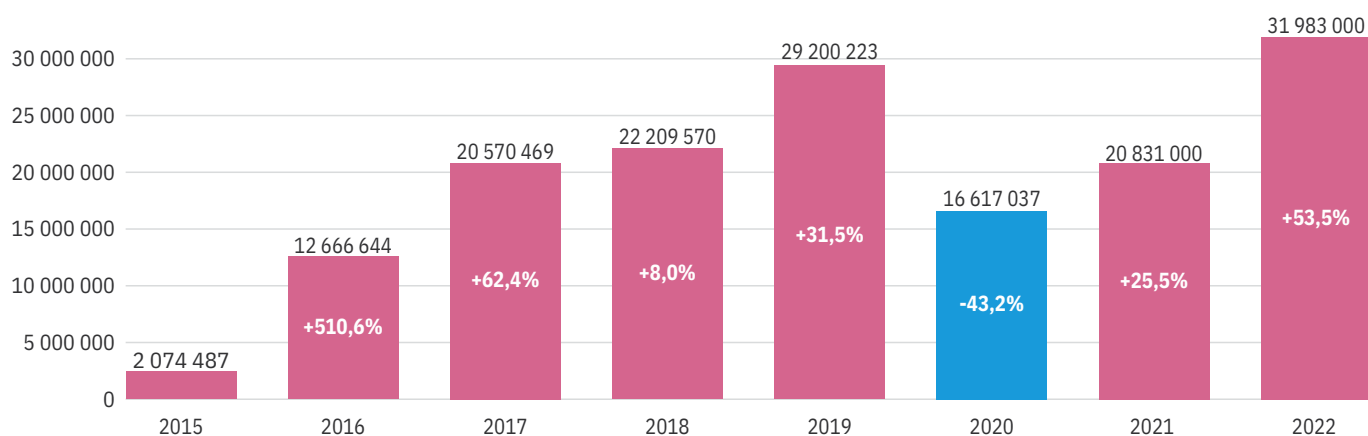


Poniżej prezentujemy aktualne kwoty dofinansowania leków, które wynikają z obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2023 roku.

Substancja czynna	Dawka leku (w mg)	Wielkość opakowania (sztuk w opakowaniu)	Odpłatność pacjenta (%)	Opłata pacjenta za opakowanie (w PLN)	Cena 100% (w PLN)
Solifenacyna	5	30/90/100	30%	4,42 - 16,00	14,77 - 53,37
Solifenacyna	10	30/90/100	30%	8,28 - 30,47	27,65 - 101,60
Tolterodyna	2	28/60	30%	6,69 - 13,11	12,28 - 25,08
Tolterodyna	4	28/30/60/90	30%	11,86 - 36,29	23,83 - 72,17

Tabela 4  
Leki refundowane stosowane w leczeniu OAB.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze strony [www.lekinfo24.pl](http://www.lekinfo24.pl).

Poniżej przedstawiamy wykres prezentujący zmiany kosztów leków stosowanych w przypadku leczenia NTM w latach 2015-2022.



Wykres 10  
Koszty refundacji leków stosowanych w leczeniu OAB w latach 2015-2022 (w PLN). Rok 2020 to początek epidemii COVID-19 w Polsce. Dane na wykresie wyrażone w procentach odnoszą się do relacji rok do roku.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu 2019-2022” ([www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl)).

Narodowy Fundusz Zdrowia ponosi także koszty refundacji leków na innych zasadach, np. z tytułu praw nabytych, na podstawie których NFZ refunduje w 100% leki inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych, osobom represjonowanym, uprawnionym do renty rodzinnej i cywilnej, niewidomym ofiarom działań wojennych, a także seniorom po ukończeniu 75 lat. Poniżej przedstawiamy zestawienie uwzględniające te koszty.

Rok	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Zmiana 2022/2021 (w proc.)
<b>RAZEM (w PLN)</b>	996 897	1 661 217	1 206 927	641 000	485 000	13 978 000*	<b>+2782%</b>

\* kwota refundacji uwzględnia również 100% refundacji dla osób 75+ (tzw. „Lista S”)

Tabela 5  
Koszty leków stosowanych w leczeniu NTM refundowanych przez NFZ na innych zasadach z tytułu praw nabytych latach 2015-2022 (w PLN).  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu 2019-2022” ([www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl)).

W leczeniu nietrzymania moczu bywają stosowane również inne preparaty, mowa tu o lekach zawierających w składzie jedną z wymienionych substancji czynnych: fesoterodyna, trospium, darifenacyna, desmopresyna czy oksybutynina. Nie zostały one jednak uwzględnione w powyższym zestawieniu. Mimo, że znajdują się na liście refundacyjnej, to stosowane są w przypadku innych schorzeń, dlatego refundacja nie należy się dorosłym pacjentom wyłącznie z nietrzymaniem moczu.

Tak prowadzona polityka refundacyjna nie pozwala skorzystać w pełni z możliwości, jakie daje współczesna farmakoterapia.

**Zespół pęcherza nadreaktywnego może być wynikiem wielu procesów patologicznych. Z tego względu należy dokonywać indywidualnego doboru stosowanych leków dla potrzeb poszczególnych pacjentów.** Brak refundacji innych substancji stanowi poważną barierę dla dużej części chorych, u których niepowodzeniem zakończyła się terapia za pomocą wyżej wymienionych, refundowanych substancji. Należy zaznaczyć, że leki antycholinergiczne charakteryzują się licznymi skutkami ubocznymi, do których należą: suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia procesów poznawczych, bóle głowy, zaburzenia rytmu serca, zaleganie moczu, nasilenie objawów choroby wrzodowej przewodu pokarmowego. Dlatego tak istotny jest **indywidualny dobór leku oraz jego dawkowania**<sup>21</sup>.

## II linia leczenia

**W polskim systemie refundacyjnym nadal brakuje preparatów farmakologicznych nowszej generacji, jak mirabegron, będący agonistą receptorów beta-3-adrenergicznych.** Cierpią na tym głównie pacjenci, u których nie nastąpiła pożądana reakcja na leki antycholinergiczne lub którzy zrezygnowali z farmakoterapii I linii, ze względu na zbyt dużą uciążliwość skutków ubocznych. Mirabegron działa na receptory beta-3 zlokalizowane w mięśniach gładkich pęcherza moczowego, stymulując jego rozkurcz. Jak wykazały badania kliniczne, lek ten posiada wysoki profil bezpieczeństwa i wywołuje u pacjentów zdecydowanie mniej objawów niepożądanych, niż leki antycholinergiczne.

Lek zawierający substancję czynną mirabegron, dostępny na polskim rynku od dziesięciu lat nadal nie jest refundowany przez NFZ. **17 listopada 2014 roku, a następnie 23 listopada 2018 roku ukazały się pozytywne rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego zawierającego mirabegron we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych, uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi (antycholinergicznymi).** Jak napisano w rekomendacji AOTMiT: „wyniki analizy klinicznej wskazują na możliwe korzyści ze stosowania ww. technologii medycznej w zakresie średniej liczby epizodów nietrzymania moczu czy też poprawy jakości życia. (...) Analiza ekonomiczna wskazuje, że terapia mirabegronem jest droższa i skuteczniejsza w porównaniu do placebo, przy czym oszacowany inkrementalny współczynnik kosztu użyteczności nie przekracza progu opłacalności”<sup>22</sup>. Na całym świecie, mirabegron uznawany jest za terapię przyszłości w leczeniu OAB. Jego skuteczność jest porównywalna do leków antycholinergicznym przy znikomych działaniach niepożądanych. **Zdaniem specjalistów, mirabegron może być w przyszłości lekiem pierwszego rzutu.**

2 marca 2022 roku Minister Zdrowia wydał decyzję odmawiającą objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu dla leku Betmiga. Zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego producent skorzystał z możliwości wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Minister Zdrowia decyzją z 21 listopada 2022 roku utrzymał jednak w mocy zaskarżaną decyzję o nierefundowaniu tego leku w Polsce.

Pod koniec 2020 roku amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) zarejestrowała nowy lek – **vibegron**, antagonistę receptora beta-3-adrenergicznego stosowanego w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego u pacjentów, u których dochodzi do nagłego nietrzymania moczu<sup>23</sup>. Lek ten nie został jeszcze wprowadzony do sprzedaży w Polsce, ponieważ na dzień 1 lipca 2023 roku nie zakończył się jeszcze proces rejestracji tego leku w Europie za który odpowiada Europejska Agencja Medyczna (ang. *European Medical Agency – EMA*).

Eksperti w Polsce i na świecie od wielu lat podkreślają, że terapia farmakologiczna w tym schorzeniu ma charakter wybitnie indywidualny. Dlatego kluczowy jest szeroki dostęp do leków, gdyż tylko w ten sposób lekarz może zindywidualizować terapię i dobrać każdemu pacjentowi odpowiedni lek. Pacjenci z OAB czekają już blisko 9 lat na uruchomienie drugiej linii leczenia farmakologicznego. W chwili obecnej lek można nabyć na receptę przy pełnej odpłatności. Jego aktualny koszt wynosi od 90 do 250 zł miesięcznie<sup>24</sup>.

## Leczenie skojarzone

W leczeniu farmakologicznym zespołu pęcherza nadreaktywnego coraz bardziej popularne staje się również leczenie skojarzone. Wykazano większą skuteczność leczenia skojarzonego solifenacyny z mirabegronem w porównaniu tylko z solifenacyną<sup>25</sup>. Pozytywne efekty może przynieść również połączenie fizjoterapii urologicznej/uroginekologicznej z leczeniem farmakologicznym. Dotyczy to szczególnie leczenia zachowawczego u pacjentów ze zdiagnozowanym mieszanym typem NTM.

<sup>21</sup> Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

<sup>22</sup> Rekomendacja nr 117/2018 z dnia 23 listopada 2018 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie objęcia refundacją produktów Betmiga (mirabegronum), 25 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 tabl.; Betmiga (mirabegronum), 50 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 tabl., we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi.

<sup>23</sup> V. Madeja, Pacjenci z OAB skazani na dalsze oczekiwanie, Kwartalnik NTM nr 1(76), 2021.

<sup>24</sup> <https://www.gdziepolek.pl/> (17.07.2023).

<sup>25</sup> M.G. Lucas, R.J.L. Bosch, F.C. Burkhard, et al. EAU Guidelines on Surgical Treatment of Urinary Incontinence. Actas Urologicas Espanolas. 2013;37(8):459-472 [w]: Model opieki koordynowanej nad dorosłym pacjentem z dolegliwościami dolnych dróg moczowych w ramach POZ, Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów, 2017.

## Leki dla osób 75+

Na zlecenie Prezesa AOTMiT, na podstawie pisma Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2018 roku skorygowanym pismem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2018 roku, zlecono wydanie opinii Rady Przejrzystości w sprawie efektywności leków zawierających substancje czynne: solifenacynę lub tolterodynę, w populacji osób powyżej 75. roku życia.

W 2018 roku Rada Przejrzystości wydała opinię nr 89/2018 w sprawie efektywności oraz przygotowania danych do rankingu produktów leczniczych w populacji osób powyżej 75. roku życia W kategorii 75.2 (Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu – solifenacyna, tolterodyna) Rada uznała problem zdrowotny, jakim jest nietrzymanie moczu za bardzo istotny, ale wskazanie refundacyjne, w odniesieniu do którego Rada rozpatrywała skuteczność wymienionych wyżej preparatów – czyli nadreaktywność pęcherza moczowego – za umiarkowanie istotny.

8 grudnia 2020 roku podczas posiedzenia Rada Przejrzystości ponownie rozpatrywała efektywność leków zawierających substancje czynne: solifenacynę lub tolterodynę, w populacji osób powyżej 75. roku życia. W Opinii Rady Przejrzystości nr 332/2020 z dnia 8 grudnia 2020 roku, w odniesieniu do leków z grupy limitowej 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu – solifenacyna, tolterodyna Rada napisała: „Leki antymuskarynowe, w tym oksybutynina, tolterodyna i solifenacyna są zalecane przez wytyczne PTU-EZ 2019 oraz EAU 2018 w leczeniu parć nagłących. Wytyczne NICE 2019 zalecają stosowanie leków antymuskarynowych w I linii leczenia nietrzymania moczu u kobiet. W Charakterystyce Produktu Leczniczego dla leków Solifenacyna i Tolterodyna dostosowanie dawki leków w zależności od wieku pacjenta nie jest konieczne, natomiast dla leku Tolterodyna konieczne jest dostosowanie dawki leku w zależności od obecności schorzeń współistniejących (zaburzeń czynnościowych wątroby lub nerek). Według opinii prof. dr. hab. Tomasza Targowskiego – Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatry oraz opinii prof. dr. hab. Jacka Różańskiego – Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych, leki ze wskazanej grupy limitowej «75.2, 78.2» **powinny być finansowane w ramach listy 75+»<sup>26</sup>.**

**Od 1 marca 2021 roku leki zawierające substancję czynną solifenacynę oraz substancję czynną tolterodynę zostały wpisane na listę leków dla seniorów (tzw. lista S) i objęte 100% refundacją dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego, którzy w dniu wystawiania recepty ukończyli 75. rok życia<sup>27</sup>.**

Obecnie Ministerstwo Zdrowia analizuje możliwości rozszerzenia programu bezpłatnych leków dla seniorów o młodszą populację tj. z poziomu 75 na 65 lat oraz o grupę dzieci poniżej 18 roku życia. Na dzień wydania Raportu decyzja w tej sprawie jeszcze nie zapadła.

## Leczenie moczenia nocnego (nokturii)

Środkiem farmakologicznym, mającym najwyższy stopień rekomendacji Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w leczeniu nokturii jest desmopresyna. Badania wykazywały, że odpowiedź na leczenie tym środkiem pojawiała się zazwyczaj po 7 dniach od jego rozpoczęcia – u pacjentów zaobserwowano znaczne zmniejszenie epizodów nokturii. Wśród najczęściej opisywanych działań niepożądanych desmopresyny wymienia się: bóle głowy, suchość w jamie ustnej, nudności, obrzęki oraz hiponatremię<sup>28</sup>.

Na początku 2018 roku do Ministerstwa Zdrowia wpłynął wniosek o objęcie refundacją leku Noqturina (desmopressinum) we wskazaniu: objawowe leczenie nokturii spowodowanej idiopatycznym nocnym wielomoczem u dorosłych. 15 listopada 2018 roku w Rekomendacji nr 113/2018 Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w oparciu o negatywne stanowisko Rady Przejrzystości, uznała za niezasadne objęcie refundacją leku Noqturina w powyższym wskazaniu. Jak informuje Ministerstwo Zdrowia wniosek został skierowany do negocjacji cenowych Wnioskodawcy z Komisją Ekonomiczną. W 2019 roku Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że wniosek został zawieszony na wniosek podmiotu odpowiedzialnego. Do dnia wydania Raportu nie pojawiły się informacje mówiące o dalszym postępowaniu.

**Od 1 lipca 2019 roku desmopresyna (lek Minirin) jest wpisana na listę leków refundowanych dla dzieci, we wskazaniu: pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego.**

<sup>26</sup> Opinia Rady Przejrzystości nr 332/2020 z dnia 8 grudnia 2020 roku w sprawie efektywności oraz przygotowania danych do rankingu produktów leczniczych w populacji osób powyżej 75. roku życia.

<sup>27</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2023 r. Dostęp: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-20-czerwca-2023-r-w-sprawie-wykazu-lekow-refundowanych-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-lipca-2023-r>.

<sup>28</sup> Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla pacjentów dorosłych z dolegliwościami dolnych dróg moczowych, Raport przygotowany przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, Fundację Ekspertki dla Zdrowia, Warszawa, 2019.

### Program lekowy „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10: N31)”

Od 1 września 2015 roku w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10: N31)”, refundacją objęta została toksyna botulinowa typu A we wskazaniu:

1. nietrzymanie moczu z parć naglących;
2. neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym wykonanym nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych (w takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej);
3. stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane;
4. niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc.

Ostrzyknięcie botoksem pęcherza jest stosunkowo małoinwazyjnym zabiegiem, który może pomóc pacjentom borykającym się z nadczynnością pęcherza moczowego. Wstrzyknięcia z toksyny botulinowej typu A stosuje się u pacjentów, u których podczas leczenia farmakologicznego nie uzyskano zmniejszenia objawów pęcherza nadaktywnego lub ich zastosowanie nie jest możliwe (np. z przyczyn ekonomicznych).

Skuteczność toksyny botulinowej w zaburzeniach oddawania moczu związana z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego nie budzi wątpliwości, a badania wykazują, że podawanie toksyny przyczynia się do istotnej poprawy klinicznej, w tym zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu, zmniejszenia liczby mikcji oraz poprawy parametrów urodynamicznych. Efekt terapeutyczny utrzymuje się zazwyczaj od 6 do 9 miesięcy po jednorazowym podaniu leku. W przypadku nawrotu objawów, zabieg może zostać powtórzony<sup>29</sup>. Jednym z poważniejszych skutków ubocznych tej terapii może być tymczasowy brak możliwości oddania moczu i konieczność cewnikowania.

W całym 2022 roku, w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” (ICD-10: N31)”, koszt wykonanych świadczeń wyniósł 12 000 zł. W porównaniu do roku 2021 nastąpił wzrost wartości świadczeń o 33%, co można zaobserwować po raz pierwszy od 2016 roku, kiedy kwota refundacji tego świadczenia sukcesywnie malała.

Niska wycena programu lekowego oraz zawężone kryteria kwalifikacji powodują jednak, że większość pacjentów jest leczona tą terapią w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) w leczeniu szpitalnym.

Rok	Liczba świadczeń	Kwota refundacji (w PLN)
2016	94	92 347
2017	94	72 040
2018	72	55 565
2019	b.d.	24 000
2020	b.d.	12 000
2021	b.d.	9 000
2022	b.d.	12 00

Tabela 6

Liczba i koszt świadczeń w ramach programu lekowego LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10: N31, kod zakresu świadczeń 03.0000.373.02). Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu 2019-2022” (www.ezdrowie.gov.pl).

<sup>29</sup> Rekomendacja nr 115/2014 z dnia 5 maja 2014 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego Botox, toksyna botulinowa typu A, 100 jednostek (900kD), proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 fioł. z proszkiem, we wskazaniu nietrzymanie moczu u pacjentów dorosłych z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10: N31)”.

## Neuromodulacja nerwów krzyżowych

Neuromodulacja nerwów krzyżowych to małoinwazyjna, skuteczna i odwracalna metoda leczenia, stosowana na całym świecie od ponad 25 lat. Polega na stałym pobudzaniu impulsami elektrycznymi korzeni grzbietowych nerwów za pośrednictwem elektrod wprowadzanych do otworów w kości krzyżowej S3-S4. Klasycznymi wskazaniami do zastosowania neuromodulacji krzyżowej są:

- zespół pęcherza nadreaktywnego u nielicznych chorych, u których leczenie standardowe (behawioralne, farmakologiczne) jest nieskuteczne bądź przeciwwskazane,
- zatrzymanie bądź znaczne zaleganie moczu, których przyczyny nie stanowi przeszkoda strukturalna (ang. *non-obstructive urinary retention – NOR*)<sup>30</sup>.

Neuromodulacja jest również opcją leczenia chorych, którym zaproponowano leczenie operacyjne pod postacią częściowego wycięcia pęcherza moczowego i powiększenia izolowaną pętlą jelita lub wycięcia pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu<sup>31</sup>.

Po ośmiu latach od złożenia przez Stowarzyszenie „UroConti” wniosku refundacyjnego, neuromodulacja nerwów krzyżowych została dodana do koszyka świadczeń gwarantowanych. Reguluje to rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie (z dnia 22 listopada 2013 r. – Dz.U. 2017 poz. 2295 oraz z dnia 11 października 2018 r. – Dz.U. 2018 poz. 2012) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>32</sup> oraz zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskospecjalistyczne<sup>33</sup>.

Od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja krzyżowa jest w pełni dostępna jako świadczenie gwarantowane w oddziałach urologicznych i ginekologicznych. **Procedura jest dwuetapowa, co pozwala efektywniej kwalifikować pacjentów do ostatecznej implantacji.** Na dzień publikacji Raportu **11 placówek szpitalnych** zostało przygotowanych do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej (2 ginekologiczne i 9 urologicznych).

<sup>30</sup> M. Oszczudłowski, Neuromodulacja krzyżowa z punktu widzenia lekarza urologa, Kwartalnik NTM nr 3(74), 2020.

<sup>31</sup> Z. Wolski, To nie będzie terapia dla każdego. Zasady kwalifikacji pacjentów z objawami zespołu nadreaktywnego pęcherza do zabiegu neuromodulacji nerwów krzyżowych, Kwartalnik NTM nr 2(61), 2017.

<sup>32</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2013).

<sup>33</sup> Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wyskospecjalistyczne.

MIASTO	PLACÓWKĄ	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bielsko-Biała	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Al. Armii Krajowej 101 43-316 Bielsko-Biała	tel. 33 810 23 52 www.hospital.com.pl	lek. med. Krzysztof Pliszek
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. zw. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii "Urovita"	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 www.urovita.pl	dr n. med. Andrzej Szurkowski
Jastrzębie Zdrój	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	Al. Jana Pawła II 7 44-330 Jastrzębie-Zdrój	tel. 32 478 44 20 www.wss2.pl	dr n. med. Agata Witosińska-Walica
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel. 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	dr n. med. Jacek Wilkosz
Szczecin	Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie	al. Powstańców Wielkopolskich 72, 71-899 Szczecin	tel. 91 466 10 00 www.spsk2-szczecin.pl	prof. dr hab. n. med. Marcin Stojewski
Warszawa	Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Międzyzleski Szpital Specjalistyczny	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindley'a 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Tabela 7  
Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej w Polsce.  
Źródło: opracowanie własne.

W 2022 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował 78 zabiegów wszczepienia neuromodulatora nerwów krzyżowych pacjentom z najcięższymi postaciami nietrzymania moczu. Kwota refundacji wyniosła blisko 3,3 mln zł.

## Leczenie operacyjne

U wybranych pacjentów, u których uprzednio wymienione metody nie przyniosły poprawy, objawy są bardzo nasilone, a pojemność pęcherza moczowego jest znacznie zmniejszona, można rozważyć leczenie operacyjne.

Do metod operacyjnych należą operacyjne powiększenie pęcherza podczas autoaugmentacji lub fragmentem własnego jelita (cystoileoplastyka). Ostatecznością, praktycznie nie wykonywaną u pacjentów z pęcherzem nadaktywnym (idiopatycznym, samoistnym) jest całkowite wycięcie pęcherza i nadpęcherzowe odprowadzenie moczu<sup>34</sup>, które powstaje w przypadku chirurgicznego oddzielenia od pęcherza moczowego pozostałej części układu moczowego (nerki, moczowody) i wytworzenia innego niż naturalne ujścia moczu.

Obecnie na świecie stosuje się ponad 40 typów odprowadzeń moczu. Istnienie tak wielu rodzajów zabiegów i ich modyfikacji świadczy o tym, że nie ma jednego najlepszego sposobu odprowadzania moczu. Każdy z nich ma zarówno wady, jak i zalety. Bierze się pod uwagę: wskazania do danego typu odprowadzenia moczu, wybór określonego odcinka jelita, ogólne zasady i powikłania technik operacyjnych oraz aspekt psychospołeczny. Leczenie operacyjne jest w całości refundowane w ramach gwarantowanych świadczeń szpitalnych.

<sup>34</sup> Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

# WYSIŁKOWE NIETRZYMANIE MOCZU

Zgodnie z badaniami dotyczącymi rodzajów nietrzymania moczu, wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęstszym typem NTM występującym w populacji kobiet. Wysiłkowe NTM stanowi około 50% wszystkich rodzajów tego schorzenia u kobiet, natomiast mniej niż 10% - u mężczyzn. Badacze są zgodni, że częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet wzrasta wraz z wiekiem<sup>35</sup>.

Wysiłkowy typ nietrzymania moczu jest schorzeniem, które objawia się mimowolnym wyciekaniem moczu podczas wysiłku, kichania, kaszlu lub innych czynności powodujących wzrost ciśnienia w jamie brzusznej. W najcięższych postaciach, wysiłkowe nietrzymanie moczu występuje również podczas spoczynku. Istnieją dwa typy wysiłkowego NTM, które często współistnieją: **anatomiczny** (nadmierna ruchomość pęcherza i cewki moczowej) oraz **zwieraczowy** (osłabienie mięśnia zwieracza cewki moczowej).

Do najważniejszych czynników ryzyka, szczególnie predysponujących do pojawienia się objawów wysiłkowego nietrzymania moczu, należą:

- przeżyty poród (szczególnie kleszczowy), w czasie którego zaangażowane są również mięśnie odpowiedzialne za mechanizm trzymania moczu,
- urazy miednicy<sup>36</sup>,
- niedobór estrogenów związany z okresem menopauzalnym, którego skutkiem jest obniżenie napięcia mięśniowego struktur mięśniowo-łącznotkankowych przepony moczowo-płciowej, w konsekwencji czego dochodzi do osłabienia podparcia cewki moczowej i objawów nietrzymania moczu,
- otyłość, kiedy nadmiar tkanki tłuszczowej, zwłaszcza w części brzusznej, zwiększa nacisk na pęcherz moczowy i jego połączenie z cewką moczową oraz zbyt mała aktywność fizyczna,
- przebyte we wcześniejszych latach życia zabiegi operacyjne w obrębie miednicy mniejszej<sup>37</sup>,
- wrodzone niedobory lub uszkodzenia struktury kolagenu<sup>38</sup>.

W wysiłkowym nietrzymaniu moczu występują trzy stopnie:

- **stopień I:** popuszczanie moczu występuje jedynie w wyniku znacznego i gwałtownego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego (np. podczas kaszlu, śmiechu),
- **stopień II:** bezwiedne oddawanie moczu następuje podczas umiarkowanego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego (np. przy podskakiwaniu, chodzeniu po schodach, lekkiej pracy fizycznej),
- **stopień III:** nietrzymanie moczu występuje podczas leżenia (przy zmianie pozycji ciała), stania lub chodzenia<sup>39</sup>.

Profilaktykę wysiłkowego nietrzymania moczu można podzielić na:

- **wczesną**, która może być rozumiana jako podejmowanie działań mających zapobiec wystąpieniu choroby,
- **wtórna**, którą należy interpretować jako wczesne wykrywanie choroby, spowalnianie jej postępu oraz zapobieganie powikłaniom.

Rekomendowane jest, aby profilaktykę nietrzymania moczu rozpoczynać już u młodych kobiet poprzez zachęcanie ich do prowadzenia zdrowego stylu życia<sup>40</sup>.

<sup>35</sup> Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 30-51.

<sup>36</sup> I. Klisowska, A. Dąbek, I. Zborowska, Nietrzymanie moczu - zadanie dla fizjoterapeuty. Część II, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2012, 2, 2, s. 145-152.

<sup>37</sup> M. Dalewska, A. Kasicka-Jonderko, K. Jonderko, H. Augustyniak, Wysiłek fizyczny - lek bez recepty: znaczenie kinezyterapii w profilaktyce i leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet (w aneksie zestaw proponowanych ćwiczeń), Annales Academiae Medicae Silensis, 2013, s. 67.

<sup>38</sup> M. Zbrzeźniak, Nietrzymanie moczu u kobiet, Postępy Nauk Medycznych, 2014, 1: s. 22-26.

<sup>39</sup> G. Surkont, E. Właźlak, J. Suzin, Nietrzymanie moczu u kobiet - problem społeczny, medyczny i naukowy, Przegląd Menopauzalny, 2003, 1: s. 59-65.

<sup>40</sup> D. Chmielewska, K. Kwaśna, M. Piecha, Wybrane metody zachowawczego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu - aktualne poglądy. Część 1, Przegląd Menopauzalny 2012, 4: s. 264-268.

Pierwszym krokiem stosowanym w terapii wysiłkowego NTM, jest leczenie zachowawcze. Mogą nim zostać objęci chorzy z lekkim lub średnim nasileniem nietrzymania moczu<sup>41</sup>.

Wśród zalecanych metod leczenia zachowawczego, wymieniana jest między innymi:

- **zmiana stylu życia** – wzmożenie umiarkowanej aktywności fizycznej, utrzymanie prawidłowej masy ciała, modyfikacja diety (w tym wyeliminowanie kofeiny, napojów gazowanych), rezygnacja z używek (alkohol, nikotyna), prewencja zakażeń układu moczowego,
- **fizjoterapia** – uznawana za najważniejszą metodę zachowawczego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, jej skuteczność udowodniona jest licznymi badaniami.

Do metod fizjoterapii zalecanych dla pacjentów z wysiłkowym NTM, należą między innymi:

- **trening mięśni dna miednicy mniejszej** (ang. *Pelvic Floor Muscle Training – PFMT*), zwany potocznie ćwiczeniami mięśni Kegla, polegający na systematycznym świadomym napinaniu, a następnie rozluźnianiu mięśni dna miednicy, co ma na celu zwiększenie objętości włókien mięśniowych,
- **biofeedback** (biologiczne sprzężenie zwrotne), czyli nauka świadomego kurczenia i relaksacji mięśni dna miednicy,
- **elektrostymulacja czasowa/miejscowa**, kiedy za pomocą bodźców elektrycznych, do pracy pobudzane są konkretne mięśnie lub grupy mięśni, odpowiedzialne za proces trzymania moczu,
- stosowanie dopochwowych **wkładek** o różnych kształtach, między innymi **kulek i stożków** dopochwowych z wymiennymi ciężarkami o różnej wadze,
- **stymulacja magnetyczna** ukierunkowana na korzenie nerwowe i mięśnie dna miednicy,
- **wibroterapia** prowadzona za pomocą specjalnej wibrującej platformy symulującej ludzki chód.

