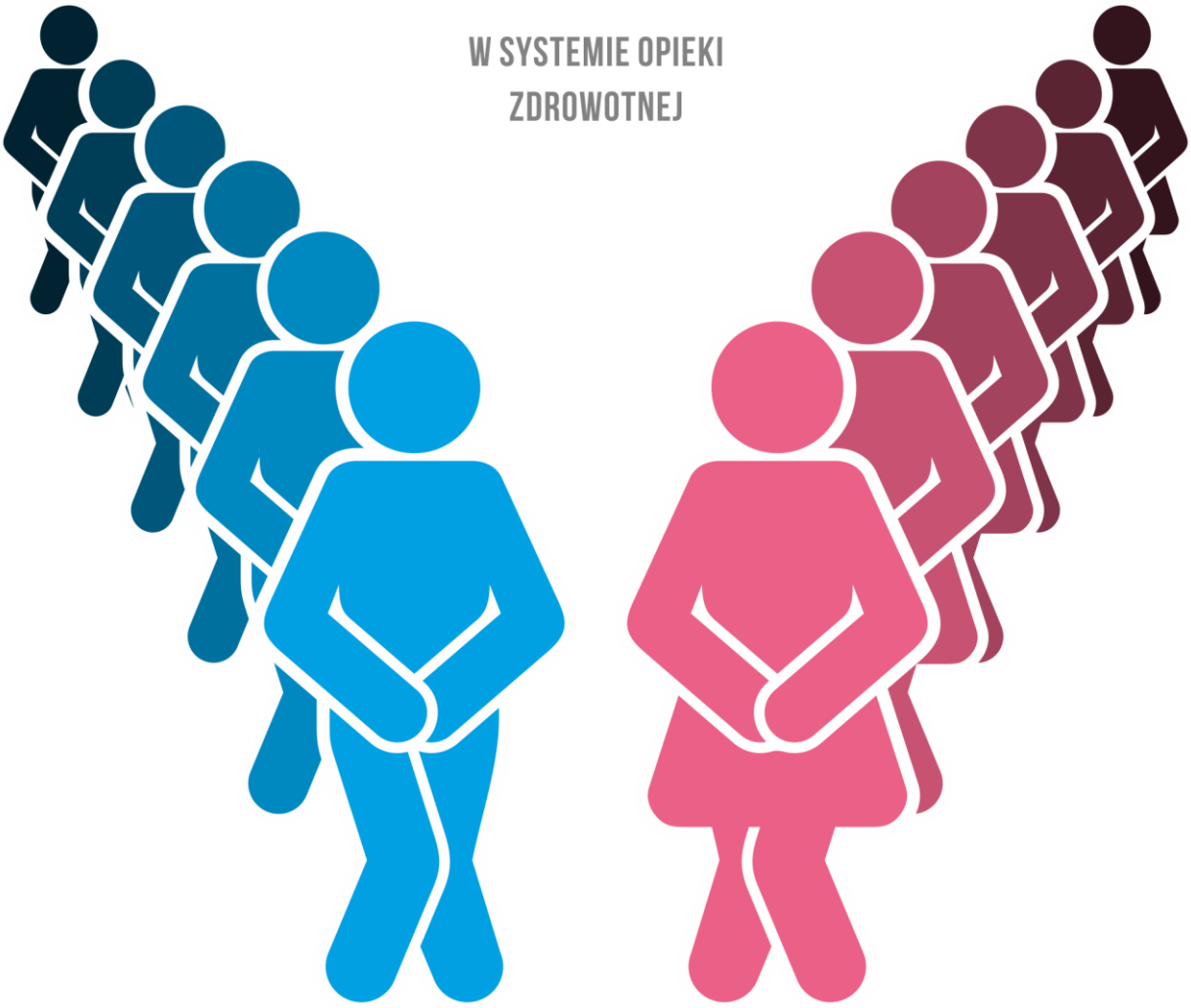
WRZESIEŃ'25

RAPORT

PACJENT Z NTM

W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ



UroConti

WFIPP

Światowy Tydzień Kontynencji 2025

ntm.pl

PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2025

14. edycja Raportu

Opracowanie Raportu:
Karolina Ciepiela
Katarzyna Michalczuk
Tomasz Michałek
Lidia Piechocka
Michał Szewczyk

Współpraca merytoryczna:
prof. dr hab. n. ekon. Piotr Błędowski
dr n. med. Mariusz Blewniewski
mgr Magdalena Osińska-Kurzywilk

Opracowanie graficzne i skład:
Piotr Lisiecki

Partnerzy wydania Raportu:
Essity Poland Sp. z o.o.
Medtronic Poland Sp. z o.o.

Realizacja wydawnicza: OCI Sp. z o. o.

Raport powstał na zlecenie Stowarzyszenia „UroConti" w ramach Światowego Tygodnia Kontynencji 2025, przy wykorzystaniu bazy wiedzy z lat 2002-2025 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, wrzesień 2025

ISBN: 978-83-968964-2-1

© Stowarzyszenie „UroConti"
Wszelkie prawa zastrzeżone
All rights reserved

4 WPROWADZENIE DO RAPORTU
5 Definicja NTM
5 Epidemiologia
9 Diagnostyka
9 Wizyty u specjalistów
12 Badania diagnostyczne
15 ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO
16 Leczenie zachowawcze niefarmakologiczne
17 Leczenie farmakologiczne
23 Zabiegi małoinwazyjne
27 Leczenie operacyjne
28 WYSIŁKOWE NIETRZYMANIE MOCZU
29 Leczenie zachowawcze niefarmakologiczne
31 Leczenie farmakologiczne
32 Leczenie zabiegowe
37 INNE RODZAJE NIETRZYMANIA MOCZU
38 INNE METODY LECZENIA NIETRZYMANIA MOCZU
40 NIETRZYMANIE KAŁU
46 NTM JAKO SKUTEK LECZENIA ONKOLOGICZNEGO
49 ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE
49 Środki absorpcyjne
51 Cewniki
53 Produkty stomijne
54 Cyfrowe wyroby medyczne
55 Zasady refundacji
64 Dofinansowanie z PFRON
65 Dostępność - apteki, sklepy medyczne, supermarkety, dostawa do domu
66 HIGIENA I PIELĘGNACJA
68 PRZYKŁADY KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z INKONTYTENCJĄ
68 Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM
69 Koszty absencji w pracy osób z NTM
72 OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM
72 Czynniki demograficzne
73 Zakłady opieki długoterminowej
77 Osoby niesamodzielne
82 Osoby z niepełnosprawnościami
85 Deinstytucjonalizacja
89 WNIOSKI I REKOMENDACJE

WPROWADZENIE DO RAPORTU

Szanowni Państwo,

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

Jak co roku, Raport został opracowany na podstawie najnowszych danych z ostatnich 12 miesięcy. Autorzy wykorzystali m.in. informacje z rządowego serwisu **www.ezdrowie.gov.pl**, gdzie publikowane są szczegółowe raporty i zestawienia dotyczące systemu ochrony zdrowia w Polsce. Cennym źródłem były również dane pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

W procesie przygotowania Raportu uwzględniono także najnowsze Mapy Potrzeb Zdrowotnych, opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia 30 czerwca 2025 roku. Dokument ten służy identyfikacji aktualnych i prognozowanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa na poziomie krajowym i regionalnym. Choć Mapy stanowią istotne narzędzie planistyczne, w bieżącej edycji zabrakło szczegółowych danych dotyczących nietrzymania moczu. Uwzględniono jedynie ogólne informacje na temat chorób układu moczowo-płciowego, które zajęły czwarte miejsce zarówno wśród najczęstszych przyczyn hospitalizacji, jak i w ramach świadczeń udzielanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS).

W kolejnych latach rośnie liczba kobiet zgłaszających się do lekarzy z problemami zdrowotnymi dotyczącymi sfery intymnej, w tym z nietrzymaniem moczu (NTM). W odpowiedzi na te potrzeby, w przestrzeni publicznej pojawiają się postulaty dotyczące utworzenia odrębnej specjalizacji z zakresu uroginekologii. W ciągu ostatnich 12 miesięcy temat ten był omawiany m.in. podczas posiedzeń Senackiej Komisji Zdrowia oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowia Kobiet i Parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowia Matki i Dziecka. Ministerstwo Zdrowia rozważa obecnie, czy uroginekologia powinna zostać uznana za specjalizację (lub podspecjalizację), czy raczej funkcjonować jako certyfikowana umiejętność. W tym miejscu godnym odnotowania jest fakt, że Katedra Ginekologii i Położnictwa Wydziału Medycznego CM UKSW w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie, której kierownikiem jest prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz, jako pierwszy ośrodek w Polsce znalazła się na liście ośrodków akredytowanych przez Europejskie Towarzystwo Uroginekologiczne (ang. *European Urogynaecological Association – EUGA*).

W Polsce zarejestrowano pierwsze leki generyczne stosowane w II linii leczenia pęcherza nadreaktywnego (ang. *overactive bladder – OAB*). Od października 2024 roku uzyskały rejestrację dwa nowe preparaty: Iretig oraz Begirax – pierwsze generyki zawierające substancję czynną mirabegron. Natomiast w styczniu 2025 roku rejestrację uzyskała czwarta marka – Mirabegron Teva. Preparaty te nie zostały jednak jeszcze wprowadzone do obrotu w naszym kraju. Wcześniej, przez ostatnią dekadę, jedynym zarejestrowanym produktem stosowanym w II linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego była Betmiga (lek oryginalny).

Na poziomie europejskim wydarzeniem niewątpliwie godnym odnotowania jest inauguracja działalności w Parlamencie Europejskim Grupy na rzecz Zdrowia w zakresie Kontynencji. Na jej czele stanęła irlandzka europosłanka Maria Walsh. Inicjatywa ta jest efektem Manifestu „Urge to Act", zainaugurowanego w 2023 roku. Celem Grupy jest wspieranie i wzmacnianie pozycji osób dotkniętych problemami z kontynencją w całej Unii Europejskiej – kobiet, dzieci, mężczyzn, osób starszych, pacjentów z innymi schorzeniami oraz ich opiekunów. Grupa ma promować społeczeństwo, w którym o problemach z kontynencją można mówić otwarcie, a każdy ma zapewniony dostęp do działań profilaktycznych i odpowiedniej opieki wtedy, gdy jej potrzebuje.

