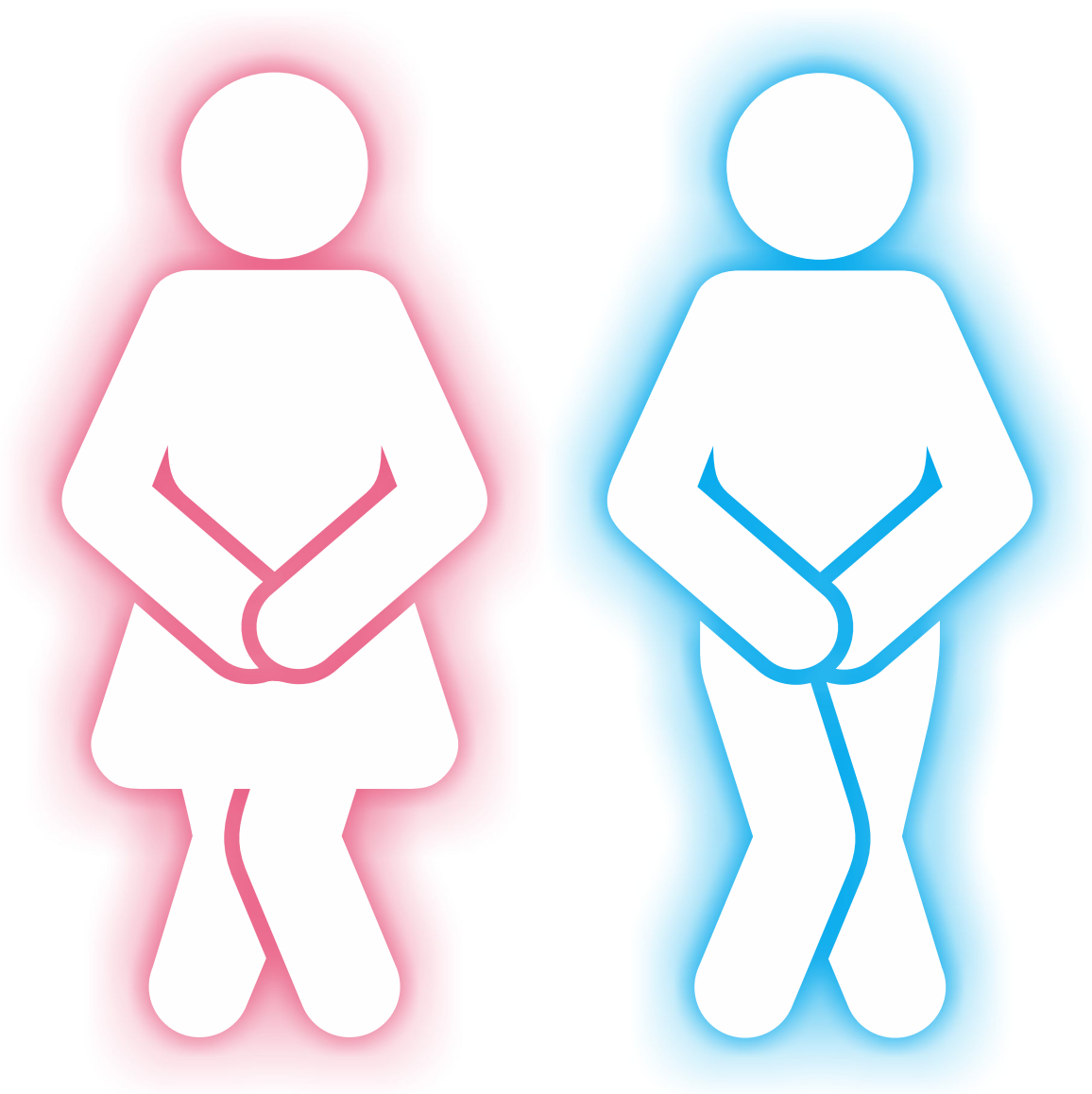




RAPORT

L I P I E C 2022

PACJENT Z NTM

W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2022

11. edycja raportu

Opracowanie raportu:

Karolina Ciepiela

Katarzyna Michalczuk

Tomasz Michałek

Małgorzata Witek

Współpraca merytoryczna:

dr n. med. Mariusz Blewniewski

prof. dr hab. n. ekon. Piotr Błędowski

dr n. o zdr. Elżbieta Szwatkiewicz

Opracowanie graficzne i skład:

Piotr Lisiecki

Realizacja wydawnicza: OCI Sp. z o.o.

Raport powstał na zlecenie Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” w ramach Światowego Tygodnia Kontynencji 2022, przy wykorzystaniu bazy wiedzy z lat 2002-2022 dostępnej na portalu 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 oraz www.ntm.pl

Warszawa, lipiec 2022

ISBN: 978-83-948272-8-1

© Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”

Wszelkie prawa zastrzeżone

All rights reserved

WPROWADZENIE DO RAPORTU

Szanowni Państwo,

Już po raz czternasty obchodziliśmy w Polsce Światowy Tydzień Kontynencji (World Continence Week, WCW). W tym czasie zostało opublikowanych dziesięć edycji raportu na temat sytuacji pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Dzisiaj oddajemy w Państwa ręce jedenaste wydanie, zaktualizowane o najnowsze dane.

Tegoroczny Raport został rozszerzony o nowe treści obejmujące zagadnienia związane z cewnikami urologicznymi oraz produktami stomijnymi. Należą one do grupy wyrobów medycznych odpowiedzialnych za kontynencję naszych potrzeb fizjologicznych.

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, 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). Niezmiennie, ważnym źródłem usystematyzowanych informacji był też raport pt. „Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro”, wydawany przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”.

Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej” co roku odnotowuje 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 w Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. 1 grudnia 2021 roku po raz pierwszy od 22 lat uległy zmianie limity cenowe na refundowane środki absorpcyjne tj. pieluchomajtki, majtki chłonne oraz pieluchy anatomiczne. Ponadto poziom współpłacenia dla wszystkich pacjentów korzystających z refundowanych środków chłonnych został ujednolicony. Kolejne zmiany w refundacji środków absorpcyjnych zaproponowano w projekcie zmieniającym rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, który 8 lipca br. trafił do konsultacji społecznych. Na dzień wydania Raportu konsultacje jeszcze trwają.

Wiele kontrowersji budziła z kolei, uchwalona przez Sejm, ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych, która została podpisana 20 kwietnia 2022 roku przez Prezydenta Andrzeja Dudę. Problemem były m.in. zapisy dotyczące milionowych kar za nieprzestrzeganie przepisów dot. reklamowania wyrobów medycznych. Podczas konsultacji środowiska pacjenckie wielokrotnie podnosiły argument mówiący, iż wysokość kar administracyjnych, jakie zostały zaproponowane w projekcie ustawy, mogą odbić się ostatecznie na pacjentach ze względu na ograniczenie dostępności niektórych wyrobów bądź też podniesienie ich cen.

Po wielu latach oczekiwań, 2 marca 2022 roku Minister Zdrowia wydał decyzję odmawiającą objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu dla leku Betmiga (mirabegron), rekomendowanego przez Prezesa Agencji Oceny Medycznych i Taryfikacji w II linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego. Powodem miało być nieprzedłożenie przez Wnioskodawcę warunków cenowych, które byłyby satysfakcjonujące dla płatnika publicznego. Istotną informacją jest, iż producent skorzystał z możliwości wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Na dzień wydania Raportu toczy się postępowanie administracyjne II instancji w tej sprawie.

1 kwietnia br. obchodziliśmy natomiast trzecią rocznicę wprowadzenia neuromodulacji nerwów krzyżowych do koszyka świadczeń gwarantowanych w oddziałach urologicznych i ginekologicznych. Na dzień publikacji Raportu do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej zostało przygotowanych 8 placówek szpitalnych (2 ginekologiczne i 6 urologicznych).

Podsumowując ostatni rok nie można oczywiście pominąć sytuacji związanej z wybuchem wojny w Ukrainie. Jej ekonomiczne skutki odczuł niemal każdy. Wpływ na to ma stale rosnąca inflacja, osłabienie złotówki, podnoszenie stóp procentowych przy jednoczesnym pogorszeniu się perspektyw na kolejne lata. Przełożyło się to m.in. na wzrost cen produktów, w tym również wyrobów medycznych.

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 moczowego¹. 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)².

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 osób cierpiących na tę dolegliwość. Według różnych badań przedstawianych przez ICS, wśród kobiet częstotliwość występowania kiedykolwiek NTM wahała się od 5% do 69% (przy czym najczęściej podawane dane kształtują się w granicach 25-45%).

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 wiekiem³.

Dane epidemiologiczne dotyczące mężczyzn również charakteryzują się znacznymi rozbieżnościami. Wskazuje się, że częstotliwość NTM waha się w przedziale od 1% do 39%, przy czym u starszych mężczyzn jest to 11-34%, podczas gdy u mężczyzn w średnim wieku i młodszych 3-5%. Wyniki wszystkich badań zgodnie wskazują jednak, że ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu, podobnie jak u kobiet, wzrasta wraz z wiekiem⁴.

Szacuje się, że w Polsce problem ten dotyka już ponad 2,5 miliona osób, jednakże odsetek osób cierpiących może być znacznie wyższy, gdyż intymny charakter schorzenia utrudnia zebranie rzetelnych danych. Niestety, bardzo ciężko o konkretne statystyki dotyczące NTM. Może być to związane z różnicami w zastosowanych metodach badań, różnicami populacyjnymi czy różnymi definicjami nietrzymania moczu. Przy podawaniu ogólnej liczby pacjentów cierpiących na NTM na świecie trzeba więc być bardzo ostrożnym, ponieważ dane epidemiologiczne mogą nie obejmować wszystkich osób.

W niemal wszystkich badaniach częstość występowania nietrzymania moczu u mężczyzn jest niższa niż u kobiet w stosunku 1:2.

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 zarówno dla pacjentów, jak i dla płatników usług zdrowotnych⁵.

¹ Incontinence, 6th edition 2017, red. P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg, A. Wein, 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016.

² Wstęp do urologinekologii, red. E. Barcz, Gdańsk 2017, s. 53.

³ Incontinence, 6th edition 2017, red. P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg, A. Wein, 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016, s. 18-22.

⁴ Tamże, s. 36.

⁵ Global Forum On Incontinence 2018, Rob Riemsma, Article: Can incontinence be cured?

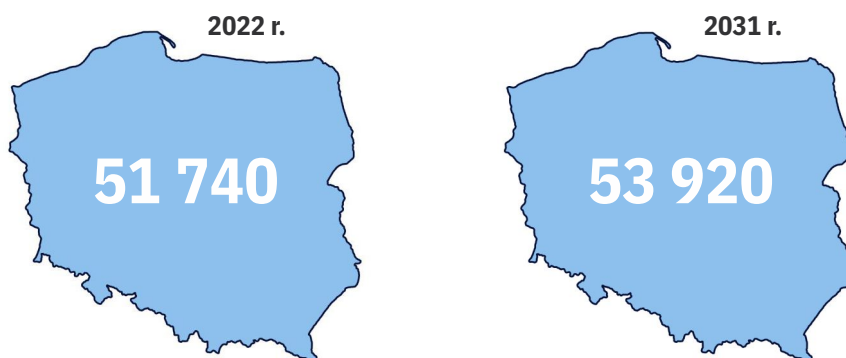
Rodzaj NTM	Kobiety 2008 r.	Kobiety 2013 r.	Kobiety 2018 r.	Mężczyźni 2008 r.	Mężczyźni 2013 r.	Mężczyźni 2018 r.
Jakiegokolwiek rodzaj NTM	250	275	301	98	109	120
Nietrzymanie moczu z parcia	27	30	33	22	25	27
Mieszane nietrzymanie moczu	43	47	52	11	12	14
Wysiłkowe nietrzymanie moczu	127	140	153	10	12	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 6th edition 2017, International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016.

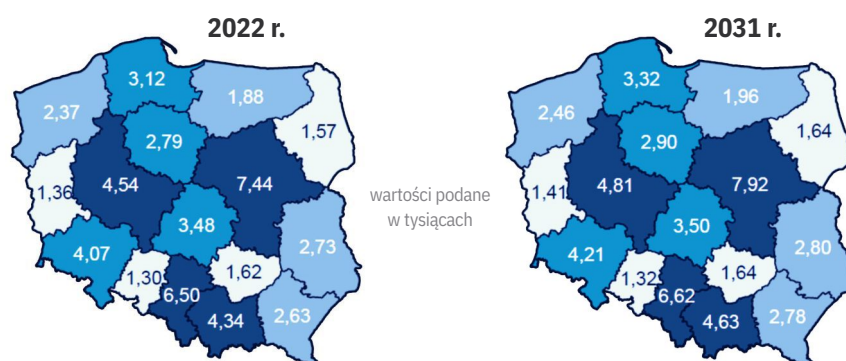
Według map potrzeb zdrowotnych opracowanych w 2018 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia prognozowana zapadalność na nietrzymanie moczu dla Polski w 2031 roku ma wynieść 53 920. Prognozowana zapadalność w 2031 roku została przedstawiona na poniższej infografice.



Mapy 1-2

Prognozowana uśredniona zapadalność rejestrowana w 2022 i 2031 roku.

Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych opracowana w 2018 r. przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS za 2016 r.



Mapy 3-4

Prognozowana uśredniona zapadalność rejestrowana w 2022 i 2031 roku.

Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych opracowana w 2018 r. przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS za 2016 r.

Częstość występowania epizodów NTM

Według różnych badań przedstawianych przez Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ICS) częstość występowania nietrzymania moczu u kobiet waha się od 5% do 69% (przy czym najczęściej podawane dane kształtują się w granicach 25-45%). Około 10% wszystkich dorosłych kobiet zgłasza co najmniej jeden wyciek tygodniowo. Wycieki sporadyczne występują częściej i dotyczą ok. 25-45% wszystkich dorosłych kobiet.

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. Trzymanie moczu 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. Jedną z najczęstszych przyczyn wystąpienia nietrzymania moczu jest właśnie osłabienie mięśni dna miednicy spowodowane ciążą i porodem czy zmianami hormonalnymi (menopauza).

W przypadku nietrzymania moczu u mężczyzn niestety przeprowadza się mniej badań, jednak w ostatnich latach możemy zauważyć postępujące zwiększanie liczby raportów. Częstość występowania wynosi 11% u mężczyzn w wieku 60-64 do 31% u mężczyzn powyżej 80 r.ż⁶.

Dominującym typem NTM u mężczyzn jest nietrzymanie moczu z parcia. Następne pod względem częstotliwości występowania jest mieszane NTM, a następnie wysiłkowe nietrzymanie moczu. Najczęstszą przyczyną wystąpienia NTM u mężczyzn jest radykalna prostatektomia. NTM po tym zabiegu występuje często i waha się od 2 do 57%. Ryzyko wystąpienia NTM spada od 1 do 2 lat po operacji i jest uzależnione m.in. od wieku pacjenta, otyłości czy techniki zabiegu (na ten moment nie ma jednak wystarczających badań, które potwierdzałyby znaczące różnice w częstotliwości wystąpienia NTM po konkretnej operacji tj. otwartej, laparoskopowej lub z użyciem robota).

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.

U dzieci najczęściej występuje moczenie nocne bądź moczenie dzienne i nocne. Częstość 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 dziecka. Wśród dzieci w wieku 7 lat jest to ok. 11%, w wieku 11-12 lat ok. 3,5% natomiast w wieku 16 lat już 1,3%. Ilość epizodów moczenia spada u dzieci wraz z wiekiem. Nocne moczenie jest u dzieci powszechne. Przykładowo w Stanach Zjednoczonych od 5 do 7 milionów dzieci doświadcza regularnie epizodów moczenia nocnego. Zgłaszana częstość 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 dotyczy dzieci, których rodzice również mieli ten problem, warto więc brać pod uwagę historię rodzinną jako czynnik ryzyka wystąpienia NTM u dzieci⁷.

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 najnowszymi 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 problemu⁸.

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 m.in.: lekarzy medycyny rodzinnej (podstawowa opieka zdrowotna), lekarzy ginekologów, w szczególności specjalistów w zakresie uroginekologii 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, lekarzy neurologów, urologów dziecięcych, proktologów, a także fizjoterapeutów i rehabilitantów.

⁶ EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO), European Association of Urology 2022, s. 57-58.

⁷ Incontinence, 6th edition 2017, red. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A., 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016, s. 6-49, 68-74.

⁸ EAU Guidelines on Paediatric Urology, European Association of Urology 2022, s. 42-43.

Wizyty u specjalistów

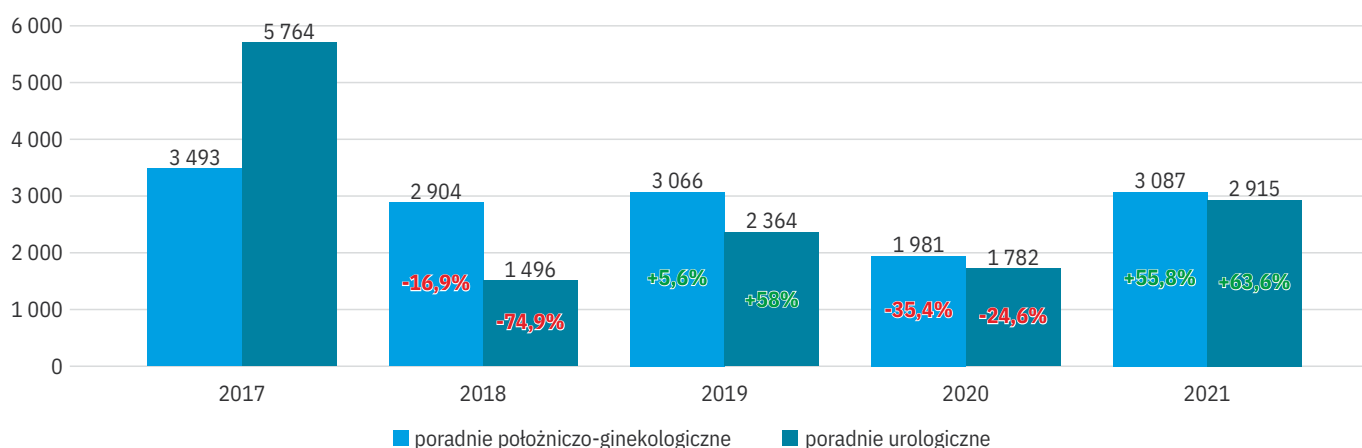
Wydatki NFZ (w tys. PLN) poniesione w latach 2017-2021 na refundację porad ambulatoryjnych sprawozdanych z rozpoznaniem NTM u specjalistów w zakresie ginekologii oraz urologii wyniosły odpowiednio:

Rok	2017	2018	2019	2020	2021	Dynamika (2021/2020)	Dynamika (2021/2017)
Poradnie położniczo-ginekologiczne	3 493	2 904	3 066	1 981	3 087	+55,8%	-11,6%
Poradnie urologiczne	5 764	1 496	2 364	1 782	2 915	+63,6%	-49,4%

Tabela 2

Koszt refundacji wizyt u specjalistów ściśle związanych z problemem NTM w latach 2017-2021 (w tys. PLN).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawienia „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021” (www.ezdrowie.gov.pl).