Najczęściej stosowaną metodą fizjoterapii w wysiłkowym NTM jest **trening mięśni dna miednicy mniejszej**, zwany potocznie ćwiczeniami mięśni Kegla. Jest to bezpieczna, pozbawiona przeciwwskazań i skuteczna metoda fizjoterapii, która może być stosowana u pacjentek z małym i średnim nasileniem wysiłkowego nietrzymania moczu. Ćwiczenia mięśni dna miednicy mogą być także praktykowane jako profilaktyka nietrzymania moczu. Powinny być one wykonywane już od momentu pojawienia się pierwszych objawów zwiotczenia mięśni i epizodów popuszczania moczu.

Najważniejszym celem ćwiczeń mięśni dna miednicy jest podwyższenie ich napięcia spoczynkowego, wzrost ich siły, wydłużenie czasu skurczu maksymalnego oraz poprawa kontroli nerwowo-mięśniowej, co w rezultacie usprawnia mechanizmy trzymania moczu. Poprawa stanu mięśni dna miednicy powinna być odczuwalna już po kilku miesiącach regularnych, prawidłowo wykonywanych ćwiczeń. Jak wskazują badania naukowe przeprowadzone wśród kobiet, dotychczas wykazano lepsze wyniki leczenia zachowawczego, jeśli ćwiczenia mięśni dna miednicy są nadzorowane przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę urologicznego lub uroginekologicznego, w porównaniu z wykonywaniem ćwiczeń bez takiego nadzoru (odpowiednio 80% i 35%). Dobry efekt terapii nadzorowanej obserwowano bez względu na wiek badanych kobiet<sup>42</sup>.

W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn, centralnym elementem leczenia zachowawczego są także ćwiczenia mięśni dna miednicy. Diagnostyka problemów nietrzymania moczu bywa skomplikowana. Dlatego każde nietrzymanie moczu, także występujące po leczeniu nowotworu prostaty (radykalna prostatektomia, radioterapia, chemioterapia) powinno być skonsultowane z lekarzem urologiem. Odmianą treningu mięśni Kegla jest **trening kontynencji u mężczyzn** po radykalnej prostatektomii, stanowiący główny element zachowawczej terapii nietrzymania moczu<sup>43</sup>. Różnice pomiędzy treningiem mięśni dna miednicy mężczyzn i kobiet wynikają z innej budowy anatomicznej i odmiennego przebiegu procesów fizjologicznych układu moczowo-płciowego. Najważniejszą różnicą jest wykorzystywanie technik per vaginum u kobiet oraz per rectum u mężczyzn.

Profesjonalne placówki, które specjalizują się w prowadzeniu fizjoterapii urologicznej rekomendują rozpoczęcie procesu fizjoterapii jeszcze przed wykonaniem zabiegu radykalnej prostatektomii. Przyczynia się to do zmniejszenia liczby oraz intensywności wczesnych i późnych powikłań pozabiegowych, do których należą m.in. zaburzenia erekcji czy nietrzymanie moczu. Dodatkowo wczesnie rozpoczęta fizjoterapia umożliwia szybszy powrót do sprawności po odbytym zabiegu operacyjnym<sup>44</sup>.

<sup>41</sup> Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet, red. T. Rechberger, Warszawa 2009.

<sup>42</sup> E. Narajczyk-Swieściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM nr 1(56), 2016.

<sup>43</sup> A. K. Przybyła, Radykalna prostatektomia i co dalej?, Kwartalnik NTM nr 1(52), 2015.

<sup>44</sup> T. Jurys, M. Dzierżawa, A. Kwiecień, Postępowanie fizjoterapeutyczne w przypadku nietrzymania moczu u mężczyzn po zabiegu radykalnej prostatektomii, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2019, Tom 25, Nr 3, s. 144-148.



Inną znaną metodą stosowaną w terapii wysiłkowego NTM jest **biofeedback**. Metoda ta polega na nauce świadomego kurczenia i rozkurczania mięśni dna miednicy. Specjalna aparatura pozwala na odbiór rejestrowanych zmian, które powstają podczas kurczenia mięśni przez pacjenta. Obserwując, jak urządzenie reaguje na różne próby osiągania pożądanego rezultatu, pacjent uczy się rozpoznawać mechanizmy sterujące swoimi reakcjami fizjologicznymi<sup>45</sup>.

Istnieje również możliwość zwiększania siły skurczu konkretnych mięśni poprzez **elektrostymulację**. Metoda ta polega na użyciu prądu impulsyjnego o częstotliwości od 20 do 100 Hz powodującego skurcz tężcowy mięśni dna miednicy trwający 1-5 sekund. Za pomocą elektrody dopochwowej i prądu zmiennego stymuluje się nerw sromowy w celu odbudowy mięśni. Okres leczenia tą metodą trwa kilka miesięcy. Ten rodzaj terapii mogą stosować osoby ciężko chore oraz otyłe, ponieważ nie obciąża takich układów, jak układ kostny, krwionośny czy oddechowy. Elektrostymulację można przeprowadzać również samemu w domu po uprzednim przeszkoleniu przez fizjoterapeutę. Ten rodzaj terapii przeciwwskazany jest u kobiet w ciąży, mających stan zapalny układu rodowego bądź moczowego oraz u pacjentek, u których trwa proces nowotworowy w okolicy przeznaczonej do stymulacji.

Formę uzupełniającą fizjoterapii u kobiet stanowi stosowanie **stożków, kulek i pessarów** dopochwowych o różnym kształcie, wielkości i ciężarze w sposób pozwalający na podparcie cewki moczowej. Zalecane są przede wszystkim dla kobiet mających problemy z zaakceptowaniem zasad treningu mięśni dna miednicy.

Innymi metodami stosowanymi w fizjoterapii wysiłkowego NTM są: wibroterapia oraz magnetoterapia. **Wibroterapia** jest stosunkowo nową metodą fizjoterapii, którą prowadzi się za pomocą specjalnej wibrującej platformy symulującej ludzki chód. Wibracje wytwarzane przez platformę zwiększają siłę mięśni dna miednicy. Zastosowanie **magnetoterapii** (pulsacyjnego pola magnetycznego niskich częstotliwości) pobudza włókna ruchowe nerwu sromowego poprawiając siłę i szybkość skurczu<sup>46</sup>.

U mężczyzn z wysiłkowym nietrzymaniem moczu w ramach leczenia zachowawczego można zastosować **zaciski na prącie** lub **nakładki na prącie przypominające prezerwatywy (w naszym kraju nazywane cewnikami zewnętrznymi)**. Zaciski na prącie zapobiegają wyciekowi moczu, ale mogą doprowadzić do uszkodzenia prącia i jego skóry. Ich stosowanie powinno być rzadkie i tylko w krótkim okresie. Nakładki na prącie to specjalne urządzenia, które po nałożeniu są przyklejane u podstawy prącia i połączone z workiem na moc. Ich długotrwałe stosowanie może doprowadzić do zmian skórnych prącia<sup>47</sup>.

## Leczenie farmakologiczne

Część pacjentów z wysiłkowym nietrzymaniem moczu decyduje się na farmakoterapię, pomimo, że żaden z leków badanych pod kątem stosowania w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu nie był na tyle bezpieczny i skuteczny, aby uznać go za terapię pierwszego rzutu<sup>48</sup>. W takich przypadkach niektórzy lekarze zalecają stosowanie poza zarejestrowanymi wskazaniami (off label) **trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych** (imipraminy) inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny lub agonistów receptorów adrenergicznych alfa i beta (efedryna, pseudoefedryna, midodryna, fenylopropanolamina), powodujących wzrost napięcia zwieracza wewnętrznego<sup>49</sup>.

Należy zaznaczyć, że leki te charakteryzują się jednak stosunkowo niską skutecznością, a jednocześnie powodują szereg skutków ubocznych, takich jak: bóle głowy, zaburzenia snu czy wzrost ciśnienia tętniczego krwi.

W przypadku kobiet zastosowanie ma także **estrogenoterapia** stosowana dopochwowo. Estrogeny wpływając na syntezę oraz rozpad kolagenu, mogą zwiększać przepływ w naczyniach krwionośnych oraz wpływać na czynność mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Receptory estrogenowe znajdują się w pęcherzu moczowym, cewce moczowej, pochwie oraz w mięśniach dna miednicy mniejszej. U dużej części kobiet w wieku okołomenopauzalnym występują zmiany zanikowe w obrębie śluzówek pochwy związane z niedoborem estrogenów. Estrogenoterapia stosowana dopochwowo łagodzi objawy wysiłkowego NTM<sup>50</sup>.

Innym środkiem farmakologicznym stosowanym w leczeniu farmakologicznym wysiłkowego nietrzymania moczu jest **duloksetyna**. Jej działanie zwiększa przewodzenie impulsów w neuronach motorycznych nerwu sromowego i zwiększenie napięcia zwieracza zewnętrznego cewki. Lek działa tylko w okresie jego przyjmowania i nie powoduje całkowitego wyleczenia, a jedynie złagodzenie dolegliwości. Powoduje ponadto liczne działania niepożądane (nudności, przyrost masy ciała, zaburzenia snu i nastroju). Lek ten jest stosowany głównie w leczeniu zaburzeń depresyjnych i w takim wskazaniu figuruje na liście leków refundowanych<sup>51</sup>.

<sup>45</sup> Ż. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 1.

<sup>46</sup> E. Wlazlak, M. Krzycka, G. Surkont, Wysiłkowe nietrzymanie moczu - leczenie zachowawcze, pessaro-terapia [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 254-265.

<sup>47</sup> Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. prof. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 75.

<sup>48</sup> A. Banaszek-Wysoczańska, Leczenie zachowawcze [w:] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk 2017, s. 9.

<sup>49</sup> E. Wlazlak, M. Krzycka, G. Surkont, Wysiłkowe nietrzymanie moczu - leczenie zachowawcze, pessaro-terapia [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 263.

<sup>50</sup> Poradnik dla pacjentek ginekologicznych, red. prof. M. Wielgoś, dr N. Mazanowska, Warszawa 2018, s. 137-138.

<sup>51</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2023 r. Dostęp: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-20-czerwca-2023-r-w-sprawie-wykazu-lekow-refundowanych-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywnieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-lipca-2023-r>.

W sytuacji, gdy różne metody leczenia zachowawczego i farmakologicznego nie przynoszą pożądanego rezultatu, a także w przypadku pacjentek z ciężką postacią wysiłkowego nietrzymania moczu, standardem jest leczenie zabiegowe.

### Leczenie zabiegowe za pomocą taśm

Od lat najczęściej wykonywanym typem zabiegu w wysiłkowym nietrzymaniu moczu są operacje z użyciem polipropylenowych taśm syntetycznych, tzw. **operacje TOT** (ang. *trans obturator tape*) w przypadku pierwotnego nietrzymania moczu lub **operacje TVT** (ang. *tension free vaginal tape*) w przypadku nawrotowego NTM. Różnica między taśmami polega na ich charakterystyce biomechanicznej, jak również sposobie implantacji: metodą załonową lub przezzałonową. Kwalifikacji do zabiegu dokonuje ginekolog lub urolog<sup>52</sup>. Uznaje się, że skuteczność większości dostępnych na rynku systemów do leczenia operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu jest podobna. Właściwa technika operacyjna umożliwia realizację dwóch podstawowych celów: uzyskanie pożądanego wyniku leczenia i zminimalizowanie ryzyka odrzutu wszczepionej taśmy<sup>53</sup>.

TOT jest operacją, w której taśma syntetyczna wprowadzana jest pod środkowy odcinek cewki moczowej, ale nie ku górze, za spojeniem łonowym, tylko pomiędzy tzw. otworami załonionymi. W przypadku operacji TOT, taśma przebiega bardziej poziomo i nie występują powikłania wynikające z jej przeprowadzenia za spojeniem łonowym. Według różnych źródeł, metoda TOT skutkuje od 42% do ok. 92% wyleczeniami wczesnymi i do około 85% po 5 latach.

Z kolei w przypadku metody TVT cięcia przeprowadza się nad spojeniem łonowym. Taśma zakładana jest nie na szyję pęcherza, a na środkowy odcinek cewki moczowej. Metoda ta daje ok. 95% wyleczeń wczesnych i około 85% po 5 latach. Obecnie istnieje wiele rodzajów taśm wprowadzanych pod cewkę na drodze załonowej (Sparc, Monarc, T-Sling)<sup>54</sup>.

Najnowszą i najmniej inwazyjną odmianą tego rodzaju procedur są tzw. minisystemy, będące rozwinięciem techniki TVT Secur, czyli dostępu jedynie od strony pochwy z wykorzystaniem krótkiej taśmy o długości ok. 7 cm. Zalicza się do nich m.in. zabieg z wykorzystaniem taśmy Miniarc, wykonywany drogą przezpochwową, a więc bez naruszenia powłok brzucha. Metoda jest mało inwazyjna, zabieg trwa kilkanaście minut, a po jego przeprowadzeniu kobieta nie musi długo przebywać w szpitalu. Przy prawidłowej kwalifikacji do operacji skuteczność terapii jest oceniana na 90%<sup>55</sup>.

**Mimo dużej skuteczności zabiegów z użyciem taśm syntetycznych, w polskim systemie opieki zdrowotnej zauważalne są poważne problemy, związane z wykonywaniem tego typu zabiegów przez ośrodki z małym doświadczeniem oraz przez nieodpowiednio przygotowanych i wyszkolonych operatorów.** Wskutek tego typu praktyk, znacznie zwiększa się ryzyko powikłań śród- i pooperacyjnych, które mogą pojawić się po kilku miesiącach lub latach od przeprowadzenia operacji. Wówczas, pacjentki niejednokrotnie wymagają reoperacji, która ograniczy uciążliwe skutki uboczne źle przeprowadzonej operacji pierwotnej.

Innym źródłem poważnych powikłań jest **jakość użytych materiałów**. Ze względu na szukanie oszczędności, niektóre szpitale kupują w przetargach najtańsze materiały syntetyczne o bardzo niskiej jakości, co w rezultacie skutkuje bardzo szybkim zużyciem materiału i koniecznością reoperacji. Jak się okazuje materiał, z jakiego wykonane są taśmy, ma kluczowe znaczenie w powstawaniu powikłań. Syntetyczne, niewchłaniające materiały częściej powodują erozje, zakażenia i przetoki. Częstość erozji cewki moczowej może być nawet dziesięciokrotnie większa po użyciu syntetycznych materiałów niż w przypadku taśm organicznych. Erozja taśmy może być leczona w sposób zachowawczy lub zabiegowy.

Ryzyko wystąpienia powikłań po implantacji taśmy wynosi w przypadku TVT od 4% do aż 75%, natomiast w przypadku TOT od 10% do 30%. Niekiedy z założeniem TVT wiąże się możliwość uszkodzenia dużych naczyń, powstania krwiaka załonowego czy też perforacji pęcherza moczowego. Zastosowanie przezzałonowej taśmy TOT zmniejsza ryzyko wystąpienia powyższych powikłań, ale może przyczynić się do powstania nowych, np. dolegliwości bólowych w okolicy pachwin, zaburzeń czucia skóry w okolicy pachwin i uda. Przebicie pęcherza moczowego jest powikłaniem śródoperacyjnym, które jest opisywane jako typowe po założeniu taśmy. Perforacja pęcherza zwykle nie wymaga żadnej dalszej terapii, z wyjątkiem utrzymywania cewnika przez około 7 dni. Powikłania operacji taśm podcewkowych wiążą się w przypadku zalegania moczu z możliwością przerywanego cewnikowania przez pacjentkę czy też pozostawienia przez pewien okres cewnika nadłonowego. W przypadku wystąpienia parć nagłych po zabiegu należy na wstępie wykluczyć możliwość zakażenia dróg moczowych lub rzadko występujące powikłanie w postaci wewnątrzpęcherzowego położenia taśmy<sup>56</sup>.

<sup>52</sup> H. Błaszczyk, E. Barcz, A. Kołodziej, Zaburzenia trzymania moczu u kobiet (cz. 2), Kwartalnik NTM nr 4(71), 2019.

<sup>53</sup> T. Rechberger, A. Wróbel, Leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu - kwalifikacja do typu operacji [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Urologia, Warszawa 2018, s. 266-286.

<sup>54</sup> <https://ntm.pl/wysilkowe-ntm/>.

<sup>55</sup> Leczenie nietrzymania moczu u kobiet taśmą Miniarc. Dostęp: <https://www.tourmedica.pl/blog/leczenie-nietrzymania-moczu-u-kobiet-tasma-miniarc/>.

<sup>56</sup> E. Malanowska, Powikłania po leczeniu operacyjnym nietrzymania moczu, Kwartalnik NTM nr 1(72), 2020.

Biorąc pod uwagę fakt, że operacje wszczepienia taśm stanowią jedną z nielicznych metod leczenia nietrzymania moczu w pełni finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wykonanie ich jest możliwe w wielu placówkach w Polsce, posiadających oddziały urologiczne lub ginekologiczne.

W 2022 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował wykonanie 5 369 przezpochwowych operacji wysiłkowego nietrzymania moczu z użyciem taśmy, 25 operacji wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego i 142 operacje wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego z użyciem taśmy (sling) z tkanek własnych chorej lub z materiału syntetycznego. Łączna kwota refundacji na wszystkie te zabiegi wyniosła ponad **24,9 mln zł** i była ponad dwukrotnie większa niż rok wcześniej.

Nazwa zabiegu	2019		2020		2021		2022		Zmiana 2022/2021 (w proc.)
	Liczba	Kwota refundacji (w tys. PLN)	Liczba	Kwota refundacji (w tys. PLN)	Liczba	Kwota refundacji (w tys. PLN)	Liczba	Kwota refundacji (w tys. PLN)	
Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwowa z użyciem taśmy	3 757	11 335	2 588	8 206	3 464	11 350	5 369	24 131	<b>+112,6%</b>
Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego (typu Marschalla-Marcheego-Kranza, Burcha)	12	31	22	77	33	104	25	107	<b>+2,9%</b>
Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego z użyciem taśmy (sling) z tkanek własnych chorej lub z materiału syntetycznego	78	248	89	341	125	464	142	638	<b>+37,5%</b>
<b>OGÓŁEM</b>	<b>3 847</b>	<b>11 614</b>	<b>2 699</b>	<b>8 624</b>	<b>3 622</b>	<b>11 918</b>	<b>5 536</b>	<b>24 876</b>	<b>+108,7%</b>

Tabela 8  
Operacje wysiłkowego nietrzymania moczu w latach 2019-2022.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu 2019-2022” ([www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl)).

Część placówek w Polsce wykonuje ponad 100 zabiegów rocznie, inne natomiast przeprowadzają tego typu operacje rzadko. Zdarza się, że jest to kilka lub kilkanaście operacji rocznie, czego skutkiem są niejednokrotnie powikłania powstałe w wyniku niewłaściwie wykonanych zabiegów. Taka sytuacja powoduje także dezorientację pacjentów, którzy nie wiedzą, do jakiego specjalisty i ośrodka zgłosić się w celu otrzymania fachowej pomocy i świadczenia na wysokim poziomie. Jak zauważa prof. Tomasz Rechberger (kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie), pierwszy przewodniczący sekcji uroginekologicznej przy Polskim Towarzystwie Ginekologów i Położników, żeby procedura była powtarzalna, musi być wykonywanych na danym oddziale od 50 do 80 zabiegów rocznie. W klinice kierowanej przez prof. Tomasza Rechbergera wykonuje się 400-500 zabiegów rocznie. Według prof. Tomasza Rechbergera jednym ze sposobów polepszenia obecnej sytuacji byłoby powstanie ośrodków referencyjnych, specjalizujących się w wykonywaniu zabiegów z użyciem taśm.

W każdym województwie powinien, zdaniem prof. Tomasza Rechbergera, być co najmniej jeden, a w większych dwa czy trzy ośrodki, w których wspólnie lekarze ginekolodzy i urolodzy będą rozwiązywać problemy uroginekologiczne i zapewniać kompleksową opiekę pacjentkom<sup>57</sup>.

<sup>57</sup> Serce jest uroginekologiem, Kwartalnik NTM nr 1(68), 2019.

<sup>58</sup> <https://ptug.pl/rekomendacje/intersdyscyplinarne-wytyczne-polskiego-towarzystwa-uroginekologicznego-odnosnie-diagnostyki-i-leczenia-wysilkowego-nietrzymania-moczu-u-kobiet/> (5.05.2022).

## Wypełniacze

**Bulking agents** to metoda stosowana u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, polegająca na ostrzykiwaniu cewki moczowej materiałami zwężającymi. Jest to procedura małoinwazyjna i może być wykonywana ambulatoryjnie, w znieczuleniu miejscowym. Niestety stosunkowo często konieczne jest powtarzanie iniekcji, aby poprawić lub utrwalić efekt leczenia. Metoda powinna być stosowana u tych pacjentek, u których istnieje obciążenie wysokim ryzykiem operacyjnym, anestezjologicznym lub po nieudanych zabiegach TVT, TOT oraz urethrosuspensji, jako terapia drugiego rzutu<sup>58</sup>.

Istnieją dwie metody leczenia:

- podanie materiału wypełniającego przy użyciu cystoskopu **przez cewkę moczową** – lekarz ma lepszą kontrolę wyboru miejsca wkłucia i wstrzyknięcia materiału wypełniającego, ale zastosowanie tej metody może wiązać się z większym ryzykiem wypłynięcia preparatu przez miejsce wkłucia,
- podanie materiału wypełniającego **drogą wkłuć okołocewkowych** – podanie materiału wypełniającego jest mniej precyzyjne i może wiązać się z większym ryzykiem retencji moczu<sup>59</sup>.

Po zabiegu pacjentka nie wymaga hospitalizacji. Metoda jest uznawana za bezpieczną, wiążącą się z małym ryzykiem powikłań. Ostrzykiwanie nie przynosi długotrwałych efektów terapeutycznych, problem nietrzymania moczu może powrócić. Tym niemniej terapia może być traktowana jako alternatywa dla innych rodzajów zabiegów.

Terapia z użyciem wypełniaczy w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu nie jest w Polsce refundowana.

## Laseroterapia

O możliwości leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu za pomocą laseroterapii informują pacjenta prywatne placówki, w tym zajmujące się medycyną estetyczną. **Nadal brak jest jednak rekomendacji towarzystw naukowych dla leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu za pomocą lasera.** Metodę tę uznaje się za eksperymentalną, niesprawdzoną, o wątpliwej skuteczności i możliwie obciążoną późniejszymi powikłaniami.

W 2014 roku Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne (PTUG) w oficjalnym stanowisku wskazywało, że nietrzymanie moczu – w szczególności odmiana wysiłkowa, a także schorzenia związane z obniżaniem narządów miednicy nie powinny być leczone z wykorzystaniem laserów. Podobne stanowisko w 2018 roku zaprezentowało Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ang. *International Continence Society – ICS*) wspólnie z Międzynarodowym Towarzystwem Badań nad Chorobami Wulwówaginalnymi (ang. *International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases – ISSVD*), które poparły w ten sposób ostrzeżenie wydane przez Amerykańską Agencję Żywności i Leków (ang. *U.S. Food and Drug Administration – FDA*) z dnia 30 lipca 2018 roku, dotyczące stosowania urządzeń medycznych opartych o metody laserowe w celu przeprowadzania zabiegów „odmładzania” pochwy, zabiegów kosmetycznych w obrębie pochwy, czy też zabiegów ukierunkowanych na leczenie chorób pochwy oraz objawów związanych z menopauzą, nietrzymaniem moczu, czy też funkcjami seksualnymi<sup>60</sup>.

Oznacza to, że metoda ta nie powinna być stosowana w leczeniu pierwszorazowym i wymaga dokładnej kwalifikacji oraz selekcji pacjentek. Niezwykle ważnym w laserowej terapii NTM jest również rozdzielenie terapii medycznej NTM od tzw. zabiegów estetycznych okolic intymnych – *vaginal rejuvenation*.

Laseroterapia w leczeniu wysiłkowego NTM nie jest w Polsce refundowana.

## Inne operacje stosowane w leczeniu wysiłkowego NTM

U kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu istnieje możliwość zastosowania innych metod leczenia operacyjnego. Opierają się one na zasadzie przywrócenia prawidłowego, wysokiego, zaonowego położenia połączenia cewkowo-pęcherzowego z jego stabilizacją<sup>61</sup>.

<sup>59</sup> P. Tomasiak, Bulking agents [w:] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk 2017, s. 47.

<sup>60</sup> V. Madeja, Laseroterapia nadal kontrowersyjna, Kwartalnik NTM nr 1(76), 2021.

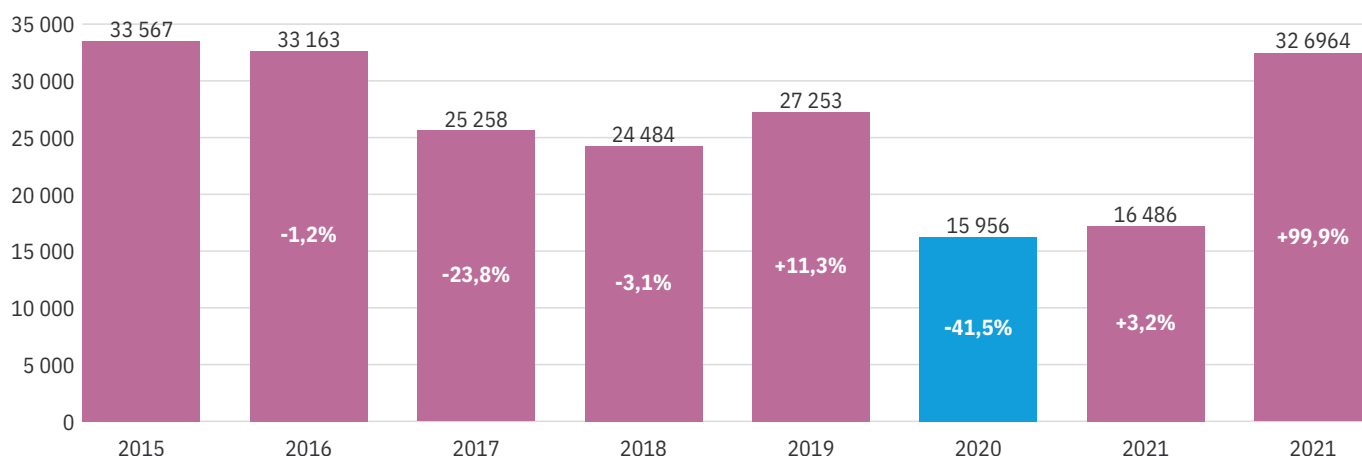
<sup>61</sup> Tamże.

Do zabiegów operacyjnych zalicza się:

1. **Operacje wzmacniające przednią ścianę pochwy** (duplikacje – zdwojenia, „plastyki przednie”) – ze względu na niską skuteczność zabiegów te nie są obecnie stosowane w leczeniu wysiłkowego NTM (jedynie w ginekologii w celu naprawy tzw. defektu środkowego, co dodatkowo może poprawić stan kontynencji, ale nie jest głównym celem zabiegu).
2. **Przezpochwowe igłowe podwieszenia szyi pęcherza** – operacje te zapoczątkowały rozwój technik minimalnie inwazyjnych przy leczeniu wysiłkowego NTM. Polegają na podwieszeniu tkanek okolicy szyi pęcherza na szwach do mięśni brzucha. Szwy przeprowadza się na długich igłach. Do tej grupy zabiegów należą operacje Stameya, Gittesa i Raza. Choć zabiegów te nie wytrzymały próby czasu, ze względu na niską skuteczność w średnio odległych i odległych obserwacjach (6-33% wyleczeń po 2-10 latach), to wiele koncepcji po raz pierwszy zastosowanych w podwieszeniach igłowych jest wykorzystywanych w innych rodzajach operacji minimalnie inwazyjnych<sup>62</sup>.
3. **Załonowe podwieszenia szyi pęcherza** – przede wszystkim operacja Burcha, która wyparła operację Marshall – Marchetti – Krantz (MMK). Zabiegów te polegają na przyszyciu tkanek sklepień pochwy do więzadeł nad spojeniem łonowym (operacja Burcha) lub tkanek okołocewkowych (operacja MMK) do spojenia łonowego na drodze otwartej operacji. Dają one ponad 90% wczesnych wyleczeń i około 80-85% wyleczeń po 5 latach.
4. **Kolposuspensja sposobem Burcha wykonana techniką laparoskopową** – stosowana od 1961 roku. Zabieg daje znacznie mniejsze dolegliwości pooperacyjne i umożliwia wcześniejszy powrót do codziennego życia i aktywności zawodowej. Wyniki wczesne są równie dobre, jak operacji otwartej (ok. 95%), jednak skuteczność tego zabiegu po ponad 2 latach od operacji jest bardzo zmienna (30-90%) w zależności od wykonującego ją specjalisty<sup>63</sup>.

U mężczyzn z wysiłkowym nietrzymaniem moczu można zastosować<sup>64</sup>:

1. **Ostrzyknięcie okołocewkowe** – wypełniacz podawany jest przez cystoskop pod kontrolą aparatu rentgenowskiego, powodując zamknięcie cewki moczowej. Długoterminowe efekty nie są jednak zadowalające.
2. **Męskie taśmy** – zasada działania taśmy męskiej jest podobna do działania taśm stosowanych u kobiet. Zastosowanie taśmy powoduje podparcie lub zmianę położenia cewki moczowej, co zmniejsza objawy nietrzymania moczu.
3. **Sztuczny zwieracz cewki moczowej** – należy do najpopularniejszych metod leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn. Sztuczny zwieracz składa się z mankietu, który jest zakładany na cewkę moczową oraz pompki, która jest umiejscowiona w mosznie i za pomocą której otwiera się lub zamyka mankieta na cewce, by oddać mocz. W niektórych urządzeniach jest dodatkowo rezerwuar na płyn, umiejscowiony w brzuchu. Szczegółowe informacje dotyczące wydatków na refundację zabiegów wszczęcia sztucznego zwieracza prezentujemy w części „Inne metody leczenia NTM”.