Podsumowując ostatni rok nie można oczywiście pominąć kwestii rekonstrukcji rządu, która nastąpiła 23 lipca 2025 roku. Nowa szefowa resortu, Jolanta Sobierańska-Grenda, zastąpiła Izabelę Leszczynę, która kierowała Ministerstwem Zdrowia od grudnia 2023 roku. Jednym z pierwszych projektów zrekonstruowanego rządu ma być wdrożenie centralnej e-rejestracji do świadczeń zdrowotnych. Celem jest skrócenie kolejek i uproszczenie dostępu do specjalistów, co miałoby znacząco poprawić komfort pacjentów.

Definicja NTM

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization – WHO*) oraz Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ang. *International Continence Society – ICS*), nietrzymanie moczu (NTM) to schorzenie obejmujące każdy epizod mimowolnego wycieku moczu z pęcherza moczowego[1]. NTM bywa również określane mianem inkontynencji moczu (łac. *incontinentia urinae*). Nietrzymanie moczu uznawane jest za jeden z istotniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku i posiada status choroby społecznej. Stanowi jednocześnie problem socjalny i higieniczny.

W zależności od płci i wieku przyczyny nietrzymania moczu mogą się różnić, dlatego każdorazowo niezbędne jest przeprowadzenie prawidłowej diagnostyki, która pozwoli dokładnie określić przyczynę, rodzaj, częstotliwość oraz nasilenie tego zaburzenia.

Nietrzymanie moczu może być objawem wielu schorzeń, a w zależności od jego przyczyny wyróżnia się różne typy. Trzy podstawowe, najczęściej występujące to:

- **wysiłkowe NTM**,
- **NTM z parcia**, w skład którego wchodzi zespół pęcherza nadreaktywnego/nadaktywnego typ mokry (ang. *overactive bladder – OAB*),
- **mieszane NTM** (połączenie wysiłkowego NTM i parć naglących)[2].

Według Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji oprócz trzech podstawowych typów nietrzymania moczu wymienionych wyżej, występują także inne. Należą do nich m.in.: nietrzymanie moczu z przepełnienia, 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.

Około 10% wszystkich dorosłych kobiet zgłasza co najmniej jeden incydent wycieku moczu tygodniowo. Wycieki sporadyczne występują częściej i dotykają ok. 25-45% wszystkich dorosłych kobiet. Zwiększenie częstotliwości epizodów nietrzymania moczu, zgodnie z badaniami, wzrasta wraz z wiekiem[3].

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

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

Pewne jest, że nietrzymanie moczu zdecydowanie częściej dotyka kobiet. W niemal wszystkich badaniach częstość występowania nietrzymania moczu u mężczyzn jest niższa niż u kobiet. Relacja ta oceniana jest na 1:2,5 lub nawet 1:3.

[1] Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021.
[2] Wstęp do uroginekologii, red. E. Barcz, Gdańsk 2017, s. 53.
[3] Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 27-30.
[4] Tamże, s. 45.

8 listopada 2023 roku w Brukseli, podczas Pierwszego Szczytu Zdrowia w Zakresie Kontynencji (ang. *Continence Health Summit*), zaprezentowano raport zlecony przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne (ang. *European Association of Urology – EAU*) i przeprowadzony przez Triangulate Health Ltd na temat społeczno-ekonomicznych i środowiskowych kosztów związanych z opieką nad osobami z inkontynencją. Wskazano w nim, że około 55-60 milionów Europejczyków cierpi na problemy zdrowotne związane z kontynencją[5].

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

30 czerwca 2025 roku opublikowano najnowsze Mapy Potrzeb Zdrowotnych – dokument mający na celu identyfikację aktualnych oraz prognozowanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa na poziomie krajowym i regionalnym. Niestety, w opracowaniu zabrakło szczegółowych informacji dotyczących nietrzymania moczu. Uwzględniono jednak dane ogólne dotyczące chorób układu moczowo-płciowego, które w latach 2020–2023 zajmowały czwarte miejsce wśród najczęściej leczonych schorzeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), stanowiąc 8,8% wszystkich porad. Na pierwszym miejscu znalazły się choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (11,1%), na drugim – choroby układu krążenia (9,2%), a na trzecim – nowotwory (9,1%).

Choroby układu moczowo-płciowego w 2023 roku były również czwartą przyczyną hospitalizacji (7,7%). Przed nimi znalazły się nowotwory (12,7%), choroby układu krążenia (11,8%) oraz urazy i zatrucia (9%).

Jednym z wartych przywołania badań przeprowadzonych w ostatnich latach w Polsce jest badanie *PolSenior2*. Przedstawiono w nim wyniki dotyczące występowania objawów z dolnego odcinka układu moczowego (ang. *lower urinary tract symptoms – LUTS*) u osób w wieku 60 lat i więcej. Badania trwały od września 2018 roku do grudnia 2019 roku i objęły ok. 6 tys. Polaków w wieku 60 i więcej lat. Informacje na temat częstości występowania LUTS zostały uzyskane od 5900 osób (w tym 3020 kobiet i 2880 mężczyzn) na podstawie ankiety medycznej. Z analizy wykluczono 143 osoby, u których przewlekle stosowano cewnikowanie pęcherza moczowego. Dodatkowo, aby zapewnić precyzyjność odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu, wykluczono również 580 osób z poważnymi zaburzeniami funkcji poznawczych[6].

W całej badanej grupie osób w wieku 60 lat i starszych, objawy LUTS związane z gromadzeniem moczu występowały u ponad 60% seniorów, częściej u kobiet (67,8%) niż u mężczyzn (50,3%). Autorzy badania szacują, że tego rodzaju problemy mogą dotykać ponad 5 milionów starszych Polaków, w tym ok. 3,4 mln kobiet i 1,8 mln mężczyzn. Analiza wyników wykazała, że częstość występowania LUTS rosła stopniowo wraz z wiekiem.

Grupa wiekowa	Kobiety	Mężczyźni	Razem
Ogółem	**67,8**	**50,3**	**60,5**
60 – 64	58,7	35,3	47,8
65 – 69	65,5	51,4	59,3
70 – 74	68,2	52,8	61,8
75 – 79	76,4	67,9	73,2
80 – 84	78,9	68,9	75,6
85 – 89	79,8	74,9	78,2
90 i więcej	83,1	74,2	80,3

Tabela 1
Odsetek seniorów, którzy zgłaszali objawy z dolnego odcinka układu moczowego w zależności od wieku i płci.
Źródło: H. Kujawska-Danecka i in., Objawy z dolnego odcinka układu moczowego, [w:] PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, red. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdańsk 2021, s. 371-374.

[5] The annual economic burden of urinary incontinence could reach €87 billion in 2030 if no action is taken, https://uroweb.org/press-releases/the-annual-economic-burden-of-urinary-incontinence-could-reach-87-billion-in-2030-if-no-action-is-taken. Dostęp w dniu: 10.07.2024 r.
[6] H. Kujawska-Danecka i in., Objawy z dolnego odcinka układu moczowego, [w:] PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, red. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdańsk 2021, s. 371-374.

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

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

Tabela 2
Liczba osób z NTM na świecie z podziałem na płeć (w milionach).
Źródło: opracowanie własne na podstawie Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 84-85.

Częstość występowania epizodów NTM

W różnych badaniach przedstawianych przez Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ICS), wśród kobiet częstotliwość występowania NTM kiedykolwiek wahała się od 5% do 69% (przy czym najczęściej podawane dane kształtują się w granicach 25-45%). Różnice w badaniach występują zarówno w skali międzynarodowej, jak i w obrębie jednego kraju. Ponadto brakuje informacji z krajów rozwijających się[7].

Wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęściej występującym typem NTM u kobiet. Wraz z wysiłkowym nietrzymaniem moczu często występuje POP (ang. *Pelvic Organs Prolapse*), czyli obniżenie narządów miednicy. Drugim, najczęściej występującym rodzajem NTM u kobiet jest mieszane nietrzymanie moczu, a następnie NTM z parcia.

Kontrola mikcji to skomplikowany proces, który zależy od wielu czynników. Zaburzenia pracy i budowy centralnego układu nerwowego, tkanek podporowych, nerwów obwodowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, a także zmiany hormonalne mogą prowadzić do różnych problemów urologicznych, w tym nietrzymania moczu oraz zaburzeń statyki narządu płciowego, będących częścią nauki o nazwie uroginekologia. Jedną z najczęstszych przyczyn wystąpienia NTM jest osłabienie mięśni dna miednicy spowodowane ciążą i porodem czy zmianami hormonalnymi (menopauza).

Zgodnie z najnowszą publikacją ICS, wysiłkowe nietrzymanie moczu odpowiada za ok. 10-39% przypadków NTM u kobiet. Z nielicznymi wyjątkami, wśród badań na drugim miejscu zazwyczaj plasuje się z kolei mieszany rodzaj nietrzymania moczu, występujący u ok. 7,5-25% kobiet. Nietrzymanie moczu z parcia występuje najrzadziej, bo u ok. 1-7% badanych kobiet. Inne rodzaje NTM występują u 0,5-1% kobiet[8].

Ze względu na różnice w anatomii i patofizjologii nietrzymania moczu u mężczyzn i kobiet, rozkład rodzajów NTM różni się w zależności od płci. Dominującym typem NTM u mężczyzn jest nietrzymanie moczu z parcia, które występuje u ok. 40-80% mężczyzn. Następne pod względem częstotliwości występowania jest mieszane NTM – dotyczy ok. 10-30% mężczyzn. Na końcu plasuje się wysiłkowe nietrzymanie moczu, na które cierpi mniej niż 10% mężczyzn[9].