Wykres 1

Koszt refundacji wizyt u specjalistów ściśle związanych z NTM w latach 2017-2021 (w tys. PLN).

Dane na wykresie wyrażone w procentach odnoszą się do relacji rok do roku.

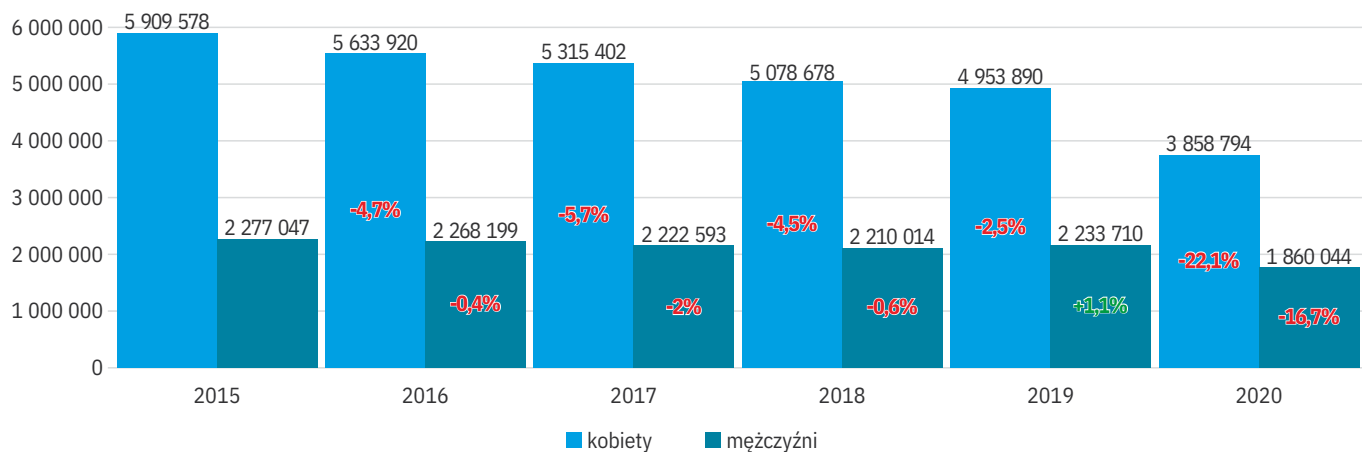
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawienia „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021” (www.ezdrowie.gov.pl).

W roku 2020, w poradniach położniczo-ginekologicznych odbyło się 22 483 wizyt, które związane były z rozpoznaniem nietrzymania moczu. W 2021 roku odbyło się 28 753 takich porad, czyli o blisko 28% więcej niż w roku poprzednim. Natomiast w poradniach urologicznych, w 2020 roku odbyło się 21 661 wizyt z rozpoznaniem nietrzymania moczu, podczas gdy w 2021 roku było ich 27 248, co stanowi wzrost liczby wizyt o blisko 26%. Nie zmienia to faktu, że od wielu lat odnotowujemy wyraźny, zniżkowy trend wizyt u specjalistów finansowanych przez publiczny system zdrowia. Będzie to zapewne skutkowało narastaniem tzw. długu zdrowotnego, z którym system zdrowia będzie musiał się mierzyć w kolejnych latach oraz dalszym przesuwaniem się konsultacji udzielanych w trybie ambulatoryjnym do sektora prywatnego.

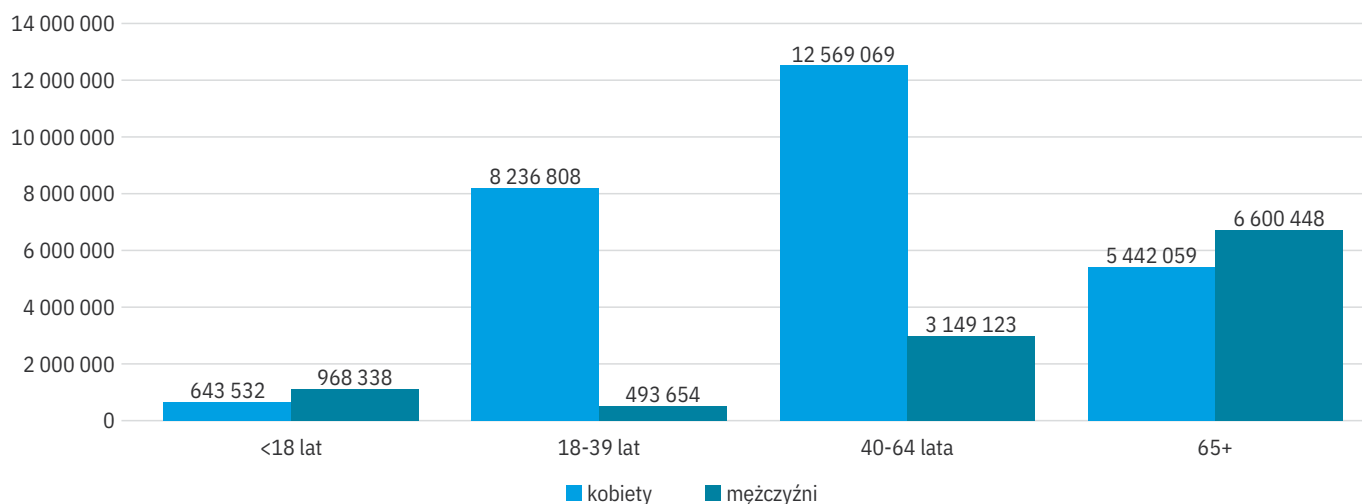
Według Map Potrzeb Zdrowotnych z 2021 roku (Mapy na lata 2015-2020), choroby układu moczowo-płciowego stanowią drugą największą grupę chorób w Polsce, zaraz po chorobach układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej.

Tylko z tytułu chorób układu moczowo-płciowego, w latach 2015-2020 miało miejsce 43 821 869 porad u specjalistów, z czego 22 755 042 odbyło się w poradniach ginekologicznych i ginekologiczno-położniczych, a 12 581 917 w poradniach urologicznych. Pozostałe 8 484 910 porad odbyło się w innych poradniach (m.in. onkologicznych, geriatrycznych, dermatologicznych).

Na przestrzeni tych 6 lat, najwięcej wizyt u specjalisty odbyły kobiety w wieku 40-64 lata (108 791 683 porady), a najmniej mężczyźni w wieku 18-39 lat (25 957 730).



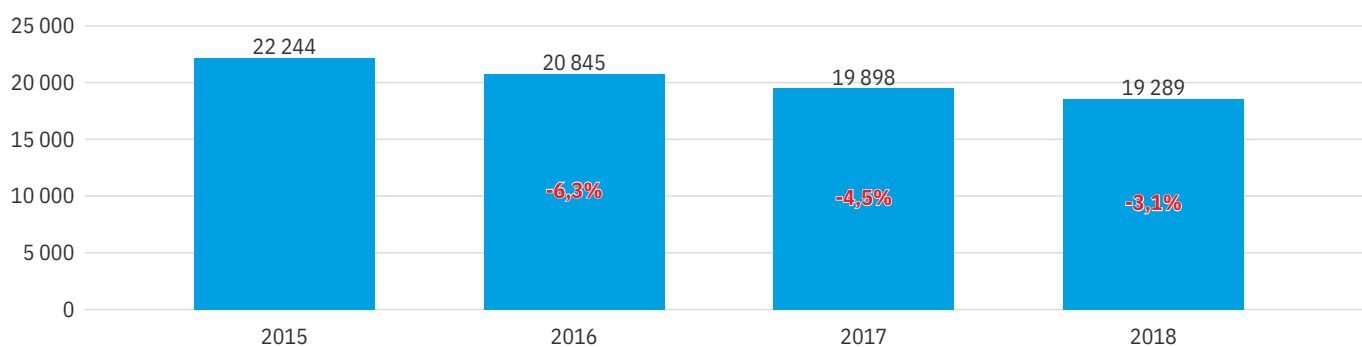
Wykres 2
Liczba porad udzielonych w grupie „choroby układu moczowo-płciowego” w latach 2015-2020 według płci.
Dane na wykresie wyrażone w procentach odnoszą się do relacji rok do roku.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych opracowanej w 2021 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS.



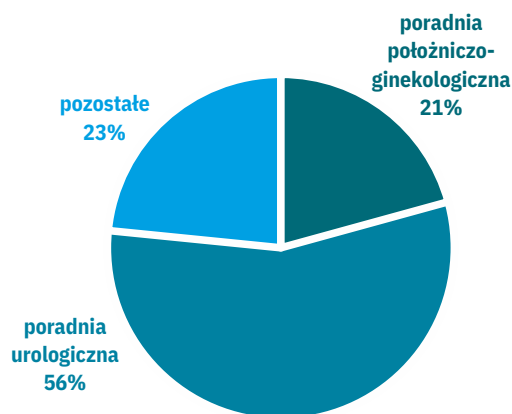
Wykres 3
Liczba porad udzielonych w grupie „choroby układu moczowo-płciowego” w latach 2015-2020 z podziałem na grupy wiekowe i płeć.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych opracowanej w 2021 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS.

W lipcu 2021 roku Sejmowa Komisja Zdrowia przyjęła informację Ministerstwa Zdrowia na temat leczenia chorób ginekologicznych i opieki porodowej w 2020 roku. Z danych przedstawionych przez resort zdrowia wynika, że w roku 2020, podczas którego trwała w Polsce pandemia COVID-19, znacznie obniżyła się liczba badań i świadczeń w zakresie ginekologii i położnictwa w porównaniu z rokiem poprzednim. W 2019 roku w poradniach ginekologicznych udzielono prawie 8,5 mln świadczeń, a rok później było to niespełna 7 mln. W zakresie ginekologii onkologicznej w 2019 roku udzielono ponad 240 tys. świadczeń, a w 2020 roku – 178 tys.

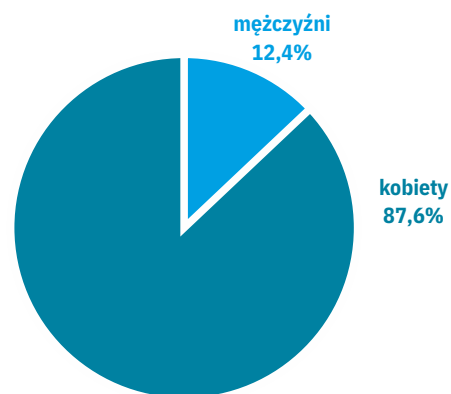
W latach 2015-2018, 82 276 przypadków zakończyło się rozpoznaniem nietrzymania moczu. Warto zauważyć, że aż 23% porad zakończonych rozpoznaniem NTM miało miejsce poza poradniami ginekologicznymi i urologicznymi.



Wykres 4
Liczba refundowanych 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 i GUS.

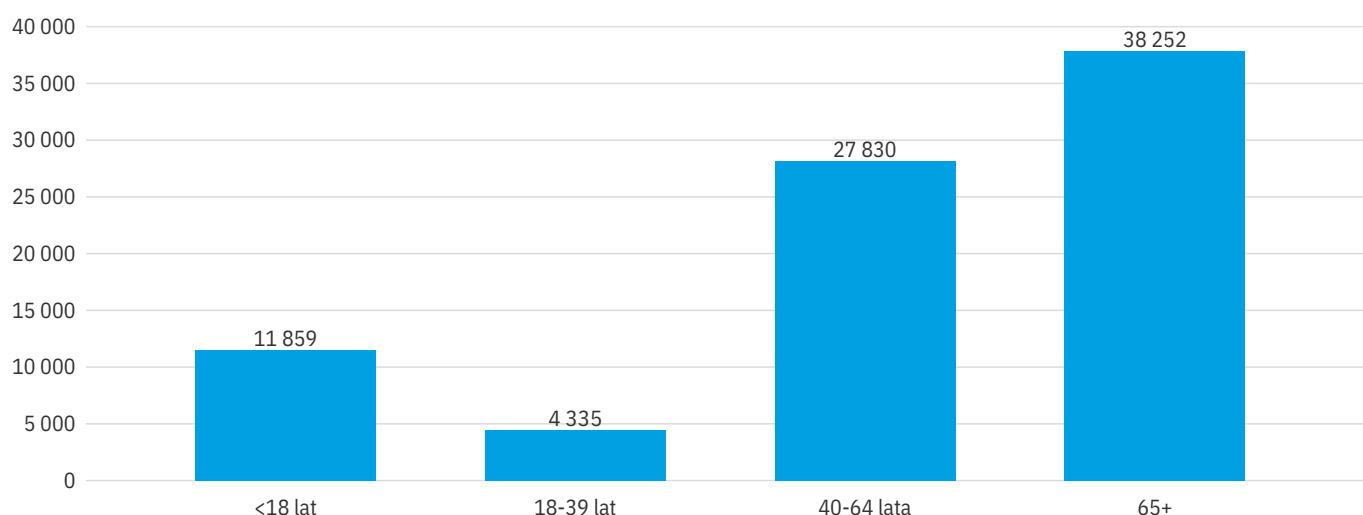


Wykres 5
Porady z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 z podziałem na poradnie.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych opracowanej w 2020 roku przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ i GUS.



Wykres 6
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.

W latach 2015-2018 blisko połowa (47%) wszystkich wizyt zakończonych rozpoznaniem NTM dotyczyła pacjentów w wieku 65 lat i więcej, a 34% wizyt pacjentów w wieku od 40 do 64 lat. 14% wizyt, podczas których rozpoznano nietrzymanie moczu, dotyczyło pacjentów do 18 roku życia, a jedynie 5% wizyt pacjentów pomiędzy 18 a 39 rokiem życia.



Wykres 7
Wizyty z rozpoznaniem NTM w latach 2015-2018 według wieku 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.

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 znaleźć rozwiązanie problemu. W dalszej kolejności lekarz rodzinny może skierować pacjenta do lekarza urologa specjalizującego się w urologii czynnościowej, neurologa lub w przypadku kobiet, dodatkowo do ginekologa 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 zapaść, częstotści oddawania moczu w dzień i w nocy, występowania parć naglających, moczenia nocnego, epizodów gubienia moczu, czy strumienia moczu⁹.

⁹ 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 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 naglących. 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 zawierający wiarygodne dane 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 zachować pewność siebie podczas wizyty u lekarza.

DZIENNICZEK MIKCI

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:
**GUBIENIE MOCZU:

X = SŁABE
X = KILKA KROPLI

XX = NORMALNE
XX = WILGOTNO

XXX = SILNE, NIEKONTROLOWANE
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 pęcherza¹⁰.

Badanie ogólne moczu z oceną osadu oraz **posiew moczu** wykonywane są 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 przepętnieniem. Przebzusne 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 odbycie, a przy mięśniach zwieraczy umieszcza się elektrody. Następnie lekarz wykonuje cystometrię i po jej wykonaniu prosi o oddanie moczu do urządzenia zwanego uroflowmetrem. Umożliwia on mierzenie ilości moczu oraz szybkości jego oddawania. Dodatkowo przez przetworniki w cewnikach sprawdzane jest ciśnienie w jamie brzusznej i pęcherzu.

Badania urodynamiczne są stosowane jako uzupełnienie diagnozy klinicznej, w przekonaniu, że mogą pomóc w dostarczeniu lub potwierdzeniu diagnozy, przewidzieć wyniki leczenia lub ułatwić doradztwo. Urodynamicę często wykonuje się przed inwazyjnym leczeniem wysiłkowego 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 leczenia farmakologicznego OAB. Badanie jest natomiast nadal konieczne do uzyskania refundacji na leki zawierające tolterodynę.

¹⁰ <https://ntm.pl/diagnostyka-ntm-u-kobiet/> (30.06.2022).

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 opublikował listę 123 podmiotów, które w 2021 roku wykonały ambulatoryjnie co najmniej 100 badań urodynamicznych (niezależnie od postawionego rozpoznania). Łączna liczba wykonanych badań w tych placówkach w 2021 roku wyniosła 30 135.

W poradniach urologicznych w 2021 roku wykonano 2 594 badania urodynamiczne zakończone rozpoznaniem NTM, natomiast w poradniach ginekologiczno-położniczych wykonano 3 391 takich badań. Wydatki NFZ poniesione na refundację badania urodynamicznego w poradniach urologicznych i ginekologicznych w 2021 roku wyniosły ponad 2,1 mln zł i były o blisko 43% wyższe niż w roku 2020, kiedy to wyniosły 1,5 mln zł.

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

W ostatnich latach zaobserwować można sukcesywny spadek liczby wizyt refundowanych przez NFZ, zakończonych rozpoznaniem NTM. Wynika to głównie z niskiej wyceny, która powoduje malejące zainteresowanie lekarzy udzielaniem świadczeń w ramach publicznej służby zdrowia. 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 posługiwać 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.