Wykres 11

Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM u kobiet i mężczyzn w latach 2015-2022 (w tys. PLN). Rok 2020 to początek epidemii COVID-19 w Polsce. Dane w proc. pokazują zmianę rok do roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu 2019-2022” ([www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl)).

<sup>62</sup> P. Radziszewski, P. Dobroński, Nietrzymanie moczu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

<sup>63</sup> T. Rechberger, A. Wróbel, Leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu - kwalifikacja do typu operacji [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 266-286.

<sup>64</sup> Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. prof. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 76.

## INNE RODZAJE NIETRZYMANIA MOCZU

Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ICS), oprócz trzech podstawowych typów nietrzymania moczu, wymienia również szereg innych. Wśród nich pojawiają się m.in.:

- **nietrzymanie moczu z przepętnienia** – charakteryzuje się stałym lub okresowym wyciekaniem moczu (może występować ból) spowodowanym upośledzoną kurczliwością wypieracza, która prowadzi do nadmiernego wypełnienia pęcherza moczowego,
- **pozazwieraczowe nietrzymanie moczu** – wyciek moczu przez inne otwory niż ujście zewnętrzne cewki moczowej np. przez przetoki,
- **moczenie nocne (nokturia)** – wyciek moczu podczas snu, który potrafi przetrwać od okresu dziecięcego, może polegać na popuszczaniu lub na całkowitym opróżnieniu pęcherza, w ciągu dnia zazwyczaj mechanizm trzymania moczu funkcjonuje prawidłowo, nokturia często wiąże się z poliurią nocną (inaczej wielomoczem), która polega na wydalaniu w porze nocnej zwiększonej objętości moczu,
- **ciągłe nietrzymanie moczu/ciągłe gubienie moczu** – objaw polegający na stałym wycieku moczu,
- **nietrzymanie moczu podczas zmieniania postawy/pozycji** (lub też zależne od zmiany pozycji) – gubienie moczu spowodowane zmianą pozycji ciała,
- **nietrzymanie moczu związane z aktywnością seksualną** – występujące podczas stosunku lub też po nim,
- **ukryte (maskowane) nietrzymanie moczu** – objawy pojawiające się najczęściej dopiero po zabiegach, szczególnie po plastyce przedniej ściany pochwy,
- **niesklasyfikowane nietrzymanie moczu/utrata moczu bez określonej przyczyny** – na podstawie objawów nie może być zakwalifikowane do żadnej z powyższych kategorii.

## INNE METODY LECZENIA NIETRZYMANIA MOCZU

W przypadku niepowodzenia omówionych na poprzednich stronach raportu metod leczenia nietrzymania moczu, stosuje się **zabiegi chirurgiczne**, m.in. wszczepienie zwieracza hydraulicznego wokół opuszki cewki moczowej, wymianę zwieracza hydraulicznego i wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej. Do leczenia operacyjnego lekarz kwalifikuje na podstawie badania fizykalnego i wyników badań dodatkowych, takich jak: badanie urodynamiczne, badanie ogólne moczu czy badania obrazowe. Ostatecznością jest usunięcie pęcherza i nadpęcherzowe odprowadzenie moczu. Powstaje ono w przypadku chirurgicznego oddzielenia od pęcherza moczowego pozostałej części układu moczowego (nerki, moczowody) i wytworzenia innego niż naturalne ujścia moczu. Wszystkie wyżej wymienione rodzaje zabiegów chirurgicznych są refundowane przez NFZ.

**Hydrauliczny zwieracz cewki moczowej** jest endoprotezą, czyli protezą wewnętrzną dobieraną indywidualnie. Chirurgiczne wszczepienie zwieracza hydraulicznego ma zastosowanie u tych pacjentów, u których nie powiodło się wielokrotne leczenie operacyjne lub u których występuje ciężka niewydolność zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Chory musi być wystarczająco sprawny, aby samodzielnie obsługiwać urządzenie i akceptować ryzyko ponownych operacji. Poza tym, stan zdrowia skóry krocza, w okolicy którego będzie implantowana proteza musi być zadowalający. Należy zdawać sobie również sprawę z ogólnej liczby około 20% powikłań po tego typu zabiegu. Zwieracze wszczepia się głównie u mężczyzn, kobiety stanowią zaledwie ok. 10% wszystkich operowanych. Najczęstszym wskazaniem do zastosowania sztucznego zwieracza cewki moczowej jest nietrzymanie moczu występujące po prostatektomii radykalnej lub przezcewkowej resekcji stercza.

W Polsce oferowane są następujące typy sztucznych zwieraczy cewki moczowej (SZCM):

- AMS 800 – najstarszy i pierwszy SZCM istniejący od 1973 roku, wszczepiony dotychczas u ponad 150 000 pacjentów na świecie,
- Zephyr (ZSI 375),
- Aroyo,
- Flowsecure<sup>65</sup>.

W 2022 roku wykonano łącznie 223 zabiegi z użyciem sztucznego zwieracza cewki moczowej, czyli o 59 więcej niż w roku 2021. W roku 2022 na zabiegi tego typu NFZ wydał łącznie 8 088 tys. zł, co stanowi prawie dwukrotny wzrost względem roku poprzedniego.

Procedura	Liczba zabiegów				Koszt (w tys. PLN)				Zmiana (w proc.)	
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2022/2021	2022/2019
Wszczepienie zwieracza hydraulicznego wokół opuszki cewki moczowej	62	36	38	81	1 495	880	1 004	2 825	+113,2%	+30,6%
Wymiana zwieracza hydraulicznego cewki moczowej [AUS]	11	2	18	12	308	62	416	327	-33,3%	+9,1%
Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej [AUS] z pompą albo zbiornikiem wyrównawczym	90	85	108	130	2 322	2 292	3 148	4 936	+20,4%	+44,4%
<b>RAZEM</b>	<b>163</b>	<b>123</b>	<b>164</b>	<b>223</b>	<b>4 125</b>	<b>3 234</b>	<b>4 568</b>	<b>8 088</b>	<b>+77,1%</b>	<b>+96,1%</b>

Tabela 9

Zabiegi z użyciem sztucznego zwieracza cewki moczowej w latach 2019-2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu 2019-2022” ([www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl)).

Ostateczną, radykalną metodą leczenia NTM jest **usunięcie pęcherza i nadpęcherzowe odprowadzenie moczu**. Obecnie na świecie stosuje się ponad 40 typów odprowadzeń moczu. Istnienie tak wielu rodzajów zabiegów i ich modyfikacji świadczy o tym, że nie ma jednego najlepszego sposobu odprowadzania moczu. Każdy z nich ma zarówno wady, jak i zalety. Wybierając najlepszą metodę dla pacjenta bierze się pod uwagę: wskazania do danego typu odprowadzenia moczu, wybór określonego odcinka jelita, ogólne zasady i powikłania technik operacyjnych oraz aspekt psychospołeczny<sup>66</sup>.

Do najczęstszych postaci nadpęcherzowych odprowadzeń moczu zalicza się urostomię Brickera, ureterocutaneostomię (przetokę moczowodowo-skórną), nefrostomię (przetokę nerkowo-skórną), urostomię szczelną (pęcherz jelitowy), cystostomię (przetokę pęcherzowo-skórną). Oprócz tego u części pacjentów może być przeprowadzana procedura nazywana „ortotopowym zastąpieniem pęcherza”, czyli formowaniem pęcherza zastępczego z odpowiedniej długości odcinka jelita. W procedurze tej moczowody przyszywane są do pęcherza zastępczego. Pęcherz zastępczy łączy się także z cewką moczową, dzięki czemu pacjent może oddawać moc drogą naturalną<sup>67</sup>.

<sup>65</sup> T. Hessel, Sztuczny zwieracz cewki moczowej - pytania i odpowiedzi, Kwartalnik NTM nr 2(57), 2016.

<sup>66</sup> Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

<sup>67</sup> Nadpęcherzowe odprowadzenia moczu. Poradnik dla pielęgniarek i osób z urostomią, Coloplast, 2014.

## Definicja

Nietrzymanie kału/stolca – NTK (łac. *incontinentia alvi*) to dysfunkcja zespołu mięśnia zwieraczy odbytu. Efektem upośledzenia czynności kompleksu zwieraczy odbytu jest wrodzony lub nabyty samoistny wyciek płynnych lub stałych stolców i/lub gazów jelitowych<sup>68</sup>. Nietrzymaniem kału określamy bezwiedne oddanie stolca co najmniej 2 razy w miesiącu.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organisation – WHO*) nietrzymanie stolca ma status choroby społecznej<sup>70</sup>.

## Epidemiologia

Dane dotyczące nietrzymania kału nie są dokładne, dlatego trudno ocenić skalę tego problemu. Zdaniem wielu ekspertów mogą być one zaniżone ze względu na wstydlivy charakter choroby. W piśmiennictwie zachodnim nietrzymanie stolca określane jest „silent disease”, czyli cicha choroba. Inną przyczyną, mogącą wpłynąć na niedoszacowanie statystyk są różnice związane z definicją pojęcia inkontynencji.

Częstość występowania nietrzymania kału ocenia się na około 2-5% wśród osób dorosłych. Według Światowej Organizacji Zdrowia na tę chorobę cierpi minimum 5% dorosłych<sup>71</sup>.

Zgodnie z informacjami opublikowanymi przez ICS, dotychczas przeprowadzane badania są często słabej jakości. Przedstawimy jednak ułamek z nich, aby wykazać przynajmniej obraz dotyczący częstości występowania NTK.

ICS powołuje się m.in. na badanie *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* opublikowane w USA, w którym częstość występowania inkontynencji kału wyniosła 8,4%. W badaniu uczestniczyło 14 759 obywateli USA, z czego 49% stanowiły kobiety, wszystkie powyżej 20 roku życia. Co ciekawe otyłość i liczba porodów, nie wpływały na pojawienie się NTK w tym badaniu, mimo iż standardowo są one wskazywane jako czynniki ryzyka<sup>72</sup>.

Inne z opracowań amerykańskich stwierdza, że nietrzymanie gazów i stolca dotyczy 8,3% dorosłych (w tym stolca płynnego u 6,2%, stałego u 1,6%). Przyjmuje się, że wzrost zachorowalności na NTK następuje wraz z wiekiem. W niniejszym opracowaniu oszacowano, że w grupie wiekowej od 20 do 29 r.ż. odsetek ten wynosi 2,6%, a u pacjentów >70 r.ż. już 15,3%<sup>73</sup>.

Powyzsze fakty dotyczące wieku może potwierdzić analiza przeprowadzona w domach opieki, która pokazuje, że około 50% pensjonariuszy ma problem z utrzymaniem stolca<sup>74</sup>.

Dolegliwość ta dotyka częściej kobiety niż mężczyzn (8,9% vs. 7,7%)<sup>75</sup>, ze względu na inną budowę miednicy, krótszy kanał odbytu, zmiany hormonalne i przebyte porody.

Nietrzymanie kału i moczu często są schorzeniami współistniejącymi. Podobnie jak w przypadku NTM, ryzyko wystąpienia NTK wzrasta wraz z wiekiem.

## Czynniki wywołujące nietrzymanie kału

Badacze są zgodni, że do najczęstszych przyczyn nietrzymania stolca należą uszkodzenia okołoporodowe (mechaniczny uraz mięśni zwieraczy lub rozciągnięcie nerwu sromowego w trakcie porodu siłami natury) i powikłania po zabiegach proktologicznych<sup>76</sup>.

Raportowana przez WHO częstość okołoporodowych uszkodzeń zwieracza wynosi od 4 do 6,6%. Z polskich danych wynika, że odnotowano je u 0,4% rodzących. Przy czym należy podkreślić, że powyższe statystyki niekoniecznie świadczą o rzeczywistej skali problemu w danym kraju; mogą być one wykładnikiem lepszej lub gorszej rozpoznawalności tego rodzaju uszkodzeń<sup>77</sup>.

<sup>68</sup> <https://www.mp.pl/gastrologia/wytyczne/88115,nietrzymanie-stolca>.

<sup>69</sup> <http://www.czytelniamedyczna.pl/3056,nietrzymanie-stolca-u-ludzi-w-wieku-podeszlym.html>.

<sup>70</sup> <https://ntm.pl/co-to-jest-ntk/>.

<sup>71</sup> Tamże.

<sup>72</sup> Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021., s. 74-77.

<sup>73</sup> M. Kołodziejczak, A. Kucharczyk, Nietrzymanie stolca [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), *Uroginekologia*, Warszawa 2018, s. 562.

<sup>74</sup> [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(03\)01558-0/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(03)01558-0/fulltext).

<sup>75</sup> M. Kołodziejczak, P. Ciesielski, Z. Lorenc, Podstawy proktologii [w:] E. Barcz (red.), *Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy*, Gdańsk 2017 s. 363.

<sup>76</sup> R. Cylke, M. Kołodziejczak, M. Kwapisz, A. Ostaszewska, Diagnostyka i leczenie nietrzymania stolca – aktualny stan wiedzy, przegląd piśmiennictwa [w:] M. Kołodziejczak (red.), „Nowa Medycyna”, 2/2021, Warszawa, 2021, s. 41-56.

<sup>77</sup> M. Kołodziejczak, A. Kucharczyk, Nietrzymanie stolca [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), *Uroginekologia*, Warszawa 2018, s. 562-563.



Wśród innych czynników powodujących NTK wymieniane są:

### 1. Osłabienie zwieraczy odbytu:

- **urazowe:**
  - okołoporodowe
  - operacyjne (np. wycięcie guzków krwawniczych, sfinkterotomia, operacje przetok odbytu)
- **nieurazowe:**
  - twardzina układowa
  - idiopatyczne zwyrodnienie zwieracza wewnętrznego odbytu
- **neuropatia:**
  - obwodowa (np. nerwu sromowego)

### 2. Choroby dna miednicy:

- wypadanie odbytnicy
- zespół nadmiernego obniżenia mięśni krocza

### 3. Choroby wpływające na pojemność/czucie w odbytnicy:

- **choroby zapalne:**
  - popromienne zapalenie odbytnicy
  - choroba Leśniowskiego-Crohna
  - wrzodziejące zapalenie jelita grubego
- **operacje odbytu i odbytnicy:**
  - zbiorniki jelitowe
  - przednia resekcja odbytnicy
- **osłabienie odbioru bodźców czuciowych z odbytnicy**
- **nadwrażliwość odbytnicy**

### 4. Choroby ośrodkowego układu nerwowego:

- otępienie
- udar
- guzy mózgu
- stwardnienie rozsiane
- uszkodzenie rdzenia kręgowego

### 5. Choroby psychiczne

#### 6. Zaburzenia jelit:

- zespół jelita drażliwego
- biegunka po usunięciu pęcherzyka żółciowego
- zaparcia
- zaleganie stolca z niekontrolowanym wyciekami płynnej treści

Na zwiększenie ryzyka wystąpienia NTK wpływ mają również: cukrzyca, przewlekłe biegunki, wysokie BMI, czy palenie tytoniu. Ponadto ryzyko wzrasta wraz z wiekiem<sup>78</sup>. Dolegliwość, jak wspominaliśmy wcześniej, podobnie jak w przypadku nietrzymania moczu, dotyka częściej kobiet niż mężczyzn.

Nietrzymanie stolca może dotyczyć niemal 2/3 chorych ze stwardnieniem rozsianym<sup>79</sup>.

Warto podkreślić, że nietrzymanie stolca to poważna dolegliwość, która może prowadzić do powikłań. Głównymi skutkami tego problemu są podrażnienia w obrębie odbytu (może dochodzić do zakażeń skóry tej części ciała i powstawania w jej obrębie przewlekłych, trudno gojących się ran)<sup>80</sup>.

Schorzenie to również mocno wpływa na aktywność społeczną i zawodową. Osoby tracące kontrolę nad jedną z podstawowych czynności fizjologicznych cechują się niską samooceną, która w konsekwencji może prowadzić do depresji.

<sup>78</sup> R. Cylke, M. Kołodziejczak, M. Kwapisz, A. Ostaszewska, Diagnostyka i leczenie nietrzymania stolca – aktualny stan wiedzy, przegląd piśmiennictwa [w:] M. Kołodziejczak (red.), Nowa Medycyna, 2/2021, Warszawa, 2021, s. 41-56.

<sup>79</sup> Losy J., Wawrzyniak S.: Objawy kliniczne i przebieg choroby [w:] Losy J. (red.): Stwardnienie rozsiane. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013, s. 59-65.

<sup>80</sup> <https://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/objawy/nietrzymanie-stolca-przyczyny-i-leczenie-aa-MDyx-3odv-CdZN.html>.

## Diagnostyka

W przypadku pojawienia się objawów nietrzymania stolca, pacjent powinien skonsultować objawy z lekarzem POZ, w dalszej kolejności z urologiem, ginekologiem i/lub proktologiem. Z racji złożonej etiologii problemu, pacjenci dotknięci tym problemem powinni przejść dokładną diagnostykę.

W celu dokonania diagnostyki występowania nietrzymania kału lekarz powinien przeprowadzić szczegółowy wywiad, obejmujący m.in.: liczbę i konsystencję kału, rytm wypróżnień, przebyte urazy, choroby współistniejące, stosowane leki. Wizyta obejmuje także badanie przedmiotowe.

Podstawą diagnostyki tego schorzenia jest badanie per rectum, czyli wprowadzenie przez lekarza palca do odbytnicy. Badanie to umożliwia lekarzowi ocenę skóry okolicy odbytu pod kątem ewentualnych nieprawidłowości, oszacowanie napięcia zwieracza odbytu, określenie wielkości bańki odbytnicy, stwierdzenie wypętnienia odbytnicy stolcem (które występuje u większości dzieci z retencyjną postacią nietrzymania stolca) oraz wykluczenie guza<sup>81</sup>.

W celu dalszego rozpoznania choroby pacjent może zostać poddany: endoskopii dolnego odcinka przewodu pokarmowego, MRI, defektografii, endosonografii, manometrii, elektrografii z oceną asymetrii unerwienia zwieraczy, badania barostetem, centralnej i obwodowej stymulacji magnetycznej, ocenie czucia odbytowo-odbytniczego temperatury i stymulacji elektrycznej. Oceniona może być też morfologia czynnościowa i komórki Cajala<sup>82</sup>.

## Leczenie

Leczenie NTK polega na wdrożeniu terapii zachowawczej i zabiegowej. Pierwszym krokiem do leczenia nietrzymania kału jest **leczenie zachowawcze**, dedykowane pacjentom we wczesnym stadium choroby.

Wśród zalecanych metod zachowawczych wyróżnia się:

- **zmianę stylu życia** – wdrożenie odpowiedniej diety bogatej w błonnik, unikanie cukrów prostych, regularne spożywanie posiłków<sup>83</sup>,
- **farmakoterapię** – lekarz może przepisać leki przeciwbiegunkowe czy też zalecić serię wlewów oczyszczających jelita (podobnych do tych, które wykonuje się przed kolonoskopią)<sup>84</sup>.

Niemniej ważnym sposobem w leczeniu nietrzymania stolca są ćwiczenia z fizjoterapeutą specjalizującym się w inkontynencji. Do metod **fizjoterapii** zalecanych dla pacjentów z NTK należą między innymi<sup>85</sup>:

- **biofeedback** – trening behawioralny polegający na wprowadzeniu do odbytu pacjenta elektrody rejestrującej skurcze zwieraczy podczas gimnastyki zaciskania zwieraczy odbytu, pacjent podczas ćwiczeń otrzymuje informację zwrotną, czy wykonuje je prawidłowo,
- **elektrostymulacja zwieraczy odbytu** – polega na wprowadzeniu do odbytu elektrod wysyłającej impulsy pobudzające zwieracze odbytu do skurczu, metoda ta prowadzi do zwiększenia napięcia spoczynkowego zwieraczy.

W przypadku pacjentów, którzy nie zareagowali na leczenie zachowawcze stosuje się **leczenie zabiegowe** lub **chirurgiczne**, wśród których wymienia się: elektrostymulację doodbytniczą, chirurgiczną rekonstrukcję zwieraczy, transpozycję (przeszczep) mięśnia własnego do odbytu lub wszczepienie hydraulicznej protezy zwieracza jelitowego<sup>86</sup>. Innym sposobem jest **neuromodulacja nerwów krzyżowych**, aczkolwiek zabieg ten jest nadal w Polsce refundowany jedynie w przypadku pacjentów zmagających się z nietrzymaniem moczu<sup>87</sup>.

## Zaopatrzenie w środki pomocnicze

Obok odpowiedniego leczenia w przypadku pacjentów zmagających się z NTK, niezależnie od przyczyn i zaawansowania, niezwykle ważne są środki pomocnicze. I choć są one uzupełnieniem terapii, to jednak bez nich codzienne funkcjonowanie jest praktycznie niemożliwe. Środki te pozwalają zadbać o higienę, a w konsekwencji zmniejszają ryzyko wystąpienia powikłań. Brak odpowiedniej higieny może narazić pacjenta nie tylko na dyskomfort, ale także na czasochłonne i trudno gojące się rany wokół odbytu.

<sup>81</sup> <https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/012/270/original/55-63.pdf?1473162600>.

<sup>82</sup> R. Cylke, M. Kołodziejczak, M. Kwapisz, A. Ostaszewska, Diagnostyka i leczenie nietrzymania stolca – aktualny stan wiedzy, przegląd piśmiennictwa [w:] M. Kołodziejczak (red.), Nowa Medycyna, 2/2021, Warszawa, 2021, s. 41-56.

<sup>83</sup> <https://zdrowie.tvn.pl/a/nietrzymanie-stolca-przyczyny-objawy-i-mozliwosci-leczenia>.

<sup>84</sup> <https://www.hartmann.info/pl-pl/articles/8/e/inkontynencja-kalowa>.

<sup>85</sup> R. Cylke, M. Kołodziejczak, M. Kwapisz, A. Ostaszewska, Diagnostyka i leczenie nietrzymania stolca – aktualny stan wiedzy, przegląd piśmiennictwa [w:] M. Kołodziejczak (red.), Nowa Medycyna, 2/2021, Warszawa, 2021, s. 50-51.

<sup>86</sup> <https://www.hartmann.info/pl-pl/articles/8/e/inkontynencja-kalowa>.

<sup>87</sup> <https://www.supportincontinence.org/pl/jakie-metody-leczenia-sa-dostepne/neuromodulacja-krzyzowa/>.

Środki wspierające codzienną higienę powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, uwzględniając jednak uniwersalną zasadę pielęgnacji skóry, na którą składa się: oczyszczanie, poprawa kondycji skóry i ochrona<sup>88</sup>:

1. **Oczyszczenie skóry** z zanieczyszczeń, potu, złuszczonego naskórka oraz pozostałości stolca na skórze. Do zabiegu tego rekomendowane są preparaty myjące niezawierające mydła, z pH naturalnym dla skóry (lekko kwaśnie pH 5-5,5), które nie wymagają spłukiwania. Nie zaleca się produktów wymagających spłukiwanie wodą.
2. **Poprawa kondycji skóry** jest to wspomaganie regeneracji naskórka oraz aktywizacji skóry w celu poprawy lub utrzymania jej kondycji. W tym przypadku stosuje się preparaty nawilżające, odżywiające i pobudzające skórę.
3. **Ochrona**, czyli zabezpieczenie skóry przed czynnikami drażniącymi wynikającymi z długotrwałej ekspozycji skóry na kał. W tym przypadku rekomendowane są kremy, żele o działaniu ochronnym i natłuszczającym. Ochrona może również polegać na łagodzeniu podrażnień poprzez stosowanie kremów działaniu łagodzącym.

Do wyrobów medycznych stosowanych najczęściej przy NTK należy wymienić:

1. **Anatomiczne wkłady chłonne na NTK**, zalecane osobom z założonym cewnikiem Foley'a jako zabezpieczenie przy inkontynencji kałowej. Można je stosować łącznie z dopasowaną bielizną osobistą lub higienicznymi elastycznymi majtkami. W przeciwieństwie do wkładów anatomicznych na NTM, nie rozróżnia się ich ze względu na rozmiar ciała i płeć.
2. **Pieluchy anatomiczne dla kobiet i mężczyzn**, przeznaczone zarówno dla pacjentów mobilnych, jak i niesamodzielnych. Zapewniają wygodę i chronią przed zabrudzeniem bielizny osobistej w nietrzymaniu kału<sup>89</sup>. Sprawdzą się, np. w sytuacji incydentalnego nietrzymania stolca przy jednoczesnym nietrzymaniu gazów<sup>90</sup>. Ich zakładanie i zdejmowanie zazwyczaj nie wymaga wsparcia opiekuna.
3. **Pieluchomajtki** czy **majtki chłonne** przeznaczone dla osób ze średnim i ciężkim stopniem inkontynencji kałowej (także u pacjentów leżących). W tym przypadku sprawdzą się pieluchomajtki wyposażone w dodatkową kieszeń zapobiegającą wypadaniu stolca dla lepszej ochrony i komfortu<sup>91</sup>. Ich stosowanie zazwyczaj nie wymaga pomocy opiekuna.
4. **Worki kolostomijne** lub **ileostomijne** pozwalają na zewnątrz organizmu odprowadzić kał, który wydobywa się bez woli pacjenta (nie może samodzielnie „zamknąć” przetoki, aby nastąpiła przerwa w wyptywaniu wydalin), konieczne jest zabezpieczenie otworu przetoki za pomocą wyżej wymienionych worków, w których gromadzi się kał. Pacjent może sam zmieniać i przyklejać worki do skóry. Częstotliwość zmian worków jest zależna od rodzaju stomii, wysokości jej założenia w przebiegu jelita (im bliżej odbytu, tym zmiana worków następuje rzadziej) oraz diety.
5. **Worki urostomijne**, stosowane w obrębie układu moczowego, gdzie ich częstotliwość stosowania nie jest uzależniona od diety i wysokości jej założenia, a jedynie od pracy nerek i tego, czy urostomia polega na wyprowadzeniu na skórę bezpośrednio moczowodów, czy też moczowody uchodzą do zbiornika jelitowego, który z kolei opróżnia się do worka urostomijnego<sup>92</sup>.

Należy również pamiętać, że u osób chorujących na NTK niezwykle ważne jest utrzymanie odpowiedniej higieny, która zmniejsza ryzyko zapalenia czy też uszkodzenia skóry, których leczenie może być długotrwałe i kosztowne.

Należy podkreślić, że u pacjentów z nietrzymaniem kału i/lub moczu istnieje zwiększone ryzyko rozwoju uszkodzeń związanych z nietrzymaniem kału i/lub moczu niż u tych, które mają problemy wyłącznie z nietrzymaniem moczu. Uszkodzenia skóry związane z nietrzymaniem moczu i/lub kału oraz odleżyny mają wiele wspólnych czynników ryzyka i oba stany chorobowe najczęściej występują u pacjentów ze słabym zdrowiem i ograniczeniami ruchowymi. Wraz z pojawieniem się uszkodzeń skóry związanych z nietrzymaniem moczu i/lub kału, pojawia się wysokie ryzyko wystąpienia się odleżyn, jak i podwyższone ryzyko infekcji i chorobowości<sup>93</sup>.

W związku z tym niezwykle ważna jest **pielęgnacja skóry** poprzez codzienne mycie i po każdym epizodzie nietrzymania stolca. Dodatkowo warto zabezpieczyć skórę poprzez zastosowanie odpowiednich środków, które mogą być pod postacią, np. żeli, kremów, balsamów czy też past.

<sup>88</sup> Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017, s. 68-71.

<sup>89</sup> Tamże, s. 51.

<sup>90</sup> <https://www.hartmann.info/pl-pl/articles/8/e/inkontynencja-kalowa>.

<sup>91</sup> Tamże.

<sup>92</sup> [https://www.mp.pl/pacjent/badania\\_zabiegj/132730,stomia](https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegj/132730,stomia).

<sup>93</sup> Zasady dobrych praktyk, Uszkodzenia skóry związane z nietrzymaniem moczu i/lub kału: Udoskonalenie profilaktyki, Global IAD, 3M Health Care s. 8, 10.

Nietrzymanie moczu jest problemem, który może pojawić się u pacjentów onkologicznych, jako efekt uboczny prowadzonej terapii. Szczególnie duże ryzyko wystąpienia NTM dotyczy chorych z nowotworami układu moczowo-płciowego, takimi jak rak prostaty czy rak pęcherza moczowego oraz pacjentek leczonych z powodu nowotworów układu rodnego.

## Chemioterapia

Wysoka wyleczalność nowotworów narządów płciowych, a więc wydłużenie życia, powodują, że rosnącym problemem stają się następstwa przebytego leczenia onkologicznego. Niektóre rodzaje chemioterapii mogą powodować uszkodzenie komórek w nerkach oraz pęcherzu moczowym, konsekwencją czego mogą być problemy z utrzymaniem moczu, obecność krwi w moczu, pieczenie i ból podczas oddawania moczu lub po opróżnieniu pęcherza, dreszcze, zmiana zabarwienia moczu oraz nieprzyjemny zapach. Dolegliwości mogą występować zarówno podczas chemioterapii, jak i utrzymywać się po jej zakończeniu. Należy pamiętać, że na całkowity efekt toksyczny chemioterapii wpływają nie tylko działania cytostatyków, wykorzystywanych w leczeniu onkologicznym, lecz również wiele innych procesów związanych z obecnością nowotworu. Należą do nich m.in. cukrzyca, niewydolność wątroby czy ogólne wyniszczenie spowodowane chorobą<sup>94</sup>.