[7] Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 27.
[8] Tamże, s. 30.
[9] Tamże, s. 51.

Wśród mężczyzn przeprowadza się zdecydowanie mniej badań związanych z nietrzymaniem moczu niż u kobiet. W ostatnich latach możemy jednak zauważyć postępujące zwiększanie się liczby raportów, w szczególności dotyczących pacjentów po leczeniu nowotworu stercza, w tym w szczególności po radykalnej prostatektomii. NTM wśród pacjentów po tym zabiegu waha się od 2 do prawie 60%. Ryzyko wystąpienia NTM spada od 1 do 2 lat po operacji i jest uzależnione m.in. od wieku pacjenta, otyłości, szybkości i jakości dobranej rehabilitacji urologicznej, czy też techniki zabiegu (na ten moment nie ma jednak wystarczających badań, które potwierdzałyby w sposób jednoznaczny znaczące różnice w częstotliwości wystąpienia NTM po operacji laparaskopowej lub z użyciem robota)[10].

We wspomnianym wyżej badaniu PolSenior2 najczęściej zgłaszanym objawem z dolnego odcinka układu moczowego okazała się nykturia. Jej obecność deklarowała prawie połowa seniorów, bez różnic między kobietami i mężczyznami. Objawy sugerujące wysiłkowe nietrzymanie moczu w przeliczeniu na strukturę populacji deklarowało 28,7% seniorów w wieku 60 i więcej lat, w tym prawie pięciokrotnie częściej kobiety (43,1%) niż mężczyźni (8,9%). Obecność parć naglących zgłaszał co piąty senior (21,5%), w większym odsetku kobiety (25,5%) niż mężczyźni (16%). Bez względu na rodzaj zgłaszanych objawów, częstość ich występowania rosła wraz z wiekiem. Z raportu wynika również, że objawy dolnego odcinka układu moczowego są częstsze u pacjentów z cukrzycą, chorobą Parkinsona, po przebytym udarze, z zespołem depresyjnym, z historią upadków, u osób otyłych, wymagających pomocy przy poruszaniu się oraz u tych, którzy są przewlekle unieruchomieni[11].

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

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

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

Dzieci cierpią również na funkcjonalne/czynnościowe nietrzymanie moczu – oznacza to, że są świadome potrzeby oddania moczu, ale z jakiejś przyczyny fizycznej bądź psychicznej nie są w stanie dotrzeć z potrzebą do łazienki. Tutaj również częstość występowania spada wraz z wiekiem. Wśród dzieci w wieku 7 lat problem ten dotyka ok. 3,2-9 % badanych, z kolei w wieku 15-17 częstość wynosi już 1,2-3%[12].

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

Ze względu na stosowanie różnych kryteriów w zależności od przeprowadzanych badań, nie jest możliwe podanie w pełni wiarygodnych wartości procentowych dotyczących występowania problemu nietrzymania moczu u dzieci i osób poniżej 18 roku życia. Zgodnie z danymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (ang. *European Association of Urology – EAU*), częstość ta prezentuje się nieco inaczej i waha się u dzieci od 1% do 20%. Zwiększanie świadomości oraz coraz lepszy dostęp do specjalistycznej opieki zdrowotnej zdaje się jednak wpływać na wzrost częstości występowania tego problemu[13]. Moczenie nocne to z kolei objaw występujący u 5-10% siedmiolatków oraz u 1-2% nastolatków. EAU wskazuje również, że 7 na 100 siedmioletnich dzieci moczących się w nocy będzie mierzyć się z tym problemem w dorosłości [14].

[10] Tamże, s. 52-56.
[11] H. Kujawska-Danecka i in., Objawy z dolnego odcinka układu moczowego, [w:] PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, red. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdańsk 2021, s. 374-382.
[12] Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 18-26.
[13] EAU Guidelines on Paediatric Urology, European Association of Urology 2024, s. 46-50.
[14] Tamże, s. 55-56.

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 zdrowia pacjenta.

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

Wizyty u specjalistów

W roku 2023, w poradniach położniczo-ginekologicznych odbyło się 41 140 wizyt, które związane były z rozpoznaniem nietrzymania moczu. W 2024 roku odbyły się 49 284 takie wizyty, czyli o 19,8% więcej niż w roku poprzednim. Natomiast w poradniach urologicznych, w 2023 roku odbyły się 36 602 wizyty z rozpoznaniem nietrzymania moczu, podczas gdy w 2024 roku było ich 40 040, co stanowi wzrost o 9,4%. Liczba porad zrealizowanych w poradniach ginekologicznych każdego roku przewyższa liczbę porad w gabinetach urologicznych.

Liczba porad ambulatoryjnych sprawozdanych z rozpoznaniem NTM u specjalistów w zakresie ginekologii oraz urologii w latach 2019-2024:

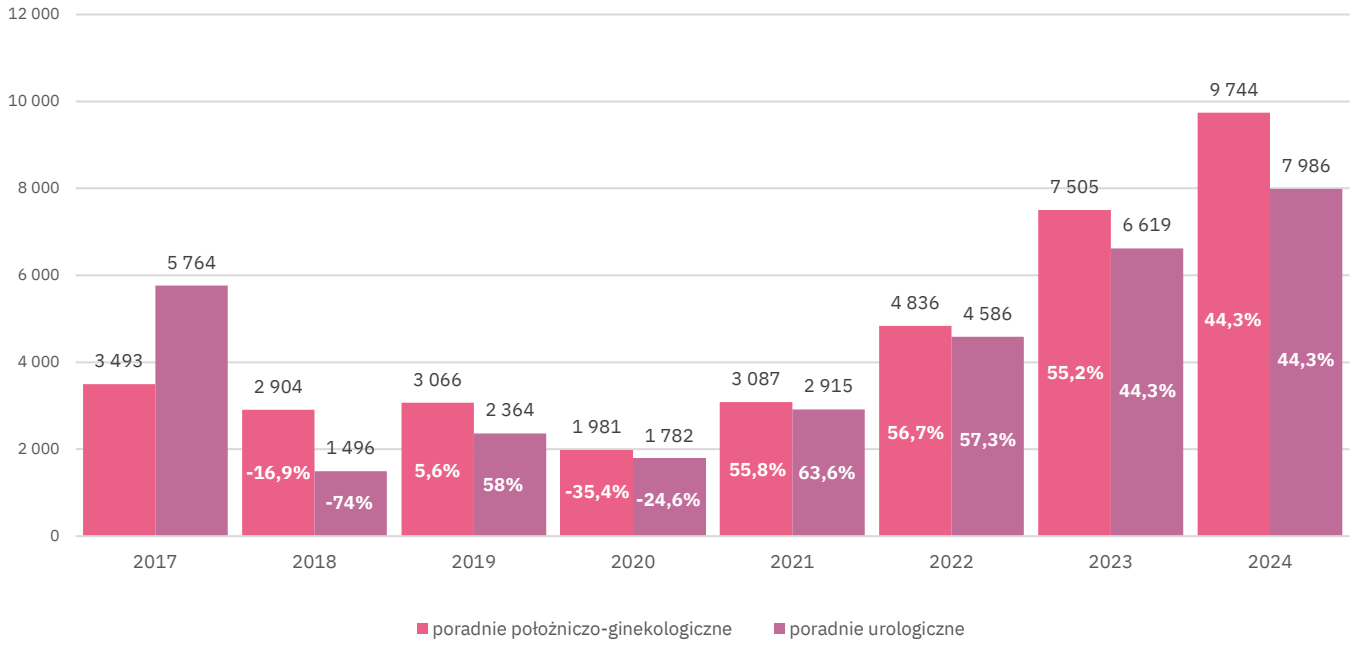
Rok	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana 2024/2023	Zmiana 2024/2019
Poradnie położniczo-ginekologiczne	31 815	22 483	28 753	33 219	41 140	49 284	19,8%	54,9%
Poradnie urologiczne	28 083	21 661	27 248	31 474	36 602	40 040	9,4%	42,6%

Tabela 3
Liczba wizyt u specjalistów sprawozdanych z rozpoznaniem NTM w latach 2019-2024.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2019-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).

Wydatki NFZ (w tys. PLN) poniesione w latach 2017-2024 na refundację porad ambulatoryjnych sprawozdanych z rozpoznaniem NTM u specjalistów w zakresie ginekologii oraz urologii wyniosły odpowiednio:

Rok	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana 2024/2023	Zmiana 2024/2017
Poradnie położniczo-ginekologiczne	3 493	2 904	3 066	1 981	3 087	4 836	7 505	9 744	29,8%	179%
Poradnie urologiczne	5 764	1 496	2 364	1 782	2 915	4 586	6 619	7 986	20,7%	38,5%

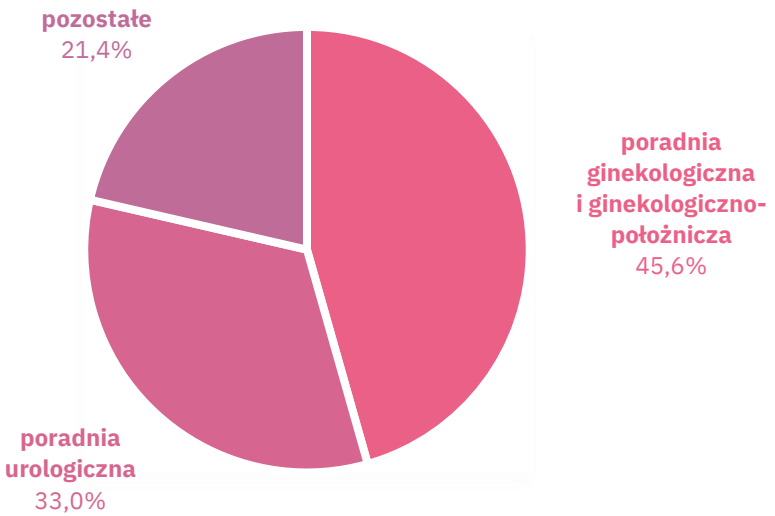
Tabela 4
Koszt refundacji wizyt u specjalistów stricte związanych z problemem NTM w latach 2017-2024 (w tys. PLN).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „nietrzymania moczu – zestawienia 2019-2024" (www.ezdrowie.gov.pl)



Wykres 1
Koszt refundacji wizyt u specjalistów stricte związanych z NTM w latach 2017-2024 (w tys. PLN).
Dane na wykresie wyrażone w procentach odnoszą się do relacji rok do roku. Rok 2020 to początek epidemii COVID-19 w Polsce.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2019-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).