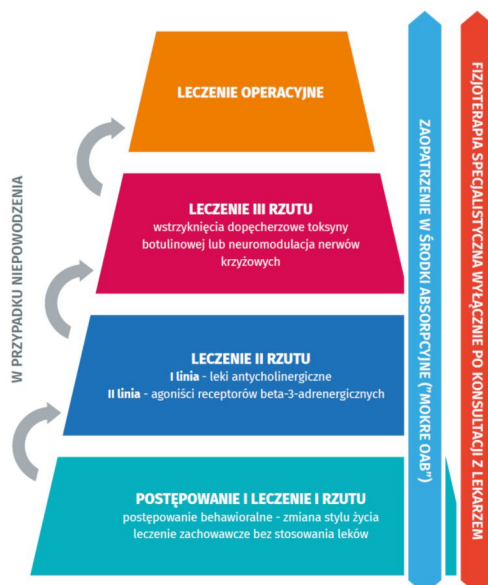
Zespół pęcherza nadreaktywnego dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Zgodnie z jednym z największych sondaży przeprowadzonych wśród osób powyżej 18 roku życia, The EPidemiology of InContinence (EPIC), które zostało przeprowadzone w pięciu krajach (Kanada, Niemcy, Włochy, Szwecja, Wielka Brytania) częstość występowania objawów OAB wyniosła 11,8% (10,8% u mężczyzn i 12,8% u kobiet). Sondaż przeprowadzany był telefonicznie i obejmował ok. 19 tys. osób. Inne badania wykazały częstość występowania w przedziale 30-40%, z zaznaczeniem, że wskaźniki te wzrastają wraz z wiekiem. Ponadto szacuje się, że w Europie z powodu OAB cierpi ok. 50 milionów osób, w Polsce ok. 2-3 miliony osób. Co roku na tę przypadłość zapada ok. 10-15 tys. nowych pacjentów.

OAB jest składową zespołu objawów z dolnych dróg moczowych (ang. *Lower Urinary Tract Symptoms* – LUTS). Rozróżniamy dwa rodzaje OAB: mokry (ang. *wet*), gdzie objawom parć naglących towarzyszy nietrzymanie moczu, i suchy (ang. *dry*), z występującymi parciem nagłymi, 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.

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 operacyjne¹¹.



Rysunek 2
Modelowy schemat leczenia OAB.

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

¹¹ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 61-66.

Postępowanie zachowawcze nefarmakologiczne (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 należytej masy ciała, regularną, umiarkowaną aktywność fizyczną, unikanie zaparć, 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 wcześniejszym 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 ćwiczeń¹².

Obecnie w Polsce żadna forma leczenia wchodząca w zakres fizjoterapii urologicznej lub uroginekologicznej nie jest refundowana z budżetu państwa. 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 komercyjnych.

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 Kegla. Metoda ta polega na systematycznym świadomym napinaniu, a następnie rozluźnianiu mięśni dna miednicy, co ma na celu zwiększenie objętości włókien mięśniowych¹³.

Trening pęcherza moczowego polega na wypracowaniu przez pacjenta przyzwyczajeń 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.

¹² I. Klisowska, A. Dąbek, I. Zborowska, B. Kapkowski, M. Kowalik, Nietrzymanie moczu - zadanie dla fizjoterapeuty, Piel. Zdr. Publ., 2012, 2.

¹³ D. Purc, A. Rasala, Metody leczenia nietrzymania moczu, European Journal of Medical Technologies, 2015, 3(8).

Elektrostymulacja czasowa/miejscowa powoduje stymulację krzyżowego ośrodka mikcji i rekomendowana jest jako uzupełnienie terapii behawioralnej¹⁴.

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 osiemnastu leków (dwanaście na bazie substancji czynnej solifenacyny oraz sześć na bazie substancji czynnej tolterodyny) przy 30% odpłatności pacjenta¹⁵. Liczba refundowanych substancji czynnych nie zmieniła się od utworzenia listy w 2011 roku. Dodatkowo od 1 września 2020 roku z listy leków refundowanych usunięto lek oryginalny zawierający substancję czynną solifenacynę, który znajdował się na niej nieprzerwanie od 2011 roku i cieszył się największym zaufaniem pacjentów i lekarzy.

Wśród innych substancji leczniczych, dopuszczonych do obrotu na terenie Polski, należących do grupy leków antycholinergicznych, znajdują się także: fesoterodyna, trospium i darifenacyna, które nie są obecnie współfinansowane z budżetu państwa, oraz oksybutynina – dostępna w postaci dwóch leków w refundacji dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM).

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 publikacji Raportu w refundacji dedykowanej pacjentom z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB – *overactive bladder*) dostępne są dwie substancje lecznicze:

- solifenacyna (12 leków) we wskazaniu zespół pęcherza nadreaktywnego. Leki zawierające solifenacynę: Adablok, Afenix, Beloflow, Silamil, 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.

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

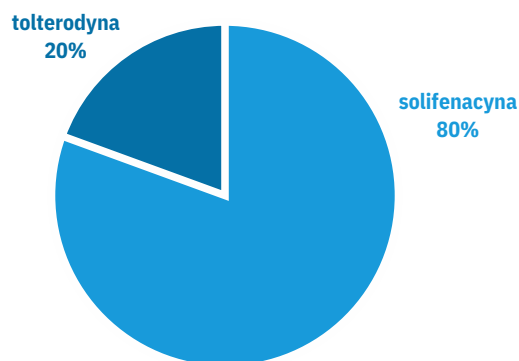
W roku 2020 wydano łącznie 828 tys. opakowań leków stosowanych w przypadku leczenia OAB, natomiast w 2021 roku wydano o 988 tys. opakowań (o 160 tys. więcej). Kwota refundacji wzrosła o ponad 4,2 mln. zł w stosunku do 2020 roku.

¹⁴ Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

¹⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2022 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
	RAZEM	828	16 599	15 641	32 240
2021	Solifenacyna	841	18 849	7 209	26 058
	Tolterodyna	147	1 982	1 441	3 423
	RAZEM	988	20 831	8 650	29 481

Tabela 3
Leki refundowane stosowane w leczeniu OAB.
Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawienia „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021” (www.ezdrowie.gov.pl).



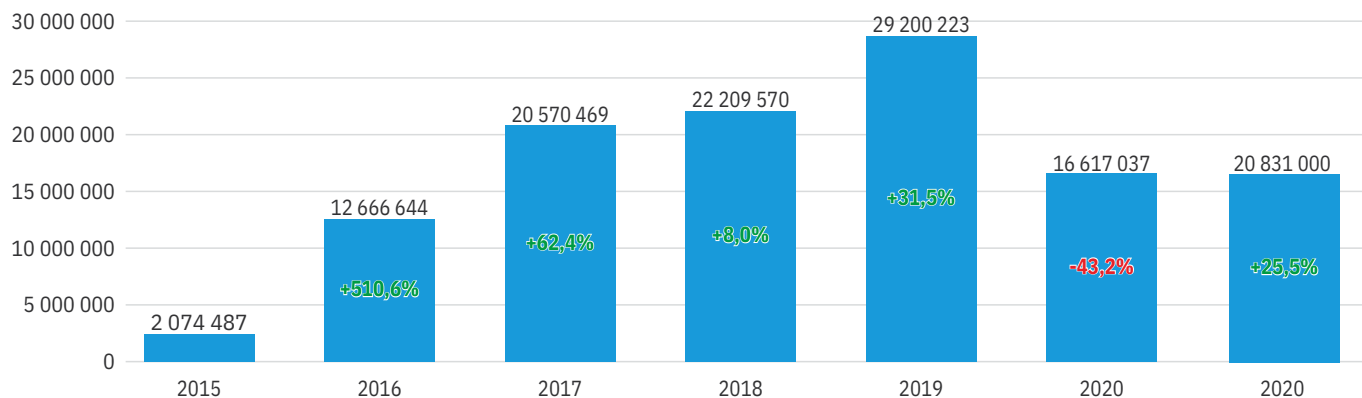
Wykres 8
Struktura sprzedaży refundowanych leków stosowanych w leczeniu OAB.
Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawienia „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021” (www.ezdrowie.gov.pl).

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 2022 roku.

Substancja czynna	Dawka leku (w mg)	Wielkość opakowania (sztuk w opakowaniu)	Odpłatność pacjenta (%)	Cena 100% (w PLN)
Solifenacyna	5	30/90/100	30%	14,77 - 53,37
Solifenacyna	10	30/90/100	30%	27,65 - 101,60
Tolterodyna	2	28/60	30%	12,28 - 25,08
Tolterodyna	4	28/30/60/90	30%	23,83 - 72,17

Tabela 4
Leki refundowane stosowane w leczeniu OAB.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze strony www.lekinfo24.pl.

Poniżej przedstawiamy wykres prezentujący zmiany kosztów refundacji leków stosowanych w przypadku leczenia NTM w latach 2015-2021.



Wykres 9
Koszty refundacji leków stosowanych w leczeniu OAB w latach 2015-2020 (w PLN).
Dane na wykresie wyrażone w procentach odnoszą się do relacji rok do roku.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawienia „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021” (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, a także osobom represjonowanym, uprawnionym do renty rodzinnej i cywilnym, niewidomym ofiarom działań wojennych. Poniżej przedstawiamy zestawienie uwzględniające te koszty.

Rok	2017	2018	2019	2020	2021	Dynamika (2021/2020)
RAZEM (w PLN)	996 897	1 661 217	1 206 927	641 000	485 000	-24,3%

Tabela 5
Koszty leków stosowanych w leczeniu NTM refundowanych przez NFZ na innych zasadach z tytułu praw nabytych latami 2017-2021 (w PLN).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawienia „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021” (www.ezdrowie.gov.pl).

W prezentowanym zestawieniu nie zostały uwzględnione inne preparaty używane w leczeniu nietrzymania moczu. Mowa tu o lekach zawierających w składzie jedną z wymienionych substancji czynnych: fesoterodyna, tropsium, darifenacyna, desmopresyna czy oksybutynina. Mimo, że są uwzględnione na liście refundacyjnej, to stosowane są w przypadku innych schorzeń, dlatego nie należą 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. 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**¹⁶.

¹⁶ Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

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 dziewięciu 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”¹⁷.

Na całym świecie, mirabegron uznawany jest za terapię przyszłości w leczeniu OAB. Jego skuteczność jest porównywalna do leków antycholinergicznych przy znikomych działaniach niepożądanych. **Zdaniem specjalistów, mirabegron może być w przyszłości lekiem pierwszego rzutu.**

Pod koniec 2020 roku amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) zarejestrowała nowy lek – **vibegron**, agonistę receptora beta-3-adrenergicznego stosowanego w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego u pacjentów, u których dochodzi do nagłego nietrzymania moczu¹⁸. Do dnia publikacji Raportu lek ten nie został wprowadzony do sprzedaży w Polsce.

Eksperci 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 8 lat na uruchomienie drugiej linii leczenia farmakologicznego. W chwili obecnej lek można nabyć na receptę przy pełnej odpłatności. Jego aktualny koszt wynosi od 100 do 265 zł miesięcznie¹⁹.

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 solifenacyną²⁰.

Pozytywne efekty może przynieść również połączenie fizjoterapii urologicznej/uroginekologicznej z leczeniem farmakologicznym. Dotyczy to szczególnie leczenia zachowawczego u pacjentów ze zdiagnozowanym mieszanym typem NTM.

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.

¹⁷ 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.

¹⁸ V. Madeja, Pacjenci z OAB skazani na dalsze oczekiwanie, Kwartalnik NTM nr 1(76), 2021. <https://www.gdziepolek.pl/> (30.06.2022).

²⁰ M.G. Lucas, R.J.L. Bosch, F.C. Burkhard, et al. EAU Guidelines on Surgical Treatment of Urinary Incontinence. Actas Urológicas Españolas. 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.

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 nagłych. 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 geriatrici 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+»**²¹.

Od 1 marca 2021 roku leki zawierające substancję czynną solifenacynę oraz substancję czynną tolterodynę zostały wpisane na listę leków dla seniorów (tzw. lista 75+) i objęte 100% refundacją dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego, którzy w dniu wystawiania recepty ukończyli 75. rok życia²².

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: ból głowy, suchość w jamie ustnej, nudności, obrzęki oraz hiponatremię²³.

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, uznał za niezasadne objęcie refundacją leku Noqturina w powyższym wskazaniu. Jak informuje Ministerstwo Zdrowia wniosek został skierowany do negocjacji cenowych Wnioskodawcy z Komisją Ekonomiczną. Aktualnie postępowanie jest zawieszone na wniosek podmiotu odpowiedzialnego.

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.

Historia refundacji leków w Polsce

Od momentu utworzenia listy leków refundowanych w 2011 roku w ramach I linii farmakologicznego leczenia OAB w Polsce refundowane są dwie substancje: solifenacyna i tolterodyna, podczas gdy na świecie znacznie więcej. Według danych World Federation of Incontinence and Pelvic Problems (WFIPP), w krajach ościennych (Czechy, Węgry, Słowacja, Niemcy), w ramach refundacji dostępnych jest 4-6 substancji medycznych o różnych mechanizmach działania.

17 listopada 2014 roku ukazała się pozytywna rekomendacja 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).

Pomimo pozytywnej rekomendacji Prezesa AOTMiT w grudniu 2017 roku jedyny wniosek jaki był złożony do Ministerstwa Zdrowia w sprawie objęcia refundacją II linii leczenia OAB, został ostatecznie odrzucony, ponieważ proponowany przez Wnioskodawcę (producenta leku) poziom ceny uznano za nieodpowiedni. Oznaczało to, że pacjenci z OAB, nadal pozostali tylko z dwoma refundowanymi lekami antycholinergicznymi o podobnym mechanizmie działania – solifenacyną i tolterodyną. W efekcie producent leku mirabegron zdecydował się złożyć drugi wniosek refundacyjny.

²¹ 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.

²² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2022 roku.

²³ Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla pacjentów dorosłych z dolegliwościami dolnych dróg moczowych, Raport przygotowany przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, Fundację Eksperci dla Zdrowia, Warszawa, 2019.

19 listopada 2018 roku zostało opublikowane **stanowisko nr 119/2018 Rady Przejrzystości** działającej przy Prezesie AOTMiT, w którym uznano za zasadne objęcie refundacją substancji mirabegron w drugiej linii leczenia OAB. Na podstawie stanowiska Rady Przejrzystości **Prezes Agencji w rekomendacji nr 117/2018 z dnia 23 listopada 2018 roku** również uznał za zasadne objęcie refundacją produktu leczniczego Betmiga (mirabegron) we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi, pod warunkiem znacznego obniżenia ceny leku i pogłębienia mechanizmu dzielenia ryzyka.

Drugi wniosek refundacyjny, po 12 miesiącach procedowania trafił, po negocjacjach z Komisją Ekonomiczną, do ostatecznej decyzji Ministra Zdrowia. Z informacji przekazanych pisemnie w sierpniu 2020 roku przez producenta leku do Stowarzyszenia „UroConti” wynika, że Polska otrzymała najlepsze warunki cenowe w Europie dla tego konkretnego leku.

Pomimo dwóch wniosków producenta leku i dwóch pozytywnych rekomendacji Prezesa AOTMiT **mirabegron nadal pozostaje jednak poza refundacją**. 2 marca 2022 roku Minister Zdrowia wydał decyzję odmawiającą objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu dla leku Betmiga (25 mg, 30 tabl. oraz 50 mg, 30 tabl.). Z odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na interpelacje poselskie wiadomo, że powodem miało być nieprzedłożenie przez Wnioskodawcę warunków cenowych, które byłyby satysfakcjonujące dla płatnika publicznego. Producent skorzystał z możliwości wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Na dzień wydawania Raportu toczy się postępowanie administracyjne II instancji w sprawie objęcia i ustalenia urzędowej ceny zbytu dla leku Betmiga.

Należy zauważyć, że **Polska jest jedynym krajem Unii Europejskiej, który nie refunduje II linii leczenia w zespole pęcherza nadreaktywnego**.

Brak II linii leczenia farmakologicznego w Polsce oznacza od razu przejście do kolejnej linii leczenia, już inwazyjnej, z koniecznością hospitalizacji.

Zabiegi małoinwazyjne

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: 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.

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 nadreaktywnego lub ich zastosowanie nie jest możliwe.

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 powtórzony²⁴. Jednym z poważniejszych skutków ubocznych tej terapii może być tymczasowy brak możliwości oddania moczu i konieczność cewnikowania.

W całym 2021 roku, w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” (ICD-10: N31)”, koszt wykonanych świadczeń wyniósł 9 000 zł. W porównaniu do roku 2020 nastąpił spadek wartości świadczeń o 25%. Jest to już kolejny rok, gdy wartość świadczeń realizowanych w ramach tego programu lekowego maleje.

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

²⁴ 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 fiolek 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)”.

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

Tabela 6

Liczba i koszt świadczeń dla pacjentów z założonym filtrem na rozpoznanie ICD-10: N31 (wraz z rozszerzeniami) oraz dla kodu zakresu świadczeń 03.0000.373.02 (Program lekowy – Leczenie neurogennej nadreaktywności wyprężacza).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawienia „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021” (www.ezdrowie.gov.pl).

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 S2-S3. 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)²⁵.

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 moczu²⁶.

Po ośmiu latach od złożenia przez Stowarzyszenie „UroConti” wniosku, 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 szpitalnego²⁷ oraz zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne²⁸.

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 **8 placówek szpitalnych** zostało przygotowanych do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej (2 ginekologiczne i 6 urologicznych).

²⁵ M. Oszczudłowski, Neuromodulacja krzyżowa z punktu widzenia lekarza urologa, Kwartalnik NTM nr 3(74), 2020.

²⁶ 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.

²⁷ 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).

²⁸ 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 wyspecjalistyczne.

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. 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
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel. 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	prof. dr hab. n. med. Waldemar Różański
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	I Klinika 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: Kwartalnik NTM nr 2(81) 2022.

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 moczu²⁹, 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.

²⁹ 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 49% wszystkich rodzajów tego schorzenia u kobiet, natomiast około 8% – u mężczyzn. Badacze są zgodni, że częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet wzrasta wraz z wiekiem³⁰.

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:

- przebyty poród (szczególnie kleszczowy), w czasie którego angażowane są również mięśnie odpowiedzialne za mechanizm trzymania moczu,
- urazy miednicy³¹,
- 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 mniejszej³²,
- wrodzone niedobory lub uszkodzenia struktury kolagenu³³.