## Radioterapia

Radioterapia również może być czynnikiem ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu. Objawy mogą się pojawić nawet do dziesięciu lat po jej zastosowaniu. Pacjenci po radioterapii mają do czynienia najczęściej z wysiłkowym typem NTM, jednak nie można wykluczyć wystąpienia nietrzymania moczu z parcia lub mieszanego. Dlatego w każdym przypadku niezbędna jest odpowiednia diagnostyka, która pozwoli na zastosowanie odpowiednich metod leczenia czy rehabilitacji.

Powikłania po radioterapii najczęściej wynikają z nieodpowiedniego przygotowania pacjenta do terapii – dotyczy to m.in. wypełnienia pęcherza. Lekarz przed rozpoczęciem terapii powinien poinformować pacjenta o konieczności wypicia odpowiedniej ilości płynów oraz zmiany nawyków żywieniowych, tak aby napromienianie było stosowane optymalnie (pęcherz nie powinien być pusty, ale też nadmiernie wypełniony).

Terapia stosowana w przypadku nietrzymania moczu po radioterapii różni się w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta i rodzaju zdiagnozowanego nietrzymania moczu. Niezależnie od rodzaju nietrzymania moczu zawsze zaleca się, w pierwszej kolejności, terapię behawioralną, przede wszystkim zmianę stylu życia – wzmożenie umiarkowanej aktywności fizycznej, zapobieganie otyłości, utrzymanie należytej masy ciała, zmianę diety (m.in. ograniczenie kofeiny i napojów gazowanych), rezygnację z używek (alkohol, nikotyna), unikanie zakażeń układu moczowego.

Warto również po konsultacji u lekarza specjalisty rozważyć wizytę u fizjoterapeuty specjalizującego się w fizjoterapii uroginekologicznej i/lub urologicznej, który pomoże dobrać odpowiednie ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy.

Jedną z często wybieranych metod operacyjnych w leczeniu nietrzymania moczu po radioterapii jest zastosowanie sztucznego zwieracza – jest to endoproteza dopasowana indywidualnie do potrzeb pacjenta<sup>95</sup>. Chirurgiczne wszczepienie zwieracza ma zastosowanie u pacjentów, u których nie przyniosły skutku próby leczenia zachowawczego i operacyjnego lub u osób z ciężką niewydolnością zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Przed zabiegiem pacjent musi być wystarczająco sprawny, aby samodzielnie obsługiwać urządzenie i akceptować ryzyko ewentualnych kolejnych operacji. Zwieracze wszczepia się przeważnie u mężczyzn. Więcej informacji na ten temat znajduje się w rozdziale „Inne metody leczenia nietrzymania moczu”.

## NTM po zabiegu/operacji

Zabiegi operacyjne miednicy mniejszej stanowią jeden z najczęstszych czynników ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu u kobiet. Natomiast u mężczyzn, najczęściej pojawia się ono po radykalnej prostatektomii, operacji przerostu gruczołu krokowego lub innych operacjach w obrębie pęcherza moczowego.

Najczęstszą formą dolegliwości po takich zabiegach jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, niemniej jednak nie można wykluczyć wystąpienia NTM z parcia lub mieszanego. Dlatego tak istotne jest, aby pacjenci byli w stałym kontakcie z lekarzem w celu przeprowadzenia odpowiedniej diagnostyki i zastosowania odpowiednich metod leczenia i rehabilitacji.

<sup>94</sup> E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2017.

<sup>95</sup> R. Sosnowski, NTM - powikłanie po leczeniu onkologicznym, Kwartalnik NTM nr 3(42), Warszawa 2012.

Należy pamiętać, że dbałość o odpowiednie wzmocnienie mięśni przed i po operacji może zminimalizować ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu i pomóc w powrocie do pełnej kontroli nad pęcherzem. Każdy przypadek jest inny, więc warto skonsultować się z lekarzem oraz fizjoterapeutą urologicznym/uroginekologicznym w celu ustalenia indywidualnego planu profilaktyki i rehabilitacji przed i pooperacyjnej.

Leczenie zachowawcze i rehabilitacja to kluczowe kroki w terapii wysiłkowego nietrzymania moczu. Bezpośrednio przed zabiegiem najważniejsze jest wzmocnienie mięśni odpowiedzialnych za kontrolę mikcji. Tego typu działania profilaktyczne mają na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu oraz przyspieszenie rekonwalescencji po operacji. Regularny trening mięśni dna miednicy wpływa pozytywnie na poprawę funkcji układu moczowego i pomaga w uniknięciu problemów z nietrzymaniem moczu w przyszłości. Z kolei rehabilitacja po zabiegu ma m.in. za zadanie poprawienie jakości życia seksualnego, wspiera bowiem proces regeneracji nerwów odpowiedzialnych za utrzymanie erekcji oraz pomaga w zachowaniu prawidłowej czynności mięśni i naczyń krwionośnych<sup>96</sup>.

### **NTM u pacjentów po leczeniu nowotworu prostaty**

Rak gruczołu krokowego jest pierwszym pod względem zapadalności nowotworem złośliwym u mężczyzn i trzecim, jeśli chodzi o zgon. Liczba mężczyzn ze zdiagnozowanym rakiem prostaty rośnie w większości krajów na świecie.

U pacjentów po chirurgicznym leczeniu raka prostaty – radykalnej prostatektomii, mamy do czynienia najczęściej z wysiłkową postacią nietrzymania moczu. Zazwyczaj ma ono jednak charakter przejściowy i u większości mężczyzn, dzięki odpowiednio prowadzonej rehabilitacji urologicznej, można uzyskać poprawę trzymania moczu, a z czasem również pełną kontynencję.

Standardem zaawansowanego leczenia chirurgicznego wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn jest, podobnie jak przy powikłaniach po radioterapii wszczępienie sztucznego zwieracza cewki moczowej. Taki zabieg najczęściej jest przeprowadzany u mężczyzn nie tylko po radykalnej prostatektomii, ale także u pacjentów po innych zabiegach onkologicznych<sup>97</sup>. W przypadku radykalnej prostatektomii, stosowanie ćwiczeń mięśni dna miednicy przed jak i po zabiegu, wykonywanych pod nadzorem wykwalifikowanego fizjoterapeuty urologicznego może poprawić trzymanie moczu w ciągu 6 do 12 miesięcy po zabiegu. Dlatego decyzja o implantacji sztucznego zwieracza zwykle jest odroczone do co najmniej 6-12 miesięcy po wykonaniu radykalnej prostatektomii.

Techniki prostatektomii radykalnej są różne: otwarta, laparoskopowa i z użyciem robota. Skuteczność onkologiczna ww. metod jest porównywalna. Różnica polega głównie na niższym poziomie inwazyjności i ograniczeniu ryzyka powikłań pooperacyjnych. Jak wskazywaliśmy w rozdziale poświęconym epidemiologii, ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu wśród pacjentów po radykalnej prostatektomii waha się od 2 do aż 60%. Ryzyko spada jednak wraz z upływem czasu. Na ten moment brakuje niestety wystarczających badań, które potwierdzałyby w sposób jednoznaczny różnice w występowaniu NTM w zależności od wybranej techniki operacyjnej<sup>98</sup>.

### **Refundacja NFZ dla pacjentów onkologicznych**

Istnieje szereg działań profilaktycznych, które mogą zmniejszyć ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu w czasie i po leczeniu onkologicznym. Jeżeli jednak NTM się pojawi, ważną rolę w utrzymaniu jakości życia pacjenta pełnić będą środki chłonne, na zakup których pacjenci onkologiczni mogą uzyskać refundację.

Zasady refundacji reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Pacjenci onkologiczni (lp.100) mają prawo do refundacji zakupu wkładek anatomicznych, wkładów urologicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek, majtek chłonnych i podkładów. Zlecenie może wypisać m.in. lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej, chemioterapii nowotworów lub radioterapii onkologicznej. Refundacja przysługuje pacjentom, u których choroba nowotworowa przebiega w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej, z przetokami nowotworowymi lub popromiennymi, nietrzymaniem stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych oraz u których wystąpiły powikłania po leczeniu chorób nowotworowych.

Od 1 grudnia 2021 roku pacjenci onkologiczni zostali zrównani z pozostałą grupą osób uprawnionych do refundacji wyrobów chłonnych, co oznaczało dla nich wzrost kosztów zaopatrywania się comiesięcznego w te produkty.

Szczegółowe informacje na temat zasad refundacji środków absorpcyjnych dla pacjentów z nietrzymaniem moczu, w tym pacjentów onkologicznych dostępne są w rozdziale „Zaopatrzenie w środki pomocnicze”.

<sup>96</sup> Operacja prostaty i rekonwalescencja po zabiegu, <https://www.seni24.pl/poradnik/Wpis/37-operacja-prostaty-i-rekonwalescencja-po-zabiegu>.

<sup>97</sup> A. Czech, Złoty standard leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu po prostatektomii radykalnej, Kwartalnik NTM nr 1(80), 2022.

<sup>98</sup> Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 52-56.

## ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE

**Środki absorpcyjne** (wkłady urologiczne, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne oraz pieluchomajtki) powinny być dostępne dla pacjentów od samego początku wystąpienia problemu z utrzymaniem moczu. Już w trakcie wizyty w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zarówno lekarz, jak i pielęgniarka powinni informować pacjenta o rodzajach dostępnych na rynku produktów chłonnych, a także obowiązujących zasadach refundacji. Powinni również służyć wsparciem przy indywidualnym doborze produktu. Należy również pamiętać, że podczas pierwszej wizyty trudno pacjentowi mówić szczegółowo o swoich dolegliwościach i o wielu z nich nie informuje. Dlatego też kolejnym etapem weryfikacji problemu z nietrzymaniem moczu i właściwym doбором produktu powinna być konsultacja z lekarzem specjalistą i/lub pielęgniarką środowiskową. Kolejną liczną grupą pacjentów korzystających z produktów chłonnych są osoby objęte opieką długoterminową domową. W tym przypadku również ważnym elementem opieki jest właściwy dobór produktu. Dużym wsparciem dla pacjenta i jego opiekuna jest wówczas pielęgniarka opieki długoterminowej. Właściwie dobrane środki absorpcyjne powinny być stosowane na każdym etapie leczenia – zarówno w jego początkowych fazach, jak i w sytuacji, gdy dana metoda terapeutyczna nie przynosi pełnego wyleczenia. Należy jednak pamiętać, że produkty chłonne powinny być zawsze traktowane jako zabezpieczenie przed wyciekami moczu, a nie jako alternatywa toalety (fizjologiczne wydalanie), zarówno u osób mobilnych, jak i niesamodzielnych, wymagających opieki. Stosować je należy w celu zabezpieczenia przed niekontrolowanym wyciekami moczu, zapewnienia higieny i uniknięcia powikłań, takich jak zakażenie dróg moczowych czy podrażnienia skóry (wskaźnik odpowiedniego poziomu pielęgnacji pacjenta z NTM). Takie podejście umożliwia zmniejszenie ryzyka wystąpienia wysokich kosztów leczenia powikłań wynikających z zaniedbań higienicznych. Ważnym elementem zapobiegania powikłaniom, szczególnie w środowisku domowym pacjenta, jest edukacja opiekunów w zakresie prawidłowego stosowania produktów chłonnych, jak również utrzymania higieny osobistej.



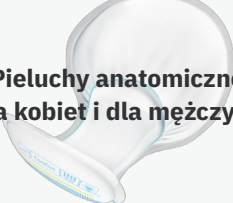
Odpowiedni rodzaj środka absorpcyjnego należy dostosować do indywidualnych potrzeb pacjenta, biorąc pod uwagę trzy kwestie:

- stopień mobilności pacjenta (mobilny / niesamodzielny),
- stopień nietrzymania moczu (lekki / średni / ciężki),
- obwód pacjenta w pasie i biodrach<sup>99</sup>.

Produkty chłonne stosowane w nietrzymaniu moczu dzieli się na dwie podstawowe kategorie:

- przeznaczone do stosowania z dopasowaną bielizną lub majtkami higienicznymi z elastycznej siatki,
- niewymagające odrębnego mocowania bielizną.

### Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu<sup>100</sup>

PRODUKTY CHŁONNE PRZEZNACZONE DO STOSOWANIA Z BIELIZNĄ	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE Nie różni się ich ze względu na obwód pacjenta w pasie i biodrach, lecz z uwagi na stopień NTM.
 <p><b>Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla kobiet</b></p>	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu. Chłona (pulpa celulozowa) i wiąże moc w żel (superabsorbent).</p>	<p>Wkłady profilowane odpowiednio do anatomii kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane przy średnim NTM u osób samodzielnych i aktywnych lub częściowo samodzielnych. Przy lekkim NTM zaleca się wkładki urologiczne.</p>
 <p><b>Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla mężczyzn</b></p>	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu. Chłona (pulpa celulozowa) i wiąże moc w żel (superabsorbent).</p>	<p>Wkłady profilowane odpowiednio do anatomii mężczyzn, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane przy średnim NTM u osób samodzielnych i aktywnych lub częściowo samodzielnych. Przy lekkim NTM zaleca się wkładki urologiczne.</p>
 <p><b>Pieluchy anatomiczne dla kobiet i dla mężczyzn</b></p>	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu, a także zabezpieczenie bielizny osobistej w nietrzymaniu kału.</p>	<p>Produkty profilowane do anatomii ciała, różnią się między sobą wielkością, uniwersalne dla kobiet i mężczyzn, o dużej chłonności. Zalecane przy średnim i ciężkim stopniu NTM dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych.</p>

<b>PRODUKTY CHŁONNE NIEWYMAGAJĄCE DODATKOWEGO MOCOWANIA</b>	<b>FUNKCJA</b>	<b>WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE</b> Uwaga! Przy doborze produktu uwzględnia się obwód pacjenta w pasie i biodrach oraz stopień NTM.
 <p><b>Majtki chłonne/ bielizna chłonna dla kobiet</b></p>	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.</p>	<p>Majtki chłonne profilowane dla kobiet, w różnych rozmiarach, kolorach i o różnych poziomach chłonności. Rozmiar produktu musi być odpowiedni do rozmiaru ciała – należy zmierzyć obwód pacjenta w pasie. Rekomendowane są dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych ze średnim i ciężkim NTM. Ich zakładanie i zdejmowanie podobnie jak zwykłej bielizny nie wymaga pomocy opiekuna.</p>
 <p><b>Majtki chłonne dla mężczyzn</b></p>	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.</p>	<p>Majtki chłonne profilowane dla mężczyzn, w różnych rozmiarach, kolorach i o różnych poziomach chłonności. Rozmiar produktu musi być odpowiedni do rozmiaru ciała – należy zmierzyć obwód pacjenta w pasie. Rekomendowane są dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych ze średnim i ciężkim NTM. Ich zakładanie i zdejmowanie podobnie jak zwykłej bielizny nie wymaga pomocy opiekuna.</p>
 <p><b>Majtki chłonne uniwersalne dla kobiet i mężczyzn</b></p>	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.</p>	<p>Majtki chłonne uniwersalne, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Rozmiar produktu musi być odpowiedni do rozmiaru ciała – należy zmierzyć obwód pacjenta w pasie. Rekomendowane są dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych ze średnim i ciężkim NTM. Ich zakładanie i zdejmowanie podobnie jak zwykłej bielizny nie wymaga pomocy opiekuna.</p>
 <p><b>Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z pasem biodrowym</b></p>	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.</p>	<p>Uniwersalne dla mężczyzn i kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane dla osób z ciężkim NTM, leżących i niemobilnych, utrzymywane wokół bioder za pomocą taśmy biodrowej. Uwaga! Pieluchomajtki z pasem biodrowym <u>mogą być zakładane samodzielnie</u>.</p>
 <p><b>Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z przylepczo-rzepami</b></p>	<p>Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.</p>	<p>Uniwersalne dla mężczyzn i kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane dla osób z ciężkim NTM, leżących i niemobilnych, utrzymywane wokół bioder za pomocą przylepców, przylepczo-rzepów lub rzepów. Uwaga! Pieluchomajtki zapinane na rzepy/przylepce <u>musi zakładać opiekun</u>.</p>


PRODUKTY POMOCNICZE	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE
 <p><b>Podkłady chłonne</b></p>	Przeznaczone do jednorazowego użytku – do zabezpieczenia powierzchni.	Wykonane z materiału chłonnego, dolna warstwa z materiału zabezpieczającego przed przemakaniem, zapobiegającego przemieszczaniu się po łóżku. Dostępne w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Dedykowane dla osób ciężko i obłożnie chorych, niesamodzielnych, niemobilnych, leżących, wymagających opieki.

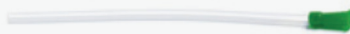
Tabela 10  
Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu.  
Źródło: Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: nietrzymanie moczu.

## Cewniki

Cewniki stosowane są u pacjentów, którzy mają problem z oddawaniem moczu (nietrzymanie moczu) bądź gdy nastąpiło u nich całkowite zatrzymanie moczu w drogach moczowych. Najczęściej ma to miejsce po operacji i zabiegu, ale może być też skutkiem wad rozwojowych czy urazów mechanicznych. Mogą być też stosowane podczas diagnozowania i leczenia chorób układu moczowego.

Cewnikowanie długoterminowe najczęściej przeprowadza się u pacjentów, którzy mają problem z nietrzymaniem moczu, zatrzymaniem moczu lub mają problemy z układem nerwowym odpowiedzialnym za kontrolowanie pęcherza moczowego. Cewnik najczęściej dobiera lekarz, indywidualnie do potrzeb pacjenta, ale zwracając uwagę na łatwość aplikacji, jak również wpływ cewnikowania na organizm. Wskazane są tu cewniki silikonowe, ponieważ podczas aplikacji powodują mniej urazów, zmniejszają podrażnienie błony śluzowej dróg moczowych i ryzyko wystąpienia reakcji alergicznych. Można je również dłużej stosować (wymiana nawet co 60-90 dni) ze względu na gładką powierzchnię, co zapobiega inkrustacji kryształków moczowych. Ważnym elementem przy stosowaniu cewników długoterminowo jest edukacja pacjenta i jego opiekunów w zakresie codziennej obsługi cewnika (przede wszystkim mycie rąk przed wykonywaniem czynności przy cewniku, przemywaniu okolic ujścia cewnika aby zapobiec zakażeniom, jak również unikanie kontaktu worków do zbiórki moczu i samego cewnika z jakimkolwiek podłożem). Cewniki dobierane są indywidualnie do potrzeb, pod względem rodzaju, kształtu, końcówki, jak również rozmiaru. Aby dobrać go odpowiednio powinno się skorzystać z porady lekarza lub pielęgniarki.

### Systematyka cewników urologicznych<sup>101</sup>

NAZWA PRODUKTU	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE
 <p><b>Cewniki Nelatona</b></p>	Cewnikowanie przerywane. Kontrola zalegania moczu w pęcherzu.	Wykonane z lateksu lub innych, miękkich materiałów plastycznych. Sterylne. W zależności od potrzeb różnią się długością i przekrojem (dla mężczyzn, kobiet i dzieci).
<p><b>Cewniki jednorazowe powlekane typu Nelaton:</b></p> <p><b>1) Cewnik hydrofilowy do aktywacji wodą</b></p>  <p><b>2) Do natychmiastowego użycia</b></p> 	Cewnikowanie przerywane. Kontrola zalegania moczu w pęcherzu.	<p>Wykonane z tworzywa niezawierającego lateksu. Sterylne. W zależności od potrzeb różnią się długością i przekrojem (dla mężczyzn, kobiet i dzieci).</p> <p>Powlekane substancją hydrofilową. Przed wprowadzeniem do cewki konieczne jest aktywowanie wodą. Zaleca się stosowanie ich u mężczyzn.</p> <p>Pokryte hydrofilowym polimerem dającym jednorodną, nawilżoną powierzchnię. Nie ma konieczności aktywowania substancji hydrofilowej czy używania substancji poślizgowej. Zalecane dla osób z dużym ryzykiem nawrotowych infekcji dolnych dróg moczowych, także do samodzielnego stosowania.</p>







<p><b>Cewniki Couvelaire'a</b></p> 	<p>Stałe cewnikowanie z koniecznością płukania pęcherza bądź podawania leków dopęcherzowo.</p>	<p>Wykonane z lateksu lub silikonu. Sterylne. Cewniki z trzema końcówkami dla chorych z krwawieniem z dróg moczowych, stanami zapalnymi lub kamicą pęcherza. Należy dbać o to, aby czas utrzymywania w pęcherzu nie przekraczał wskazań producenta. W zależności od potrzeb różnią się długością i przekrojem (dla mężczyzn, kobiet i dzieci).</p>
<p><b>Cewniki Foley'a</b></p> 	<p>Cewnikowanie stałe.</p>	<p>Wykonane z lateksu lub silikonu. Cewniki z dwoma końcówkami dla chorych, u których należy założyć cewnik na stałe i zapobiec jego wysuwaniu się. Używany u chorych po zabiegach chirurgicznych lub na oddziałach intensywnej terapii. Należy dbać o to, aby czas utrzymywania w pęcherzu nie przekraczał wskazań producenta. W zależności od potrzeb różnią się długością i przekrojem (dla mężczyzn, kobiet i dzieci).</p>
<p><b>Cewniki zewnętrzne:</b></p> <p><b>1) jednoczęściowe</b></p>  <p><b>2) dwuczęściowe</b></p> 	<p>Ochrona skóry, odprowadzenie moczu do worka, który zbiera i gromadzi mocz.</p>	<p>Zawierające lateks lub silikonowe. Przeznaczone dla mężczyzn poruszających się na wózku inwalidzkim, chodzących i leżących z każdym stopniem NTM. Ze względu na sposób mocowania dzielimy je na mocowane w systemie jednoczęściowym (samoprzylepne) i mocowane w systemie dwuczęściowym (mocowane na pasku kleju). Dostępne w różnych rozmiarach. Nakładane na prącie podobnie jak prezerwatywa.</p>

Tabela 11  
Systematyka cewników urologicznych.

Źródło: Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: nietrzymanie moczu.

## Produkty stomijne

Gdy fizjologiczne wydalanie moczu lub kału staje się niemożliwe, niezbędne staje się tzw. wyłonienie stomii czyli chirurgiczne wytworzenie połączenia jelita grubego, jelita cienkiego bądź fragmentu dróg moczowych z powierzchnią ciała. Podczas operacji chirurgicznej tworzona jest przetoka (czasowa lub stała), przez którą wydalana jest treść jelitowa bądź mocz. Najczęściej wykonywane są trzy rodzaje stomii: kolostomia (jelito grube), ileostomia (jelito cienkie) i urostomia (stomia w obrębie układu moczowego)<sup>102</sup>.

Pacjent po wyłonieniu stomii pozostaje pod opieką Poradni specjalistycznej, której zadaniem jest m.in. edukacja w zakresie prawidłowego postępowania ze stomią. Ważnym elementem pielęgnacji jest odpowiedni dobór worka stomijnego i jego dopasowanie do wyłonionego ujścia. Kolejnym częstym problemem, z którym mierzą się pacjenci jest podrażniona skóra wokół stomii, dlatego bardzo ważna jest stała konsultacja z poradnią.

Rodzaj produktu stomijnego dla pacjenta jest dobierany indywidualnie ze względu na rodzaj stomii, jej stan oraz stan skóry wokół niej.

### Systematyka produktów stomijnych

NAZWA PRODUKTU	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE
<p><b>Worek jednoczęściowy otwarty</b></p>	<p>Ochrona skóry przed drażniącym działaniem kału. Zbiórka wydalanego kału. Pośrednio ochrona bielizny i ubrań.</p>	<p>Jest to worek stomijny połączony fabrycznie z przylepcem. Najczęściej używane przez pacjentów z ileostomią gdyż treść jelitowa jest zwykle płynna. Worki otwarte można łatwo opróżnić kilkakrotnie bez konieczności odklejania ich od skóry. Zazwyczaj opróżniane kilka razy dziennie.</p>

<b>Worek jednoczęściowy zamknięty</b>	Ochrona skóry przed drażniącym działaniem kału. Zbiórka wydalanego kału. Pośrednio ochrona bielizny i ubrań.	Jest to worek stomijny połączony fabrycznie z przylepcem. Najczęściej używane u pacjentów z kolostomią ze względu na fakt, że treść jelitowa jest zwykle stała. Wypełniony worek należy zdjąć i wymienić na nowy. Zazwyczaj wymienia się je 1-3 razy dziennie.
<b>Worek dwuczęściowy otwarty</b>	Ochrona skóry przed drażniącym działaniem kału. Zbiórka wydalanego kału. Pośrednio ochrona bielizny i ubrań.	Składa się z dwóch części – płytki stomijnej i worka. Najczęściej używane przez pacjentów z ileostomią gdyż treść jelitowa jest zwykle płynna. Worki otwarte można łatwo opróżnić kilkukrotnie bez konieczności odklejania ich od skóry. Zazwyczaj opróżniane kilka razy dziennie.
<b>Worek dwuczęściowy zamknięty</b>	Ochrona skóry przed drażniącym działaniem kału. Zbiórka wydalanego kału. Pośrednio ochrona bielizny i ubrań.	Składa się z dwóch części – płytki stomijnej i worka. Najczęściej używane u pacjentów z kolostomią ze względu na fakt, że treść jelitowa jest zwykle stała. Wypełniony worek należy zdjąć i wymienić na nowy. Zazwyczaj wymienia się je 1-3 razy dziennie.
<b>Worek do urostomii</b>	Ochrona skóry przed drażniącym działaniem kału. Zbiórka wydalanego kału. Pośrednio ochrona bielizny i ubrań.	Przeznaczone dla osób z urostomią. Wyposażone w kranik, który umożliwi odprowadzenie moczu, a także system uniemożliwiający cofanie się płynu. Mogą być łączone z workiem do nocnej zbiórki moczu.
<b>Płytki</b>	Ochrona skóry przed drażniącym działaniem kału. Zbiórka wydalanego kału. Pośrednio ochrona bielizny i ubrań.	W systemach dwuczęściowych stanowi odrębną część worka, natomiast w systemach jednoczęściowych jest fabrycznie połączona z workiem. Przylega do skóry wokół stomii i służy do przymocowania worka do ciała.
<b>Pasek</b>	Ochrona skóry przed drażniącym działaniem moczu. Zbiórka wydalanego moczu. Pośrednio ochrona bielizny i ubrań.	Uniwersalne, zarówno do systemów jedno i dwuczęściowych. Zapewniają większy komfort psychiczny i fizyczny. Posiadają możliwość regulacji, dzięki czemu można je dopasować do indywidualnych potrzeb pacjenta.
<b>Zestaw do irygacji</b>	Ochrona przed wydzieliną ze stomii.	Stosuje się u pacjentów z kolostomią ze skłonnością do zaparc jak również u osób chcących prowadzić aktywne życie (irygacja może pomóc wytworzyć odruch oddawania stolca tylko po niej). W skład zestawu wchodzi worek, jednorazowe końcówki oraz foliowy rękaw ochronny.
<b>Nocny zbiornik na moc</b>	Dodatkowe zabezpieczenie worka stomijnego.	Przeznaczony dla osób z urostomią. Umożliwia spokojny sen bez konieczności wstawania w nocy w celu opróżnienia worka.

Tabela 12  
Systematyka produktów stomijnych.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji producentów produktów stomijnych.

<sup>99</sup> Rekomendacje Naczelnej Rady Pielegniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017.

<sup>100</sup> Tamże.

<sup>101</sup> Tamże.

<sup>102</sup> E. Szwałkiewicz, Opiekun medyczny w praktyce, PZWL, Warszawa 2019, s. 447.

### Środki absorpcyjne

Zasady refundacji środków absorpcyjnych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r., które zaczęło obowiązywać z dniem 1 stycznia 2023 roku<sup>103</sup>. Zgodnie z rozporządzeniem Narodowy Fundusz Zdrowia dofinansowuje sześć rodzajów środków absorpcyjnych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne oraz wkładki urologiczne. Osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu w ramach refundacji, po spełnieniu kryterium chorobowego, przysługuje do 90 sztuk produktów chłonnych miesięcznie (tj. 3 szt. na dobę) przy 30% dopłacie pacjenta. Przyporządkowano limity do kategorii wyrobów i ich chłonności:

- 1,00 zł / 1 szt. – min. chłonność 450 g,
- 1,70 zł / 1 szt. – min. chłonność 1000 g w przypadku majtek chłonnych lub 1400 g w przypadku pieluch anatomicznych lub pieluchomajtek,
- 2,30 zł / 1 szt. – min. chłonność 1400 g w przypadku majtek chłonnych lub 2500 g w przypadku pieluchomajtek.

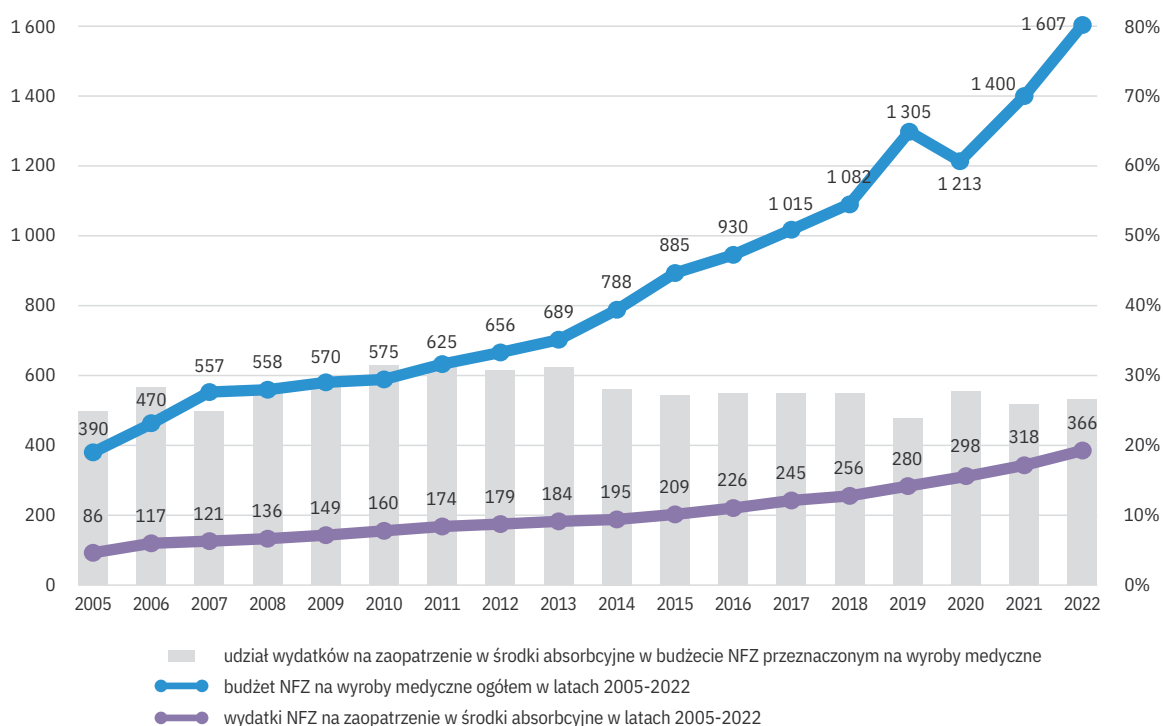
Zasady refundacji środków absorpcyjnych, w tym wysokość współpłacenia, są jednolite dla pacjentów z chorobą nowotworową (P.100) i pozostałych (P.101).