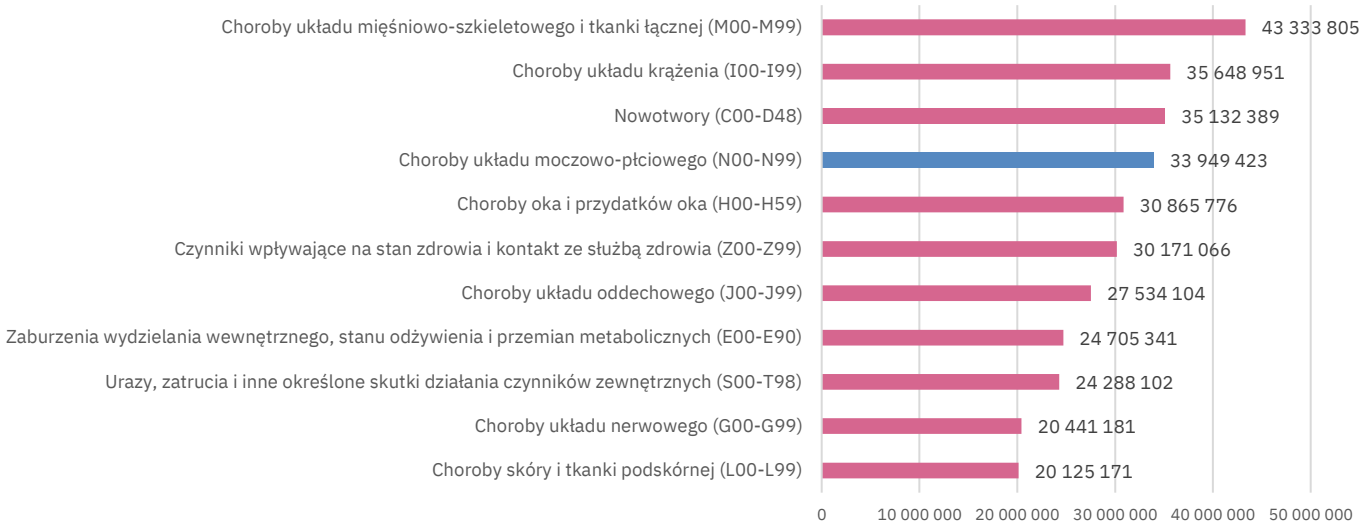
Według zaktualizowanych w czerwcu 2025 roku Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031, choroby układu moczowo-płciowego stanowią **czwartą największą grupę chorób w Polsce**, po chorobach układu mięśniowo szkieletowego i tkanki łącznej, chorobach układu krążenia oraz nowotworach.

Z tytułu chorób układu moczowo-płciowego, w latach 2020-2024 miało miejsce 33 949 423 refundowanych przez NFZ porad u specjalistów, z czego 15 466 608 z nich, a więc ponad 45% odbyło się w poradniach ginekologiczno-położniczych i ginekologicznych, a 11 190 655, czyli 33% w poradniach urologicznych. Pozostałe 7 292 160 porad odbyło się w innych poradniach (m.in. nefrologicznych, onkologicznych, profilaktyki chorób piersi czy chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej).



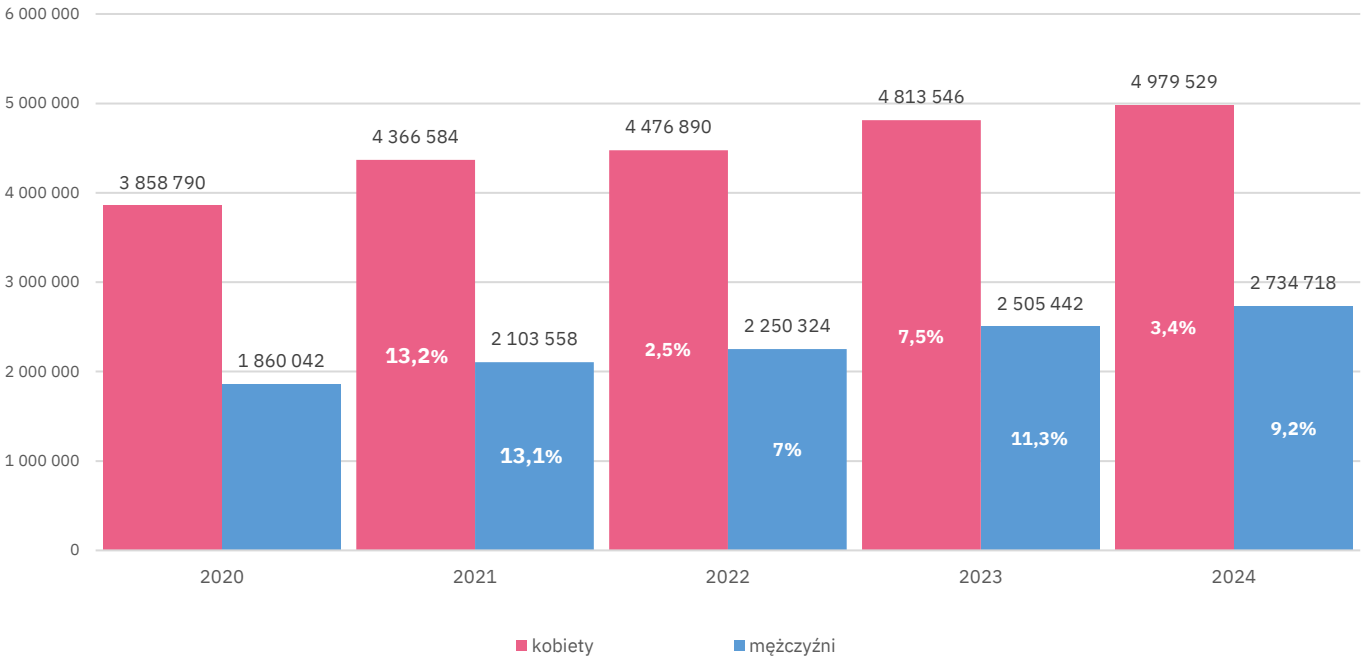
Wykres 2
Porady refundowane przez NFZ z zakresu „choroby układu moczowo-płciowego" udzielone w latach 2016-2024 z podziałem na poradnie.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 przygotowanej
przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ.

Poniżej prezentujemy zestawienie liczby porad u specjalistów dla wybranych grup chorób w Polsce w latach 2020-2024. Zestawienie obejmuje grupy chorobowe dla których udzielono co najmniej 20 mln porad:

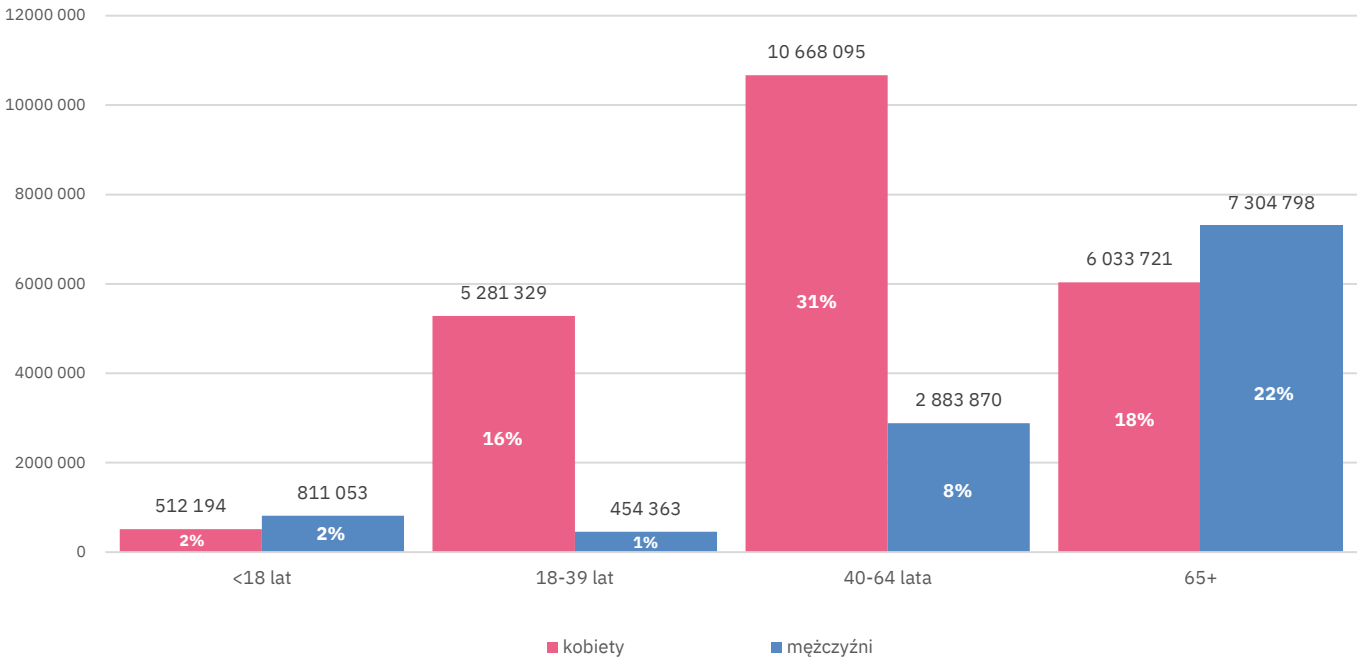


Wykres 3
Refundowane porady udzielone w latach 2020-2024 z podziałem na grupy chorób według klasyfikacji ICD-10.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031 przygotowanej
przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ.