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 chodzenia³⁴.

Profilaktykę wysiłkowego nietrzymania moczu można podzielić na:

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

Rekomendowane jest, aby profilaktykę nietrzymania moczu rozpoczynać już u młodych kobiet poprzez zachęcanie ich do prowadzenia zdrowego stylu życia³⁵.

Leczenie zachowawcze nefarmakologiczne

Pierwszym krokiem stosowanym w terapii wysiłkowego NTM, jest leczenie zachowawcze. Mogą nim zostać objęci chorzy z lekkim lub średnim nasileniem nietrzymania moczu³⁶.

³⁰ I. Milsom, Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal (AI) Incontinence, [w:] Incontinence, Editors Abrams, Cardozo, Wagg and Wein, 2017.

³¹ I. Klisowska, A. Dąbek, I. Zborowska, Nietrzymanie moczu - zadanie dla fizjoterapeuty. Część II, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2012, 2, 2, s. 145-152.

³² 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.

³³ M. Zbrzeźniak, Nietrzymanie moczu u kobiet, Postępy Nauk Medycznych, 2014, 1: s. 22-26.

³⁴ G. Surkont, E. Właziak, J. Suzin, Nietrzymanie moczu u kobiet - problem społeczny, medyczny i naukowy, Przegląd Menopauzalny, 2003, 1: s. 59-65.

³⁵ D. Chmielewska, K. Kwaśna, M. Piecha, Wybrane metody zachowawczego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu - aktualne poglądy. Część 1, Przegląd Menopauzalny 2012, 4: s. 264-268.

³⁶ Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet, red. T. Rechberger, Warszawa 2009.

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. Ważne jest, aby pacjenci wiedzieli jakich mięśni użyć do ćwiczeń, by trenować właściwie, ponieważ część z nich zamiast napinać mięśnie dna miednicy używa mięśni tłoczni brzusznej, czyli prze. Tak wykonywane ćwiczenia zamiast pomóc, mogą wręcz nasilać nietrzymanie moczu³⁷.

Treningi mięśni dna miednicy powinny obejmować ćwiczenia wpływające na siłę i czas maksymalnego skurczu, ćwiczenia wzmacniające tułów oraz ćwiczenia oddechowe. Ćwiczenia powinny być wykonywane w różnych pozycjach ciała – na brzuchu, na plecach, w pozycji siedzącej i stojącej. 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 kobiet³⁸.

W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn, także centralnym elementem leczenia zachowawczego są ćwiczenia mięśni dna miednicy. Diagnostyka problemów nietrzymania moczu bywa skomplikowana. Dlatego każde nietrzymanie moczu, także występujące po radykalnej prostatektomii powinno być skonsultowane z lekarzem urologiem. W wielu klinikach na świecie, stosuje się specjalną gimnastykę mającą wzmocnić właśnie mięśnie dna miednicy. Odmianą treningu mięśni Kegla jest **trening kontynencji u mężczyzn** po radykalnej prostatektomii, stanowiący główny element zachowawczej terapii nietrzymania moczu³⁹. Został on opracowany pod koniec lat 40. XX wieku przez ginekologa Arnolda Kegla. Zajmował się on badaniem roli mięśni dna miednicy u kobiet zmagających się z nietrzymaniem moczu. 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 vaginam* 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 wcześniej rozpoczęta fizjoterapia umożliwia szybszy powrót do sprawności po odbytym zabiegu operacyjnym⁴⁰.

³⁷ A. Banaszek-Wysoczańska, Leczenie zachowawcze [w:] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk 2017, s. 3-9.

³⁸ E. Narojczyk-Świeściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM nr 1(56), 2016.

³⁹ A. K. Przybyła, Radykalna prostatektomia i co dalej?, Kwartalnik NTM nr 1(52), 2015.

⁴⁰ T. Junys, 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 rozkurczenia 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 fizjologicznymi⁴¹.

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 rodniczego 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 różnej 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 skurczu⁴².

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 mocz. Ich długotrwałe stosowanie może doprowadzić do zmian skórnych prącia⁴³.

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 rzutu⁴⁴. 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 wewnętrznego⁴⁵.

Należy zaznaczyć, że leki te charakteryzują się jednak stosunkowo niską skutecznością, a jednocześnie powodują szereg skutków ubocznych, takich jak: bóle głowy, zaburzenia snu, 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 NTM⁴⁶.

Innym środkiem farmakologicznym stosowanym w leczeniu farmakologicznym 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, przerost masy ciała, zaburzenia snu i nastroju). Lek ten jest stosowany głównie w leczeniu zaburzeń depresyjnych i w takim wskazaniu figuruje na liście leków refundowanych⁴⁷.

⁴¹ Ż. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, tom 20, nr 1.

⁴² E. Właziak, M. Krzycka, G. Surkont, Wysiłkowe nietrzymanie moczu - leczenie zachowawcze, pessaro-terapia [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 254-265.

⁴³ Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. prof. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 75.

⁴⁴ A. Banaszek-Wysoczańska, Leczenie zachowawcze [w:] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk 2017, s. 9.

⁴⁵ E. Właziak, M. Krzycka, G. Surkont, Wysiłkowe nietrzymanie moczu - leczenie zachowawcze, pessaro-terapia [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 263.

⁴⁶ Poradnik dla pacjentek ginekologicznych, red. prof. M. Wielgoś, dr N. Mazanowska, Warszawa 2018, s. 137-138.

⁴⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2022 roku.

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 przezzastłonową. Kwalifikacji do zabiegu dokonuje ginekolog lub urolog⁴⁸. 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: uzyskania pożądanego wyniku leczenia i zminimalizowania ryzyka odrzutu wszczepionej taśmy⁴⁹.

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 zastłanionymi. 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)⁵⁰.

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%⁵¹.

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 nawet 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, 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 perforacja pęcherza moczowego. Zastosowanie przezzastłonowej taśmy TOT zmniejsza ryzyko wystąpienia powyższych powikłań, ale przyczynić się może 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 najczęściej występujące powikłanie 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 czasu 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 taśmy⁵².

⁴⁸ H. Błaszczyk, E. Barcz, A. Kołodziej, Zaburzenia trzymywania moczu u kobiet (cz. 2), Kwartalnik NTM nr 4 (71), 2019.

⁴⁹ T. Rechberger, A. Wróbel, Leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu - kwalifikacja do typu operacji [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginologia, Warszawa 2018, s. 266-286.
⁵⁰ <https://ntm.pl/wysilkowe-ntm/>.

⁵¹ Leczenie nietrzymania moczu u kobiet taśmą Miniarc. Dostęp: <https://www.tourmedica.pl/blog/leczenie-nietrzymania-moczu-u-kobiet-tasma-miniarc/>.

⁵² 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 2021 roku w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował wykonanie 3 464 operacji wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwowych z użyciem taśmy, 33 operacje wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego i 125 operacji 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 **11,9 mln zł** i była o ponad 38% większa niż rok wcześniej.

Nazwa zabiegu	2019		2020		2021		Dynamika zmian (2021/2022)
	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	+38,3%
Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego (typu Marschalla-Marcheego-Kranza, Burcha)	12	31	22	77	33	104	+35,1%
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	+36,1%
OGÓŁEM	3 847	11 614	2 699	8 624	3 622	11 918	+38,2%

Tabela 8

Operacje wysiłkowego nietrzymania moczu w latach 2019-2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawienia „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021” (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. 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 pacjentkom⁵³.

⁵³ Sercem jestem uroginekologiem, Kwartalnik NTM nr 1(68), 2019.

Wypełniacze

Bulking agents to metoda stosowana u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, polegająca na ostrzykiwaniu cewki moczowej materiałami zwięzającymi. 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 rzutu⁵⁴.

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 moczu⁵⁵.

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

W ostatnich latach coraz więcej mówi się o możliwości leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu za pomocą laseroterapii. W wielu polskich miastach powstają prywatne placówki udzielające tego świadczenia. **Nadal brak jest rekomendacji towarzystw naukowych dla leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu za pomocą lasera.** Metodę tę uznaje się za eksperymentalną, niesprawdzoną, o wątpliwej skuteczności i możliwie obciążoną późnymi 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 (*International Continence Society* – ICS) wspólnie z Międzynarodowym Towarzystwem Badań nad Chorobami Wulwo-Waginalnymi (*International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases* – ISSVD), które poparły w ten sposób ostrzeżenie wydane przez Amerykańską Agencję Żywności i Leków (*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 seksualnymi⁵⁶.

Oznacza to, że metoda ta nie powinna być stosowana w leczeniu pierwszorazowym i wymaga dokładnej kwalifikacji oraz selekcji pacjentek. Niezwykle ważne 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, załonowego położenia połączenia cewkowo-pęcherzowego z jego stabilizacją⁵⁷.

⁵⁴ <https://ptug.pl/rekomendacje/intersdyscyplinarne-wytoczne-polskiego-towarzystwa-uroginekologicznego-odnosnie-diagnostyki-i-leczenia-wysilkowego-nietrzymania-moczu-u-kobiet/> (5.05.2022).

⁵⁵ P. Tomasik, *Bulking agents* [w:] E. Barcz (red.), *Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy*, Gdańsk 2017, s. 47.

⁵⁶ V. Madeja, *Laseroterapia nadal kontrowersyjna*, *Kwartalnik NTM* nr 1(76), 2021.

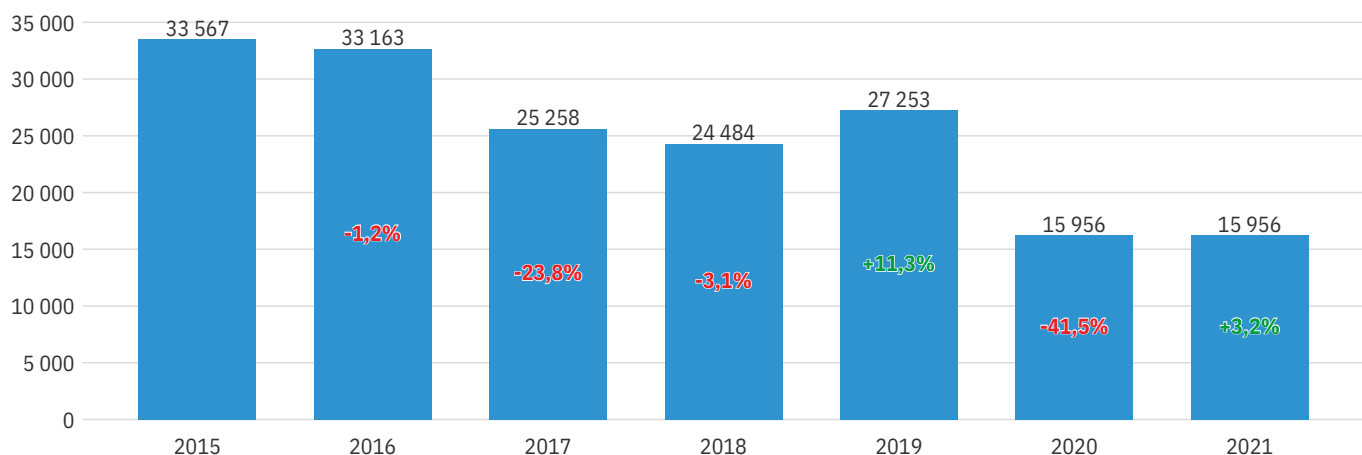
⁵⁷ Tamże

Do zabiegów operacyjnych zalicza się:

1. **Operacje wzmacniające przednią ścianę pochwy** (plikacje – zdwojenia, „plastyki przednie”) – ze względu na niską skuteczność zabiegi 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 zabiegi 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 inwazyjnych⁵⁸.
3. **Załonowe podwieszenia szyi pęcherza** – przede wszystkim operacja Burcha, która wyparła operację Marshall – Marchetti – Krantz (MMK). Zabiegi 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 wykonującego⁵⁹.

U mężczyzn z wysiłkowym nietrzymaniem moczu można zastosować⁶⁰:

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 rezerwuuar na płyn, umiejscowiony w brzuchu. Szczegółowe informacje dotyczące wydatków na refundację zabiegów wszczęcia sztucznego zwieracza prezentujemy w części „Inne metody leczenia NTM”.



Wykres 10

Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM w latach 2015-2021 (w tys. PLN).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawienia „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021” (www.ezdrowie.gov.pl).

⁵⁸ P. Radziszewski, P. Dobroński, Nietrzymanie moczu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

⁵⁹ T. Rechberger, A. Wróbel, Leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu – kwalifikacja do typu operacji [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginiekologia, Warszawa 2018, s. 266-286.

⁶⁰ 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 wyciekami moczu (może występować ból) spowodowanym upośledzoną kurczliwością wypieracza, która prowadzi do nadmiernego wypełniania 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 ginekologicznych przezpochwowych,
- **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, 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 wymienione wyżej rodzaje zabiegów chirurgicznych refundowane są 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 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,
- Flowsecure⁶¹.

W 2021 roku wykonano łącznie 164 zabiegi z użyciem sztucznego zwieracza cewki moczowej, czyli o 41 więcej niż w roku 2020.

W roku 2021 na zabiegi tego typu NFZ wydał łącznie 4,56 mln zł, co stanowi wzrost o 10,7% względem roku poprzedniego.

Procedura	Liczba zabiegów			Koszt (w tys. PLN)			Dynamika zmian	
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2021/2020	2021/2019
Wszczepienie zwieracza hydraulicznego wokół opuszki cewki moczowej	62	36	38	1 495	880	1 004	+14,1%	-32,8%
Wymiana zwieracza hydraulicznego cewki moczowej [AUS]	11	2	18	308	62	416	+571,0%	+35,1%
Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej [AUS] z pompą albo zbiornikiem wyrównawczym	90	85	108	2 322	2 292	3 148	+37,3%	+35,6%
RAZEM	163	123	164	4 125	3 234	4 568	+41,2%	+10,7%

Tabela 9

Zabiegi z użyciem sztucznego zwieracza cewki moczowej w latach 2019-2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawienia „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021” (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 psychospołeczny⁶².

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 są wszczepiane antyrefluksowo do pęcherza zastępczego po to, aby mocz nie cofał się do nerek. Pęcherz zastępczy łączy się także z cewką moczową, dzięki czemu pacjent może oddawać mocz drogą naturalną⁶³.

⁶¹ T. Hessel, Sztuczny zwieracz cewki moczowej - pytania i odpowiedzi, Kwartalnik NTM nr 2(57), 2016.

⁶² Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, 2020.

⁶³ Nadpęcherzowe odprowadzenia moczu. Poradnik dla pielęgniarek i osób z urostomią, Coloplast, 2014.

Definicja

Nietrzymanie kału – 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 jelitowych⁶⁴. Nietrzymaniem kału określamy bezwiedne oddanie stolca co najmniej 2 razy w miesiącu⁶⁵.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organisation* – WHO) nietrzymanie stolca ma status choroby społecznej⁶⁶.

Epidemiologia

Dane dotyczące nietrzymania kału nie są dokładne, dlatego trudno ocenić skalę tego problemu. Zdaniem wielu ekspertów mogą być one zaniżone ze względu na wstydliwy 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% dorosłych⁶⁷.

Zgodnie z informacjami opublikowanymi przez ICS, dotychczas przeprowadzane badania są często słabej jakości. Przedstawimy jednak ułamek z nich, aby wykazać jak prezentują się dane dotyczące częstości występowania NTK.

Raporty, które zostały ocenione przez ICS jako pozbawione jak najmniejszej ilości błędów wskazywały wśród dorosłych częstość występowania NTK na poziomie 11-15%. Drugi z raportów ICS mówił o częstotliwości 0-15,2%, z kolei trzeci z raportów - 7,7%. ICS wspomina ponadto o raporcie National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) w USA, w którym częstość występowania inkontynencji kału wyniosła 8,4%. Co ciekawe otyłość i liczba porodów, nie wpływały na pojawienie się NTK w tym badaniu, mimo iż standardowo są one wskazywane jako czynniki ryzyka⁶⁸.

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%⁶⁹.

Powyższe fakty dotyczące wieku może potwierdzić analiza przeprowadzona w domach opieki zdrowotnej, która pokazuje, że około 50% pensjonariuszy ma problem z utrzymaniem stolca⁷⁰.

Dolegliwość ta dotyka częściej kobiety niż mężczyzn (8,9% vs. 7,7%)⁷¹, ze względu na inną budowę miednicy, krótszy kanał odbytu, zmiany hormonalne i przebyte porody.

Czynniki wywołujące nietrzymanie kału

Badacze są zgodni, że wśród wielu przyczyn inkontynencji najczęstszym jest uraz okołoporodowy, do którego może dojść w wyniku długiego porodu naturalnego. Szczególnie akcja porodowa z wydłużoną drugą fazą, powikłana pęknięciem krocza lub źle wykonanym jego nacięciem, a także zastosowanie kleszczy niosą wysokie zagrożenie poporodowego uszkodzenia zwieraczy odbytu. Niestety, także poród przebiegający bez komplikacji u około 30% przyszłych mam może wywołać różnego stopnia objawy nietrzymania stolca⁷².

Raportowana przez WHO częstość okołoporodowych uszkodzeń zwieracza wynosi 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 uszkodzeń⁷³.

⁶⁴ <https://www.mp.pl/gastrologia/wytyczne/88115,nietrzymanie-stolca>.

⁶⁵ <http://www.czytelniamedyczna.pl/3056,nietrzymanie-stolca-u-ludzi-w-wieku-podeszlym.html>.

⁶⁶ <https://ntm.pl/co-to-jest-ntk/>.

⁶⁷ Tamże.

⁶⁸ Incontinence, 6th edition 2017, red. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A., 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016, s. 78.

⁶⁹ M. Kołodziejczak, A. Kucharczyk, Nietrzymanie stolca [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroinekologia, Warszawa 2018, s. 562.

⁷⁰ [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(03\)01558-0/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(03)01558-0/fulltext).

⁷¹ M. Kołodziejczak, P. Ciesielski, Z. Lorenc, Podstawy proktologii [w:] E. Barcz (red.), Uroinekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk 2017 s. 363.

⁷² <http://www.pkk.org.pl/pacjent-01j.php>.