Warto nadmienić, że pomimo wielokrotnie zgłaszanych w ramach konsultacji społecznych postulatów środowisk pacjentów, dotyczących ujednoczenia kryterium chorobowego uprawniającego do refundacji środków absorpcyjnych, nietrzymanie moczu w dalszym ciągu jest kryterium chorobowym uprawniającym do refundacji tylko warunkowo – pacjent z nietrzymaniem moczu musi jednocześnie mieć jedną z chorób współistniejących, wymienionych w rozporządzeniu, do których należą: choroby nowotworowe, głębokie upośledzenie umysłowe, zespoły otępienne o różnej etiologii, wady wrodzone i choroby układu nerwowego, trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, wady wrodzone dolnych dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu, jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu, jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego będące przyczyną nietrzymania stolca.

Kryteria refundacji środków absorpcyjnych w Polsce uniemożliwiają m.in. osobom z wysiłkowym NTM otrzymanie refundacji na produkty chłonne.

Do wypisywania zleceń na środki absorpcyjne i weryfikacji uprawnień upoważnieni są: lekarze pierwszego kontaktu, lekarze specjaliści wymienieni w rozporządzeniu (m.in. ginekolog, urolog, neurolog i geriatra), felczer ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa. Pozostałe pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia I. stopnia studiów uprawnione są wyłącznie do kontynuacji zlecenia.

W 2022 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na refundację środków absorpcyjnych, według kryteriów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, łączną kwotę w wysokości 365,9 mln zł – jest to o 15% więcej niż w roku 2021.



Wykres 12

Zmiany wydatków NFZ na wyroby medyczne wydawane na zlecenie w tym środki absorpcyjne w latach 2005-2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał w latach 2005-2022.

<sup>103</sup> Treść rozporządzenia dostępna jest na stronie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.aspx?id=WDU20220002319>.

Jeden z serwisów dedykowanych seniorom, cafesenior.pl, w maju 2021 roku przeprowadził badania wśród swoich czytelników na temat środków absorpcyjnych. W badaniu wzięło udział ponad 29 tysięcy osób. Uczestnicy mieli za zadanie odpowiedzieć na pytanie, czy korzystają z refundacji na środki chłonne czy też decydują się na pełnopłatne produkty. Aż 84% ankietowanych zadeklarowało, że w całości pokrywają koszty korzystania ze środków chłonnych, a zaledwie 16% uzyskuje dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia. Zdaniem autorów, badania brak zainteresowania refundacją może wynikać z faktu, że NTM ma wstydlivy charakter. Wiele osób ma problem z przyznaniem się, że stosuje środki chłonne<sup>104</sup>.

## Cewniki urologiczne

Refundacji podlegają cewniki urologiczne do 4 sztuk lub w równowartości ich kosztu cewnik silikonowy. Limit finansowania ze środków publicznych wynosi 4 zł za sztukę przy odpłatności pacjenta w wysokości 30%.

Pacjentom wymagającym wielokrotnego cewnikowania pęcherza moczowego w ramach refundacji przysługuje miesięcznie do 180 sztuk cewników hydrofilowych lub zamiennie cewników niepowlekanych.

Od 1 grudnia 2021 roku występują trzy limity finansowania cewników hydrofilowych:

- 5,35 zł za sztukę dla cewnika hydrofilowego gotowego do użycia,
- 2,60 zł za sztukę dla cewnika hydrofilowego aktywowanego wodą,
- 0,80 zł za sztukę dla cewnika niepowlekanego<sup>105</sup>.

Wysokość odpłatności dla dorosłych pacjentów od 1 stycznia 2023 roku wynosi 20% (wcześniej było to 30%), dla dzieci i osób w wieku do 18 r. ż. cewniki są refundowane w pełnej kwocie.

W przypadku chorób wymagających cewnikowania pęcherza moczowego, chorób wymagających stosowania cewników zewnętrznych, nadpęcherzowego odprowadzenia moczu lub nefrostomii, refundacji podlegają worki do zbiórki moczu z odpływem lub worki jednoczęściowe urostomijne (w przypadku nefrostomii) do 12 sztuk. Limit finansowania wynosi 6,50 zł za sztukę w przypadku worków do zbiórki moczu i 16 zł za sztukę w przypadku worków urostomijnych przy odpłatności pacjenta 0%.

## Worki do zbiórki moczu

Od 1 stycznia 2023 roku dla pacjentów z nefrostomią limit zaopatrzenia na worki do zbiórki na 1 miesiąc wynosi:

- 6,50 zł/szt. do 12 szt./miesiąc w przypadku pacjentów używających worki do zbiórki moczu z odpływem,
- 16 zł/szt. do 12 szt./miesiąc w przypadku pacjentów używających jednoczęściowych worków urostomijnych.

Dla pacjentów nieposiadających nefrostomii, którzy korzystają z worków do zbiórki moczu np. w związku z cewnikowaniem lub nadpęcherzowym odprowadzaniem moczu, limit zaopatrzenia na worki do zbiórki moczu (maks. 12 szt.) na 1 miesiąc wynosi 6,50 zł/szt.

Limit zaopatrzenia na akcesoria mocujące wynosi z kolei 25 zł za 1 komplet pasków mocujących (2 szt.) lub 1 szt. paska mocująco-ochronnego do worków do zbiórki moczu. Pacjent z nefrostomią może zrealizować zlecenie na akcesoria mocujące worki do zbiórki moczu 1 raz na 6 miesięcy.

## Produkty stomijne

Obowiązują następujące kryteria przyznawania:

- stomia na jelicie cienkim (ileostomia),
- stomia na jelicie grubym (kolostomia),
- inne przetoki lub stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów,
- stomia na układzie moczowym (urostomia).

<sup>104</sup> <https://cafesenior.pl/artykuly/-srodki-chlonne-na-ntm-refundacja-czy-pelnoplatny-produkt,87691.html>.

<sup>105</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Rozporządzenie z dnia 27 października 2022 roku wprowadziło nowe miesięczne limity cenowe (lp.99), w ramach których pacjenci mogą odebrać bezpłatnie worki stomijne w systemie jednoczęściowym lub dwuczęściowym lub płytki stomijne, lub worki do zbiórki moczu (urostomia), lub zestaw do irygacji (kolostomia).

Wynoszą one kolejno:

- 450 zł – kolostomia,
- 450 zł – ileostomia,
- 530 zł – urostomia,

przy odpłatności pacjenta na poziomie 0%.

Dla kolostomii, ileostomii i urostomii został wprowadzony oddzielny wniosek na środki do pielęgnacji (lp.141) z limitem 120 zł przy odpłatności pacjenta w wysokości 20%. W tym kodzie zawarto wyroby stomijne takie jak: pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową.

Ponadto pacjent z nowo wyłonioną stomią od 1 stycznia 2023 roku może liczyć na podwójny limit finansowania. Oznacza to, że lekarz wypisując chorego ze szpitala wystawia odrębne zlecenie z podwojonym limitem finansowania (lp.99A – limit miesięczny 900 zł – kolostomia i ileostomia oraz 1 060 zł – urostomia), przy odpłatności pacjenta na poziomie 0% oraz oddzielny wniosek na środki do pielęgnacji stomii (kod lp.141A – limit miesięczny 240 zł przy odpłatności pacjenta na poziomie 20%).

### Refundacja – co nowego?

Refundacja środków absorpcyjnych w Polsce opiera się na tzw. systemie otwartym, w ramach którego lekarz POZ, lekarz specjalista, felczer lub pielęgniarka czy położna po weryfikacji uprawnień pacjenta do otrzymania refundacji (kryterium chorobowe)<sup>106</sup>, mogą wystawić zlecenie (obecnie e-zlecenie lub eZWM) na refundowane środki absorpcyjne.

W ostatnich latach za sprawą digitalizacji systemu ochrony zdrowia zmienił się także sposób wystawiania zleceń na wyroby medyczne. Wprowadzenie innowacyjnych technologii (e-zleceń i e-potwierdzeń) sprawiło, że pacjent z zaakceptowanym zleceniem może udać się do sklepu medycznego lub apteki, bez konieczności wizyty w wojewódzkim oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.

Możliwość elektronicznego potwierdzania zleceń na wyroby medyczne umożliwia Ustawa z dnia 16 maja 2019 roku o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2019 poz. 1096).

1 września 2019 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz.U. 2019 poz. 1555), w którym skrócono wzór zlecenia na wyroby medyczne z siedmiu do czterech stron. Z kolei 9 stycznia 2020 roku ogłoszono treść rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie uproszczonego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie wyłącznie w przypadku kontynuacji zlecenia (Dz.U. 2020 poz. 28). Przepisy umożliwiają wystawienie uproszczonego (dwustronicowego) wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie, takie jak środki absorpcyjne, ale wyłącznie w przypadku kontynuacji zlecenia. Rozporządzenie weszło w życie 1 lipca 2020 roku.

17 marca 2020 roku, w związku z wybuchem epidemii koronawirusa, NFZ opublikował komunikat dotyczący wystawiania, potwierdzania i realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne w czasie pandemii, który umożliwił wystawienie zlecenia **w ramach teleporady**<sup>107</sup>. Cały proces odbywał się za pośrednictwem e-zleceń, które pacjenci otrzymywali po pozytywnej weryfikacji w formie e-maila lub SMS-a. W przypadku dostarczenia wyrobu medycznego za pośrednictwem firmy kurierskiej, NFZ dopuścił możliwość niepotwierdzania odbioru przez pacjenta – zgodnie z wytycznymi na czas pandemii potwierdzenia dostawy dokonywała osoba dostarczająca przesyłkę, a apteka lub sklep ortopedyczny zachowywał dokument potwierdzający dostawę.

<sup>106</sup> Nietrzymanie moczu nie jest kryterium chorobowym uprawniającym do otrzymania refundowanych środków absorpcyjnych. U pacjenta musi wystąpić jednocześnie jedna z chorób współistniejących wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

<sup>107</sup> Komunikat z dnia 17 marca 2020 roku dotyczący wystawiania, potwierdzania i realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dotyczacy-wystawiania-potwierdzania-i-realizacji-zleceń-na-zaopatrzenie-w-wyroby-medyczne,7651.html>.

**Od 1 stycznia 2023 roku obowiązują nowe wzory zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne** (zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenie naprawy wyrobu medycznego). Zostały one określone w rozporządzeniu ministra zdrowia z 13 grudnia 2022 roku zmieniającym rozporządzenie w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego. Osoby wystawiające zlecenia zobowiązane są stosować wskazane nowe wzory zlecenia, natomiast weryfikacja tego zlecenia oraz potwierdzenie posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjenta odbywać powinna się co do zasady za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ. Lekarze zgłaszali, że wypełnienie elektronicznego dokumentu zajmuje więcej czasu niż jego wcześniejszej, papierowej wersji. Resort zdrowia zapowiedział, że zostanie uproszczony, a obecny system eZWM zastąpi 1 lipca w pełni z informatyzowany system e-zlecenia.

**7 marca 2023 roku na stronie Rządowego Centrum Legislacji opublikowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego.** Dokument ten stanowił pewnego rodzaju przygotowanie do wdrożenia systemu e-zlecenia, który ma docelowo zastąpić obecny system eZWM. Ministerstwo Zdrowia ma w planach całkowite przejście na elektroniczną wersję zleceń i w miarę możliwości zrezygnowanie z wystawiania tych dokumentów w formie papierowej. Wspomniany projekt jest jednym z etapów tego procesu.

**25 maja 2023 roku opublikowano rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego wprowadzono nowe wzory zlecenia i zlecenia naprawy, które obowiązują od 1 lipca 2023 roku.** W związku z tym NFZ opublikował nowe zarządzenie, które m.in. umożliwia realizację comiesięcznych e-zleceń w różnych placówkach. Do 30 września br. zlecenia na wyroby medyczne i zlecenia naprawy mogą być jeszcze wystawiane, weryfikowane i realizowane na dotychczasowych zasadach. Oznacza to, że od 1 lipca do 30 września 2023 roku wystawianie e-zleceń podpisanych elektronicznie jest fakultatywne. Natomiast od 1 października 2023 roku będzie obligatoryjne<sup>108</sup>.

W poniższych tabelach szczegółowo prezentujemy zmiany, jakie zaszły w refundacji wyrobów medycznych od 1 stycznia 2023 roku.

#### ZMIANY W REFUNDACJI WYROBÓW MEDYCZNYCH – ŚRODKI ABSORPCYJNE

Wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 27.08.2021 r. (obowiązywało do 31.12.2022)			Wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 27.10.2022 r. (obowiązywało do 1.01.2023)		
Nazwa wyrobu medycznego	Limit finansowana ze środków publicznych	Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy	Nazwa wyrobu medycznego	Limit finansowana ze środków publicznych	Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy
Pieluchomajtki do 90 szt. mies. lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 90 szt. mies. lub zamiennie majtki chłonne do 90 szt. mies. lub zamiennie podkłady do 90 szt. mies. lub zamiennie wkłady anatomiczne do 90 szt. mies.	1,70 zł za szt. (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne)  1,00 zł za szt. (wkłady anatomiczne, podkłady – min. chłonność 250 ml)	30%	Pieluchomajtki lub pieluchy anatomiczne, lub majtki chłonne, lub podkłady, lub wkłady anatomiczne, lub wkładki urologiczne zamiennie do 90 szt. miesięcznie; Chłonność zgodna z normą ISO 11948	<b>1 zł za szt.</b> – minimalna chłonność 450 g  <b>1,7 zł za szt.</b> – minimalna chłonność: - <b>1.000 g</b> w przypadku majtek chłonnych - <b>1.400 g</b> w przypadku pieluch anatomicznych i pieluchomajtek  <b>2,3 zł za sztukę</b> – minimalna chłonność: - <b>1.400 g</b> w przypadku majtek chłonnych - <b>2.500 g</b> w przypadku pieluchomajtek	30%

<sup>108</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz.U. z 2023 poz. 1127).

## ZMIANY W REFUNDACJI WYROBÓW MEDYCZNYCH – WORKI DO ZBIÓRKI MOCZU

Wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 27.08.2021 r. (obowiązywało do 31.12.2022)				Wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 27.10.2022 r. (obowiązywało do 1.01.2023)			
Nazwa wyrobu medycznego	Limit finansowana ze środków publicznych	Kryteria przyznawania	Okres użytkowania	Nazwa wyrobu medycznego	Limit finansowana ze środków publicznych	Kryteria przyznawania	Okres użytkowania
Worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 sztuk	6,50 zł za sztukę	choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego; choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych; nadpęcherzowe odprowadzenie moczu (z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w worki do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny poza przypadkami współistnienia nefrostomii)	raz na miesiąc	Worki do zbiórki moczu z odpływem lub worki jedno-częściowe urostomijne (w przypadku nefrostomii) do 12 sztuk	<b>6,50 zł za sztukę</b> – worek do zbiórki moczu <b>16 zł za sztukę</b> – worek urostomijny	choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego; choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych; nadpęcherzowe odprowadzenie moczu; nefrostomia	raz na miesiąc

## ZMIANY W REFUNDACJI WYROBÓW MEDYCZNYCH – INNY SPRZĘT UROLOGICZNY

Wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 27.08.2021 r. (obowiązywało do 31.12.2022)				Wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 27.10.2022 r. (obowiązywało do 1.01.2023)			
Nazwa wyrobu medycznego	Limit finansowana ze środków publicznych	Kryteria przyznawania	Okres użytkowania	Nazwa wyrobu medycznego	Limit finansowana ze środków publicznych	Kryteria przyznawania	Okres użytkowania
Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)	120 zł	nefrostomia (z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 sztuk, poza przypadkami współistnienia chorób wymagających cewnikowania pęcherza moczowego, chorób wymagających stosowania cewników zewnętrznych i nadpęcherzowego odprowadzenia moczu)	raz na miesiąc	Paski mocujące do worków do zbiórki moczu 2 sztuki albo pasek mocująco-ochronny do worków do zbiórki moczu 1 sztuka	<b>25 zł za 2 sztuki pasków do worków do zbiórki moczu</b>  <b>albo</b>  <b>za 1 sztukę paska mocująco-ochronnego do worków do zbiórki moczu</b>	choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego; choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych; nadpęcherzowe odprowadzenie moczu; nefrostomia	raz na 6 miesięcy

Tabele 13-15

Zmiany w refundacji środków absorpcyjnych od 1 stycznia 2023 roku: środki absorpcyjne, worki do zbiórki moczu, inny sprzęt urologiczny.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

## Refundacja środków absorpcyjnych od 1 stycznia 2023 – na czym polega zmiana?

### MAJTKI CHŁONNE, PIELUCHY ANATOMICZNE, PIELUCHOMAJTKI

#### DO 31 GRUDNIA 2022

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

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

#### OD 1 STYCZNIA 2023

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

Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt. produktu)	Wyso-kość refun-dacji	Kwota refundacji dla 1 szt. produktu	Kwota refun-dacji razem	ZYSK/STRATA dla pacjenta
90	1,00 zł	70%	0,70 zł	63,00 zł	<b>-44,10 zł</b>
60	1,00 zł	70%	0,70 zł	42,00 zł	<b>-29,40 zł</b>
30	1,00 zł	70%	0,70 zł	21,00 zł	<b>-14,70 zł</b>

KOD P.100 I P.101 - minimalna chłonność 1.000g w przypadku majtek chłonnych, 1.400g w przypadku pieluch anatomicznych i pieluchomajtek przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

90	1,70 zł	70%	1,19 zł	107,10 zł	<b>0,00 zł</b>
60	1,70 zł	70%	1,19 zł	71,40 zł	<b>0,00 zł</b>
30	1,70 zł	70%	1,19 zł	35,70 zł	<b>0,00 zł</b>

KOD P.100 I P.101 - minimalna chłonność 1.400g w przypadku majtek chłonnych, 2.500g w przypadku pieluchomajtek przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi

90	2,30 zł	70%	1,61 zł	144,90 zł	<b>37,80 zł</b>
60	2,30 zł	70%	1,61 zł	96,60 zł	<b>25,20 zł</b>
30	2,30 zł	70%	1,61 zł	48,30 zł	<b>12,60 zł</b>



## WKŁADY ANATOMICZNE, PODKŁADY

DO 31 GRUDNIA 2022					OD 1 STYCZNIA 2023					
KOD P.100 I P.101 - minimalna chłonność 250 ml przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi					KOD P.100 I P.101 - podniesienie minimalnej chłonności do 450 g przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi					
Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt. produktu)	Wysokość refundacji	Kwota refundacji dla 1 szt. produktu	Kwota refundacji razem	Liczba sztuk produktu	Limit finansowy (liczony dla 1 szt. produktu)	Wysokość refundacji	Kwota refundacji dla 1 szt. produktu	Kwota refundacji razem	ZYSK/STRATA dla pacjenta
90	1,00 zł	70%	0,70 zł	63,00 zł	90	1,00 zł	70%	0,70 zł	63,00 zł	<b>0,00%</b>
60	1,00 zł	70%	0,70 zł	42,00 zł	60	1,00 zł	70%	0,70 zł	42,00 zł	<b>0,00%</b>
30	1,00 zł	70%	0,70 zł	21,00 zł	30	1,00 zł	70%	0,70 zł	21,00 zł	<b>0,00%</b>

Tabele 16-21  
Dofinansowanie zaopatrzenia w środki absorpcyjne od 1 stycznia 2023 roku.  
Źródło: Kwartalnik NTM Nr 1(84) 2023.

**26 czerwca 2023 roku opublikowano i przekazano do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.** Zmiany dotyczą między innymi zmniejszenia dopłaty pacjentów do środków chłonnych, cewników jednorazowych, worki do zbiórki moczu oraz możliwości sprzedaży wysyłkowej niektórych wyrobów medycznych.

Projekt zmian zakłada zmniejszenie udziału pacjenta w limicie refundacji na wyroby chłonne z 30% do 20%. W przypadku dzieci oraz osób do 18 r.ż. dopłata zostanie zmniejszona do 10%. Ponadto produkty w limicie finansowania: 1 zł za sztukę miałyby otrzymać obniżenie minimalnej chłonności z 450 g do 350 g.

Wśród zmian pojawiło się również zmniejszenie wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych z 20% na 10% dla pacjentów powyżej 18 r.ż. dla cewników jednorazowych urologicznych hydrofilowych.

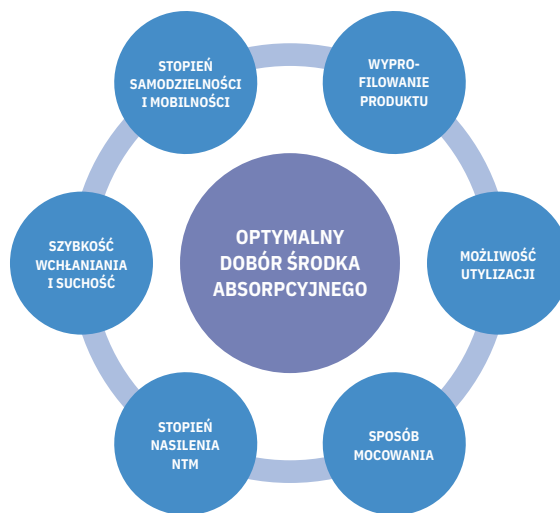
Inną zmianą zostały natomiast objęte paski mocujące do worków do zbiórki i paski mocująco-ochronne do worków do zbiórki moczu – tutaj zaproponowano zwiększenie wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych z 0% na 10% dla pacjentów powyżej 18 r.ż.

W przypadku środków do pielęgnacji stomii (pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową) zaplanowano w nim obniżenie współpłacenia do 10% dla dzieci i osób młodych do ukończenia 18. roku życia. Na dzień publikacji Raportu nie ma jednak pewności, czy zaproponowana zmiana wejdzie w życie.

**W projekcie Ministerstwo Zdrowia wskazuje też możliwość realizowania wybranych zleceń na wyroby medyczne drogą wysyłkową. W uzasadnieniu zmiany resort uzasadnia, że jest to często poszukiwana informacja przez pacjentów.** Ministerstwo wskazuje również, że projektowana nowelizacja wprowadza zmiany będące odpowiedzią na postulaty pacjentów, lekarzy i organizacji pacjenckich. Resort wskazuje, że celem tych propozycji jest zwiększenie dostępności do wyrobów medycznych oraz uszczegółowienie obowiązujących przepisów, co pozwoli na wyeliminowanie problemów interpretacyjnych. **Projektowane zmiany miałyby wejść w życie od 1 stycznia 2024 roku.**

Obowiązujący obecnie w Polsce system zaopatrzenia w refundowane wyroby medyczne, w tym środki absorpcyjne, umożliwia pacjentowi lub jego opiekunowi **indywidualny wybór optymalnego do potrzeb chorego rodzaju środka absorpcyjnego.** W refundacji dostępnych jest sześć rodzajów środków pomocniczych: wkłady anatomiczne, wkładki urologiczne, majtki chłonne, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne oraz podkłady. Zgodnie z cennikami refundowanych środków absorpcyjnych czterech głównych producentów (Abena, Essity, Paul Hartmann, TZMO), pacjenci mogą skorzystać z ponad dwustu różnych produktów chłonnych, biorąc pod uwagę dostępne rodzaje oraz rozmiary<sup>109</sup>. Decyzja co do wyboru rodzaju, marki i rozmiaru produktu chłonnego należy więc do pacjenta i/lub jego opiekunów.

<sup>109</sup> Źródło: cenniki czterech producentów (Abena, Essity Poland, Paul Hartmann Polska, Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych) zgłoszone do NFZ w 2023 roku.



Rysunek 3  
 Optymalny dobór środka absorpcyjnego.  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie Standardu ISO 15621.

## Ustawa o wyrobach medycznych

Od stycznia zaczęła obowiązywać nowa ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach, której zapisy wiele zmieniają na rynku reklamowym branży wyrobów medycznych. Reklama wyrobu kierowana do publicznej wiadomości musi być sformułowana w sposób zrozumiały dla laika. Zapis ten odnosi się także do terminów medycznych oraz naukowych, w tym do przywoływania wyników badań naukowych, opinii specjalistów lub literatury specjalistycznej, skierowanych w reklamie do innych odbiorców niż laicy. Reklama nie może sugerować odbiorcy, że stosując dany produkt medyczny uniknie wizyty u lekarza, że dany produkt jest wolny od potencjalnych skutków ubocznych bądź lepszy od innych. Dodatkowo zabronione jest wykorzystywanie wizerunku osób wykonujących zawody medyczne, podających się za takie osoby czy też prezentujące wyrób w sposób sugerujący, że wykonują taki zawód<sup>110</sup>.

Ustawa i regulacje weszły w życie z dniem 1 stycznia 2023 roku. Reklamę niespełniającą określonych nową ustawą wymogów, której rozpowszechnianie rozpoczęto przed 2023 rokiem można było rozpowszechniać do 30 czerwca 2023 roku. Za niestosowanie się do przepisów ustawy przewidziano wysokie kary pieniężne w wysokości od 20 000 zł do nawet 5 000 000 zł.

28 kwietnia 2023 roku w Dzienniku Ustaw opublikowano rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2023 r., w sprawie reklamy wyrobów medycznych, które zaczęło obowiązywać 13 maja. Rozporządzenie określa wszelkie kwestie dotyczące prowadzenia reklamy wyrobów medycznych, która skierowana jest do opinii publicznej. Dotyczy to zarówno reklamy prezentowanej w środkach masowego przekazu, jak i w gabinetach lekarskich oraz w aptekach<sup>111</sup>.

## Ustawa „Za życiem”

Od 2016 roku obowiązuje **ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”**<sup>112</sup> zapewniająca pomoc rodzinom wychowującym dzieci i młodzież do 18. roku życia, z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Podstawą do skorzystania z uprawnień jest zaświadczenie wystawione przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. Beneficjenci ustawy mają prawo między innymi do: pierwszeństwa w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej i rehabilitacji leczniczej, zakupu leków poza kolejnością oraz nabycia refundowanych wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych bez stosowania limitu ilościowego (liczbę sztuk określa osoba zlecająca stosownie do potrzeb pacjenta).

Rząd zapowiada zwiększenie budżetu programu – w latach 2022-2026 na realizację programu chce przeznaczyć około 6 mld złotych<sup>113</sup>. Z danych opublikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na stronie [www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl) wynika, że w 2022 roku na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy „Za życiem” Fundusz przeznaczył 6,5 mln zł, co stanowi wzrost o 25% względem roku poprzedniego<sup>114</sup>.

<sup>110</sup> <https://www.termedia.pl/mz/Konczy-sie-okres-przejsciowy-dla-reklamy-wyrobow-medycznych-co-dalej-52110.html>

<sup>111</sup> <https://mgr.fam/aktualnosc/od-13-maja-zmiany-w-reklamie-wyrobow-medycznych-rowniez-w-aptekach/>

<sup>112</sup> Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016 poz. 1860).

<sup>113</sup> <https://www.gov.pl/web/rodzina/rzad-przeznaczy-wiecej-pieniedzy-na-realizacje-programu-za-zyciem>.

<sup>114</sup> Zestawienie „Leczenie nietrzymania moczu 2022”. Dostęp: <https://ezdrowie.gov.pl/porta/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/leczenie-nietrzymania-moczu2022>.

## Ustawa o wsparciu osób niepełnosprawnych

Od 1 lipca 2018 roku obowiązują przepisy **ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności**, uchwalonej w odpowiedzi na prowadzony w Sejmie protest opiekunów osób niepełnosprawnych i ich dorosłych podopiecznych. Ustawa wprowadziła cztery kluczowe dla pacjentów zmiany: zniesienie okresów użytkowania wyrobów medycznych, wprowadzenie możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz obsługi w aptece poza kolejnością, możliwość korzystania ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) bez konieczności uzyskiwania skierowania, a także zniesienie limitów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Środki na sfinansowanie zadań wynikających z tej ustawy miał zapewnić Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, który decyzją Sejmu z 20 grudnia 2019 roku<sup>115</sup> został zmieniony na Fundusz Solidarnościowy.

W 2022 roku Narodowy Fundusz Zdrowia na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy **o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności** przeznaczył ponad 105,1 mln zł, co stanowi wzrost o 9,8% względem roku 2021<sup>116</sup>.

## Dofinansowania z PFRON

Pacjenci z NTM wymagający zaopatrzenia w wyroby chłonne mogą ubiegać się o zwrot kosztów na niniejsze materiały do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) lub Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (MOPS). Organy te dysponują środkami Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, które mogą być wykorzystane na zwrot kosztów poniesionych przez osobę niepełnosprawną.