W ciągu tych 5 lat najwięcej wizyt u specjalisty z tytułu chorób układu moczowo-płciowego odbyły kobiety w wieku 40-64 lata (10 668 095 porad), a najmniej mężczyźni w wieku 18-39 lat (454 363 porady).



Wykres 4
Liczba refundowanych przez NFZ porad udzielonych w latach 2020-2024 w grupie „choroby układu moczowo-płciowego" według płci.
Dane na wykresie wyrażone w procentach odnoszą się do relacji rok do roku. Rok 2020 to początek epidemii COVID-19 w Polsce.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 przygotowanej
przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ.



Wykres 5
Liczba refundowanych przez NFZ porad udzielonych w latach 2020-2024 w grupie „choroby układu moczowo-płciowego" z podziałem na grupy wiekowe i płeć.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 przygotowanej
przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ.

Badania diagnostyczne

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

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, krwiomoczu, 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 zaparć, częstości oddawania moczu w dzień i w nocy, występowania parć naglących, moczenia nocnego, epizodów gubienia moczu czy strumienia moczu[15].

Do prawidłowego zebrania wywiadu pomocny jest **dzienniczek mikcji**. Jest on wypełniany przez pacjenta. Dostarcza on cennych informacji na temat ilości dobowej wypitych płynów (również w postaci zup itp.), objętości oddanego moczu, 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, aby był wiarygodny, powinien być prowadzony minimalnie przez 3 dni, jednak obserwację warto wykonywać kilka dni dłużej. Zaletą posiadania wypełnionego dzienniczka mikcji jest to, że pozwala on z większą dozą prawdopodobieństwa postawić właściwą diagnozę i zaproponować optymalne leczenie.

[15] Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 62.

DZIENNICZEK MIKCJI

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

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

* STOPIEŃ PARCIA NA MOCZ: X = SŁABE XX = NORMALNE XXX = SILNE, NIEKONTROLOWANE

** GUBIENIE MOCZU: X = KILKA KROPLI XX = WILGOTNO XXX = MOKRO

Rysunek 1
Przykładowy dzienniczek mikcji.
Źródło: opracowanie własne.

Należy jeszcze raz podkreślić, że **prawidłowo wykonana diagnostyka**, która dokładnie określi rodzaj i przyczynę nietrzymania moczu jest **kluczowa** dla powodzenia terapii NTM. Do badań diagnostycznych w leczeniu NTM należą m.in.: badanie ogólne moczu, posiew moczu, USG, uroflowmetria, cystoskopia oraz badanie urodynamiczne. Badania te wykluczają występowanie schorzeń mających wpływ na funkcje pęcherza[16].

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 przepełnienia. Przezbrzuszne USG pozwala ponadto wykluczyć inne nieprawidłowości w jamie brzusznej.

Uroflowmetria jest prostym, tanim, nieinwazyjnym, bezpiecznym i łatwo dostępnym testem, który mierzy przepływ moczu w trakcie mikcji. Polega na oddaniu moczu do urządzenia zwanego uroflowmetrem. Urządzenie to tworzy krzywą mikcji, która wraz z innymi parametrami, pomaga wykryć nieprawidłowości w dolnych drogach moczowych, takie jak zwężenia czy przeszkody podpęcherzowe. Głównym celem badania jest ocena funkcji pęcherza i cewki moczowej.

[16] https://ntm.pl/diagnostyka-ntm-u-kobiet/ (12.08.2025).

Badanie urodynamiczne pozwala ocenić funkcję pęcherza moczowego i zwieracza cewki moczowej. Polega ono na wprowadzeniu cewnika do pęcherza przez cewkę moczową. Drugi cewnik umieszcza się w kiszce stolcowej przez odbyt, a przy mięśniach zwieraczy umieszcza się elektrody. Po założeniu cewników, wypełnia się pęcherz moczowy z prędkością ok. 30-50 ml/min. i gdy pacjent będzie czuł silne parcie, lekarz prosi o oddanie moczu do uroflowmetra. Umożliwia on mierzenie ilości moczu oraz szybkości jego oddawania. Dodatkowo przez przetworniki w aparacie do badań sprawdzane jest ciśnienie w jamie brzusznej i pęcherzu.

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

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

Narodowy Fundusz Zdrowia na stronie **www.ezdrowie.gov.pl** opublikował listę 311 podmiotów, które w 2024 roku wykonały ambulatoryjnie co najmniej 100 badań urodynamicznych (niezależnie od postawionego rozpoznania). Łączna liczba wykonanych badań w tych placówkach w 2024 roku wyniosła 179 242 (o 12 483 więcej niż w roku 2023).

Liczba badań urodynamicznych zakończonych rozpoznaniem nietrzymania moczu w 2024 roku wyniosła 10 298. Z tej liczby w poradniach urologicznych wykonano 2 997 badań (29%), natomiast w poradniach ginekologiczno-położniczych wykonano ich 4 581 (44%). Wydatki NFZ poniesione na refundację badania urodynamicznego zakończonego rozpoznaniem NTM w poradniach urologicznych i ginekologicznych w 2024 roku wyniosły łącznie 5 847 tys. zł i były o 18% wyższe niż w roku 2023, kiedy to wyniosły 4 949 tys. zł.

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

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

ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO

Pęcherz nadreaktywny (ang. *overactive bladder – OAB*) tworzy zespół objawów, którego elementem są parcia naglące, przebiegające z nietrzymaniem moczu lub bez niego, którym towarzyszy częstomocz dzienny albo 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 nadal stosuje Ministerstwo Zdrowia oraz większość środowiska medycznego w Polsce.

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

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

Zespół pęcherza nadreaktywnego dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Według jednego z największych sondaży (*The Epidemiology of In Continence – EPIC*) przeprowadzonych telefonicznie wśród osób powyżej 18. roku życia, który objął łącznie ok. 19 tys. osób z pięciu krajów (Kanada, Niemcy, Włochy, Szwecja, Wielka Brytania) częstość występowania objawów „mokrego" typu OAB wyniosła u obydwu płci 11,8% (10,8% u mężczyzn i 12,8% u kobiet)[17].

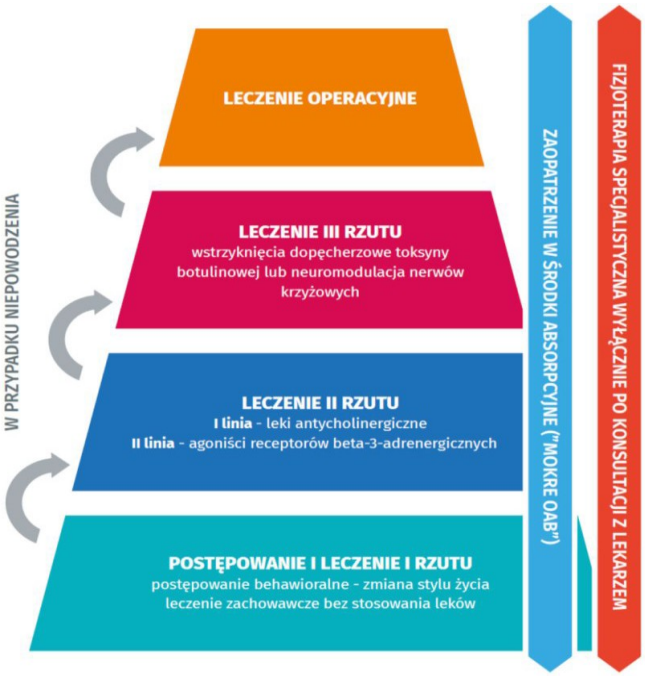
Do przyczyn wpływających na czynność dolnych dróg moczowych pęcherza należą:
- łagodny rozrost prostaty,
- osłabienie dna miednicy mniejszej lub wypadanie narządu rodnego u kobiet,
- wysiłkowe nietrzymanie moczu,
- atrofia pochwy,
- schorzenia neurologiczne, jak urazy rdzenia kręgowego, stwardnienie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

Z kolei wyniki innego badania EpiLUTS przeprowadzonego internetowo w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Szwecji wśród 20 tys. uczestników powyżej 40. roku życia, wskazują, że częstość występowania OAB zależała od tego, jak był on zdefiniowany. Gdy objawy zdefiniowano jako „czasami", ogólna częstość występowania wynosiła 35,6%. Przy określeniu „często" występowanie zmniejszyło się do 24,7%. Bez względu jednak na definicję, częstość występowania OAB wzrastała wraz z wiekiem. W badaniu wykazano różnice w częstotliwości występowania OAB w zależności od płci. U mężczyzn częstość występowania objawów OAB „czasami" i „często" wynosiła odpowiednio 27,2% i 15,8%, podczas gdy u kobiet częstość występowania objawów „czasami" i „często" wynosiła odpowiednio 43,1% i 32,6%[18].

Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ang. *International Continence Society – ICS*) podaje natomiast szacunkowe dane dotyczące OAB, według których w Europie już w 2018 roku na tę przypadłość cierpiało 71 mln osób (w 2013 roku miało to być 70 mln a w 2008 – 68 mln). Na świecie dane te prezentowały się następująco: 455 mln osób w 2008 roku, 500 mln w 2013 roku oraz 545 mln w roku 2018[19].

Leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego składa się z czterech etapów. Pacjenci powinni znać kolejność postępowania, by mieć świadomość z jakich metod terapeutycznych mogą i powinni skorzystać, zanim zgodzą się, w pełni świadomie, na najbardziej obciążające i inwazyjne metody, w tym leczenie operacyjne[20].