⁷³ M. Kołodziejczak, A. Kucharczyk, Nietrzymanie stolca [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroinekologia, Warszawa 2018, s. 562-563.

Wśród innych czynników powodujących NTK wymieniane są:

- **choroby odbytu i odbytnicy:** zapalenie, choroby infekcyjne, nowotwory, naświetlenie, niedokrwienie, wypadające wewnętrzne żylaki odbytu, przetoki, wypadanie odbytu, urazy (chirurgiczne, naświetlenie, przypadkowe oraz położnicze), przy czym warto nadmienić, że w przypadku urazu położniczego, wg. badania włączającego 208 kobiet po pierwszym porodzie drogami natury, wykazano, że utajone uszkodzenie zwieracza ma miejsce u 24,5% kobiet, co pod znakiem zapytania stawia neuropatię nerwu sromowego jako dotychczasową położniczą przyczynę nietrzymania stolca,
- **choroby neurologiczne:** udar, demencja, nowotwory, kiła OUN, neuropatia nerwu sromowego, zmiany świadomości,
- **operacje chirurgiczne:** przecięcie wewnętrznego zwieracza odbytu w linii pośrodkowej, przecięcie zwieracza wewnętrznego w linii bocznej, nacięcie/wycięcie przetoki odbytniczej, rekonstrukcja rezerwuaru odbytnicy z jelita, niskie przednie wycięcie odbytnicy, totalna brzuszna kolektomia, wytworzenie przetoki moczowej esicy, stan po wycięciu guzków krwawniczych,
- **inne przyczyny:** brak dostępu do toalety, nadużywanie środków przeczyszczających, zaparcia, zespół jelita drażliwego, nieswoiste choroby zapalne jelita, zespół krótkiego jelita, choroby mięśniowo-nerwowe, fizjologiczny proces starzenia, choroby starzenia, zapalne choroby naczyń – kolagenozy, choroby psychiczne, idiopatyczne⁷⁴.

Znacznie bardziej narażone na NTK są osoby, które posiadają choroby współistniejące, takie jak: cukrzyca, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, urazy rdzenia kręgowego⁷⁵.

Nietrzymanie stolca i/lub moczu dotyczy⁷⁶:

- 75% chorych ze stwardnieniem rozsianym (nietrzymanie stolca i moczu),
- 70% chorych po zabiegach neurochirurgicznych (brak kontroli nad wydalaniem stolca i/lub moczu),
- ponad 50% chorych ze stwardnieniem rozsianym (brak kontroli defekacji),
- blisko 25% chorych z rwą kulszową (zaburzenie kontroli oddawania moczu i stolca),
- 20% chorych, u których występuje długoletnia cukrzyca polineuropatia (nietrzymanie moczu i stolca).

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)⁷⁷.

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.

Diagnostyka

W przypadku pojawienia się objawów nietrzymania stolca, pacjent powinien skonsultować objawy z lekarzem POZ, w dalszej kolejności z urologiem, ginekologiem i/lub proktologiem.

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 wypełnienia odbytnicy stolcem (które występuje u większości dzieci z retencyjną postacią nietrzymania stolca) oraz wykluczenie guza⁷⁸.

W celu dalszego rozpoznania choroby pacjent może zostać poddany: sigmoidoskopii, manometrii odbytu, badaniu sensorycznemu i podatności odbytnicy, testom z użyciem soli fizjologicznej, USG wewnątrzodbytowym, MRI miednicy mniejszej, ocenie końcowej latencji motorycznej nerwu sromowego, EMG, defekografii⁷⁹.

⁷⁴ <http://www.czytelniamedyczna.pl/3056,nietrzymanie-stolca-u-ludzi-w-wieku-podeszlym.html>.

⁷⁵ [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(03\)01558-0/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(03)01558-0/fulltext).

⁷⁶ <http://www.pkk.org.pl/pacjent-01j.php>.

⁷⁷ <https://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/objawy/nietrzymanie-stolca-przyczyny-i-leczenie-aa-MDyx-3odv-CdZN.html>.

⁷⁸ <https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/012/270/original/55-63.pdf?1473162600>.

⁷⁹ <http://www.czytelniamedyczna.pl/3056,nietrzymanie-stolca-u-ludzi-w-wieku-podeszlym.html>.

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 posiłków⁸⁰,
- **farmakoterapię** – lekarz może przepisać leki przeciwbiegunkowe czy też zalecić serię wlewów oczyszczających jelita (podobnych do tych, które wykonuje się przed kolonoskopią)⁸¹.

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 innymi⁸²:

- **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 elektrody 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 **zabiegi chirurgiczne**. Najczęstszym z nich jest przednia i tylna plastyka zwieraczy, transpozycja mięśni (pośladkowy, smukły), wszczepienie sztucznego zwieracza. Innym sposobem jest **neuromodulacja nerwów krzyżowych**, aczkolwiek zabieg ten jest w Polsce refundowany jedynie w przypadku pacjentów zmagających się z nietrzymaniem moczu⁸³.

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 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.

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 ochrona⁸⁴:

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 kwaśne pH 5-5,5), które nie wymagają spłukiwania. Nie zaleca się produktów wymagających spłukiwania 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 o działaniu łagodzącym.

Wśród 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 płeć⁸⁵.
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 kału⁸⁶. Sprawdzą się, np. w sytuacji incydentalnego nietrzymania stolca przy jednoczesnym nietrzymaniu gazów⁸⁷. 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 komfortu⁸⁸. Ich stosowanie zazwyczaj nie wymaga pomocy opiekuna.

⁸⁰ <https://zdrowie.tvn.pl/a/nietrzymanie-stolca-przyczyny-objawy-i-mozliwosci-leczenia>.

⁸¹ <https://www.hartmann.info/pl-pl/articles/8/e/inkontynencja-kalowa>.

⁸² <https://www.hellozdrowie.pl/nietrzymanie-stolca/>.

⁸³ <https://stomalife.pl/index.php/magazyn-po-prostu-zyj/zycie-ze-stomia/nietrzymanie-stolca-problem-niezwykle-wstydlivy-i-kopotliwy/>.

⁸⁴ Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017, s. 68-71.

⁸⁵ Tamże, s. 51.

⁸⁶ Tamże, s. 51.

⁸⁷ <https://www.hartmann.info/pl-pl/articles/8/e/inkontynencja-kalowa>.

⁸⁸ Tamże.

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 wypływanu wydaliny), 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 urostomijnego⁸⁹.

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 odleżyn, jak i podwyższone ryzyko infekcji i chorobowości⁹⁰.

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.

⁸⁹ https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/132730,stomia.

⁹⁰ Zasady dobrych praktyk, Uszkodzenia skóry związane z nietrzymaniem moczu i/lub kału: Udoskonalenie profilaktyki, Global IAD, 3M Health Care s. 8, 10.

ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE

Środki absorpcyjne

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. 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.

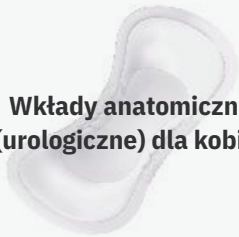
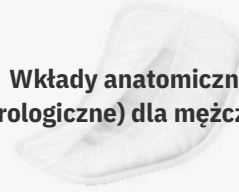
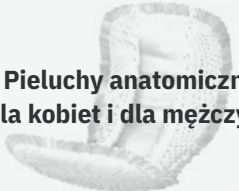
Odpowiedni rodzaj środka absorpcyjnego należy dostosować do indywidualnych potrzeb pacjenta, biorąc pod uwagę trzy kwestie:

- stopień mobilności pacjenta (mobilny / niesamodzielny),
- stopień nietrzymania moczu (lekki / średni / ciężki),
- obwód pacjenta w pasie i biodrach⁹¹.

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

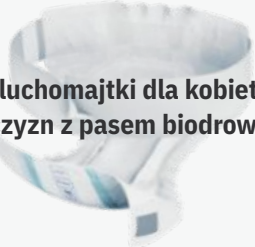
- przeznaczone do stosowania z dopasowaną bielizną lub majtkami higienicznymi z elastycznej siatki,
- niewymagające odrębnego mocowania bielizną.

Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu⁹²

PRODUKTY CHŁONNE PRZEZNACZONE DO STOSOWANIA Z BIELIZNĄ	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE Nie rozróżnia się ich ze względu na obwód pacjenta w pasie i biodrach, lecz z uwagi na stopień NTM.
 Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla kobiet	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu. Chłona (pulp celulozowa) i wiąże moc w żel (superabsorbent).	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.
 Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla mężczyzn	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu. Chłona (pulp celulozowa) i wiąże moc w żel (superabsorbent).	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.
 Pieluchy anatomiczne dla kobiet i dla mężczyzn	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu, a także zabezpieczenie bielizny osobistej w nietrzymaniu kału.	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.

⁹¹ Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017.

⁹² Tamże.

PRODUKTY CHŁONNE NIEWYMAGAJĄCE DODATKOWEGO MOCOWANIA	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE Uwaga! Przy doborze produktu uwzględnia się obwód pacjenta w pasie i biodrach oraz stopień NTM.
 Majtki chłonne dla kobiet	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.	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.
 Majtki chłonne dla mężczyzn	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.	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.
 Majtki chłonne uniwersalne dla kobiet i mężczyzn	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.	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.
 Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z pasem biodrowym	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.	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 mogą być zakładane samodzielnie.
 Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z przylepco-rzepami	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.	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, przylepco-rzepów lub rzepów. Uwaga! Pieluchomajtki zapinane na rzepy/przylepce musi zakładać opiekun.

PRODUKTY POMOCNICZE	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE
 Podkłady chłonne	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.

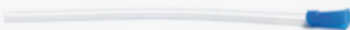
Tabela 10
Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu.
Źródło: Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: nietrzymanie moczu.

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.

Cewniki dobierane są indywidualnie do potrzeb pacjenta pod względem jego rodzaju, kształtu czy końcówki.

Systematyka cewników urologicznych⁹³

NAZWA PRODUKTU	FUNKCJA	WŁAŚCIWOŚCI UŻYTKOWE
 Cewniki Nelatona	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).
Cewniki jednorazowe powlekane typu Nelaton: 1) Cewnik hydrofilowy  2) Do natychmiastowego użycia 	Cewnikowanie przerywane. Kontrola zalegania moczu w pęcherzu.	Wykonane z tworzywa niezawierającego lateksu. Sterylne. W zależności od potrzeb różnią się długością i przekrojem (dla mężczyzn, kobiet i dzieci). Powlekane substancją hydrofilową. Przed wprowadzeniem do cewki konieczne jest aktywowanie wodą. Zaleca się stosowanie ich u mężczyzn. 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.

⁹³ Tamże

Cewniki Couvelaire'a 	Stałe cewnikowanie z koniecznością płukania pęcherza bądź podawania leków dopęcherzowo.	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).
Cewniki Foley'a 	Cewnikowanie stałe.	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).
Cewniki zewnętrzne: 1) jednoczęściowe  2) dwuczęściowe 	Ochrona skóry, odprowadzenie moczu do worka, który zbiera i gromadzi mocz.	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.

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)⁹⁴.

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

⁹⁴ E. Szwałkiewicz, Opiekun medyczny w praktyce, PZWL, Warszawa 2019, s. 447.

Worek jednoczęściowy zamknięty	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.
Worek dwuczęściowy otwarty	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 opróżniać kilkukrotnie bez konieczności odklejania ich od skóry. Zazwyczaj opróżniane kilka razy dziennie.
Worek dwuczęściowy zamknięty	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.
Worek do urostomii	Ochrona skóry przed drażniącym działaniem kału. Zbiórka wydalanego kału. Pośrednio ochrona bielizny i ubrań.	Przeznaczone dla osób z urostomią. Wyposażone w kranik, który umożliwia odprowadzenie moczu, a także system uniemożliwiający cofanie się płynu. Mogą być łączone z workiem do nocnej zbiórki moczu.
Płytki	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.
Pasek	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.
Zestaw do irygacji	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.
Nocny zbiornik na mocz	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.

Środki absorpcyjne

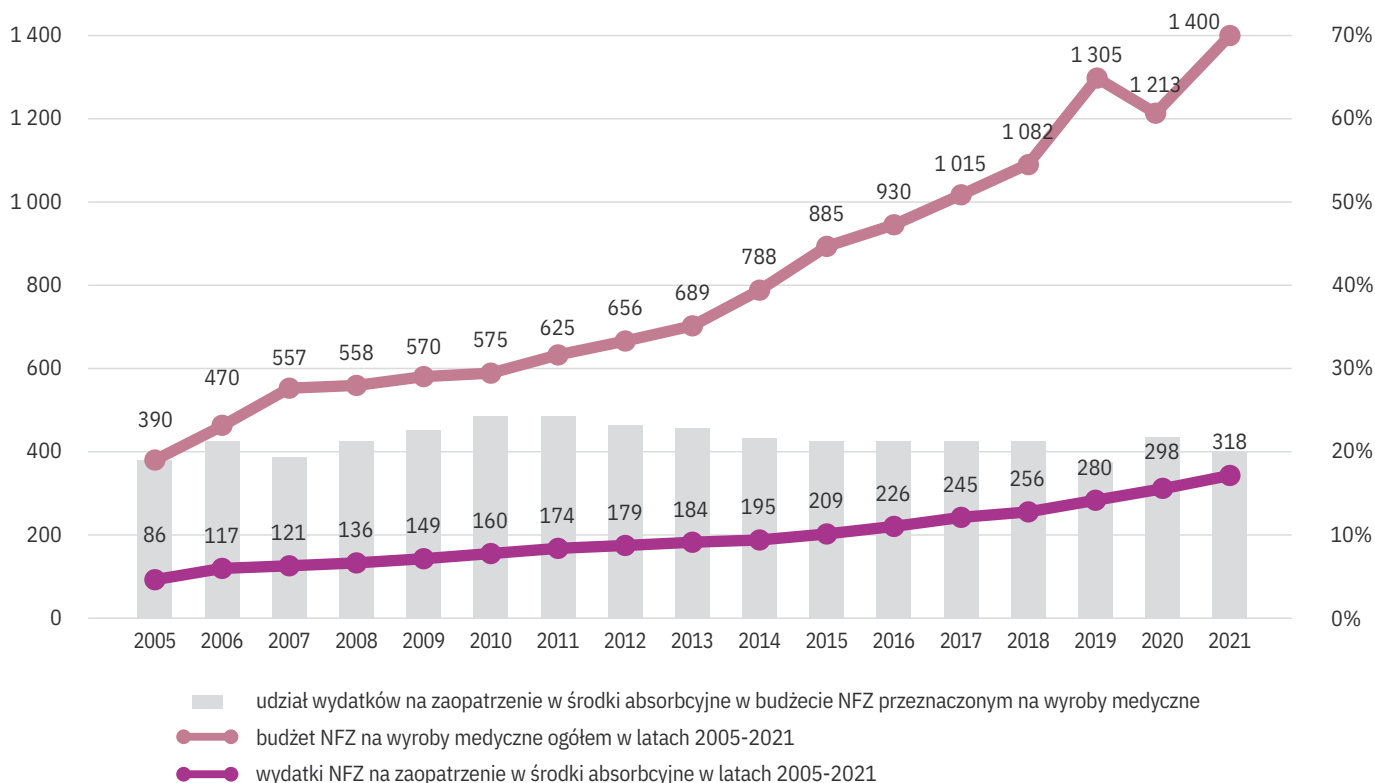
Zasady refundacji środków absorpcyjnych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r., które zaczęło obowiązywać z dniem 1 grudnia 2021 roku⁹⁵. Zgodnie z rozporządzeniem Narodowy Fundusz Zdrowia dofinansowuje pięć rodzajów środków absorpcyjnych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady oraz wkłady anatomiczne. 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. Limit cenowy od 1 grudnia 2021 roku wynosi 1,7 zł za sztukę w przypadku pieluchomajtek, majtek chłonnych i pieluch anatomicznych oraz 1 zł za sztukę w przypadku wkładów anatomicznych i podkładów.

Zasady refundacji środków absorpcyjnych, w tym wysokość współpłacenia zostały ujednolicone dla pacjentów z chorobą nowotworową (P.100) i pozostałych (P.101) również z dniem 1 grudnia 2021 roku.

Warto nadmienić, że pomimo wielokrotnie zgłaszanych w ramach konsultacji społecznych postulatów środowisk pacjentów, dotyczących ujednolicenia kryterium chorobowego uprawniającego do refundacji środków absorpcyjnych, nietrzymanie moczu w dalszym ciągu jest kryterium chorobowym uprawniającym do refundacji tylko warunkowo – pacjent z NTM musi jednocześnie mieć jedną z chorób współistniejących, wymienionych w rozporządzeniu, do których należą: choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły otępienne, choroby układu nerwowego oraz uszkodzenie układu nerwowego, pokarmowego lub dróg moczowych, wynikające z wad rozwojowych, pochodzenia jatrogennego lub pourazowego. 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 2021 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na refundację środków absorpcyjnych, według kryteriów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, łączną kwotę w wysokości 318,3 mln zł – jest to o 6,9% więcej niż w roku 2020.



Wykres 11

Zmiany wydatków NFZ na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, w tym środki absorpcyjne w latach 2005-2021 (w mln PLN).
Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał w latach 2005-2021.

⁹⁵ Treść rozporządzenia dostępna jest na stronie: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.aspx?id=WDU20210001691>.

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 chłonne⁹⁶.

Cewniki urologiczne

Refundacji⁹⁷ 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 wprowadzono trzy limity finansowania cewników hydrofilowych: 5,35 zł za sztukę dla cewnika hydrofilowego gotowego do użycia, 2,6 zł za sztukę dla cewnika hydrofilowego aktywowanego wodą oraz 0,8 zł za sztukę dla cewnika niepowlekanego. Wysokość odpłatności dla dorosłych pacjentów wynosi 30%, dla dzieci cewniki refundowane są w pełnej kwocie do limitu.

Worki do zbiórki moczu

W przypadku chorób wymagających cewnikowania pęcherza moczowego, chorób wymagających stosowania cewników zewnętrznych i nadpęcherzowego odprowadzania moczu refundacji⁹⁸ podlegają worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 sztuk miesięcznie. Limit finansowania wynosi 6,5 zł za sztukę przy odpłatności pacjenta 0%.