### O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby<sup>117</sup>:

1. Posiadające zaświadczenie o niepełnosprawności.
2. Spełniające kryterium dochodowe, gdzie przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony na kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym i 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

Przy czym należy podkreślić, że środki są zwracane dopiero po zakupieniu danego produktu. Następnie w punkcie realizującym zlecenie na wyroby należy poprosić o oryginał faktury (faktura musi zawierać dane pacjenta) oraz kopię zrealizowanego zlecenia z adnotacją: „Za zgodnością z oryginałem”.

### Chcąc uzyskać dofinansowanie z PFRON należy złożyć następujące dokumenty do PCPR-u lub MOPS-u<sup>118</sup>:

1. Wniosek o dofinansowanie.
2. Dokument potwierdzający niepełnosprawność (oryginał do wglądu).
3. Zaświadczenie wystawione przez płatnika lub inny dokument potwierdzający wysokość dochodów.
4. Faktura potwierdzająca zakup, z rozbiciem na kwoty, jakie pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (refundacja) oraz kwotę, jaką zapłacił (dopłacił) świadczeniobiorca (osoba, dla której został zakupiony sprzęt).
5. Kopię zlecenia wraz z określeniem ceny nabycia.

### Pacjent może uzyskać następujące dofinansowanie ze środków PFRON-u<sup>119</sup>:

- do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej wyznaczonego w limicie ceny NFZ,
- do 150% sumy kwoty limitu, wyznaczonego przez NFZ oraz udziału własnego osoby niepełnosprawnej, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

W 2022 roku Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przeznaczył na sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym (na podstawie odrębnych przepisów – art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. c ustawy o rehabilitacji) ponad 204,8 mln zł na rzecz osób dorosłych i ponad 44 mln zł na rzecz dzieci i młodzieży. Łączna kwota dofinansowania wyniosła 234,9 mln zł (wzrost o 1,7% w stosunku do roku 2021). Z dofinansowania skorzystało łącznie ponad 158 tys. osób. Oznacza to spadek liczby osób korzystających ze wsparcia w stosunku do 2021 roku o 21%<sup>120</sup>. PFRON nie publikuje szczegółowego podziału wydatków na dofinansowania przyznawane niepełnosprawnym na zakup poszczególnych wyrobów medycznych.

<sup>115</sup> Ustawa z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2019 poz. 2473).

<sup>116</sup> Zestawienie „Leczenie nietrzymania moczu 2022”. Dostęp: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/leczenie-nietrzymania-moczu2022>.

<sup>117</sup> <https://www.hartmann.info/pl-pl/articles/i/1/pfron-dofinansowanie-na-pieluchomajtki-i-inne-produkty-chlonne>.

<sup>118</sup> <https://ortomedico.pl/content/8-finansowanie>.

<sup>119</sup> Tamże.

<sup>120</sup> Sprawozdanie Zarządu PFRON z realizacji Planu Rzeczowo-finansowego z działalności PFRON w 2022 roku. Dostęp: <https://bip.pfron.org.pl/pfron/budzet-funduszu/sprawozdanie-zarzadu-pfron-z-realizacji-planu-rzeczowo-finansowego-z-dzialalnosci-pfron-w-2022-roku/>.

Aktualnie obowiązujący w Polsce system zaopatrzenia w refundowane środki absorpcyjne zapewnia pacjentowi i jego rodzinie szeroki wybór produktów i placówek oferujących produkty, a co za tym idzie, dużą konkurencyjność cenową. Refundowane środki absorpcyjne można nabyć w aptekach i sklepach medycznych, również z bezpośrednią dostawą do domów a także, poza refundacją, w coraz większej liczbie punktów spoza systemu ochrony zdrowia.

Według raportów liczba aptek od kilku lat stale spada. Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że w grudniu 2021 roku działało 13 013 aptek i punktów aptecznych, podczas gdy w grudniu 2022 liczba ta spadła do 12 776. Na dzień 31 grudnia 2022 działalność prowadziło 11,7 tys. aptek ogólnodostępnych (spadek o 1,8% w porównaniu z rokiem poprzednim), 24 apteki zakładowe (podobnie jak w 2021 r.) oraz 1,1 tys. punktów aptecznych (o 2,4% mniej w stosunku do roku poprzedniego)<sup>121</sup>.

Początkowo apteki proponowały pacjentom bardzo ograniczony asortyment, obejmujący często jedynie pieluchomajtki w rozmiarze M lub L zapinane na rzepy (jedyne produkty chłonne, którego nie można założyć samodzielnie). Obecnie można obserwować zarówno wzrost liczby aptek oferujących możliwość zakupu produktów chłonnych, jak i bogatszy asortyment, obejmujący produkty różnych rodzajów i różnych producentów. Zwiększa to szansę osoby z NTM lub jej opiekuna na możliwość prawidłowego i indywidualnego doboru produktu chłonnego stosownie do rzeczywistego zapotrzebowania.

Najszerzy asortyment środków absorpcyjnych, poza bezpośrednią ofertą producentów, znaleźć można w sklepach medycznych w całym kraju. Dodatkowo w zdecydowanej większości z nich pacjent lub jego opiekun skorzystać mogą z profesjonalnej porady dotyczącej doboru środka, co nie zawsze ma miejsce w aptece. Przyczyną jest brak przedmiotów dotyczących wyrobów medycznych w programach nauczania przyszłych magistrów farmacji oraz techników farmaceutycznych (w 2017 roku zawieszono kształcenie w tym zawodzie, ale zostało ono przywrócone od 1 września 2019 roku).

W ostatnich latach zwiększa się sukcesywnie dostępność do produktów absorpcyjnych poza systemem refundacji. W wielu supermarketach, dyskontach oraz drogeriach (m.in. Auchan, Biedronka, Carrefour, E.Leclerc, Lidl, Rossmann, Hebe) pojawiły się w asortymencie produkty chłonne dla dorosłych obejmujące zazwyczaj wkładki urologiczne, pieluchomajtki (zwykle zapinane na rzepy) i majtki chłonne. Oferowana cena tych produktów jest porównywalna lub nieco wyższa od ceny odpowiedników sprzedawanych w systemie refundacji. Nie zawsze jednak dorównują one jakością tym z refundacji. W supermarketach, dyskontach oraz drogeriach oferowane są również specjalistyczne produkty do higieny, pielęgnacji i ochrony skóry pacjenta z NTM, które jednak nadal są całkowicie wyłączone z refundacji w Polsce.

<sup>121</sup> Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Częstym problemem osób dotkniętych różnymi formami inkontynencji okazuje się utrzymanie właściwej higieny i pielęgnacja skóry narażonej na drażniące działanie moczu i/lub kału. Zdrowiu skóry nie sprzyjają również, obserwowane wraz z wiekiem pacjentów, spowolnione procesy regeneracji naskórka i potęgująca się wrażliwość powłok skórnych. W efekcie skóra wystawiona na działanie moczu ulega maceracji, zawilgoceniu, wzrasta jej pH i jednocześnie traci ona swoje funkcje barierowe<sup>122</sup>.

U osób z NTM i/lub NTK istnieje również ryzyko wystąpienia zapalenia skóry związanego bezpośrednio z inkontynencją (ang. *Incontinence Associated Dermatitis – IAD*). Są to uszkodzenia związane z kontaktem skóry z moczem i/lub kałem, zaburzające normalną funkcję bariery skóry, co przyczynia się do rozwoju stanu zapalnego. IAD występuje w rejonie krocza, okolic genitaliów, pośladków, fałdu pośladkowego, części ud, dolnych części pleców, może sięgać kości ogonowej. Najważniejsze mechanizmy, które wpływają na ten proces, to długotrwałe zawilgocenie i maceracja skóry oraz wzrost pH. Skóra objęta stanem zapalnym jest czerwona, podrażniona i bolesna. Często występuje jednocześnie obrzęk, świąd i łuszczenie naskórka. Pacjenci próbują ograniczyć te symptomy poprzez tarcie lub drapanie, a w efekcie przerywają ciągłość skóry doprowadzając do powstania ran i strupów. Te rozdrapania są źródłem infekcji bakteryjnych, a u osób leżących, miejscem rozwoju powikłanych, zakażonych odleżyn. Wystąpienie zapalenia skóry wywołuje znaczny dyskomfort i cierpienie pacjenta, a leczenie tego typu uszkodzeń zwykle jest czasochłonne, skomplikowane i kosztowne<sup>123</sup>.

W zabiegach higienicznych u osoby, która doświadcza stałego drażniącego oddziaływania moczu i/lub kału stosuje się zaawansowane technologicznie **specjalistyczne preparaty myjąco-pielęgnujące i ochronne**, dostępne w sklepach medycznych, aptekach lub bezpośrednio u producentów. Codzienna higiena i właściwa pielęgnacja mają na celu nie tylko utrzymanie skóry w czystości, ale także zachowanie jej w dobrej kondycji i zabezpieczenie przed nadmiernym wysuszeniem, podrażnieniami i ryzykiem wystąpienia zapalenia skóry związanego bezpośrednio z inkontynencją.

Środki wspierające codzienną higienę osoby z NTM/NTK powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, jego kondycji i stanu zdrowia, uwzględniając jednak uniwersalną zasadę pielęgnacji skóry, na którą składają się: **oczyszczenie, poprawa kondycji skóry i ochrona**. Ważnym elementem skutecznej ochrony skóry jest stosowanie produktów chłonnych i odpowiednio częsta ich zmiana – najlepiej po każdej mikcji/defekacji.

Do środków higieny osobistej zalecanych u osób z NTM/NTK zalicza się<sup>124</sup>:

- jednorazowe gąbki nasączone środkiem myjącym lub pianką o naturalnym pH,
- jednorazowe myjki lub myjki w formie rękawicy nasączone środkiem myjącym o naturalnym pH,
- płyny lub pianki do higieny miejsc intymnych o neutralnym pH,
- pianki myjące do stosowania bez użycia wody z właściwościami antybakteryjnymi,
- preparaty multifunkcyjne,
- jednorazowe suche myjki w kształcie rękawicy,
- nawilżane lub suche chusteczki i ręczniki oczyszczające,
- nawilżany papier toaletowy.

U pacjentów z nietrzymaniem moczu i/lub kału bardzo trudno ochronić skórę przed maceracją i podrażnieniem wywołanym zbyt długim kontaktem z moczem/kałem, prowadzącym do wystąpienia stanów zapalnych. Skóra objęta stanem zapalnym jest czerwona, podrażniona i bolesna, a chorzy odczuwają przykry świąd.

Środki do pielęgnacji skóry wrażliwej, narażonej na częsty kontakt z moczem i/lub kałem, charakteryzują się właściwościami nawilżającymi, natłuszczającymi i uelastyczniającymi. Specjaliści zalecają preparaty oparte na środkach naturalnego, najczęściej roślinnego pochodzenia. Możliwość kupienia gotowych preparatów do mycia i pielęgnacji osłabionej lub podrażnionej skóry zdecydowanie ułatwia proces pielęgnowania.

Do preparatów pielęgnacyjnych i ochronnych zalecanych w NTM/NTK zalicza się<sup>125</sup>:

- kremy pielęgnacyjne i ochronne,
- balsamy pielęgnacyjne,
- mleczka do ciała,
- żele pielęgnacyjne,
- oliwki do ciała.

<sup>122</sup> V. Madeja, Skóra pacjenta z NTM wymaga szczególnej troski, Kwartalnik NTM nr 1(68), 2019.

<sup>123</sup> Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017, s. 67-71.

<sup>124</sup> Tamże.

<sup>125</sup> Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017, s. 73-74.

Pomimo bardzo bogatej oferty środków do pielęgnacji i ochrony skóry pacjenci i ich opiekunowie często nie wiedzą z jakich produktów mogą skorzystać. Dlatego niezbędna jest edukacja i regularna kontrola stanu skóry przez osobę wykwalifikowaną np. pielęgniarkę opieki długoterminowej lub pielęgniarkę POZ. To ona na bieżąco oceni stan skóry i dobierze odpowiednie preparaty i sam sposób pielęgnacji skóry. Okazuje się, że podrażniona skóra wokół stomii czy odparzenia przy stosowaniu produktów chłonnych to przede wszystkim nieodpowiednia higiena i pielęgnacja skóry. Należy również szczególnie uwrażliwić opiekunów, jak i pacjentów, że produkty chłonne i stomijne są produktami jednorazowego użytku z zastosowaniem zgodnie z zaleceniami producenta.

Specjalistyczne produkty do higieny, pielęgnacji i ochrony skóry pacjenta z NTM/NTK w Polsce są wyłączone z refundacji. Odwrotna sytuacja występuje w przypadku pacjentów z wylonioną stomią. Rozporządzenie z dnia 27 października 2022 roku wprowadziło nowe miesięczne limity stomijne (lp.99), w ramach których pacjenci mogą odebrać bezpłatnie worki stomijne w systemie jednoczęściowym lub dwuczęściowym lub płytki stomijne, lub worki do zbiórki moczu (urostomia), lub zestaw do irygacji (kolostomia). Wynoszą one kolejno: 450 zł (kolostomia, ileostomia) i 530 zł (urostomia) przy odpłatności pacjenta na poziomie 0%. Dla kolostomii, ileostomii i urostomii został wprowadzony oddzielny wniosek na środki do pielęgnacji (lp.141) z limitem 120 zł przy odpłatności pacjenta w wysokości 20%. W tym kodzie zawarto wyroby stomijne takie jak: pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową.

Ponadto pacjenci z nowo wylonioną stomią od 1 stycznia 2023 roku mogą liczyć na podwójny limit finansowania. Nowo operowani pacjenci ze stomią otrzymują pierwszy wniosek na jeden miesiąc z podwójnym limitem (lp.99A – limit miesięczny 900 zł – kolostomia i ileostomia oraz 1 060 zł – urostomia) przy odpłatności pacjenta na poziomie 0% oraz oddzielny wniosek na środki do pielęgnacji stomii (kod lp.141A – limit miesięczny 240 zł przy odpłatności pacjenta na poziomie 20%)<sup>126</sup>.

26 czerwca 2023 roku do konsultacji społecznych przekazano Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, którego zmiany miałyby obowiązywać z kolei od 1 stycznia 2024 roku. W przypadku środków do pielęgnacji stomii zaplanowano w nim obniżenie współpłacenia za pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową do 10% dla dzieci i osób młodych do ukończenia 18. roku życia. Na dzień publikacji Raportu nie ma jednak pewności, czy zaproponowana zmiana wejdzie w życie.

<sup>126</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, Dz.U. 2022 poz. 2319.

# PRZYKŁADY KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z INKONTYNENCJĄ

Na potrzeby niniejszego opracowania ograniczono się, wzorem poprzednich edycji, do dwóch rodzajów kosztów:

- leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM,
- koszty absencji w pracy osób z NTM.

Ta część Raportu powstała w oparciu o dane opublikowane przez GUS, NFZ oraz ZUS. Poniższa analiza zawiera zaktualizowane szacunkowe dane na podstawie założeń i danych zebranych w latach poprzednich.

## Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM

Problemy związane z występowaniem nietrzymania moczu wpływają na psychikę i znacznie obniżają jakość życia pacjentów. Często towarzyszą im takie uczucia jak: dyskomfort obejmujący wstyd, niskie poczucie własnej godności, pogorszenie nastroju oraz bezradność. Pogorszeniu ulega jakość życia zarówno osobistego, społecznego, jak i zawodowego. Obawa przed odkryciem tej przykrej dolegliwości przez innych wymusza na pacjencie zmianę stylu życia. Powoduje ograniczenie kontaktów towarzyskich, alienację, spadek poczucia własnej wartości, izolację społeczną, zmianę planów zawodowych, ograniczenie lub całkowitą rezygnację z aktywności seksualnej, a nawet zaburzenia depresyjne lub lękowe<sup>127</sup>. Jak wskazują statystyki, od pojawienia się pierwszych objawów inkontynencji do udania się na wizytę lekarską mija kilka lat. Prawdopodobnie dzieje się tak dlatego, że nietrzymanie moczu to problem nie tylko medyczny, ale też, a może przede wszystkim, psychiczny. Dlatego też w tegorocznym Raporcie przedstawiona została zaktualizowana analiza kosztów leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób dotkniętych NTM.

Szacunkowy koszt, jaki poniósł NFZ z tytułu leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM, został wyliczony w oparciu o stan ludności Polski na dzień 31 grudnia każdego roku oraz założenia, że<sup>128</sup>:

- 8% populacji cierpi na NTM,
- u 64% osób z NTM stwierdza się zaburzenia psychiczne,
- 3,5% osób z NTM konsultuje swą dolegliwość ze specjalistą od leczenia zaburzeń psychicznych.

W oparciu o wymienione założenia oszacowano, że w 2021 roku, 68 240 osób z NTM, mających problemy z zaburzeniami psychicznymi, korzysta z refundowanych usług świadczonych przez psychologów bądź psychiatrów. Na tej podstawie szacuje się, że koszty NFZ poniesione z racji leczenia zaburzeń psychicznych u osób z NTM wyniosły w 2021 roku 104 661 905 zł.

Poniżej przedstawiono szacunkowe koszty leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM:

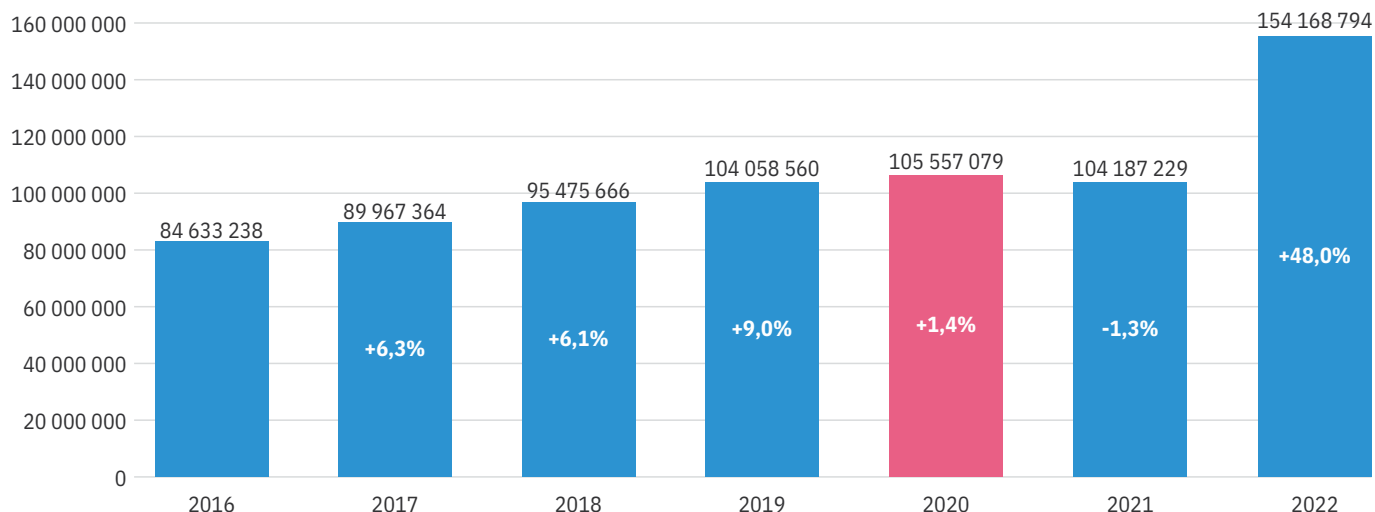
ROK	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Zmiana 2022/2021 (w proc.)	Zmiana 2022/2016 (w proc.)
Stan ludności Polski (na dzień 31 XII każdego roku) Rocznik Demograficzny GUS	38 432 992	38 433 558	38 411 148	38 382 576	38 088 564	37 907 704	37 766 327	-0,4%	-1,7%
Szacunkowa liczba osób z NTM (założenie: 8% stanu ludności)	3 074 639	3 074 685	3 072 892	3 070 606	3 047 085	3 032 616	3 021 306	-0,4%	-1,7%
Szacunkowa liczba osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi (założenie: 64% osób z NTM)	1 967 769	1 967 798	1 966 651	1 965 188	1 950 134	1 940 874	1 933 636	-0,4%	-1,7%
Szacunkowa liczba osób z NTM konsultująca zaburzenia psychiczne ze specjalistą (założenie: 3,5% osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi)	68 872	68 873	68 833	68 782	68 255	67 931	67 677	-0,4%	-1,7%
Wartość udzielonych przez NFZ świadczeń na leczenie zaburzeń psychicznych (w PLN) - dane ze sprawozdania NFZ za IV kwartał	2 337 538 238	2 502 305 400	2 606 448 815	2 688 550 109	2 599 010 339	2 832 743 144	4 528 499 104	+59,9%	+93,7%

<sup>127</sup> A. Ejsmont, <http://klinikatambir.pl/wp-content/uploads/2015/12/NTM.pdf>; M. Bidzan, Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu, Kraków 2008.

<sup>128</sup> J. Heitzman, Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków, NAUKA 4, 2010, s. 56.

Liczba osób, którym udzielono świadczeń wg. danych NFZ (w PLN) - dane ze sprawozdania NFZ za IV kwartał	1 902 217	1 915 618	1 879 101	1 777 122	1 680 557	1 846 963	1 987 690	+7,6%	+4,5%
Średnia wartość udzielonych przez NFZ świadczeń na leczenie zaburzeń psychicznych na pacjenta (w PLN)	1 229	1 306	1 387	1 513	1 547	1 534	2 278	+48,5%	+85,4%
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych osób z NTM (w PLN) (założenie: 3,5% osób z NTM podejmuje leczenie psychiatryczne)	84 633 220	89 966 329	95 476 034	104 057 411	105 557 079	104 187 229	154 168 794	+48,0%	+82,2%

Tabela 22  
Szacunkowe koszty leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS.



Wykres 13  
Szacunkowe koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych u osób z NTM w latach 2016-2022 (w PLN). Rok 2020 to początek epidemii COVID-19 w Polsce.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie NFZ i GUS.

## Koszty absencji w pracy osób z NTM

Do kosztów pośrednich można zaliczyć również utratę zdolności zarobkowych przez osoby cierpiące na NTM. Osoby takie narażone są na obniżenie efektywności pracy oraz na nieobecność w pracy spowodowaną problemami, jakie niesie ze sobą NTM, diagnostyką choroby czy hospitalizacją.

Grupa chorobowa	Liczba dni absencji chorobowej w 2017 r.	Liczba dni absencji chorobowej w 2018 r.	Liczba dni absencji chorobowej w 2019 r.	Liczba dni absencji chorobowej w 2020 r.	Liczba dni absencji chorobowej w 2021 r.	Zmiana 2021/2017 (w proc.)
N00 - N99 Choroby układu moczowo-płciowego	6 564 760	6 369 012	6 360 678	5 982 251	5 757 559	-12,3%

Tabela 23  
Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych w latach 2017-2021.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 opracowanej w 2023 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych ZUS.

Oszacowanie kosztów utraty produktywności w wyniku NTM zostało opracowane na podstawie poniższych założeń:

- 6% populacji aktywnych zawodowo kobiet cierpi na NTM,
- 2% populacji aktywnych zawodowo mężczyzn cierpi na NTM.



ROK	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2021/2015 (w proc.)
Kobiety aktywne zawodowo - przeciętnie w roku	7 820 000	7 746 000	7 737 000	7 703 000	7 620 000	7 648 000	7 840 000	+0,3%
Mężczyźni aktywni zawodowo - przeciętnie w roku	9 569 000	9 514 000	9 530 000	9 440 000	9 398 000	9 438 000	9 438 000	-1,4%
Kobiety aktywne zawodowo cierpiące na NTM (założenie: 6% populacji kobiet)	469 200	464 760	464 220	462 180	457 200	458 880	470 400	+0,3%
Mężczyźni aktywni zawodowo cierpiący na NTM (założenie: 2% populacji mężczyzn)	191 380	190 280	190 600	188 800	187 960	188 760	188 760	-1,4%
Osoby aktywne zawodowo z NTM (ogółem)	660 580	655 040	654 820	650 980	645 160	647 640	659 160	-0,2%
Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych: choroby układu moczowo-płciowego	11,17	11,07	10,90	10,63	10,10	10,71	10,4%	-6,9%
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród kobiet	5 240 964	5 144 893	5 059 998	4 912 973	4 617 720	4 914 605	4 892 160	-6,7%
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród mężczyzn	2 137 715	2 106 400	2 077 540	2 006 944	1 898 396	2 021 620	1 963 104	-8,2%
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM rocznie (ogółem)	7 378 679	7 251 293	7 137 538	6 919 917	6 516 116	6 936 224	6 855 264	-7,1%
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie wg. wskaźników ZUS	3 899,78 zł	4 047,21 zł	4 271,51 zł	4 585,03 zł	4 918,17 zł	5 167,47 zł	5 662,53 zł	+45,2%
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet brutto w PLN (założenie: kobiety mają o 10% niższe wynagrodzenie od przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej)	3 509,80 zł	3 642,49 zł	3 844,36 zł	4 126,53 zł	4 426,35 zł	4 650,72	5 096,28 zł	+45,2%
Średnie dzienne wynagrodzenie kobiet brutto (założenie: średnia ilość dni pracujących w miesiącu to 21)	167,13 zł	173,45 zł	183,06 zł	196,50 zł	210,78 zł	221,46	242,68 zł	+45,2%
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie mężczyzn brutto w PLN (założenie: mężczyźni mają o 10% wyższe wynagrodzenie od przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej)	4 289,76 zł	4 451,93 zł	4 698,66 zł	5 043,53 zł	5 409,99 zł	5 684,22	6 228,78 zł	+45,2%
Średnie dzienne wynagrodzenie mężczyzn brutto (założenie: średnia ilość dni pracujących w miesiącu to 21)	204,27 zł	212,00 zł	223,75 zł	240,17 zł	257,62 zł	270,68 zł	296,61 zł	+45,2%
Roczne koszty z tytułu utraty produktywności przez kobiety w wyniku NTM	875 940 282,34 zł	892 391 280,34 zł	926 307 088,16 zł	965 405 589,78 zł	973 317 084,53 zł	1 088 403 122,82 zł	1 187 228 690 zł	+35,5%
Roczne koszty z tytułu utraty produktywności przez mężczyzn w wyniku NTM	436 679 919,38 zł	446 549 794,17 zł	464 840 770,19 zł	482 004 204,44 zł	489 061 794,33 zł	547 205 928,47 zł	582 273 753 zł	+33,3%
Roczne koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM rocznie (ogółem)	1 312 620 201,72 zł	1 338 941 074,51 zł	1 391 147 858,34 zł	1 447 409 794,22 zł	1 462 378 878,86 zł	1 635 609 051,29 zł	1 769 502 443 zł	+34,8%

Tabela 24  
Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS i GUS.

Z powyższej tabeli wynika, iż w roku 2021 koszty z tytułu nieobecności w pracy w wyniku NTM wyniosły 1,77 mld zł i były o 5,3% wyższe w porównaniu do 2020 roku i o 34,8% wyższe niż w roku 2015.

## OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization – WHO*), zadaniem systemu opieki długoterminowej jest „zapewnienie osobie, która przez długi czas nie jest w pełni zdolna do samoopieki, możliwości utrzymania możliwie najlepszej jakości życia, tzn. możliwie największego zakresu niezależności, samodzielności, uczestnictwa w życiu społecznym, spełnienia osobistego i godności”<sup>129</sup>.

Takie osoby charakteryzuje co najmniej jeden z trzech czynników:

- niesamodzielność,
- niepełnosprawność,
- zaawansowany wiek.

### Czynniki demograficzne

Zachodzące na świecie procesy demograficzne, w tym starzenie się społeczeństwa i zmiany w stylu życia powodują, że **problem opieki długoterminowej staje się jednym z ważniejszych wyzwań polityki społecznej i zdrowotnej** w wielu krajach, w tym Polsce. Jak prognozuje Główny Urząd Statystyczny, liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w roku 2030 ukształtuje się na poziomie 10,8 mln (wzrost o 10% w stosunku do roku 2020), w roku 2040 na poziomie 12,3 mln (wzrost o 25,1%). W 2050 roku w Polsce będzie mieszkać 13,7 mln osób w starszym wieku (wzrost o 39,8% w stosunku do roku 2020), stanowiąc 40,4% społeczeństwa<sup>130</sup>.

Wiek	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Przedprodukcyjny	6 500	5 931	5 568	5 262	5 079	4 963
Produkcyjny	21 892	2 1504	20 715	19 536	18 036	16 583
Poprodukcyjny	9 349	9 750	10 193	10 870	11 702	12 404
<b>OGÓŁEM</b>	<b>37 741</b>	<b>37 185</b>	<b>36 477</b>	<b>35 668</b>	<b>34 817</b>	<b>33 951</b>

Tabela 25  
Prognoza ludności Polski do 2050 roku (w tys.).  
Źródło: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2022.

Proces demograficznego starzenia się ludności Polski, czyli wzrost w populacji udziału osób w wieku 65 lat i więcej jest dużym wyzwaniem nie tylko w kontekście starzenia się zasobów pracy i funkcjonowania systemu emerytalnego, lecz także w kontekście zapewnienia seniorom godnej opieki<sup>131</sup>. Wszystkie zachodzące w Polsce, w ostatnich latach zmiany demograficzne wskazują na systematyczny wzrost liczby osób niesamodzielnych i przewlekle chorych, szczególnie wśród osób starszych. Stawia to przed opieką zdrowotną i pomocą społeczną nowe wyzwania związane z zapewnieniem usług medycznych, w tym usług pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych coraz większej liczbie osób. W związku z tym, że nietrzymanie moczu dotyczy ponad połowy z blisko dwóch milionów osób niesamodzielnych w Polsce, będzie wzrastało również zapotrzebowanie na refundowane środki absorpcyjne, będące dla większości pacjentów podstawowym środkiem zapobiegawczym.