[17] D.E. Irwin, I. Milsom, S. Hunskaar, et al., Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study, Eur. Urol., 2006;50(6), s. 1306-1315.
[18] K.S. Coyne, C.C. Sexton, V. Vats, C. Thompson, Z. S. Kopp, I. Milsom, National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age, Urology, 2011;77(5), s. 1081-1087.
[19] Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 85.
[20] Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 61-66.



Rysunek 2
Modelowy schemat leczenia OAB.
Źródło: Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna Stowarzyszenia „UroConti", 2020.

Leczenie zachowawcze niefarmakologiczne

Postępowanie zachowawcze niefarmakologiczne (behawioralne) w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego powinno opierać się na interdyscyplinarnej współpracy lekarzy różnych specjalizacji – lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologii i położnictwa, urologii, rehabilitacji oraz pielęgniarki i fizjoterapeuty. W przypadku osób najstarszych należy do zespołu dodać lekarza geriatrę, a u kobiet, w szczególności w ciąży lub po porodzie ważną rolę odgrywa położna. 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 temat ten nie jest jeszcze odpowiednio upowszechniony, jednak pojawia się coraz więcej głosów ze strony środowisk pacjentów i specjalistów, którym zależy na poszerzaniu 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 należnej masy ciała, regularną, umiarkowaną i odpowiednio dobraną 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 wcześniejszej wizycie u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologa bądź urologa, z określonym rodzajem nietrzymania moczu, gdyż na tej podstawie można wyznaczyć właściwy rodzaj terapii zachowawczej. Lekarz stawia diagnozę, która jest punktem wyjścia dla fizjoterapeuty uroginekologicznego lub urologicznego do przeprowadzenia własnych testów, pozwalających na dobór odpowiedniego zestawu ćwiczeń[21].

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

W Polsce żadna forma leczenia wchodząca w zakres fizjoterapii urologicznej lub uroginekologicznej nie jest refundowana. Nie odnotowano również jakichkolwiek sygnałów o prowadzonych pracach na rzecz zmiany tego stanu, choć pacjenci i lekarze wskazują na taką potrzebę. 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 „UroConti") lub placówek niepublicznych.

Podstawową metodą fizjoterapeutyczną stosowaną u pacjentów z OAB, są ćwiczenia czynno-wzmacniające, inaczej nazywane **treningiem mięśni dna miednicy mniejszej** (ang. *Pelvic Floor Muscle Training – PFMT*) lub ćwiczeniami mięśni Kegla. Metoda ta polega na systematycznym świadomym napinaniu, a następnie rozluźnianiu mięśni dna miednicy, co ma na celu zwiększenie objętości włókien mięśniowych[22].

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 niefarmakologicznym 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 liczby mikcji kontrolowanych („z wyboru").

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

Elektrostymulacja czasowa/miejscowa powoduje stymulację krzyżowego ośrodka mikcji i rekomendowana jest jako uzupełnienie terapii behawioralnej[23].

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 siedemnastu leków (trzynaście na bazie substancji czynnej solifenacyny oraz cztery na bazie substancji czynnej tolterodyny – stan na 1.07.2025 r.) przy 30% odpłatności pacjenta[24]. Liczba refundowanych substancji czynnych nie zmieniła się od utworzenia listy w 2011 roku. Natomiast wart odnotowania jest sukcesywny spadek ceny leków w tej grupie, w tym umieszczenie od 2021 roku obydwu substancji na liście leków bezpłatnych dla najstarszej populacji 75+. Od 1 września 2023 roku prawo to zyskały osoby w wieku 65+.

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

[22] D. Purc, A. Rasała, Metody leczenia nietrzymania moczu, European Journal of Medical Technologies, 2015, 3(8).
[23] Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna Stowarzyszenia „UroConti", 2020.
[24] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2025 r. Dostęp: https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-17-czerwca-2025-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-lipca-2025-r.

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, nadal zostaje podtrzymany dla leków zawierających tolterodynę.

Koszty refundacji leków

Na dzień 1 lipca 2025 roku w refundacji dedykowanej pacjentom z zespołem pęcherza nadreaktywnego dostępne są następujące produkty lecznicze (wg podziału na zawartość substancji leczniczej):

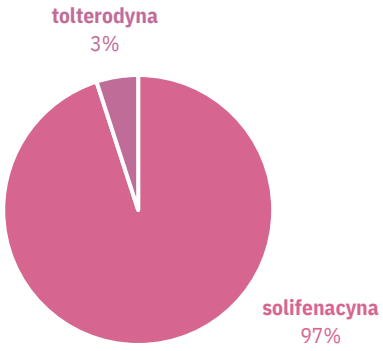
- solifenacyna (13 leków) we wskazaniu „zespół pęcherza nadreaktywnego": Adablok, Afenix, Aurosolin, Beloflow, Silamil, Solifenacin Medreg, Solifurin, Solinco, Soreca, Uronorm, Vesisol, Vesoligo, Zevesin,
- tolterodyna (4 leki) we wskazaniu „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym": Defur, Titlodine, Urimper, Uroflow 2.

Zasady refundacji leków stosowanych w leczeniu OAB reguluje obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, od 2024 roku aktualizowane co trzy miesiące (do końca 2023 roku aktualizacja odbywała się co dwa miesiące).

W roku 2024 wydano łącznie 2 266 tys. opakowań leków stosowanych w przypadku leczenia OAB, natomiast w 2023 roku wydano ich 1 725 tys. (o 541 tys. mniej). Kwota refundacji w 2024 roku wzrosła o ponad 18,4 mln zł w stosunku do roku 2023.

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**
2022	Solifenacyna	1 220	28 266	9 057	37 323
	Tolterodyna	273	3 717	1 768	5 485
	RAZEM	**1 493**	**31 983**	**13 978**	**42 808**
2023	Solifenacyna	1 598	38 512	9 489	48 001
	Tolterodyna	127	1 874	652	2 526
	RAZEM	**1 725**	**40 386**	**10 141**	**50 527**
2024	Solifenacyna	2 148	59 490	7 141	66 631
	Tolterodyna	118	2 030	307	2 337
	RAZEM	**2 266**	**61 520**	**7 448**	**68 968**

Tabela 5
Wydatki na niektóre leki refundowane stosowane w leczeniu OAB.
Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2020-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).



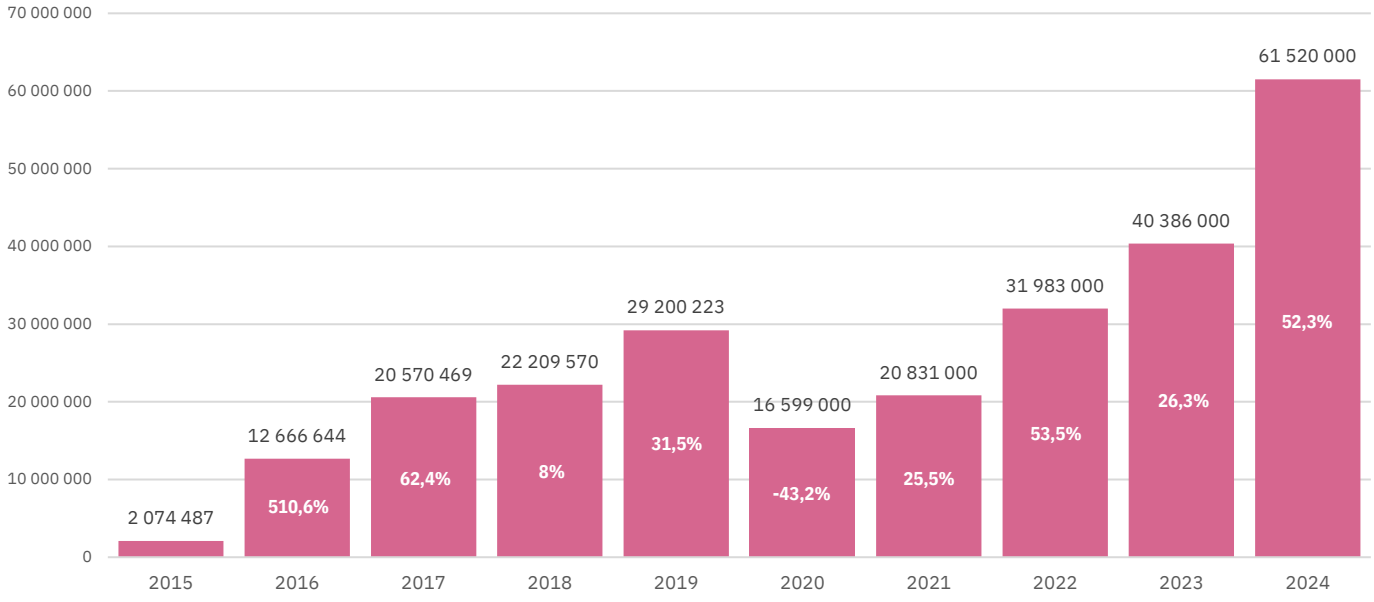
Wykres 6
Struktura sprzedaży refundowanych leków stosowanych w leczeniu OAB w 2024 roku.
Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2020-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).

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 2025 roku.

Substancja czynna	**Dawka leku** (w mg)	**Wielkość opakowania** (sztuk w opakowaniu)	**Odpłatność pacjenta** (%)	**Opłata pacjenta za opakowanie** (w PLN)	**Cena 100%** (w PLN)
Solifenacyna	5	30/90/100	30%	4,67 - 16,26	15,55 - 54,20
Solifenacyna	10	30/90/100	30%	8,65 - 30,68	28,84 - 102,28
Tolterodyna	2	28/60	30%	7,21 - 12,19	13,04 - 24,69
Tolterodyna	4	28/30/60	30%	12,19 - 22,11	24,24 - 47,11

Tabela 6
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 OAB w latach 2015-2024.



Wykres 7
Koszty refundacji leków stosowanych w leczeniu OAB w latach 2015-2024 (w PLN).
Dane na wykresie wyrażone w procentach odnoszą się do relacji rok do roku.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2019-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).