Od 1 grudnia 2021 roku rozszerzono katalog osób uprawnionych do wystawiania zleceń na worki do zbiórki moczu z odpływem o lekarza specjalistę onkologii lub chemioterapii nowotworów.

Przy nefrostomii (z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 sztuk miesięcznie) możliwa jest refundacja worków do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.). Limit finansowania wynosi 120 zł przy odpłatności pacjenta 0%⁹⁹.

Produkty stomijne

Obowiązują trzy kryteria przyznawania: urostomia, stomia na jelicie cienkim, stomia na jelicie grubym. Refundacji¹⁰⁰ podlegają worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w ilości do 90 sztuk w systemie jednoczęściowym lub w równowartości ich kosztu worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny: zestawy irygacyjne, nocne zbiorniki na mocz, pasty, pudry oraz paski, półpiersienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii.

Limity finansowania miesięcznego wynoszą kolejno:

- 480 zł (urostomia),
- 400 zł (stomia na jelicie cienkim),
- 300 zł (stomia na jelicie grubym),

przy odpłatności pacjenta na poziomie 0%.

Od 1 grudnia 2021 roku rozszerzono katalog osób uprawnionych do wystawiania zleceń na zaopatrzenie stomijne:

- w przypadku urostomii, kolostomii i ileostomii – o lekarza specjalistę chirurgii klatki piersiowej lub lekarza specjalistę ginekologii onkologicznej; w kolostomii o lekarza specjalistę urologii lub urologii dziecięcej,
- przy kolostomii i ileostomii – o lekarza specjalistę w dziedzinie gastroenterologii,
- w przypadku przetoki ślinowej – o lekarza specjalistę chirurgii szczękowo-twarzowej lub otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej¹⁰¹.

⁹⁶ <https://cafesenior.pl/artykuly/-srodki-chlonne-na-ntm-refundacja-czy-pelnoplatny-produkt,87691.html>.

⁹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

⁹⁸ Tamże.

⁹⁹ Tamże.

¹⁰⁰ Tamże.

¹⁰¹ Tamże.

Refundacja – co nowego?

Refundacja środków absorpcyjnych w Polsce od osiemnastu lat 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)¹⁰², 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**¹⁰³. Cały proces odbywa się za pośrednictwem e-zleceń, które pacjenci otrzymują 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.

23 marca 2022 roku NFZ opublikował kolejny komunikat, w którym poinformowano, że od dnia 1 kwietnia 2022 roku realizacja zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie odbywa się zgodnie z § 12 ust. 6 zarządzenia nr 26/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne. Oznacza to, iż **niepotwierdzanie odbioru nie jest już możliwe**. Osoba odbierająca paczkę od kuriera jest **zobowiązana podpisać się na wniosku, który wysłany jest do NFZ w celu uznania refundacji**¹⁰⁴. 25 maja 2022 roku Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował komunikat mówiący z kolei, że zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii **od dnia 1 czerwca 2022 roku wymagany jest wydruk potwierdzonego za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne**. Realizacja zlecenia w sklepie medycznym lub aptece miałyby odbywać się na podstawie przedstawionego oryginału zlecenia. Dwa dni później w mediach zaczęły jednak pojawiać się doniesienia, że Ministerstwo Zdrowia chce zaradzić temu problemowi: czas „bez papieru” miałby zostać wydłużony na kolejne miesiące, a w tym czasie do Sejmu trafić ma ustawa wdrażająca system zleceń elektronicznych. Ostatecznie, 31 maja 2022 roku na stronie NFZ opublikowano komunikat, w którym poinformowano, że zgodnie z § 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 maja 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1144), możliwość wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności **została wydłużona do dnia 31 sierpnia 2022 roku**¹⁰⁵.

1 stycznia 2021 roku wprowadzono **nowe wzory zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz naprawy wyrobów medycznych**, np. cewniki, aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie i środki pomocnicze. W ramach nowego eZWM pacjent otrzymuje unikalny numer identyfikacyjny. W celu zrealizowania e-zlecenia w sklepie medycznym lub aptece pacjent oprócz numeru zlecenia musi podać swój numer PESEL¹⁰⁶.

¹⁰² 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.

¹⁰³ 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-zlece-na-zaopatrzenie-w-wyroby-medyczne,7651.html>.

¹⁰⁴ Komunikat dla świadczeniiodawców realizujących zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniiodawcow,8167.html>.

¹⁰⁵ Komunikat dotyczący wystawiania i realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dotyczacy-wystawiania-i-realizacji-zlece-na-zaopatrzenie-w-wyroby-medyczne-,8213.html>.

¹⁰⁶ Komunikat dotyczący wprowadzenia nowych wzorów zleceń: https://www.nfz-szczecin.pl/8gig1_zaopatrzenie_w_wyroby_medyczne.html.

W zależności od charakteru wyrobu medycznego osoba uprawniona może wystawić zlecenie raz na określony w przepisach okres użytkowania. Zlecenie **na wyroby medyczne, za wyjątkiem wyrobów comiesięcznych** (np. środków absorpcyjnych) **ważne jest przez 12 miesięcy od daty jego wystawienia** i w tym czasie powinno zostać zrealizowane. W przypadku zleceń na wyroby comiesięczne (również ich kontynuacje) mogą być one wystawiane na **maksymalnie 12 miesięcy**, gdy są wygenerowane przez system IT i **maksymalnie na 6 miesięcy, gdy zostaną wypisane ręcznie**. Zlecenia na zaopatrzenia w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie, w tym ich kontynuacja, są realizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostały wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły. Na każdy rodzaj wyrobu medycznego oznaczonego odrębnym oznaczeniem (litera i liczba porządkowa zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2021 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 704) **musi być wystawione oddzielne zlecenie**¹⁰⁷.

1 grudnia 2021 roku zaczęło obowiązywać **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie**. Po raz pierwszy od **22 lat** zmianie uległy limity cenowe na refundowane środki absorpcyjne tj. pieluchomajtki, majtki chłonne oraz pieluchy anatomiczne. **Wzrosły** one do kwoty **1,7 zł** za sztukę przy limicie ilościowym do **90 sztuk** miesięcznie i **30%** dopłacie pacjenta.

Limit kwotowy dla pozostałych refundowanych środków absorpcyjnych tj. wkładów anatomicznych (urologicznych) i podkładów został utrzymany na dotychczasowym poziomie **1 zł** za sztukę. Resort zdrowia ustalił także, że produkty te mają posiadać minimalną chłonność na poziomie **250 ml**.

Wprowadzono również 30% odpłatności dla **pacjentów onkologicznych** (P.100). Oznacza to, że poziom współpłacenia dla wszystkich pacjentów korzystających z refundowanych środków chłonnych został **ujednolicony**.

Poniżej szczegółowo prezentujemy zmiany, jakie zaszły w refundacji środków absorpcyjnych od 1 grudnia 2021 roku.

MAJTKI CHŁONNE, PIELUCHY ANATOMICZNE, PIELUCHOMAJTKI

DO 30 LISTOPADA 2021				OD 1 GRUDNIA 2021					
KOD P.100 (PACJENCI ONKOLOGICZNI) przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi				KOD P.100 (PACJENCI ONKOLOGICZNI) przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi					
Liczba sztuk produktu	Limit finansowy	Wysokość refundacji	Kwota refundacji	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	77,00 zł	100%	77,00 zł	90	1,70 zł	70%	1,19%	107,10 zł	+30,1 zł
60	77,00 zł	100%	77,00 zł	60	1,70 zł	70%	1,19%	71,40 zł	-5,6 zł
30	77,00 zł	100%	77,00 zł	30	1,70 zł	70%	1,19%	35,70 zł	-41,3 zł
KOD P.101 (PACJENCI POZOSTALI) przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi				KOD P.101 (PACJENCI POZOSTALI) przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi					
Liczba sztuk produktu	Limit finansowy	Wysokość refundacji	Kwota refundacji	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	90,00 zł	70%	63,00 zł	90	1,70 zł	70%	1,19%	107,10 zł	+44,1 zł
60	90,00 zł	70%	63,00 zł	60	1,70 zł	70%	1,19%	71,40 zł	+8,4 zł
30	90,00 zł	70%	63,00 zł	30	1,70 zł	70%	1,19%	35,70 zł	-27,3 zł

Tabele 13-16
Zmiany w refundacji środków absorpcyjnych od 1 grudnia 2021 roku: majtki chłonne, pieluchy anatomiczne i pieluchomajtki.
Źródło: Kwartalnik NTM nr 1(80) 2022.

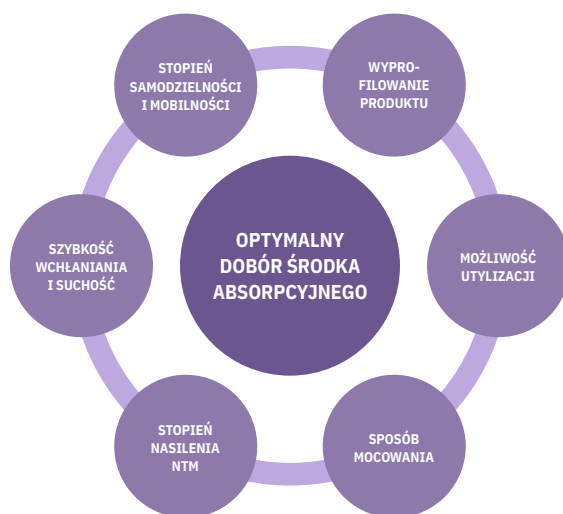
¹⁰⁷ Źródło: <https://www.nfz-krakow.pl/dla-pacjenta/zaopatrzenie-w-wyroby-medyczne/zasady-zaopatrzenia-w-wyroby-medyczne/>.

WKŁADY ANATOMICZNE, PODKŁADY

DO 30 LISTOPADA 2021				OD 1 GRUDNIA 2021					
KOD P.100 (PACJENCI ONKOLOGICZNI) przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi				KOD P.100 (PACJENCI ONKOLOGICZNI) przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi					
Liczba sztuk produktu	Limit finansowy	Wysokość refundacji	Kwota refundacji	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	77,00 zł	100%	77,00 zł	90	1,00 zł	70%	0,70%	63,00 zł	-14 zł
60	77,00 zł	100%	77,00 zł	60	1,00 zł	70%	0,70%	42,00 zł	-35 zł
30	77,00 zł	100%	77,00 zł	30	1,00 zł	70%	0,70%	21,00 zł	-56 zł
KOD P.101 (PACJENCI POZOSTALI) przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi				KOD P.101 (PACJENCI POZOSTALI) przy cenie produktu wyższej lub równej limitowi					
Liczba sztuk produktu	Limit finansowy	Wysokość refundacji	Kwota refundacji	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	90,00 zł	70%	63,00 zł	90	1,00 zł	70%	0,70%	63,00 zł	0 zł
60	90,00 zł	70%	63,00 zł	60	1,00 zł	70%	0,70%	42,00 zł	-21 zł
30	90,00 zł	70%	63,00 zł	30	1,00 zł	70%	0,70%	21,00 zł	-42 zł

Tabele 17-20
Zmiany w refundacji środków absorpcyjnych od 1 grudnia 2021 roku: wkłady anatomiczne, podkłady.
Źródło: Kwartalnik NTM nr 1(80) 2022.

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 pięć rodzajów środków absorpcyjnych: wkłady anatomiczne (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 pięćdziesięciu różnych produktów chłonnych, biorąc pod uwagę dostępne rodzaje oraz rozmiary¹⁰⁸. Decyzja co do wyboru rodzaju, marki i rozmiaru produktu chłonnego należy więc do pacjenta i/lub jego opiekunów.



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

¹⁰⁸ Źródło: cenniki czterech producentów (Abena, Essity Poland, Paul Hartmann Polska, Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych) zgłoszone do NFZ w 2020 roku.

8 lipca 2022 roku resort zdrowia opublikował projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego, drugi raz w okresie ostatnich 12 miesięcy, rozporządzenie **w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie**. Projekt przewiduje zmiany limitu dopłat ze środków publicznych na wiele wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych, worków do zbiórki moczu oraz produktów stomijnych. Nowe rozporządzenie miałoby wejść w życie w grudniu bieżącego roku. Na dzień wydania Raportu trwają konsultacje publiczne.

Dla środków absorpcyjnych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, wkłady i podkłady (P.100 i P.101), wysokość refundacji uzależniono od poziomu chłonności. Ma być ona potwierdzona testem zanurzenia wyrobu na 30 min. (+/- 30 sekund) w wodzie, następnie pozostawieniem do odciekania na kratce metalowej na 5 min. (+/- 10 sekund), a następnie ponownym zważeniem wyrobu. Różnica pomiędzy wagą końcową, a wagą początkową określa chłonność wyrobu wyrażoną w gramach. Wysokość refundacji określono na poziomie:

- 1 zł za 1 szt. dla wyrobów o minimalnej chłonności 450 g,
- 1,7 zł za 1 szt. dla wyrobów o minimalnej chłonności 930 g,
- 2,3 zł za 1 szt. dla wyrobów o minimalnej chłonności 1700 g.

Poziom współpłacenia pacjenta w wysokości 30% dla obu grup (P.100 i P.101) został utrzymany, podobnie jak limit ilościowy (do 90 szt. miesięcznie).

Proponowane zmiany objęły również worki do zbiórki moczu (P.97 i P.98). Ujednolicono zasady refundacji, a także wprowadzono osobną kategorię pasków do mocowania worków do zbiórki moczu w limicie 25 zł za 1 szt., raz na 6 miesięcy, we wskazaniu: choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego, choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych, nadpęcherzowe odprowadzenie moczu, nefrostomia.

W projekcie wprowadzono również szerokie zmiany w zakresie refundacji worków stomijnych (P.99), określając wysokość refundacji w odniesieniu do 1 sztuki wyrobu. Limit ilościowy dla grupy P.99 określono na 35 szt. miesięcznie. Wprowadzono również 10% udział własny dorosłego świadczeniobiorcy (w przypadku dzieci współpłacenie wynosi 0%).

Limity finansowania różnią się ze względu na rodzaj stomii i mają miesięcznie wynosić kolejno:

- stomia na jelicie cienkim (ileostomia): 11,5 zł za sztukę dla worka stomijnego w systemie jednoczęściowym oraz 8 zł za sztukę dla worka stomijnego w systemie dwuczęściowym,
- stomia na jelicie grubym (kolostomia): 8 zł za sztukę dla worka stomijnego w systemie jednoczęściowym oraz 6 zł za sztukę dla worka stomijnego w systemie dwuczęściowym,
- stomia na układzie moczowym (urostomia): 13 zł za sztukę dla worka stomijnego w systemie jednoczęściowym oraz 11 zł za sztukę dla worka stomijnego w systemie dwuczęściowym,
- inne przetoki i stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów: 11 zł za sztukę.

Nowością jest ponadto propozycja wprowadzenia osobnej refundacji na płytki do worków stomijnych w systemie dwuczęściowym, a także wyrobów służących do usuwania worków stomijnych oraz do ich uszczelniania.

Limity finansowania w przypadku tych produktów mają wynosić kolejno:

- płytka stomijna do mocowania worków stomijnych w systemie dwuczęściowym do 8 szt. miesięcznie: 20 zł za sztukę przy odpłatności 10% w przypadku osób dorosłych i 0% w przypadku dzieci,
- pasta stomijna lub pierścienie uszczelniające do stomii do 15 szt. miesięcznie lub półpierścienie uszczelniające do stomii do 30 szt. miesięcznie: 50 zł za pastę stomijną (min. 50g), 25 zł za pastę stomijną (min. 25g), 6 zł za sztukę pierścienia uszczelniającego do stomii, 3 zł za sztukę półpierścienia uszczelniającego do stomii przy odpłatności 20% zarówno w przypadku dorosłych jak i dzieci,
- spray (min. 50 ml) w liczbie 1 szt. miesięcznie lub chusteczki do usuwania przylepca wokół stomii do 30 szt. miesięcznie: 30 zł za spray, 1 zł za 1 sztukę chusteczki przy odpłatności 20% zarówno w przypadku dorosłych jak i dzieci¹⁰⁹.

20 kwietnia 2022 roku Prezydent Andrzej Duda podpisał uchwaloną przez Sejm **ustawę z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych**. Ustawa ta służy stosowaniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, które mają na celu zapewnienie sprawnego funkcjonowania rynku wewnętrznego w obszarze wyrobów medycznych i wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro. Ustawa weszła w życie z dniem **26 maja 2022 roku**, z wyjątkiem art. 54-61, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 roku oraz art. 21-25, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2023 roku.

¹⁰⁹ Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dostęp: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12361702/katalog/12892444#12892444>.

Projekt ustawy od początku budził wiele kontrowersji ze względu m.in. na zapisy dotyczące milionowych kar za nieprzestrzeganie przepisów dot. reklamowania wyrobów medycznych. Podczas konsultacji środowiska pacjenckie wielokrotnie podnosiły argument mówiący, iż wysokość kar administracyjnych, jakie zostały zaproponowane w projekcie ustawy, mogą odbić się ostatecznie na pacjentach. Milionowe kary, które były pierwotnie wskazywane, nawet za drobny błąd formalny w oznakowaniu wyrobu medycznego, mogłyby wpłynąć na ograniczenie dostępności niektórych wyrobów bądź też podniesienie ich cen dla odbiorców końcowych tj. pacjentów i ich bliskich – dotyczyło to również wyrobów medycznych stosowanych w nietrzymaniu moczu i kału. Środowiska producentów jak i pacjenckie składały liczne poprawki do projektu.

Finalnie w ustawie wprowadzono szczegółowy katalog administracyjnych kar pieniężnych na podmioty, które dopuszczają się m.in. naruszenia wymogów określonych w rozporządzeniach unijnych oraz określonych w ustawie nakazów, zakazów.