<sup>129</sup> Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, Warszawa 2015.

<sup>130</sup> Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r., Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Warszawa, Białystok 2021, s. 23.

<sup>131</sup> Raport Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro, red. P. Błędowski, Warszawa, 2020.

## Zakłady opieki długoterminowej

W 2021 roku (stan na 31 grudnia) w Polsce funkcjonowały **433** zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), które udzieliły wsparcia **48 654** pacjentom oraz **162** zakłady pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), które zapewniły opiekę **13 596** osobom. Oba rodzaje zakładów adresowane są do tej samej grupy pacjentów – osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, i mają taki sam zakres świadczeń.

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2021/2011 (w proc.)
Liczba placówek	367	360	379	388	408	400	415	430	432	442	<b>433</b>	<b>+17,9%</b>
Liczba pacjentów rocznie	41 779	42 959	43 766	44 199	47 624	47 398	46 720	47 806	48 318	46 165	<b>48 654</b>	<b>+16,5%</b>

Tabela 26  
Zakłady opiekuńczo-lecznicze w latach 2011-2021.  
Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2012-2022.

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2021/2011 (w proc.)
Liczba placówek	138	156	152	155	152	154	161	160	167	171	<b>162</b>	<b>+17,4%</b>
Liczba pacjentów rocznie	12 716	15 173	15 054	14 509	14 214	13 655	14 821	14 796	14 242	13 404	<b>13 596</b>	<b>+6,9%</b>

Tabela 27  
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze w latach 2011-2021.  
Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2012-2022.

Pielęgniarską opiekę długoterminową domową w 2022 roku świadczyło **1 006** podmiotów. Pod ich opieką pozostawało **59 719** pacjentów.

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Zmiana 2022/2016 (w proc.)
Liczba świadczeniodawców	1 133	1 140	1 062	1 053	1 023	1 016	<b>1 006</b>	<b>-11,2%</b>
Liczba pacjentów rocznie	60 077	65 194	61 985	60 827	59 369	60 586	<b>59 719</b>	<b>-0,6%</b>

Tabela 28  
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa w latach 2016-2022.  
Źródło: Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartały z lat 2016-2022.

W 2021 roku w Polsce działało **2 015 stacjonarnych domów i zakładów pomocy społecznej** (w tym m.in. 897 domów pomocy społecznej – DPS i 556 placówek zapewniających całodobową opiekę), które zapewniły opiekę ponad **114 tys. mieszkańców**.

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2021/2011 (w proc.)
Liczba placówek	1 514	1 564	1 599	1 619	1 655	1 678	1 723	1 831	1 837	1 851	<b>2 015</b>	<b>+33,1%</b>
Liczba pacjentów rocznie (w tys.)	101,9	104,4	104,3	105,6	106,9	107,8	109,2	113,1	112,4	105,2	<b>114,3</b>	<b>+12,2%</b>

Tabela 29  
Stacjonarne domy i zakłady pomocy społecznej w latach 2011-2021.  
Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2012-2022 oraz Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r., Główny Urząd Statystyczny.

Stały, liczony od 2011 roku wzrost liczby osób wymagających opieki długoterminowej, realizowanej zarówno w warunkach domowych, jak i w specjalistycznych placówkach, takich jak ZOL czy ZPO, po wyhamowaniu w 2020 roku (epidemia COVID-19), zaczyna rosnąć. Nadal jednak czas oczekiwania na przyjęcie do specjalistycznej placówki opiekuńczej, po spadku w III kwartale 2017 roku, sukcesywnie się wydłuża. Jak informowała na początku 2023 roku dr Mariola Rybka, konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu opieki długoterminowej wynosi od 6-12 miesięcy<sup>132</sup>.

W przypadku stacjonarnych domów i zakładów pomocy społecznej, w 2021 roku liczba ich mieszkańców w porównaniu z rokiem 2020 wzrosła o 9 tys. Liczba placówek również wzrosła o ponad 150. Nadal jednak podstawowym kryterium przyjęcia pacjenta niesamodzielnego lub niepełnosprawnego, wymagającego opieki długoterminowej do jednego z trzech typów ośrodków: ZOL, ZPO lub DPS, pozostaje nie diagnoza i rzeczywiste potrzeby, ale to gdzie w danym momencie znajduje się wolne miejsce. Osobę niesamodzielną dopasowuje się tym samym do możliwości finansowych gminy lub powiatu oraz dostępnych na ich terenie świadczeń oraz infrastruktury opiekuńczej, które w Polsce są bardzo zróżnicowane.

Kolejnym problemem, z jakim przez lata mierzyli się świadczeniodawcy w opiece długoterminowej jest niedoszacowanie stawek. Stawkę pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel od 1 lipca 2022 roku oszacowano na 159,67 zł. Według raportu (obecnie nie jest dostępny w Internecie) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z 2017 roku minimalna stawka za osobodzień osoby dorosłej w ZOL/ZPO powinna wynosić, w zależności od wariantu<sup>133</sup>:

- od 116,71 zł za osobodzień (wariant 1),
- poprzez 151,51 zł za osobodzień (wariant 2),
- po 211,76 zł za osobodzień (wariant 3).

Za optymalny uznano wariant 2, co do 30 czerwca 2022 roku oznaczało w praktyce niedoszacowanie na poziomie 15%, a wzrost nominalny na poziomie 5% nastąpił dopiero od 1 lipca 2022 roku.

13 lipca 2022 roku Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał obwieszczenie w sprawie Rekomendacji nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej<sup>134</sup>. Obejmuje ono taryfę dla świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż. Taryfy zostały ustalone od 1 lipca 2022 roku w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. „osobodnia za świadczenia pielęgniarstwa w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania”, któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 punkt. Koszt świadczenia bazowego oszacowano na wartość 37,22 zł. Wzrost wartości jednostki rozliczeniowej wynikał z wejścia w życie z dniem 1 lipca 2022 r. ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze z katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej były przedmiotem taryfikacji również w 2019 roku<sup>135</sup>. Jak informowała wtedy AOTMiT bieżąca aktualizacja taryf świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych miała być odpowiedzią na wzrastające zapotrzebowanie społeczne na opiekę długoterminową, przy jednoczesnym wzroście kosztów działalności zakładów opieki długoterminowej, zwłaszcza kosztów osobowych.

Nazwa świadczenia	Taryfa (obowiązująca w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2019)	Taryfa (obowiązująca w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2020)	Taryfa (obowiązująca w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2021)	Taryfa (obowiązująca w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2022)	Taryfa (obowiązująca od 1 lipca 2022)
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	3,16 pkt = <b>95,05 zł</b>	3,54 pkt = <b>106,48 zł</b>	3,91 pkt = <b>117,61 zł</b>	4,29 pkt = <b>129,04 zł</b>	4,29 pkt = <b>159,67 zł</b>
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	4,51 pkt = <b>135,66 zł</b>	5,05 pkt = <b>151,90 zł</b>	5,60 pkt = <b>168,45 zł</b>	6,14 pkt = <b>184,69 zł</b>	6,14 pkt = <b>228,53 zł</b>

<sup>132</sup> Zapis posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia „Rozpatrzenie informacji na temat opieki paliatywnej i długoterminowej oraz funkcjonowania hospicjów” (26.01.2023). Dostęp: <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/biuletyn.xsp?documentId=714D5D34900D1639C1258956004ED217>.

<sup>133</sup> Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenie pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Raport AOTMiT w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.541.49.2016, data ukończenia 19.06.2017.

<sup>134</sup> Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 lipca 2022 r. w sprawie Rekomendacji nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Dostęp: [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2022/059/REK/2022%2007%2013%20BP%20Obwieszczenie%20Rekomendacja\\_nr\\_65\\_2022%20egz%20do%20podpisu%20RTM.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2022/059/REK/2022%2007%2013%20BP%20Obwieszczenie%20Rekomendacja_nr_65_2022%20egz%20do%20podpisu%20RTM.pdf).

<sup>135</sup> Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 27 września 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Dostęp: <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/taryfikacja-swadczen/6329-122019-obwieszczenie-sw-pielagnacyjne-i-opiekuńcze>.

Osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	3,16 pkt = <b>95,05 zł</b>	3,54 pkt = <b>106,48 zł</b>	3,91 pkt = <b>117,61 zł</b>	4,29 pkt = <b>129,04 zł</b>	4,29 pkt = <b>159,67 zł</b>
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	4,87 pkt = <b>146,49 zł</b>	5,61 pkt = <b>168,75 zł</b>	6,35 pkt = <b>191,01 zł</b>	7,09 pkt = <b>213,27 zł</b>	7,09 pkt = <b>263,89 zł</b>
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3. roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	6,28 pkt = <b>188,90 zł</b>	7,23 pkt = <b>217,48 zł</b>	8,19 pkt = <b>246,36 zł</b>	9,14 pkt = <b>274,93 zł</b>	9,14 pkt = 340,19 zł

Tabela 30

Taryfy świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Źródło: Załącznik do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 27 września 2019 r. w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 lipca 2022 r. w sprawie Rekomendacji nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

28 stycznia 2021 roku na stronie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia opublikowano zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Zarządzenie, w porównaniu do dotychczas obowiązującego, zwiększa stawkę za osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonego HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel. W 2021 roku ustalono taryfę na 5,08 pkt., czyli 152,80 zł, zaś w 2022 roku stawka zwiększyła się do 5,46 pkt., czyli 164,23 zł<sup>136</sup>.

Nie w każdym świadczeniu będącym elementem opieki długoterminowej stawki były podnoszone. Wyjątkiem jest zmiana taryfy jaka nastąpiła dla świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego dedykowanego pacjentom wentylowanym mechanicznie metodą nieinwazyjną w domu.

1 maja 2022 roku na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej redukcji uległa natomiast wysokość taryf za:

- osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych (**powyżej 16 godzin**) – **nowa wysokość taryfy: 4,13 = 120,06 zł (wcześniej 142,73 zł) – obniżka o 16%**,
- osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie od 8 do 16 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych – **nowa wysokość taryfy: 3,11 = 90,40 zł (wcześniej 127,62 zł) – obniżka o 29%**,
- osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie poniżej 8 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych – **nowa wysokość taryfy: 1,35 = 39,33 zł (wcześniej 103,49 zł) – obniżka o 62%**<sup>137</sup>.

System opieki długoterminowej w Polsce jest **niejednolity i niespójnie skonstruowany**, zakresy wsparcia dotyczące tej samej kategorii beneficjentów – osób przewlekle chorych i niesamodzielnych w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych są rozproszone. **Brakuje koordynacji pomiędzy systemami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej**. Oferowane świadczenia zdrowotne, pielęgnacyjne i opiekuńcze często są **niezdefiniowane i nieadekwatne** do rzeczywistych potrzeb osób wymagających wsparcia. **Brakuje również systemowego wsparcia** dla opiekunów nieformalnych, także tych chcących łączyć pracę zawodową z opieką nad osobą bliską. Zmiany nie tylko organizacyjne, ale również wprowadzające nowy sposób finansowania usług opiekuńczych są więc niezbędne.

<sup>136</sup> Zarządzenie Nr 55/2022/DSOZ z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Dostęp: [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/296/Zarz%C4%85dzenie-55\\_2022\\_DSOZ](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/296/Zarz%C4%85dzenie-55_2022_DSOZ).

<sup>137</sup> Zarządzenie Nr 55/2022/DSOZ z dnia 25.04.2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaj świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Dostęp: [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/296/Zarz%C4%85dzenie-55\\_2022\\_DSOZ](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/296/Zarz%C4%85dzenie-55_2022_DSOZ).

„Niesamodzielność” definiuje się jako „wynikające z powodu naruszenia funkcji organizmu ograniczenie aktywności powodujące konieczność długotrwałego albo stałego wsparcia innej osoby w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych”<sup>138</sup>.

Od kilku lat w Polsce podejmowane są inicjatywy mające na celu wprowadzenie definicji „niesamodzielność” i „osoba niesamodzielna” do polskiego systemu prawnego z zakresu zabezpieczenia społecznego. Do najważniejszych należą:

1. Realizacja projektu „PROFESJONALIZACJA USŁUG ASYSTENCKICH I OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH - NOWE STANDARDY KSZTAŁCENIA I OPIEKI”. Realizowany był od 1 lipca 2017 roku do 30 czerwca 2019 roku w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Celem głównym projektu była profesjonalizacja opieki nad osobami starszymi o różnym stopniu niesamodzielności.
2. Przyjęcie dokumentu „POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC OSÓB STARSZYCH 2030. BEZPIECZEŃSTWO - UCZESTNICTWO - SOLIDARNOŚĆ”.
3. Realizacja programu na rzecz Osób Starszych „AKTYWNI+” na lata 2021-2025 (wcześniej „RZĄDOWY PROGRAM NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020”).
4. Kontynuacja wieloletniego programu SENIOR+.
5. Realizacja programu „OPIEKA 75+”.
6. Program „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ”.

Dokument „POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC OSÓB STARSZYCH 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ”<sup>139</sup> został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 26 października 2018 roku. W dokumencie uwzględniono szczegółowe rozwiązania we wszystkich najważniejszych sferach życia osób starszych, w tym niesamodzielnych osób w podeszłym wieku.

Dokument uwzględni 7 obszarów polityki społecznej dotyczących ogółu osób starszych oraz 4 obszary działań skierowane do niesamodzielnych osób starszych i ich opiekunów:

- zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych,
- zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych,
- sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym,
- system wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych przez instytucje publiczne.

Celem rządowego projektu „AKTYWNI+” jest aktywizacja osób starszych we wszystkich dziedzinach życia społecznego. Program został wprowadzony w ramach Uchwały nr 167 Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021-2025 (M.P. 2020 poz. 1125)<sup>140</sup>.

Organizacje pozarządowe i inne uprawnione podmioty działające na rzecz seniorów mogą ubiegać się o dofinansowanie w wysokości od 25 do 250 tysięcy zł w ramach czterech priorytetów<sup>141</sup>:

- I Aktywność społeczna.
- II Partycypacja społeczna.
- III Włączenie cyfrowe.
- IV Przygotowanie do starości.

Na program każdego roku jest przeznaczane 40 mln złotych, łącznie na działania i inicjatywy aktywizujące seniorów zaplanowana 200 mln złotych. W ramach Programu „Aktywni+” Edycja 2021 oraz 2022 Minister Rodziny i Polityki Społecznej przekazał beneficjentom dotacje na łączną kwotę 77,5 mln zł. Umowy na realizację zadań publicznych podpisało 630 podmiotów. Z dofinansowania skorzystało 622 630 odbiorców ostatecznych, w tym 103 908 osób niepełnosprawnych<sup>142</sup>.

Strategicznym celem programu „OPIEKA 75+”, realizowanym od 2018 roku, jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych zarówno dla osób samotnych, samotnie gospodarujących, jak również pozostających w rodzinach, będących w wieku 75 lat i więcej, zamieszkujących w gminach do 60 tys. mieszkańców. Wysokość dotacji celowej z budżetu państwa nie może przekroczyć 60% kosztów realizacji zadania.

<sup>138</sup> Definicję opracował Zespół realizatorów w ramach projektu „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych - nowe standardy kształcenia i opieki” (II Oś Priorytetowa - Efektywne Polityki Publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER)). Więcej informacji w: A. Smrokowska-Reichman, E. Szwałkiewicz, Osoby niesamodzielne - jak im pomagać? Poradnik opiekuna wspierającego osoby niesamodzielne, Instytut Pracy i Spraw Społecznych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON”.

<sup>139</sup> Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/polityka-spoleczna-wobec-osob-starszych-2030-bezpieczenstwo-uczestnictwo-solidarnosc>.

<sup>140</sup> Więcej informacji: [http://senior.gov.pl/program\\_asos/strona/92](http://senior.gov.pl/program_asos/strona/92).

<sup>141</sup> Tamże.

<sup>142</sup> <https://www.gov.pl/web/rodzina/rusza-nowa-edycja-programu-aktywni>.

Dofinansowanie mogą uzyskać gminy, które dane świadczenie:

- realizują samodzielnie, tj. przez pracowników ośrodka pomocy społecznej, urzędu gminy lub innych gminnych jednostek organizacyjnych (zatrudnionych na umowę o pracę),
- zlecają organizacjom pozarządowym, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, tj. organizacjom pozarządowym, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie oraz podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3 pkt 1 i 3 tej ustawy,
- kupują usługi opiekuńcze od podmiotów z sektora prywatnego.

Środki finansowe w ramach „OPIEKA 75+” mogą zostać przeznaczone na:

- usługi opiekuńcze, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, którym przedmiotowe usługi były świadczone w ramach programu i będą kontynuowane w roku 2022,
- usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób, którym w roku 2021 te usługi nie były świadczone,
- zwiększenie liczby godzin usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w wieku 75 lat i więcej.

W 2018 roku do programu przystąpiły 394 gminy. Koszt jego realizacji wyniósł prawie 4,5 mln zł, a usługami opiekuńczymi objęto 2 802 osoby. W 2019 roku program realizowało 435 gmin z usługami dla 5 143 osób na kwotę ponad 9,5 mln zł. W roku 2020 do realizacji programu przystąpiło 509 gmin z usługami dla 7 343 osób. Oszacowana przez Wojewodów wysokość środków wydatkowanych na realizację programu „Opieka 75+” – edycja 2020 wyniosła ponad 15 mln zł. W roku 2021 program realizowało 570 gmin a usługami opiekuńczymi objęto 9 380 osób na kwotę ponad 22,5 mln zł. W roku 2022 przystąpienie do realizacji programu zadeklarowało 616 gmin szacując, że usługami opiekuńczymi zostanie objętych 9 586 osób na kwotę ponad 38 mln zł<sup>143</sup>.

### 500+ dla osób niesamodzielnych

31 lipca 2019 roku przyjęto ustawę o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, która weszła w życie 1 października 2019 roku<sup>144</sup>. Zgodnie z zapisami ustawy świadczenie przysługuje osobom, które ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji. Wysokość świadczenia określono na nie więcej niż 500 zł miesięcznie, przy czym warto nadmienić, że w chwili jego ustanawiania łączna kwota tego świadczenia i świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie mogła przekroczyć 1 600 zł brutto. Od marca 2021 roku próg dochodowy wzrósł do **1 772,08 zł brutto**<sup>145</sup>. W 2022 roku próg wzrósł ponownie, tym razem do kwoty 1 896,13 zł brutto<sup>146</sup>. Od marca 2023 roku próg dochodowy, uprawniający do otrzymania świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji wynosi 2 157,80 zł brutto (wzrost o 14,8%).

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez ZUS do Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” w lipcu 2022 roku liczba osób pobierających świadczenie 500+ wyniosła:

- 390,6 tys. osób w 2020 roku,
- 390,1 tys. osób w 2021 roku,
- 387,9 tys. osób w 2022 roku (stan na koniec maja).

Kwota wypłaconych świadczeń wyniosła: ponad 2,17 mln zł w 2020 roku, ponad 2,11 mln zł w 2021 roku i 896 tys. zł w okresie styczeń-maj 2022 roku.

Zintegrowana opieka medyczna i socjalna jest promowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako rozwiązanie istotne dla jakości życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych oraz dla ekonomii w wymiarze indywidualnym i społecznym. Od wielu lat eksperci Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, której Stowarzyszenie „UroConti” jest członkiem, podkreślają, że skoordynowanie opieki i pomocy socjalnej z opieką zdrowotną jest warunkiem poprawy jakości życia osób niesamodzielnych, szczególnie ludzi starszych, którzy są bezradni i dezorientowani z powodu barier prawnych oraz urzędniczych.

<sup>143</sup> <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75-edycja-2023>.

<sup>144</sup> Ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. 2019 poz. 1622).

<sup>145</sup> Więcej informacji: <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/biezace-wyjasnienia-komerek-merytorycznych/swiadczenia/-/publisher/details/1/500-swadczenie-uzupelniajace-dla-osob-niezdolnych-do-samodzielnej-egzystencji/2388941>.

<sup>146</sup> <https://www.zus.pl/-/500-swadczenie-uzupelniajace-dla-osob-niezdolnych-do-samodzielnej-egzystencji?redirect=%2Fbaza-wiedzy%2Fbiezace-wyjasnienia-komerek-merytorycznych>, dostęp z dnia 17.05.2022.

W 2019 roku na zlecenie Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” powstał raport zespołu ekspertów pod kierunkiem prof. Piotra Błędowskiego, zatytułowany „Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro”. Autorzy raportu zaproponowali listę 10 działań (tzw. **dekalog opieki długoterminowej**)<sup>147</sup>, które ich zdaniem powinny zostać podjęte w celu zmian w systemie opieki długoterminowej:

1. Przeprowadzenie debaty publicznej na temat celów, organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce.
2. Zdefiniowanie niesamodzielnosci na potrzeby prawa i sformułowanie szczegółowych zasad orzekania o niesamodzielnosci i jej stopniach.
3. Dokonanie szczegółowych szacunków dotyczących liczby osób wymagających opieki długoterminowej.
4. Wstępne oszacowanie kosztów świadczeń.
5. Oszacowanie kadr niezbędnych do zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w początkowym okresie.
6. Określenie zasad regulacji rynku opieki długoterminowej.
7. Utworzenie instytucji odpowiedzialnej/ych za organizację opieki długoterminowej i gospodarkę finansową.
8. Opracowanie koncepcji kształcenia kadr na potrzeby opieki długoterminowej.
9. Przygotowanie szczegółowych projektów rozwiązań.
10. Przygotowanie projektów aktów prawnych, tak by stworzyły podstawy prawne dla systemu opieki długoterminowej.

W 2020 roku powstały zaktualizowana i poszerzona edycja raportu. Można ją pobrać bezpośrednio ze strony internetowej Koalicji ([www.niesamodzielnym.pl](http://www.niesamodzielnym.pl)).

## Osoby niepełnosprawne

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje niepełnosprawność jako każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowy dla człowieka.

W Polsce stosowane są co najmniej dwie definicje dotyczące osób z niepełnosprawności. Pierwsza z nich to definicja wynikająca z przepisów prawa i dotycząca prawnej podstawy kwalifikacji do grupy osób niepełnosprawnych (odpowiednie orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – lekkim, umiarkowanym, znacznym – wydane przez organ do tego uprawniony). Druga definicja, szersza, stosowana jest w badaniach statystycznych. Obejmuje ona nie tylko osoby niepełnosprawne prawnie, ale również osoby, które orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz odczuwają ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (tzw. niepełnosprawność biologiczna)<sup>148</sup>.

Według danych GUS na koniec 2021 roku, orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało 2 830 tys. osób w wieku 16 lat i więcej, natomiast w 2014 roku było to ponad 3 608 tys. osób w takim wieku.

Stopień niepełnosprawności	Liczba osób w 2014 (w tys.)	Liczba osób w 2021 (w tys.)	Zmiana 2021/2014 (w proc.)
Znaczny	1 063	801	-24,6%
Umiarkowany	1 582	1 360	-14,0%
Lekki	963	669	-30,5%
<b>OGÓŁEM</b>	<b>3 608</b>	<b>2 830</b>	<b>-21,6%</b>

Tabela 31  
Osoby niepełnosprawne prawnie w 2014 i 2021 roku.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

9 maja 2018 roku Sejm, na fali protestów osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów, uchwalił ustawę o zmianie ustawy o rencie socjalnej, która podniosła wysokość renty socjalnej do kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy – 1 029,80 zł brutto (od 1 marca 2023 roku wynosi ona 1 588,44 zł brutto).

9 maja 2018 roku przyjęto również ustawę o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności<sup>152</sup>. Na podstawie przyjętych przepisów, które weszły w życie 1 lipca 2018 roku, nastąpiło zniesienie okresów użytkowania wyrobów medycznych (jak wózki inwalidzkie, cewniki, protezy, ortezy). Osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności otrzymały też prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych oraz usług farmaceutycznych poza kolejnością, a ze świadczeń specjalistycznych bez konieczności uzyskania skierowania. Ustawa zniósła również limity finansowania przez NFZ świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

<sup>147</sup> Raport Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro, red. Piotr Błędowski, Warszawa, 2019.

<sup>148</sup> Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2021, s. 206.

<sup>149</sup> Aktywność ekonomiczna ludności Polski - 4 kwartał 2021 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2022.

<sup>150</sup> Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2016.

<sup>151</sup> <https://www.zus.pl/swiadczenia/emerytury/kwoty-najnizszych-swadczen-emerytalno-rentowych>. Dostęp z dnia: 21.07.2023.

<sup>152</sup> Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018 poz. 932).



Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2022 roku Fundusz przeznaczył blisko 498,3 mln zł na zaopatrzenie w wyroby medyczne tej grupy pacjentów, z czego 111,5 mln zł na refundację środków absorpcyjnych. W 2021 roku kwoty te wyniosły ponad 362 mln zł na zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym ponad 95,7 mln zł na środki absorpcyjne.

## **Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030**

25 lutego 2021 roku w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” pod pozycją 218 została opublikowana Uchwała nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030”. Celem niniejszego dokumentu jest włączenie osób niepełnosprawnych w życie społeczne i zawodowe, a tym samym zagwarantowanie im praw określonych w Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych<sup>153</sup>.

## **Fundusz Solidarnościowy**

Kolejnym działaniem wspierającym osoby z niepełnosprawnościami miało być utworzenie Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Ustawa dotycząca utworzenia Funduszu weszła w życie 1 stycznia 2019 roku. Zgodnie z zapisami ustawy środki z funduszu solidarnościowego miały zostać przeznaczone na wsparcie społeczne, zawodowe lub zdrowotne osób niepełnosprawnych. W pierwszym roku funkcjonowania Fundusz zasilony został z części składki odprowadzanej od wynagrodzeń na Fundusz Pracy. Zasadniczym źródłem finansowania Funduszu jest tzw. danina solidarnościowa, opłacana przez osoby fizyczne, których dochody w danym roku podatkowym przekraczają 1 mln zł. Wysokość daniny solidarnościowej wynosi 4 proc. nadwyżki tej kwoty. Jak informuje na swojej stronie internetowej Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, w 2020 roku do Funduszu trafić miało ok. 1,15 mld zł<sup>154</sup>.

Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych decyzją Sejmu z 20 grudnia 2019 roku<sup>155</sup> został zmieniony na Fundusz Solidarnościowy. Równocześnie zmienione zostało pierwotne przeznaczenie Funduszu poprzez poszerzenie kręgu jego odbiorców o emerytów i rencistów, umożliwiając wypłatę z tych środków tzw. trzynastych i czternastych rent i emerytur.

W 2023 roku zaplanowano realizację następujących programów resortowych Ministra Rodziny i Polityki Społecznej mających przyczynić się do wsparcia społecznego lub zawodowego osób z niepełnosprawnościami:

- **„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023**  
Program skierowany do jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego. Jego założeniem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami poprzez działania mające na celu wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa.  
Planowany budżet Programu w 2023 roku wynosi 150 mln zł.
- **„Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023**  
Program skierowany do organizacji pozarządowych, o których mowa w art. 3 ust. 2 oraz ust. 3 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2020 r. poz. 1057, z późn. zm.). Jego założenia są analogiczne jak w przypadku programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023.  
Planowany budżet Programu w 2023 roku wynosi 55 mln zł.
- **„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**  
Program skierowany do jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego. Założeniem programu jest pomoc osobom z niepełnosprawnościami w prowadzeniu jak najbardziej niezależnego życia poprzez wprowadzenie usługi asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.  
Planowany budżet Programu w 2023 roku wynosi 505 mln zł.
- **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023**  
Z programu mogą skorzystać organizacje pozarządowe. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla uczestników Programu.  
Planowany budżet Programu w 2023 roku wynosi 105 mln zł.
- **„Centra opiekuńczo-mieszkalne”**  
Z programu „Centra opiekuńczo-mieszkalne” mogą skorzystać jednostki samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego, które zdecydują się na pomoc dorosłym osobom ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w zapewnieniu pobytu, opieki oraz specjalistycznych usług dostosowanych do ich potrzeb.  
Planowany budżet Programu w 2023 roku wynosi 60 mln zł.

<sup>153</sup> Więcej informacji: <http://niepelnosprawni.gov.pl/a,1180,strategia-na-rzecz-osob-z-niepelnosprawnościami-2021-2030-ogloszona-w-dzienniku-urzedowym-rzeczypospolitej-polskiej-monitor-polski>.

<sup>154</sup> Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/solidarnosciowy-fundusz-wsparcia-osob-niepelnosprawnych>.

<sup>155</sup> Ustawa z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2019 poz. 2473).

W 2023 roku planowana jest również realizacja programu rządowego przygotowanego przez Ministra Sportu i Turystyki na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o Funduszu Solidarnościowym, mającego na celu promocję sportu osób niepełnosprawnych. Cele szczegółowe przedmiotowego Programu obejmują m. in: zwiększenie aktywności ruchowej osób niepełnosprawnych, prowadzącej do poprawy sprawności fizycznej, stanu zdrowia i związanej z tym jakości życia, wyrabianie nawyku stałego podnoszenia poziomu sprawności fizycznej, kształtowanie zdrowego stylu życia, rozbudzanie zainteresowań sportowych w zależności od potrzeb, możliwości i preferencji uczestnika, podnoszenie świadomości społeczeństwa w zakresie sportu osób niepełnosprawnych<sup>156</sup>.

## Deinstytucjonalizacja

Pod koniec lutego 2020 roku w Ministerstwie Zdrowia odbyły się konsultacje dotyczące ram strategicznych w zakresie deinstytucjonalizacji w obszarze zdrowia. Posiedzenie zostało podzielone na dwa bloki tematyczne. Pierwszy dotyczył kierunków rozwoju zdrowotnej opieki długoterminowej, paliatywno-hospicyjnej i geriatrycznej udzielanej w środowisku, w szczególności opieki nad osobami starszymi. Drugi skupiał się na **deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**<sup>157</sup>.