Narodowy Fundusz Zdrowia ponosi także koszty refundacji leków na innych zasadach, np. z tytułu praw nabytych, na podstawie których 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, uprawnionym do renty rodzinnej i cywilnym, niewidomym ofiarom działań wojennych, a także seniorom po ukończeniu 65 lat. Poniżej przedstawiamy zestawienie uwzględniające te koszty.

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana 2024/2023
RAZEM (w tys. PLN)	60,5	996	1 661	1 206	641	485	13 978 *	22 264	47 928	**115,3%**

** od 2022 roku kwota uwzględnia również 100% refundacji dla osób 65+ (tzw. „Lista S", wcześniej dla osób 75+)*

Tabela 7
Koszty leków stosowanych w leczeniu NTM refundowanych przez NFZ na innych zasadach z tytułu praw nabytych latach 2016-2024 (w tys. PLN).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2019-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).

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

Zespół pęcherza nadreaktywnego może być wynikiem wielu procesów patologicznych. **Z tego względu należy dokonywać indywidualnego doboru stosowanych leków dla potrzeb poszczególnych pacjentów**. Brak refundacji innych substancji stanowi poważną barierę dla dużej części chorych, u których niepowodzeniem zakończyła się terapia za pomocą wyżej wymienionych, refundowanych substancji. Należy zaznaczyć, że leki antycholinergiczne charakteryzują się licznymi skutkami ubocznymi, do których należą: suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia procesów poznawczych, bóle głowy, zaburzenia rytmu serca, zaleganie moczu, nasilenie objawów choroby wrzodowej przewodu pokarmowego. Dlatego tak istotny jest **indywidualny dobór leku oraz jego dawkowania**[25].

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, choć dostępny na polskim rynku od 2013 roku, 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"[26].

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**. Szczególnie dotyczy to osób w wieku senioralnym.

[25] Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna Stowarzyszenia „UroConti", 2020.
[26] 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.

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

Pacjenci z OAB czekają już ponad 10 lat na uruchomienie refundacji dla drugiej linii leczenia farmakologicznego. W chwili obecnej lek można nabyć na receptę przy pełnej odpłatności. Jego aktualny koszt wynosi od 109 do ok. 210 zł miesięcznie[27].

Od października 2024 roku w Polsce rejestrację uzyskały dwa nowe leki: Iretig oraz Begirax – pierwsze generyczne preparaty zawierające mirabegron. Natomiast w styczniu 2025 roku rejestrację uzyskała czwarta marka – Mirabegron Teva. Preparaty te nie zostały jednak jeszcze wprowadzone do obrotu w naszym kraju.

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 moczu[28]. Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi przy Europejskiej Agencji Leków (ang. *European Medicines Agency – EMA*) wydał pozytywną opinię, zalecając przyznanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego Obgemsa, którego substancją czynną jest vibegron[29]. W czerwcu 2024 roku Komisja Europejska, w ramach procedury centralnej, wydała decyzję o dopuszczeniu do obrotu leku Obgemsa zawierającego substancję czynną vibegron. Na dzień 1 lipca 2025 roku lek ten nie jest jednak dostępny jeszcze w sprzedaży na terenie Polski.

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.

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 z samą solifenacyną[30].

Dodatkowo na liście leków refundowanych od 1 kwietnia 2024 roku znalazł się nowy lek – Solitombo, będący połączeniem solifenacyny i tamsulosyny. Substancje zawarte w leku mają niezależne od siebie, uzupełniające się mechanizmy działania w leczeniu umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza (parcia naglące, częstomocz) i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii. Na kolejnych listach refundacyjnych sukcesywnie pojawiają się nowe leki zawierające te substancje czynne: Beplasot, Ranlosin Duo, TamisPras Duo oraz Tamsunorm Combi (stan na 1 lipca 2025 roku).

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 65+ (wcześniej 75+)

Od 1 września 2023 roku, zgodnie z ustawą z dnia 13 lipca 2023 r., program bezpłatnych leków został rozszerzony na osoby w wieku 65+, znacząco zwiększając dostępność terapii dla szerszej grupy seniorów. Wcześniej, od 1 marca 2021 roku, refundacją w ramach tzw. listy S objęte były wyłącznie osoby, które ukończyły 75. rok życia.

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.

[27] https://www.gdziepolek.pl/, dostęp w dniu 28.07.2025.
[28] V. Madeja, Pacjenci z OAB skazani na dalsze oczekiwanie, Kwartalnik NTM nr 1(76), 2021.
[29] https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/obgemsa, dostęp w dniu 1.07.2024.
[30] M.G. Lucas, R.J.L. Bosch, F.C. Burkhard, et al. EAU Guidelines on Surgical Treatment of Urinary Incontinence. Actas Urologicas Espanolas. 2013;37(8):459-472 [w]: Model opieki koordynowanej nad dorosłym pacjentem z dolegliwościami dolnych dróg moczowych w ramach POZ, Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów, 2017.

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

8 grudnia 2020 roku podczas posiedzenia Rada Przejrzystości ponownie rozpatrywała efektywność leków zawierających substancje czynne: solifenacynę lub tolterodynę, w populacji osób powyżej 75. roku życia. W Opinii Rady Przejrzystości nr 332/2020 z dnia 8 grudnia 2020 roku, w odniesieniu do leków z grupy limitowej 75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu – solifenacyna, tolterodyna Rada napisała: „Leki antymuskarynowe, w tym oksybutynina, tolterodyna i solifenacyna są zalecane przez wytyczne PTU-EZ 2019 oraz EAU 2018 w leczeniu parć naglących. 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).

Od 1 marca 2021 roku leki zawierające substancję czynną solifenacynę oraz tolterodynę zostały wpisane na listę leków dla seniorów (tzw. lista S) i objęte 100% refundacją dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego, którzy w dniu wystawienia recepty mieli ukończone 75 lat[31]. Obecnie, w związku ze zmianą przepisów wskazaną wyżej, leki te są dostępne z pełną refundacją dla osób od 65. roku życia.

Na liście leków 65+ znajdują się również preparaty będące połączeniem solifenacyny i tamsulosyny.

Leczenie moczenia nocnego (nokturii)

Środkiem farmakologicznym, mającym najwyższy stopień rekomendacji Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w leczeniu nokturii jest desmopresyna. Badania wykazywały, że odpowiedź na leczenie tym środkiem pojawiała się zazwyczaj po 7 dniach od jego rozpoczęcia – u pacjentów zaobserwowano znaczne zmniejszenie epizodów nokturii. Wśród najczęściej opisywanych działań niepożądanych desmopresyny wymienia się: bóle głowy, suchość w jamie ustnej, nudności, obrzęki oraz hiponatremię[32].

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. W 2019 roku Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że wniosek został zawieszony na wniosek podmiotu odpowiedzialnego. Do dnia wydania Raportu nie pojawiły się informacje mówiące o dalszym postępowaniu.

Od 1 lipca 2019 roku desmopresyna (lek Minirin Melt) jest wpisana na listę leków refundowanych 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.

[31] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2023 r.

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

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

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

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

27 marca 2024 roku Ministerstwo Zdrowia zleciło Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowanie analizy weryfikacyjnej stanowiska Rady Przejrzystości i rekomendacji Prezesa w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego Vesoxx (Oxybutynini hydrochloridum) w ramach programu lekowego: „Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (ICD-10: N31)". Lek ten jest wskazany w celu hamowania neurogennej nadreaktywności wypieracza u dzieci w wieku od 6 lat i u dorosłych, którzy kontrolują opróżnianie pęcherza za pomocą okresowego cewnikowania pęcherza, w przypadku braku skutecznej kontroli za pomocą doustnych leków antycholinergicznych albo wskutek występowania nietolerowalnych działań niepożądanych.

17 czerwca 2024 roku ukazało się stanowisko Rady Przejrzystości nr 57/2024, która uznała za zasadne objęcie refundacją produktu leczniczego Vesoxx w ramach w/w programu lekowego. Tego samego dnia opublikowano również rekomendację nr 60/2024 Prezesa AOTMiT, który także rekomenduje objęcie refundacją leku Vesoxx.

Zgodnie z obwieszczeniem refundacyjnym nr 77, od 1 stycznia 2025 roku lek Vesoxx został objęty refundacją we wskazaniu: „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza wynikającej z uszkodzenia rdzenia kręgowego lub z rozszczepienia kręgosłupa, u dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 18 lat".

Oznacza to, że również od 1 stycznia 2025 roku kształt programu „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10: N31)" uległ zmianie. Od początku roku refundacją objęte są terapie przeznaczone dla pacjentów z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym. Ogólne kryteria kwalifikacji:

- neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym,
- brak przeciwwskazań do stosowania leku,
- brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku,
- wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią,
- nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego,
- adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

Program obejmuje leczenie:

1. Toksyną botulinową typu A – dla pacjentów dorosłych;
2. Chlorowodorkiem oksybutyniny – dla dzieci i młodzieży.

Wskazania szczegółowe do leczenia toksyną botulinową typu A:

- wiek 18 lat i powyżej,
- nietrzymanie moczu z parć naglących,
- stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane,
- wystąpienie niedostatecznej skuteczności dotychczasowego leczenia NNW, obserwowane przez minimum miesiąc lub nietolerancji leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc),
- zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby,
- negatywny wywiad w kierunku wskazanych w programie schorzeń,
- wykluczenie stosowania leków wskazanych w programie.

Wskazania szczegółowe do leczenia chlorowodorkiem oksybutyniny:

- wiek od 6 lat do ukończenia 18 lat,
- NNW wynikająca z uszkodzenia rdzenia kręgowego lub z rozszczepienia kręgosłupa,
- wystąpienie braku skutecznej kontroli NNW za pomocą doustnych leków antycholinergicznych, obserwowane przez minimum miesiąc lub nietolerancji doustnego leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa doustne leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc) powodującej znaczne zaburzenia funkcji narządów lub układów,
- kontrolowanie opróżniania pęcherza za pomocą czystego okresowego cewnikowania (CIC) prowadzonego przez pacjenta lub opiekuna,
- negatywny wywiad w kierunku wskazanych w programie schorzeń,
- wykluczenie stosowania tlenoterapii.