Administracyjne kary pieniężne zawarte w ustawie sięgają nawet do 5 mln złotych. Przewidziano jednak, że wysokość niektórych kar pieniężnych nie może przekroczyć 10 proc. maksymalnego wymiaru kary za dany czyn, jeśli naruszenie będące podstawą nałożenia kary nie mogło powodować zagrożenia życia lub zdrowia użytkowników lub pacjentów, a jeśli w takim przypadku kara pieniężna ma zostać nałożona w związku z ponownym niewypełnieniem obowiązku (na takiej samej podstawie), wysokość kary pieniężnej nie może przekroczyć 50 proc. maksymalnego wymiaru kary za dany czyn. W zakresie niektórych kar pieniężnych sprecyzowane także znamiona czynu karalnego i wyznaczono widełki kar pieniężnych, częściowo je obniżając, ale również częściowo podnosząc.

Ustawa wprowadza też m.in. zakaz zawierania umów sprzedaży wyrobu poza lokalem przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta (art. 16 ust. 4 i 5). Umowa taka, zgodnie z ustawą, będzie uważana za nieważną. Zakaz ten nie będzie stosowany do umów zawieranych podczas wizyty w domu konsumenta lub miejscu jego pobytu na jego wyraźne zaproszenie.

Ustawa „Za życiem”

Od 2016 roku obowiązuje **ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”**¹¹⁰ 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 złotych¹¹¹. Z danych opublikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na stronie www.ezdrowie.gov.pl wynika, że w 2021 roku na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy „Za życiem” Fundusz przeznaczył 5,2 mln zł, co stanowi spadek o 10,2% względem roku poprzedniego¹¹².

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 roku¹¹³ został zmieniony na Fundusz Solidarnościowy.

W 2021 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 95,7 mln zł, co stanowi wzrost o 25% względem roku 2020¹¹⁴.

¹¹⁰ Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016 poz. 1860).

¹¹¹ <https://www.gov.pl/web/rodzina/rzad-przeznaczy-wiecej-pieniedzy-na-realizacje-programu-za-zyciem>.

¹¹² Zestawienie „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021”. Dostęp: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/leczenie-nietrzymania-moczu2022>.

¹¹³ 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).

¹¹⁴ Zestawienie „Leczenie nietrzymania moczu 2020-2021”. Dostęp: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/leczenie-nietrzymania-moczu2022>.

Pacjenci z NTM wymagający zaopatrzenia w wyroby chłonne mogą ubiegać się o zwrot kosztów zakupu tych materiałów w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) lub Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej (MOPS). Organy te dysponują środkami Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, które mogą być wykorzystane na zwrot ww. kosztów poniesionych przez osobę niepełnosprawną.

O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby¹¹⁵:

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-u¹¹⁶:

1. Wniosek o przyznanie dofinansowania wraz z orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.
2. Oświadczenie o miesięcznych dochodach osoby niepełnosprawnej w przeliczeniu na jednego członka rodziny.
3. Kopię zlecenia na wyroby medyczne.
4. Fakturę potwierdzającą zakup danego wyrobu.

Pacjent może uzyskać następujące dofinansowanie ze środków PFRON-u¹¹⁷:

- 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 2020 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) blisko 159 mln zł na rzecz osób dorosłych i ponad 36 mln zł na rzecz dzieci i młodzieży¹¹⁸. Z dofinansowania skorzystało łącznie ponad 198,5 tys. osób. Oznacza to wzrost w stosunku do 2019 roku o 10%. PFRON nie publikuje szczegółowego podziału wydatków na dofinansowania przyznawane niepełnosprawnym na zakup poszczególnych wyrobów medycznych. Do czasu publikacji niniejszego Raportu, nie opublikowano Sprawozdania Zarządu PFRON z realizacji planu rzeczowo-finansowego z działalności Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2021 roku.

Dostępność – apteki, sklepy medyczne, supermarkety, dostawa do domu

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.

Z raportów wynika, niestety, że w ciągu ostatnich czterech lat, liczba działających w Polsce aptek ogólnodostępnych spadła o ponad 10% (o 1400 placówek mniej) a trend spadkowy stale się utrzymuje¹¹⁹. W 2021 roku liczba aptek zmniejszyła się o 324 w porównaniu do roku 2020, do 13 113¹²⁰.

Szacuje się, że ponad 50% aptek oferuje pacjentom z nietrzymaniem moczu refundowane środki absorpcyjne i liczba ta rośnie. 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.

¹¹⁵ <https://ortomedico.pl/jak-uzyskac-dofinansowanie-ze-srodkow-pfron-do-wyrobow-chlonnych-i-innych-wyrobow-cyklicznych-w-2021/>.

¹¹⁶ <https://www.active-med.pl/finansowanie/refundacja-nfz-dofinansowanie-ze-srodkow-pfron>.

¹¹⁷ <https://ortomedico.pl/jak-uzyskac-dofinansowanie-mops-pcpr-pfron-2022/>.

¹¹⁸ Sprawozdanie Zarządu PFRON z realizacji planu rzeczowo-finansowego z działalności Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2020 roku. Dostęp: <https://bip.pfron.org.pl/pfron/budzet-funduszu/sprawozdanie-zarzadu-pfron-z-realizacji-planu-rzeczowo-finansowego-z-dzialalnosci-panstwowego-funduszu-rehabilitacji-osob-niepelnosprawnych-w-2020-roku/>.

¹¹⁹ <https://pulsmedycyny.pl/kazdego-dnia-z-mapy-polski-znika-nawet-wiecej-niz-jedna-apteka-jak-ocenic-ten-trend-1136266>.

¹²⁰ <https://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8337410,zmniejszenie-liczby-aptek-rynek-apteczny-prawo-farmaceutyczne.html>.

Najszerszy asortyment środków absorpcyjnych, poza bezpośrednią ofertą producentów, znaleźć można w ponad 2000 sklepów 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.

U osób zmagających się z nietrzymaniem moczu i/lub nietrzymaniem kału niezwykle ważne jest **utrzymanie odpowiedniej higieny skóry** poprzez zastosowanie specjalistycznych preparatów myjąco-pielęgnujących, które zapewniają natychmiastowe i długotrwałe nawilżenie skóry, co redukuje ryzyko otarcia i podrażnienia.

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 barierowe¹²¹.

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 kroczka, 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 kosztowne¹²².

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 i aptekach. Jednak praktyka dowodzi, że ich asortyment zależy od oczekiwań klientów i jest sprowadzany przez sprzedawców na podstawie konkretnych zamówień, szczególnie gdy dotyczy to preparatów oczyszczających skórę. W sytuacji osób zagrożonych IAD szczególnie niepokojący jest brak wiedzy o możliwości profilaktyki poprzez stosowanie gąbek nasączonych 2% chlorheksydyną. Opiekunowie osób leżących mogą skutecznie i bez konieczności użycia wody wykonywać codzienną higienę i właściwą pielęgnację przy wymianie produktów chłonnych, która nie tylko utrzyma skórę w czystości, ale także zachowa ją w dobrej kondycji i zabezpieczy 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 sprawności i stanu zdrowia, uwzględniając jednak uniwersalną zasadę pielęgnacji skóry, na którą składają się: **oczyszczanie, 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 się¹²³:

- 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.

¹²¹ V. Madeja, Skóra pacjenta z NTM wymaga szczególnej troski, Kwartalnik NTM nr 1(68), 2019.

¹²² Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017, s. 67-71.

¹²³ Tamże.

Środki do pielęgnacji skóry wrażliwej, narażonej na częsty kontakt z moczem i/lub kałem, zazwyczaj nabywane są w aptekach lub sklepach medycznych. 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 się¹²⁴:

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

Specjalistyczne produkty do higieny, pielęgnacji i ochrony skóry pacjenta z NTM/NTK w Polsce są całkowicie wyłączone z refundacji. Odwrotna sytuacja występuje w przypadku pacjentów z wylonioną stomią, którzy w ramach refundacji NFZ (300 - 480 zł na miesiąc w zależności od rodzaju stomii) mogą otrzymać nie tylko worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub worki i płytki w systemie dwuczęściowym lecz także inny „sprzęt stomijny”:

- pasty, pudry,
- półpiersienie, pierszenie o właściwościach uszczelniających lub gojących,
- produkty do usuwania sprzętu stomijnego,
- produkty do ochrony skóry wokół stomii.

¹²⁴ Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017, s. 73-74.

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 wykryciem tej przykłej 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 lękowe¹²⁵. Jak wskazują statystyki, od pojawienia się pierwszych objawów choroby do pójścia do lekarza 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:

- 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 psychicznych¹²⁶.

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.

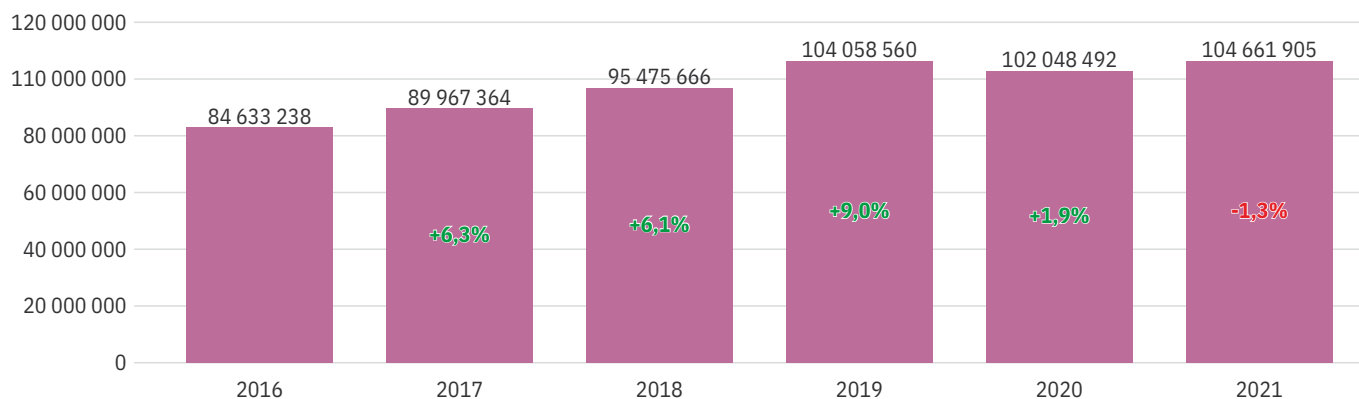
ROK	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Dynamika 2021/2016	Dynamika 2021/2020
Stan ludności Polski (na dzień 31 XII każdego roku) - mały rocznik statystyczny	38 433 000	38 434 000	38 411 000	38 383 000	38 265 000	38 080 411	-0,9%	-0,5%
Szacunkowa liczba osób z NTM (założenie: 8% stanu ludności)	3 074 640	3 074 720	3 072 880	3 070 640	3 061 200	3 046 433	-0,9%	-0,5%
Szacunkowa liczba osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi (założenie: 64% osób z NTM)	1 967 770	1 967 821	1 966 643	1 965 210	1 959 168	1 949 717	-0,9%	-0,5%
Szacunkowa liczba osób z NTM konsultująca zaburzenia psychiczne ze specjalistą (założenie: 3,5% osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi)	68 872	68 874	68 833	68 782	68 571	68 240	-0,9%	-0,5%
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	+21,2%	+9,0%

¹²⁵ A. Ejsmont, <http://klinikatazbir.pl/wp-content/uploads/2015/12/NTM.pdf>; M. Bidzan, Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu, Kraków 2008.

¹²⁶ 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	-2,9%	+9,9%
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	+24,8%	-0,8%
Koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych osób z NTM (w PLN) (założenie: 3,5% osób z NTM podejmuje leczenie psychiatryczne)	84 633 238	89 967 364	95 475 666	104 058 560	106 046 047	104 661 905	+23,7%	-1,3%

Tabela 21
Szacunkowe koszty leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS.



Wykres 12
Szacunkowe koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych u osób z NTM w latach 2016-2021 (w PLN).
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.	Dynamika (2019/2017)
N00 - N99 Choroby układu moczowo-płciowego	6 564 300	6 432 900	6 328 800	5 956 500	-9,3%

Tabela 22
Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych w latach 2017-2020.
Źródło: opracowanie własne 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	Dynamika zmian 2019/2015
Kobiety aktywne zawodowo - przeciętnie w roku	7 820 000	7 746 000	7 737 000	7 703 000	7 620 000	7 648 000	-2,2%
Mężczyźni aktywni zawodowo - przeciętnie w roku	9 569 000	9 514 000	9 530 000	9 440 000	9 398 000	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	-2,2%
Mężczyźni aktywni zawodowo cierpiący na NTM (założenie: 2% populacji mężczyzn)	191 380	190 280	190 600	188 800	187 960	188 760	-1,4%
Osoby aktywne zawodowo z NTM (ogółem)	660 580	655 040	654 820	650 980	645 160	647 640	-2,0%
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	-4,1%
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	-6,2%
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	-5,4%
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	-6,0%
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	+32,5%
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	+32,5%
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	+32,5%
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	+32,5%
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	+32,5%
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	+24,3%
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	+25,3%
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	+24,6%

Tabela 23
Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS i GUS.

Z powyższej tabeli wynika, iż w roku 2020 koszty z tytułu nieobecności w pracy w wyniku NTM wyniosły 1,63 mld zł i były o 11,8% wyższe w porównaniu do 2019 roku i o 24,6% wyższe niż w roku 2015.

OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (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”¹²⁷.

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% społeczeństwa¹²⁸.

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
OGÓŁEM	37 741	37 185	36 477	35 668	34 817	33 951

Tabela 24
Prognoza ludności Polski do 2050 roku (w tys.).
Źródło: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021.

Proces demograficznego starzenia się ludności Polski, czyli wzrost udziału osób w wieku 65 lat i więcej w populacji, jest dużym wyzwaniem nie tylko w kontekście starzenia się zasobów siły roboczej i funkcjonowania systemu emerytalnego, lecz także w kontekście zapewnienia seniorom godnej opieki¹²⁹. 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 w ramach opieki długoterminowej 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.

¹²⁷ Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, Warszawa 2015.

¹²⁸ Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r., Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Warszawa, Białystok 2021, s. 23.

¹²⁹ Raport Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro, red. Piotr Błędowski, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, Warszawa, 2019.

Zakłady opieki długoterminowej

W 2020 roku (stan na 31 grudnia) w Polsce funkcjonowały **442** zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), które udzieliły wsparcia **46 165** pacjentom oraz **171** zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), które zapewniły opiekę **13 404** osobom. Oba rodzaje zakładów adresowane są do tej samej grupy pacjentów – osób przewlekle chorych i niesamodzielnych i mają zbliżony zakres świadczeń.

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Dynamika (2020/2011)
Liczba placówek	367	360	379	388	408	400	415	430	432	442	+20,4%
Liczba pacjentów rocznie	41 779	42 959	43 766	44 199	47 624	47 398	46 720	47 806	48 318	46 165	+10,5%

Tabela 25
Zakłady opiekuńczo-lecznicze w latach 2011-2020.
Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2012-2021.

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Dynamika (2020/2011)
Liczba placówek	138	156	152	155	152	154	161	160	167	171	+23,9%
Liczba pacjentów rocznie	12 716	15 173	15 054	14 509	14 214	13 655	14 821	14 796	14 242	13 404	+5,4%

Tabela 26
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze w latach 2011-2020.
Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2012-2020.

Pielęgniarską opiekę długoterminową domową w 2021 roku świadczyło **1 016** podmiotów. Pod opieką pozostawało **60 586** pacjentów.

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Dynamika (2021/2016)
Liczba świadczeniodawców	1 133	1 140	1 062	1 053	1 023	1 016	-10,3%
Liczba pacjentów rocznie	60 077	65 194	61 985	60 827	59 369	60 586	+0,8%

Tabela 27
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa w latach 2016-2021.
Źródło: Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartały z lat 2016-2021.

W 2020 roku w Polsce działało **1 851 stacjonarnych domów i zakładów pomocy społecznej** (w tym 871 domów pomocy społecznej – DPS i 408 placówek zapewniających całodobową opiekę), które zapewniły opiekę ponad **105 tys. mieszkańców**.

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Dynamika (2020/2011)
Liczba placówek	1 514	1 564	1 599	1 619	1 655	1 678	1 723	1 831	1 837	1 851	+21,3%
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	+10,3%

Tabela 28
Stacjonarne domy i zakłady pomocy społecznej w latach 2011-2020.
Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2012-2021 oraz Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 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, w ostatnim okresie sygnalizuje wyhamowanie dynamiki. Nadal jednak czas oczekiwania na przyjęcie do specjalistycznej placówki opiekuńczej, po spadku w III kwartale 2017 roku, rósł. Na przełomie 2018 i 2019 roku średni czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL wynosił 12 miesięcy, a do ZPO 9 miesięcy¹³⁰. W przypadku stacjonarnych domów i zakładów pomocy społecznej w 2020 roku liczba ich mieszkańców w porównaniu z rokiem 2019 spadła o ponad 7 tys., pomimo, że liczba placówek wzrosła o 14¹³¹. 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 zwolni się 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 od lat mierzą się świadczeniodawcy w opiece długoterminowej jest niedoszacowanie stawek. Stawkę pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel w 2022 oszacowano na 129,04 zł. Według raportu (obecnie nie jest dostępny w Internecie) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) minimalna stawka za osobodzień osoby dorosłej w ZOL/ZPO powinna wynosić, w zależności od wariantu¹³²:

- 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 w 2021 roku oznacza niedoszacowanie na poziomie 22%, a w roku 2022 niedoszacowanie na poziomie 15%.

27 września 2019 roku Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał obwieszczenie w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej¹³³. 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. roku życia. Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. „osobodnia za świadczenia pielęgnarskie w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania”, któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 punkt. Koszt świadczenia bazowego oszacowano na wartość **30,08 zł**. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze z katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej były przedmiotem taryfikacji w 2018 roku. Jak poinformowała wtedy AOTMiT bieżąca aktualizacja taryf świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych ma 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 2022)
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	3,16 pkt = 95,05 zł	3,54 pkt = 106,48 zł	3,91 pkt = 117,61 zł	4,29 pkt = 129,04 zł
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	4,51 pkt = 135,66 zł	5,05 pkt = 151,90 zł	5,60 pkt = 168,45 zł	6,14 pkt = 184,69 zł
Osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	3,16 pkt = 95,05 zł	3,54 pkt = 106,48 zł	3,91 pkt = 117,61 zł	4,29 pkt = 129,04 zł

¹³⁰ Barometr Fundacji Watch Health Care nr 19/15/02/2019, www.korektorzdrowia.pl, autor: MAHTA Sp. z o.o.