**12 stycznia 2021 roku Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej powołało zespół do spraw opracowania „Strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce”. Do zadań zespołu należy opracowanie „Strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce” z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychicznymi, osób starszych, rodzin, dzieci i młodzieży, w tym z pieczy zastępczej, a także osób bezdomnych**<sup>158</sup>.

16 marca 2021 roku przedstawiono informacje o projekcie „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych”. Termin realizacji projektu to 1 października 2021 – 30 listopada 2023. Celem nadrzędnym projektu jest opracowanie i wdrożenie lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych w dwudziestu jednostkach samorządu terytorialnego wybranych z terenu całego kraju. Rezultaty projektu zostaną zaprezentowane podczas seminariów dydaktycznych organizowanych w każdym województwie<sup>159</sup>.

Temat deinstytucjonalizacji został poruszony również w kontekście ram strategicznych rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030: „Zdrowa Przyszłość” opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Dokument ten stanowi kontynuację „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne” i został przyjęty przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 roku. Jego założeniem jest realizacja wizji przyjaznego, nowoczesnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia.

„Zdrowa Przyszłość” jest także dokładnie określoną strategią na rzecz deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej. Składa się ona z dwóch części stworzonych w postaci dwóch załączników do „Zdrowej Przyszłości”. Obejmują one następujące grupy: osoby starsze oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Celem głównym obu strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej jest poprawa jakości życia osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym oraz poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji, a także zagwarantowanie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego.

## Polski Ład

W maju 2021 roku premier Mateusz Morawiecki ogłosił program „Polski Ład”, w którym uwzględniono między innymi świadczenia pielęgnacyjne dla osób sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami. Od 1 stycznia 2023 roku świadczenie pielęgnacyjne wynosi 2458 zł miesięcznie i jest o 339 zł wyższe niż w 2022 roku, kiedy wynosiło 2 119 zł miesięcznie<sup>160</sup>. Wysokość tego świadczenia waloryzowana jest co roku.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje jedynie opiekunom osób, których niepełnosprawność powstała nie później niż przed ukończeniem 18. roku życia (lub 25. roku życia, jeśli się uczy). Opiekunowie dorosłych osób niepełnosprawnych otrzymują natomiast znacznie niższy zasiłek opiekuńczy, który przysługuje im po spełnieniu kryterium dochodowego. Co istotne jego wysokość jest waloryzowana co 3 lata. Środowiska osób z niepełnosprawnościami od lat apelują o nieróżnicowanie tych grup<sup>161</sup>.

W 2014 roku Trybunał Konstytucyjny uznał, że różnicowanie uzależnione od wieku powstania niepełnosprawności jest niezgodne z art. 32 ustawy zasadniczej, czyli z zasadą równości wobec prawa. Opiekunowie dorosłych osób z niepełnosprawnościami należą do tej samej grupy i powinni być traktowani na tych samych zasadach<sup>162</sup>. Do czasu publikacji niniejszego Raportu wyrok pozostał niezrealizowany.

<sup>156</sup> Ogłoszenie o Rocznym Planie Działania na Rzecz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na 2023 rok. Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/ogloszenie-o-rocznym-planie-dzialania-na-rzecz-wsparcia-osob-niepelnosprawnych-na-2023-rok>.

<sup>157</sup> Więcej informacji: <https://wartowiedziec.pl/polityka-spoeczna/54299-deinstytucjonalizacja-w-obszarze-zdrowia>.

<sup>158</sup> Treść rozporządzenia: <https://www.gov.pl/web/rodzina/dzienniki-urzedowe-mirps---rok-2022>.

<sup>159</sup> Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/projekt-opracowanie-i-pilotazowe-wdrozenie-mechanizmow-i-planow-deinstytucjonalizacji-uslug-spoecznych>.

<sup>160</sup> Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 1 listopada 2022 r. w sprawie wysokości świadczenia pielęgnacyjnego w roku 2023, Dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20220001070>.

<sup>161</sup> Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/polski-lad-dla-rodzin>.

<sup>162</sup> Tamże.

## Świadczenie wspierające dla osób z niepełnosprawnościami

4 kwietnia 2023 roku rząd przyjął projekt ustawy, która wprowadza **świadczenie wspierające** dla osób z niepełnosprawnościami. Celem świadczenia jest udzielenie osobom niepełnosprawnym mającym potrzebę wsparcia pomocy służącej częściowemu pokryciu wydatków związanych z zaspokojeniem szczególnych potrzeb życiowych tych osób.

26 maja 2023 roku ustawę uchwalił Sejm, a 22 czerwca przyjął ją Senat, po wprowadzeniu poprawek zakładających m.in. modyfikację zasad ustalania świadczenia wspierającego. 7 lipca 2023 roku ustawę uwzględniającą część zgłoszonych poprawek przyjął Sejm, a 11 lipca skierował do podpisu Prezydenta RP, który podpisał ją 24 lipca.

Świadczenie wspierające przysługuje osobie w wieku od ukończenia 18 r.ż. posiadającej decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia. Wsparcie będzie wypłacane przez ZUS i kierowane bezpośrednio do osoby z niepełnosprawnościami, a nie jego opiekuna. Kwota świadczenia zostanie powiązana z wysokością renty socjalnej, której wysokość wynosi obecnie 1 588,44 zł miesięcznie brutto.

O wysokości świadczenia będzie decydować m.in. zdolność danej osoby do samodzielnego wykonywania określonych czynności lub zadań związanych z codziennym funkcjonowaniem czy jej wiek (określane punktowo).

Wysokość świadczenia określona jest miesięcznie i wynosi:

- 220% renty socjalnej – jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie 95 - 100 punktów,
- 180% renty socjalnej – jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie 90 - 94 punktów,
- 120% renty socjalnej – jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie 85 - 89 punktów,
- 80% renty socjalnej – jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie 80 - 84 punktów,
- 60% renty socjalnej – jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie 75 - 79 punktów,
- 40% renty socjalnej – jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie 70 - 74 punktów.

Świadczenie wspierające ma przysługiwać niezależnie od innych form pomocy. Osoby, które mają prawo do renty socjalnej, nadal będą ją pobierać. Świadczenie będzie przysługiwać też bez względu na osiągnięty przez osobę z niepełnosprawnościami dochód.

Ustawa przewiduje również umożliwienie podejmowania aktywności zawodowej przez opiekunów osób niepełnosprawnych bez żadnych limitów.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 roku.

System opieki zdrowotnej w Polsce od wielu lat wskazuje na szereg wad organizacyjnych, w tym funkcjonowania systemu refundacyjnego, dotyczącego leczenia i utrzymania higieny pacjentów z NTM. Odnotowując korzystne zmiany jakie nastąpiły w ostatnich latach, należy zauważyć, że nadal wiele problemów, z perspektywy pacjenta z inkontynencją, nie zostało rozwiązanych. Niestety, nie wszystkie wprowadzone zmiany legislacyjne można ocenić pozytywnie, co przy postępujących, niekorzystnych dla Polski zmianach demograficznych oraz pojawieniu się dwucyfrowej inflacji, zaczyna skutkować pogarszającą się sytuacją materialną wielu osób z inkontynencją i negatywną perspektywą na przyszłość. Stąd przedstawione w Raporcie analizy, skłaniają do następujących wniosków i rekomendacji.

### EDUKACJA

1. **W Polsce od początku publikacji Raportu nadal zauważalny jest problem komunikacji na linii pacjent – lekarz (lekarz POZ, lekarz rodzinny, lekarz ginekolog, lekarz urolog) oraz pacjent – pielęgniarka/położna i co za tym idzie, brak wiedzy chorego na temat profilaktyki i leczenia inkontynencji moczu.**

Duża część osób z inkontynencją nie zgłasza tego problemu lekarzowi pierwszego kontaktu, pielęgniarce czy też urologowi, ginekologowi lub położnej, a z kolei specjaliści medyczni niezbyt często o tę dolegliwość pytają. Problem ma rzecz jasna swoje źródło już na etapie edukacji szkolnej, korzystającej z programu nauczania mocno odbiegającego od współczesnych wyzwań obszaru zdrowia publicznego. Dlatego należy podtrzymać rekomendację rozszerzenia działań edukacyjnych, już od szkoły podstawowej, poprzez praktyczne informowanie o metodach profilaktyki oraz dostępnych środkach pozwalających zachować podstawową higienę ciała i utrzymać codzienną aktywność życiową. Ważnym elementem edukacji powinna być również aktualizacja podstawy programu nauczania, która w obecnym kształcie praktycznie nie przygotowuje młodych osób do profilaktyki zdrowotnej podtrzymującej prawidłowe funkcjonowanie układu moczowo-płciowego w poszczególnych etapach życia zarówno kobiety jak i mężczyzny.

Narastającym problemem jest postępująca redukcja dostępności do lekarzy specjalistów w publicznym systemie ochrony zdrowia. Nie zmieniło tego trendu zniesienie limitów, gdyż stawki oferowane lekarzom oraz system organizacji pracy nie były w stanie zachęcić lekarzy do powrotu. Lekarze w systemie publicznym nie mają czasu na dłuższą rozmowę z pacjentem z uwagi na obowiązki biurokratyczne oraz limitowany czas, jaki mogą pacjentowi poświęcić. Nie zmieni się to, jeżeli system ochrony zdrowia nie otrzyma dodatkowego finansowania, co wiąże się z koniecznością podniesienia podatków, na które nie ma zgody w większej części społeczeństwa. Jedyną alternatywą w tej sytuacji wydaje się być rozwój sektora świadczeń prywatnych, podobnie jak to wygląda w stomatologii.

2. **Pierwszymi osobami, które powinny zdiagnozować i odpowiednio pokierować pacjenta z NTM, są pielęgniarka, położna oraz lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Od ich aktywności, wiedzy oraz umiejętności komunikacyjnych często zależą dalsze etapy terapii.**

Lekarz, pielęgniarka oraz położna POZ powinni posiadać wiedzę z zakresu profilaktyki, diagnostyki, metod leczenia NTM, a także rodzajów i optymalnego doboru środków absorpcyjnych oraz preparatów higieniczno-pielęgnacyjnych, do których dostęp pacjent powinien mieć na wszystkich etapach terapii. Obserwując powolny, ale jednak postęp w tej dziedzinie, należy nadal podtrzymać rekomendacje dla dalszego poszerzania działań edukacyjnych wobec pielęgniarek, położnych i lekarzy POZ w celu usprawnienia działań profilaktycznych (m.in. ćwiczenia mięśni dna miednicy, ćwiczenie kontroli mikcji, trening pęcherza, odpowiednia dieta itp.), procesu diagnostycznego (m.in. prawidłowo wykonany wywiad, prowadzenie dzienniczka mikcji), wskazania kolejnych etapów postępowania w przypadku leczenia nietrzymania moczu (metody inwazyjne jako ostateczność), oraz uzyskania wiedzy na temat możliwości zaopatrzenia pacjentów w odpowiedni rodzaj i rozmiar środka specjalistycznego oraz środków higienicznych i preparatów pielęgnacyjnych zapewniających utrzymanie higieny i kondycji skóry. Plagą wśród pielęgniarek pozostaje brak profesjonalizmu w używaniu terminologii. Nadal większość z nich używa potocznego słownictwa (pampersy/pampersowanie) wobec specjalistycznych produktów dla osób z inkontynencją i czynności z tym związanych.

3. **W zależności od lekarza specjalisty, do którego trafi pacjent z NTM, często wdrażane jest inne postępowanie terapeutyczne. Nadal brakuje holistycznego podejścia do problemu.**

Dlatego rekomenduje się dalszą intensyfikację działań edukacyjnych wobec w/w grup lekarzy z akcentem położonym na interdyscyplinarne podejście do problemu. W ramach postulowanych działań edukacyjnych powinno położyć się nacisk, obok kompetencji medycznych (obejmujących współpracę z lekarzami innych specjalności lub/i fizjoterapeutami, pielęgniarkami i położnymi), także na umiejętności skutecznej komunikacji z pacjentem.

## HIGIENA NA KAŻDYM ETAPIE PROCESU LECZENIA

1. **W inkontynencji, podobnie jak w innych zaburzeniach funkcji ciała, bez codziennej higieny, właściwej pielęgnacji oraz odpowiedniego zabezpieczenia osób chorych w środki i produkty kompensujące utraconą sprawność, żaden system, a szczególnie obejmujący opiekę długoterminową, nie może prawidłowo funkcjonować.**

Pielęgnację skóry należy traktować jako podstawę utrzymania jej kondycji, o którą należy dbać przez cały proces terapii. Jest to obowiązek osoby z NTM lub jej opiekuna, ale też jedno z głównych zadań pielęgniarki, położnej czy opiekuna. Brak zachowania higieny oznacza, że efekty leczenia, rehabilitacji czy opieki będą niewspółmiernie niższe do efektów oczekiwanych. W czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych szczególnie istotne jest skuteczne zabezpieczenie skóry przed drażniącym działaniem moczu.

Odpowiedzią na te potrzeby są produkty chłonne lub sprzęt do zbiórki moczu, których podstawową funkcją jest zebranie wypływającego moczu, wyeliminowanie nieprzyjemnego zapachu, utrzymanie produktu w miejscu, dyskrecja, możliwość i umiejętność samodzielnego zakładania i w efekcie brak uszkodzeń skóry i zakażeń dróg moczowych, komfort i suchość skóry oraz utrzymanie normalnej aktywności życiowej.

Standardem higienicznym w pielęgnacji pacjenta z NTM powinno być także oczyszczanie skóry za pomocą specjalistycznych, multifunkcyjnych środków do pielęgnacji skóry. Brak jakiegokolwiek refundacji, inaczej niż w przypadku refundowanych produktów stomijnych, oznacza ograniczoną dostępność i co za tym idzie wyższe ryzyko zakażeń czy odleżyn.

2. **W marcu 2018 roku zaczęły obowiązywać nowe** limity ilościowe na refundowane środki absorpcyjne, przy jednoczesnym zachowaniu dotychczasowych limitów cenowych. **Limity ilościowe** nie są jednak adekwatne do rzeczywistych potrzeb pacjentów i nadal odbiegają od standardów obowiązujących w krajach Unii Europejskiej. Z kolei **limity finansowe**, zmienione co prawda decyzją Ministra Zdrowia od dnia 1 grudnia 2021 roku i następnie od 1 stycznia 2023 roku, nie rozwiązują problemu narastającego współpłacenia ze strony pacjenta. Pacjenci, którzy zaopatrują się w sprawdzone i dobre jakościowo produkty, dopłacają taką samą kwotę jak przed zmianą, a nawet wyższą z powodu szybko rosnącej inflacji. Czy wystarczającym rozwiązaniem będzie kolejna, zapowiadana tuż przed publikacją niniejszego Raportu, zmiana limitów finansowych? Odpowiedź nie jest jednoznaczna i trzeba będzie z nią się wstrzymać do publikacji kolejnego Raportu w 2024 roku. Jasne jest, że Minister Zdrowia nadal nie odważył się zmienić obowiązujących **kryteriów chorobowych, które nadal wykluczają z refundacji duże grupy osób**, cierpiących np. na wysiłkowe nietrzymanie moczu.

**Dynamika wzrostu wydatków płatnika publicznego** odnotowana w Polsce, w latach 2011-2022, na refundację materiałów chłonnych (+211%) jest znacząco niższa od dynamiki wzrostu wydatków dla całej grupy refundowanych wyrobów medycznych w tym samym okresie (+257%) i należy się spodziewać, że różnica będzie się powiększać w kolejnych latach obserwując zakres zmian refundacyjnych dokonywany w innych kategoriach.

**Populacja chorych z NTM to przeważnie osoby starsze, przewlekle chore, niepełnosprawne, niesamodzielne, pozostające na niewielkiej rencie lub emeryturze.** Można przypuszczać, że wobec braku środków na sfinansowanie materiałów chłonnych mogą wybierać produkty gorszej jakości, stosować jeden środek przez czas dłuższy niż zalecany czy też w ogóle nie nabywać środków chłonnych. U takich osób wzrasta ryzyko groźnych powikłań, które mogą skutkować hospitalizacją, czyli najdroższym elementem w strukturze wydatków publicznego systemu ochrony zdrowia.

Dlatego w kolejnych nowelizacjach rozporządzenia Ministra Zdrowia nadal rekomenduje się sukcesywne wprowadzenie następujących zmian:

- kontynuacja sukcesywnego zwiększania limitów finansowych, w szczególności w okresie gdy inflacja znacznie przekracza cel inflacyjny założony przez Narodowy Bank Polski,
- rezygnacja z dodatkowych kryteriów chorobowych i dążenie do pozostawienia diagnozy NTM jako jedyne kryterium wymaganego do otrzymania zlecenia na refundowane materiały chłonne,
- wprowadzenie kategoryzacji produktów dostosowanych do odpowiedniej grupy pacjentów, powiązanie kategorii produktów z intensywnością NTM oraz samodzielnością pacjentów,
- weryfikację norm dotyczących kryteriów jakości środków chłonnych, tak aby ułatwić pacjentom dobór produktu w zależności od faktycznego zapotrzebowania.

3. **Dwie specustawy**, tzw. ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (obowiązująca od 2016 roku) oraz dot. osób z orzeczoną znaczną niepełnosprawnością (obowiązuje od 1 lipca 2018 roku) przyniosły wymierne korzyści, ale dla stosunkowo niewielkich grup osób zaopatrujących się w środki absorpcyjne. Nastąpiło to przy znacznym wzroście wydatków. Łączne koszty realizacji obydwu ustaw za 2022 rok wyniosły 111,6 mln zł, co stanowiło już ponad 30% kwoty przeznaczonej na podstawową refundację środków absorpcyjnych. Przykłady dwóch w/w specustaw wskazują na konieczność dokonania rzetelnych analiz efektywności społeczno-ekonomicznych takich rozwiązań.

4. **W styczniu 2023 roku zaczął obowiązywać nowy wzór zlecenia.** Należy to odczytywać jako kolejny etap zmierzający do uzyskania w pełni z informatyzowanego systemu wystawiania zleceń na wyroby medyczne. Pacjenci oceniają pozytywnie możliwość wystawiania zleceń zdalnie, bez konieczności wizyty lekarskiej, jak również dostarczania zamówionych produktów wprost pod adres domowy. Mając na uwadze powyższe, rekomenduje się dalsze informatyzowanie procesu wystawiania, potwierdzania i realizowania zleceń, jednocześnie dążąc do jego uproszczenia.

## PROFILAKTYKA I LECZENIE NTM

1. **Fizjoterapia w NTM odgrywa dużą rolę zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu tego schorzenia. Równie istotna jest jako forma rehabilitacji urologicznej przed i po leczeniu chirurgicznym (np. po radykalnej prostatektomii, czy po radioterapii).** Obecnie w Polsce żadna forma leczenia wchodząca w zakres fizjo- czy też fizykoterapii NTM nie jest refundowana z budżetu państwa. Pacjenci chcąc skorzystać z treningu mięśni dna miednicy, metody biofeedback czy elektrycznej stymulacji mięśni, zmuszeni są pokryć koszty tego typu świadczeń z własnej kieszeni. W Polsce brakuje również profilaktycznych programów NTM, w ramach których fizjoterapia powinna być traktowana nie tylko jako postępowanie wtórne, ale i pierwotne (np. kobiety przed i w trakcie ciąży). Kolejne, pojedyncze próby uruchomienia na poziomie lokalnym tego typu programów profilaktycznych są tylko potwierdzeniem, jak mało zaawansowany jest to jeszcze proces. Dlatego istotną zmianą byłoby wprowadzenie programów zdrowotnych, będących elementem profilaktyki grup społecznych, szczególnie narażonych na ryzyko nietrzymania moczu.
2. **Jako „złoty standard” w leczeniu OAB określa się farmakoterapię realizowaną za pomocą leków antycholinergicznym. Niestety w Polsce, już 12 lat na liście leków refundowanych w terapii OAB nadal znajdują się jedynie dwie substancje (solifenacyna i tolterodyna).** Pozostałe, dopuszczone do obrotu na terenie Polski substancje (np. fesoterodyna, tropsium, darifenacyna, desmopresyna, oksybutynina), nie są współfinansowane z budżetu państwa lub ich refundacja jest ograniczona do wąskiej grupy pacjentów w innych schorzeniach. Oksybutynina na przykład refundowana jest jedynie dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Pozytywną zmianą, którą należy odnotować jest wprowadzenie dwóch wyżej wymienionych leków na bezpłatną listę leków dla seniorów 75+. Nadal brak jednak refundacji jakiegokolwiek substancji nowszej generacji. Stanowi to poważną barierę dla dużej części chorych, u których niepowodzeniem zakończyła się terapia za pomocą leków antycholinergicznym. Dlatego podtrzymujemy rekomendację wprowadzenia na listę leków refundowanych nowych, sprawdzonych substancji leczniczych o różnych mechanizmach działania, w celu poszerzenia pacjentom możliwości indywidualnego dostosowania terapii. **Szczególnie odczuwalny jest brak na liście leków refundowanych mirabegronu, którego proces refundacyjny zakończył się ponownie odmową ze strony Ministra Zdrowia.** Podczas, gdy w pozostałych krajach Unii Europejskiej rozwija się już leczenie skojarzone, polegające na łączeniu dwóch substancji leczniczych o odmiennym działaniu, np. solifenacyny i mirabegronu, w Polsce lekarz przepisujący receptę jest zmuszony w pierwszej kolejności mierzyć się z możliwościami finansowymi pacjenta, zamiast optymalizować terapię.
3. **Od 1 września 2015 roku w ramach nowego programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” (ICD-10:N31), po spełnieniu kryteriów kwalifikacji, pacjenci mogą skorzystać z terapii za pomocą toksyny botulinowej.** Dotychczasowe dane wskazują, iż z programu lekowego korzysta coraz mniejsza grupa osób. Są to pacjenci po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym. Liczba świadczeń realizowanych w ramach tego programu lekowego sukcesywnie maleje na rzecz gwarantowanych świadczeń szpitalnych, z których może korzystać zdecydowanie szersza grupa pacjentów. Ostatni pełny rok (2022) to wydatki na poziomie tylko 12 tys. zł, przy braku danych o liczbie pacjentów, którzy byli beneficjentami programu. Dlatego podtrzymuje się rekomendację rozważenia likwidacji tego programu lub zmiany kryteriów kwalifikacji.
4. **Od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja krzyżowa jest świadczeniem gwarantowanym dostępnym w wybranych oddziałach urologicznych i ginekologicznych.** Dostęp do tej terapii ma duże znaczenie, zwłaszcza w przypadku pacjentów z ciężkimi, opornymi na standardowe metody leczenia postaciami pęcherza nadreaktywnego, które dotychczas nie miały żadnej alternatywy terapeutycznej prócz wysoko inwazyjnych zabiegów chirurgicznych. W dniu oddania do publikacji Raportu terapia jest oferowana w jedenastu ośrodkach szpitalnych w Polsce, a liczba osób zaimplementowanych sukcesywnie rośnie z roku na rok. Proces kwalifikacji pacjentów do terapii wydaje się być efektywny, a dostępność do niej coraz większa. Nadal natomiast brakuje decyzji w sprawie poszerzenia terapii o pacjentów z nietrzymaniem stolca.

5. **W Polsce jedną z nielicznych w pełni refundowanych metod leczenia wysiłkowego NTM są zabiegi operacyjne z użyciem taśm, które można wykonać niemal w każdej placówce posiadającej oddział urologiczny, bądź ginekologiczny. Jest to terapia szczególnie popularna wśród kobiet.**

Zabiegi na wysiłkowe NTM z użyciem taśm, niosą za sobą jednak pewne ryzyko, skutkujące rosnącą liczbą powikłań po tego typu zabiegach. Jednym z powodów jest błędna kwalifikacja wynikająca z braku wykwalifikowanego i doświadczonego lekarza specjalizującego się w uroginekologii w danej placówce. Innym czynnikiem zwiększającym ryzyko powikłań są niskie umiejętności operatora. Często również szukanie oszczędności przez szpitale powoduje wybór przez nie najtańszych dostawców materiałów medycznych, które ulegają po ich założeniu szybko degradacji. W efekcie przybywa pacjentek poddających się reoperacji, co niesie za sobą koszty ekonomiczne i społeczne.

Dlatego należy rozpocząć prace nad powstaniem referencyjnych ośrodków leczenia zabiegowego NTM. Utworzenie ośrodków referencyjnych, w których operacje z użyciem taśm przeprowadzane byłyby przez lekarzy wyspecjalizowanych w tego typu zabiegach, mogłoby zdecydowanie obniżyć ryzyko częstego występowania powikłań wskutek nieprawidłowo wykonanych zabiegów. Innym możliwym rozwiązaniem, poprawiającym obecną sytuację w zakresie wszczepiania taśm, mogłoby być także certyfikowanie tzw. umiejętności uroginekologicznych. W tej sprawie, pojawił się co prawda pozytywny prognostyk, ale za wcześnie jeszcze na jakiegokolwiek oceny.

## **OPIEKA DŁUGOTERMINOWA**

1. **Nadal brakuje rozwiązań systemowych, które wzmocniłyby opiekę długoterminową, w tym opiekę nad pacjentem z NTM.**

System opieki długoterminowej w Polsce jest niejednorodny i niespójnie skonstruowany. Nadal brak definicji kto jest osobą niesamodzielną, kto jest osobą wymagającą całodobowej opieki i jakiego wsparcia ze strony państwa wymaga. Nadal brak również decyzji dotyczącej strategii wieloletniego finansowania opieki długoterminowej obejmującej zarówno opiekę medyczną jak i pomoc społeczną. Słabość opieki długoterminowej w Polsce bardzo obnażyła pandemia, przyspieszając proces odejścia personelu z zakładów opieki długoterminowej, a także gwałtowne wzrosty minimalnych stawek wynagrodzeń dla personelu medycznego.

2. **Zintegrowana opieka medyczna i pomoc socjalna jest promowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako rozwiązanie istotne dla jakości życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych oraz dla ekonomii w wymiarze indywidualnym i społecznym.**

Dlatego za istotne należy uznać poniższe inicjatywy mające na celu wprowadzenie definicji „niesamodzielnosci” do polskiego systemu prawnego z zakresu zabezpieczenia społecznego:

- ukończenie projektu „PROFESJONALIZACJI USŁUG ASYSTENCKICH I OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH – NOWE STANDARDY KSZTAŁCENIA I OPIEKI”, realizowanego od 1 lipca 2017 roku w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
- przyjęcie dokumentu „POLITYKA SPOŁECZNA WOBEK OSÓB STARSZYCH 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ”, przez Radę Ministrów w dniu 26 października 2018 roku,
- realizację programu na rzecz Osób Starszych „AKTYWNI+” na lata 2021-2025 (wcześniej „RZĄDOWY PROGRAM NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020”),
- realizację programu „OPIEKA 75+”, w celu poprawy dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych,
- zaakcentowanie istotnej roli opieki długoterminowej w dokumencie strategicznym Ministerstwa Zdrowia pn. „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. RAMY STRATEGICZNE ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021-2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 ROKU”.

3. **Nadal zbyt wiele niewiadomych jest w odniesieniu do dwóch inicjatyw Prezydenta RP zgłoszonych w 2020 roku:**

- powołanie „Centrów Zdrowia 75+” (do wydania Raportu projekt ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej był jeszcze procedowany w parlamencie),
- utworzenie Funduszu Medycznego (pomimo uchwalenia i wejścia w życie ustawy w 2020 roku, jej efekty nie są w żaden sposób odczuwalne dla pacjentów z inkontynencją).

Z dotychczasowych analiz wynika, iż mamy do czynienia z kolejnymi rozwiązaniami częściowymi, jakie znamy już z ustawy „Za życiem”, czy ustawy powołującej Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, następnie przemianowany na Fundusz Solidarnościowy, za pośrednictwem którego finansowane są m.in. trzynasta i czternasta emerytura. To niestety dowód, że w ślad za solidnie opracowanymi rozwiązaniami strategicznymi idą projekty aktów wykonawczych bardziej wychodzące na przeciw dorażnym potrzebom politycznym niż realizacji wieloletniej strategii państwa.

# O STOWARZYSZENIU

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” zostało założone w kwietniu 2007 roku przez pacjentów i z myślą o pacjentach borykających się z dolegliwością nietrzymania moczu (NTM).

Naszym głównym celem jest działanie na rzecz osób dotkniętych szeroko pojętym problemem NTM oraz propagowanie wiedzy na ten temat. Obecnie zrzeszamy około tysiąca osób w ośmiu oddziałach oraz dwóch sekcjach (pęcherza i prostaty). Posiadamy oddziały wojewódzkie w:

- Bydgoszczy
- Łodzi
- Gdańsku
- Poznaniu
- Krakowie
- Warszawie
- Lublinie
- Wrocławiu



Niezależnie od wieku, każdy, kogo dotyka ta intymna dolegliwość, może zostać naszym członkiem i aktywnie uczestniczyć w działalności Stowarzyszenia.

Rozwijając aktywności na rzecz osób dotkniętych NTM, organizujemy cykliczne spotkania edukacyjne z udziałem lekarzy specjalistów, pielęgniarek i fizjoterapeutów, a dla naszych członków zajęcia gimnastyczne wzmacniające mięśnie dna miednicy. Angażujemy się w analizę kosztów leczenia z punktu widzenia pacjenta, jak i systemu ochrony zdrowia. Postulujemy również o poszerzenie dostępu do leczenia OAB oraz zapewnienia odpowiedniego poziomu zaopatrzenia w środki absorpcyjne.



Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”  
ul. Chmielna 132/134, 00-805 Warszawa  
tel. 22 279 49 02  
zg@uroconti.pl  
www.uroconti.pl

ISBN 978-83-968964-0-7



9 788396 896407