¹³¹ Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2021.

¹³² 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.

¹³³ Obwieszczenie 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. Dostęp: <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/taryfikacja-swadczen/6329-122019-obwieszczenie-sw-pielegnacyjne-i-opiekuńcze>.

Osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	4,87 pkt = 146,49 zł	5,61 pkt = 168,75 zł	6,35 pkt = 191,01 zł	7,09 pkt = 213,27 zł
Osobodzeń 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 = 188,90 zł	7,23 pkt = 217,48 zł	8,19 pkt = 246,36 zł	9,14 pkt = 274,93 zł

Tabela 29

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.

28 maja 2018 roku Prezes AOTMiT określił taryfę dla świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanej w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel¹³⁴. Taryfę ustalono na 3,76 pkt., czyli **113,10 zł** za osobodzeń. W 2019 roku nie uległa ona zmianie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 6 listopada 2019 roku wydał zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej¹³⁵, w którym uwzględniono taryfy z Obwieszczenia Prezesa AOTMiT.

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 zarządzenia dotychczas obowiązującego, zwiększa stawkę za osobodzeń 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 zł¹³⁶.

28 stycznia 2021 roku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych w ramach opieki długoterminowej, przyjmując uwzględnioną wcześniej taryfikację AOTMiT, przy czym zmienił datę obowiązywania katalogu świadczeń z 1 stycznia 2021 roku na wchodzącą w życie od 1 marca 2021 roku. Taryfikacja ma obowiązywać do 31 grudnia 2021 roku. Taryfikacja na rok 2022 również nie uległa zmianie i ma obowiązywać od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 roku¹³⁷. W 2022 roku na podstawie zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej redukcji uległa natomiast wysokość taryf za:

- osobodzeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych (**pow. 16 godzin**) – **nowa wysokość taryfy: 4,13 = 120,06 zł (wcześniej 142,73 zł) – obniżka o 16%**,
- osobodzeń 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%**,
- osobodzeń 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%**¹³⁸.

13 lipca 2022 roku Minister Zdrowia zatwierdził rekomendację nr 65/2022 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Minister zatwierdził drugi wariant wyceny świadczeń, w którym rekomenduje się dla każdej z grup zakresów ustalenie ceny jednostki rozliczeniowej co najmniej na poziomie szóstego decyła rozkładu cen jednostek rozliczeniowych jako minimalną wartość odzwierciedlającą poziom kosztów

¹³⁴ Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 maja 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Dostęp: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/taryfikacja/taryfy/obwieszczenia/2018/Obwieszczenie_Prezesa_ZOL_ZPO_HIV_uzupe%CC%82nienie.pdf.

¹³⁵ Zarządzenie Nr 152/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/zarzadzania-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1522019dsoz,7046.html>.

¹³⁶ 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.

¹³⁷ Zarządzenie Nr 22/2021/DSOZ z dnia 28 stycznia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/zarzadzania-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-222021dsoz,7309.html>.

¹³⁸ Zarządzenie Nr 55/2022/DSOZ z dnia 25.04.2022 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.

realizacji świadczeń o zapewnionym określonym stopniu jakości, przy uwzględnieniu minimalnego wynagrodzenia, a następnie zwiększenie uzyskanej w ten sposób ceny jednostki rozliczeniowej. Zakresy, w których jednostką rozliczeniową jest ryczałt, podlegają tylko zwiększeniu następująco:

- SPO – opieka długoterminowa (ZOL) – wzrost wartości punktu o kwotę: 9,16 zł (+26%)
- SPO – pielęgnarska opieka długoterminowa domowa – wzrost wartości punktu o kwotę: 7,14 zł (+20%)
- SPO – opieka długoterminowa (wentylacja domowa) – wzrost wartości punktu o kwotę: 6,34 zł (+20%)
- OPH – opieka hospicyjna – wzrost wartości punktu o kwotę: 13,49 zł (+21%).

System opieki długoterminowej w Polsce jest nadal **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**, a koszty są „przerzucane” między systemem opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Oferowane świadczenia zdrowotne, pielęgnacyjne i opiekuńcze często są **niezdefiniowane i nieadekwatne** do rzeczywistych potrzeb. **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 konieczne, a proces ich wprowadzania powinien nastąpić jak najszybciej.

Osoby niesamodzielne

„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”¹³⁹.

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. „Zdrowa Przyszłość”.

Dokument „**POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC OSÓB STARSZYCH 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ**”¹⁴⁰ 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 uwzględnia 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)¹⁴¹.

¹³⁹ 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. Smokowska-Reichman, E. Szwalkiewicz, Osoby niesamodzielne - jak im pomagać? Poradnik opiekuna wspierającego osoby niesamodzielne, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON”.

¹⁴⁰ Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/polityka-spoleczna-wobec-osob-starszych-2030-bezpieczenstwo-uczestnictwo-solidarnosc>.

¹⁴¹ Więcej informacji: http://senior.gov.pl/program_asos/strona/92.

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 priorytetów¹⁴²:

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

Na program każdego roku będzie przeznaczane 40 mln zł, łącznie na działania i inicjatywy aktywizujące seniorów zaplanowana 200 mln zł.

Strategicznym celem programu „**OPIEKA 75+**”, realizowanego 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.

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 specjalistyczne usługi opiekuńcze 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 2020 roku pomocą w formie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, objęto łącznie 113 059 osób. Zaś na realizację tychże usług przeznaczono około 714 mln zł – jest to wzrost o 4,4% w porównaniu do roku 2019¹⁴³. W 2021 roku przystąpienie do realizacji niniejszego programu zadeklarowało 583 gminy z usługami dla 7 465 osób. Oszacowana przez wojewodów wysokość środków na realizację programu „Opieka 75+” – edycja 2021 wyniosła blisko 28,5 mln¹⁴⁴.

500+ dla niesamodzielnych

W maju 2019 roku, podczas konwencji przed wyborami do Parlamentu Europejskiego, premier Mateusz Morawiecki zapowiedział wprowadzenie programu 500+ dla osób niepełnosprawnych powyżej 18. roku życia. Dodatek otrzymać miały osoby niepełnosprawne i niesamodzielne oraz osoby niepełnosprawne niezdolne do podejmowania żadnej pracy zawodowej, pod warunkiem, że nie otrzymują przyznanej z tytułu niepełnosprawności renty lub emerytury. 31 lipca 2019 roku przyjęto ustawę o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, która weszła w życie 1 października 2019 roku¹⁴⁵. 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 brutto¹⁴⁶. W 2022 roku próg wzrósł ponownie, tym razem do kwoty 1 896,13 zł brutto¹⁴⁷.

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 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.

¹⁴² Tamże.

¹⁴³ Program „Opieka 75+” na rok 2022, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa grudzień 2021, s. 4, 6.

¹⁴⁴ <https://www.gov.pl/web/rodzina/583-gminy-w-programie-opieka-wytnieniowa-w-2021-r>, dostęp z dnia: 16.05.2022 r.

¹⁴⁵ Ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. 2019 poz. 1622).

¹⁴⁶ 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>.

¹⁴⁷ <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**)¹⁴⁸, 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 niesamodzielnności na potrzeby prawa i sformułowanie szczegółowych zasad orzekania o niesamodzielnności 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 powstała zaktualizowana i poszerzona edycja raportu. Można ją pobrać bezpośrednio ze strony internetowej Koalicji (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 typowe dla człowieka.

W Polsce stosowane są co najmniej dwie definicje dotyczące osób niepełnosprawnych. 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)¹⁴⁹.

Według danych GUS na koniec 2021 roku, orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało 2 830 tys. osób w wieku 16 lat i więcej¹⁵⁰, natomiast w 2014 roku było to ponad 3 608 tys. osób w takim wieku¹⁵¹.

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

Tabela 30
Osoby niepełnosprawne prawnie w 2014 i 2021 roku.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

9 maja 2018 roku Sejm, na fali protestów niepełnosprawnych i rodziców, 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 2022 roku wynosi ona 1 338,44 zł brutto)¹⁵².

9 maja 2018 roku przyjęto również ustawę o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności¹⁵³. Na podstawie przyjętych przepisów, które weszły w życie 1 lipca 2018 roku, nastąpiło zniesienie okresów użytkowania wyrobów medycznych (jak wózki inwalidzkie, cewniki, 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.

¹⁴⁸ Raport Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro, red. Piotr Błędowski, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, Warszawa, 2019.

¹⁴⁹ Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2021, s. 206.

¹⁵⁰ Aktywność ekonomiczna ludności Polski - 4 kwartał 2021 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2022.

¹⁵¹ Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2016.

¹⁵² <https://www.zus.pl/swiadczenia/emerytury/kwoty-najnizszych-swadczen-emerytalno-rentowych>. Dostęp z dnia: 18.05.2022.

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2021 roku Fundusz przeznaczył 362 mln zł na zaopatrzenie w wyroby medyczne tej grupy pacjentów, z czego 95,7 mln zł na refundację środków absorpcyjnych. W 2020 roku kwoty te wyniosły ponad 284 mln zł na zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym ponad 76,5 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 niepełnosprawnych¹⁵⁴.

Fundusz Solidarnościowy

Kolejnym działaniem wspierającym osoby niepełnosprawne 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 solidarnościowy 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% nadwyżki tej kwoty. Jak informowało na swojej stronie internetowej Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (MRIPS), w 2020 roku do funduszu trafić miało ok. 1,15 mld zł¹⁵⁵.

Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych decyzją Sejmu z 20 grudnia 2019 roku¹⁵⁶ 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 rent i emerytur.

W 2022 roku zaplanowano realizację następujących programów resortowych Ministra Rodziny i Polityki Społecznej mających przyczynić się do wsparcia społecznego lub zawodowego osób niepełnosprawnych:

- **„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022**
Program skierowany do jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego. Jego założeniem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez działania mające na celu wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa.
- **„Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022**
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 2022.
- **„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**
Program skierowany do jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego. Założeniem programu jest pomoc osobom niepełnosprawnym w prowadzeniu jak najbardziej niezależnego życia poprzez wprowadzenie usługi asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.
- **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022**
Z programu mogą skorzystać organizacje pozarządowe. Cele analogiczne jak w przypadku programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.
- **„Centra opiekuńczo-mieszkalne”**
Z programu „Centra opiekuńczo-mieszkalne” mogą skorzystać jednostki samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego, które zdecydują się na pomoc dorosłym osobom niepełnosprawnym ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w zapewnieniu pobytu, opieki oraz specjalistycznych usług dostosowanych do ich potrzeb.
- **„Rodzinne ośrodki wsparcia”**
Celem programu ma być utworzenie ośrodków wsparcia rodzin osób niepełnosprawnych, gdzie udzielana będzie wszechstronna i profesjonalna pomoc w różnych dziedzinach życia. Pomoc ma zostać udzielana zarówno samej osobie niepełnosprawnej, jak i pozostałym członkom rodziny niezależnie od ich wieku.

W 2022 roku planowana jest także realizacja programu rządowego, który przygotował Minister Infrastruktury na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o Funduszu Solidarnościowym. Ma on na celu wsparcie społeczne, zawodowe lub zdrowotne osób niepełnosprawnych¹⁵⁷.

¹⁵³ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018 poz. 932).

¹⁵⁴ Więcej informacji: <http://niepelnosprawni.gov.pl/a,1180,strategia-na-rzecz-osob-z-niepelnosprawnościami-2021-2030-ogloszona-w-dzienniku-urzedowym-rzeczypospolitej-polskiej-monitor-polski>.

¹⁵⁵ Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/solidarnosciowy-fundusz-wsparcia-osob-niepelnosprawnych>.

¹⁵⁶ 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).

¹⁵⁷ Ogłoszenie o rocznym planie działania na rzecz wsparcia osób niepełnosprawnych na rok 2022. Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/ogloszenie-o-planie-wsparcia-na-2022-rok2>

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 psychicznymi¹⁵⁸.

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 bezdomnych¹⁵⁹.

16 marca 2021 roku przedstawiono informacje o projekcie „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych”. Termin realizacji projektu to 1.10.2021 – 30.11.2023. 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 województwie¹⁶⁰.

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 niepełnosprawnymi. Od 1 stycznia 2022 r. świadczenie pielęgnacyjne wynosi 2 119 zł miesięcznie. Jest ono o 148 zł wyższe niż w 2021 roku, kiedy wynosiło 1 971 zł miesięcznie¹⁶¹. Wysokość tego świadczenia waloryzowana jest co roku.

Obecnie 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 niepełnosprawnych od lat apelowało o nieróżnicowanie tych grup¹⁶².

W 2014 roku Trybunał Konstytucyjny uznał, że zróżnicowanie uzależnione od wieku powstania niepełnosprawności jest niezgodne z art. 32 ustawy zasadniczej, czyli z zasadą równości wobec prawa. Opiekunowie dorosłych niepełnosprawnych należą do tej samej grupy i powinni być traktowani na tych samych zasadach¹⁶³. Do czasu publikacji niniejszego Raportu wyrok pozostał niezrealizowany.

¹⁵⁸ Więcej informacji: <https://wartowiedziec.pl/polityka-spoieczna/54299-deinstytucjonalizacja-w-obszarze-zdrowia>.

¹⁵⁹ Treść rozporządzenia: <https://www.gov.pl/web/rodzina/dzienniki-urzedowe-mrips---rok-2022>.

¹⁶⁰ Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/projekt-opracowanie-i-pilotazowe-wdrozenie-mechanizmow-i-planow-deinstytucjonalizacji-uslug-spoiecznych>.

¹⁶¹ Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej 1 z dnia 27 października 2021 r. w sprawie wysokości świadczenia pielęgnacyjnego w roku 2022, Monitor Polski.

¹⁶² Więcej informacji: <https://www.gov.pl/web/rodzina/polski-lad-dla-rodzin>.

¹⁶³ Tamże.

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 szereg korzystnych zmian jakie nastąpiły w ostatnich latach, w tym również w ostatnich 12 miesiącach, należy zauważyć, że nadal wiele problemów, z perspektywy pacjenta z inkontynencją, będącego jednocześnie obywatelem Unii Europejskiej nie zostało rozwiązanych. Stąd przedstawione w Raporcie analizy, skłaniają do następujących wniosków i rekomendacji.

EDUKACJA

1. W Polsce od początku publikacji raportu 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 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.

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 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.

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

Zasady współpracy pomiędzy poszczególnymi specjalizacjami lekarskimi, które usystematyzowałyby obszary pracy lekarza rodzinnego, geriatry, ginekologa oraz urologa na poszczególnych etapach rozpoznania, diagnostyki, leczenia oraz pielęgnacji osób z NTM są dalece niewystarczające.

Dlatego rekomenduje się 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 NTM, podobnie jak w innych zaburzeniach funkcji ciała, bez codziennej higieny, właściwej pielęgnacji oraz odpowiedniego zabezpieczenia osób chorych w środku 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 wpływającego 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 jakiejkolwiek 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, 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 2023 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 2011-2021, na refundację materiałów chłonnych (+83%) jest znacząco niższa od dynamiki wzrostu wydatków dla całej grupy refundowanych wyrobów medycznych w tym samym okresie (+124%) 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, przewlekłe 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,
- stworzenie polskiej normy dotyczącej 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 2021 rok wyniosły 100,9 mln zł, co stanowiło już ponad 32% 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 2020 roku zaczął obowiązywać nowy wzór zlecenia z e-potwierdzeniem.** Wprowadzone w marcu 2020 roku obostrzenia wynikające z zagrożenia epidemicznego spowodowały z kolei, że proces informatyzacji wystawiania zleceń na wyroby medyczne uległ gwałtownemu przyspieszeniu ku zdecydowanemu zadowoleniu pacjentów. Szczególnie cenna jest reforma potwierdzania zleceń, które wreszcie można realizować bez konieczności odwiedzania oddziału wojewódzkiego NFZ. Równie pozytywnie pacjenci oceniają możliwość wystawiania zleceń zdalnie, bez konieczności wizyty lekarskiej, jak również dostarczania zamówionych produktów wprost pod adres domowy.

Ten ostatni aspekt jest o tyle istotny, ponieważ nie został na trwale uregulowany, przykładem czego była ostatnia, nieudana próba powrotu do regulacji przedcovidowych. Mając na uwadze powyższe, rekomenduje się dalsze informatyzowanie procesu wystawiania, potwierdzania i realizowania zleceń, bazując na wypracowanych w trakcie pandemii rozwiązaniach.

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 ćwiczeń 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 antycholinergicznych. Niestety w Polsce, już 11 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, trospium, 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 antycholinergicznych.

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, pomimo wydania już dwóch pozytywnych rekomendacji przez Prezesa 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).**

Podczas, gdy w innych 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 musi w pierwszej kolejności mierzyć się z możliwościami finansowymi pacjenta oraz restrykcyjną polityką refundacyjną państwa, 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.

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 ośmiu ośrodkach szpitalnych w Polsce, a liczba osób zaimplementowanych sukcesywnie rośnie. 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 kału.

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 przyspieszyć 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 uroinekologicznych. W tej sprawie, już kolejny rok, nie zanotowano jakiegokolwiek postępu.

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

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

System opieki długoterminowej w Polsce jest niejednolity 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 socjalną. Słabość opieki długoterminowej w Polsce bardzo obnażyła pandemia, przyspieszając proces odejścia personelu z zakładów opieki długoterminowej a także gwałtowne zmiany minimalnych stawek wynagrodzeń dla personelu medycznego.

2. 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. 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 WOBEC 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 lipca 2022 nie został wniesiony do parlamentu projekt ustawy),
- 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 naprzeciw doraźnym 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 dziewięciu oddziałach oraz dwóch sekcjach (pęcherza i prostaty). Posiadamy oddziały wojewódzkie w:

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



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. Erazma Ciołka 13, 01-445 Warszawa
tel. 22 279 49 02
zg@uroconti.pl
www.uroconti.pl

ISBN 978-83-948272-8-1