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

Skuteczność toksyny botulinowej w zaburzeniach oddawania moczu związana z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego nie budzi wątpliwości, a badania wykazują, że podawanie toksyny przyczynia się do istotnej poprawy klinicznej, w tym zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu, zmniejszenia liczby mikcji oraz poprawy parametrów urodynamicznych. Efekt terapeutyczny utrzymuje się zazwyczaj od 6 do 9 miesięcy po jednorazowym podaniu leku. W przypadku nawrotu objawów, zabieg może zostać powtórzony[33]. Z czasem jednak pacjenci mogą stać się na niego odporni. Jednym z poważniejszych skutków ubocznych tej terapii mogą być trudności w opróżnianiu pęcherza moczowego (nawet tymczasowy brak możliwości oddania moczu) i konieczność cewnikowania. Ponadto na skutek wielokrotnych nakłuć nabłonka przejściowego ściany pęcherza moczowego może powodować zmiany wtórne w ścianie pęcherza moczowego.

Z kolei **leczenie chlorowodorkiem oksybutyniny** działa poprzez zmniejszenie napięcia mięśni pęcherza moczowego i zatrzymywanie nagłych skurczów mięśni. Pozwala to kontrolować oddawanie moczu. Lek jest podawany dopęcherzowo, czyli bezpośrednio do pęcherza moczowego, za pomocą okresowego cewnikowania. Pozwala to na miejscowe działanie leku, co zwiększa skuteczność i zmniejsza ryzyko działań niepożądanych. Jest to szczególnie korzystne u pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi, którzy kontrolują mikcję za pomocą cewnikowania. Podanie oksybutyniny dopęcherzowo jest postępowaniem skutecznym w zakresie: poprawy pojemności pęcherza moczowego, redukcji ciśnienia wypieracza, poprawy podatności pęcherza, redukcji nasilenia nietrzymania moczu[34].

W całym 2024 roku, w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza" (ICD-10: N31)", koszt wykonanych świadczeń wyniósł 8 000 zł. W porównaniu do roku 2023 nastąpił wzrost wartości świadczeń o 14%. Jest to druga najniższa wartość refundacji świadczenia od momentu publikowania zestawienia w Raporcie.

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.

[33] 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 fiol. 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)".

[34] Raport nr OT.423.1.25.2024 Wniosek o objęcie refundacją produktu leczniczego Vesoxx (oxybutynini hydrochloridum) w ramach programu lekowego: „Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (ICD-10: N31)".

Rok	Liczba świadczeń	Kwota refundacji (w PLN)
2016	94	92 347
2017	94	72 040
2018	72	55 565
2019	bd	24 000
2020	bd	12 000
2021	bd	9 000
2022	bd	12 000
2023	bd	7 000
2024	bd	8 000

Tabela 8
Liczba i koszt świadczeń w ramach programu lekowego LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10: N31, kod zakresu świadczeń 03.0000.373.02).
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2019-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).

Neuromodulacja nerwów krzyżowych

Neuromodulacja nerwów krzyżowych to małoinwazyjna, skuteczna i odwracalna metoda leczenia, stosowana na całym świecie od 30 lat. Polega na stałym pobudzaniu impulsami elektrycznymi korzeni grzbietowych nerwów za pośrednictwem elektrod wprowadzanych do otworów w kości krzyżowej S3-S4. Klasycznymi wskazaniami do zastosowania neuromodulacji krzyżowej są:

- zespół pęcherza nadreaktywnego u nielicznych chorych, u których leczenie standardowe (behawioralne, farmakologiczne) jest nieskuteczne bądź przeciwwskazane,
- zatrzymanie bądź znaczne zaleganie moczu, których przyczyny nie stanowi przeszkoda strukturalna (ang. *non-obstructive urinary retention – NOR*)[35].

Neuromodulacja jest też opcją leczenia chorych, którym zaproponowano leczenie operacyjne pod postacią częściowego wycięcia pęcherza moczowego i powiększenia izolowaną pętlą jelita lub wycięcia pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu. Ponadto może być również stosowana w zespole bólowym pęcherza czy miednicy mniejszej oraz w nietrzymaniu stolca lub w zaparciach (w tych wskazaniach nie jest jednak w Polsce refundowana)[36].

Po ośmiu latach od złożenia przez Stowarzyszenie „UroConti" wniosku refundacyjnego, neuromodulacja nerwów krzyżowych została dodana do koszyka świadczeń gwarantowanych. Reguluje to rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie (z dnia 22 listopada 2013 r. – Dz.U. 2017 poz. 2295 oraz z dnia 11 października 2018 r. – Dz.U. 2018 poz. 2012) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego[37] oraz zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne[38].

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 **15 placówek szpitalnych** zostało przygotowanych do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej (4 ginekologiczne i 11 urologicznych).

[35] M. Oszczudłowski, Neuromodulacja krzyżowa z punktu widzenia lekarza urologa, Kwartalnik NTM nr 3(74), 2020.
[36] M. Blewniewski, 5-lecie neuromodulacji krzyżowej w Polsce, Kwartalnik NTM nr 1(88), 2024.
[37] 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).
[38] 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 wysokospecjalistyczne.

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Biała Podlaska	Oddział Urologiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	ul. Terebelska 57/65 21-500 Biała Podlaska	tel. 83 414 75 66 www.szpitalbp.pl	lek. med. Krzysztof Pękala
Bielsko-Biała	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Al. Armii Krajowej 101 43-316 Bielsko-Biała	tel. 33 810 23 52 www.hospital.com.pl	lek. med. Krzysztof Pliszek
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Skłodowskiej-Curie 9 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 www.urovita.pl	dr n. med. Andrzej Szurkowski
Jastrzębie Zdrój	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	Al. Jana Pawła II 7 44-330 Jastrzębie-Zdrój	tel. 32 478 44 20 www.wss2.pl	dr n. med. Agata Witosińska-Walica
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków	tel. 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	dr n. med. Jacek Wilkosz
Płońsk	Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 23 661 34 00 www.szpitalplonsk.pl	lek. med. Witold Achciński
Siedlce	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.	ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 26 08-110 Siedlce	tel. 25 640 35 12 tel. 25 640 35 12 www.szpital.siedlce.pl	dr n. med. Piotr Kania
Szczecin	Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	ul. Arkońska 4 71-455 Szczecin	tel. 91 813 96 20 www.spwsz.szczecin.pl	dr hab. n. med. Artur Lemiński
Warszawa	Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Międzyleski Szpital Specjalistyczny	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Położnictwa i Ginekologii Instytut Matki i Dziecka	ul. Kasprzaka 17A 01-211 Warszawa	tel. 22 327 70 19 www.imid.med.pl	prof. dr hab. n. med. Tadeusz Issat
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 9
Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej w Polsce.
Źródło: opracowanie własne.

W 2024 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował 46 zabiegów wszczepienia neuromodulatora nerwów krzyżowych pacjentom z najcięższymi postaciami nietrzymania moczu. Kwota refundacji wyniosła blisko ponad 3 mln zł (o ponad 1 mln zł mniej niż w roku 2023).

Rok	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana 2024/2023	Zmiana 2024/2020
Liczba zabiegów	<5	24	49	78	76	46	**-39,5%**	**91,7%**
Koszt zabiegów (w tys. PLN)	b.d.	911	1 986	3 275	4 483	3 041	**-32,2%**	**233,8%**

Tabela 10
Liczba i koszt refundacji wszczepienia neuromodulatora nerwów krzyżowych pacjentom z najcięższymi postaciami NTM.
Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2020-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).

Leczenie operacyjne

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

Do metod operacyjnych należą operacyjne powiększenie pęcherza podczas autoaugmentacji lub fragmentem własnego jelita (cystoileoplastyka). Ostatecznością, praktycznie nie wykonywaną u pacjentów z pęcherzem nadaktywnym (idiopatycznym, samoistnym) jest całkowite wycięcie pęcherza i nadpęcherzowe odprowadzenie moczu[39], które powstaje w przypadku chirurgicznego oddzielenia od pęcherza moczowego pozostałej części układu moczowego (nerki, moczowody) i wytworzenia innego niż naturalne ujścia moczu.

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.

[39] Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna Stowarzyszenia „UroConti", 2020.

WYSIŁKOWE NIETRZYMANIE MOCZU

Zgodnie z dostępną epidemiologią wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęstszym typem NTM występującym w populacji kobiet. Wysiłkowe NTM stanowi około 50% wszystkich rodzajów tego schorzenia u kobiet. Wraz z wysiłkowym NTM często występuje POP (ang. *Pelvic Organs Prolapse*), czyli obniżenie narządów miednicy. U mężczyzn natomiast wysiłkowe NTM stanowi mniej niż 10% wszystkich rodzajów nietrzymania moczu. Badacze są zgodni, że częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu zarówno u kobiet jak i u mężczyzn wzrasta wraz z wiekiem[40].

Wysiłkowy typ nietrzymania moczu jest schorzeniem, które objawia się mimowolnym wyciekiem 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 czynników ryzyka, szczególnie predysponujących do pojawienia się objawów wysiłkowego nietrzymania moczu, należą:

- ciąża, kiedy rozwijające się w łonie matki dziecko, a także łożysko i wody płodowe powodują duże obciążenie, przez które mięśnie i całe struktury dna miednicy ulegają stałemu rozciąganiu, a tym samym osłabieniu,
- przebyte porody (szczególnie liczne i dużych płodów), zarówno siłami natury, jak i drogą cięcia cesarskiego, które chroni kobietę wyłącznie przed mechanicznymi uszkodzeniami w obrębie tkanek miękkich, a także mechanicznymi uszkodzeniami zwieracza odbytu i tkanek okołoodbytniczych,
- nadmierny wysiłek fizyczny związany z podnoszeniem lub przenoszeniem ciężkich przedmiotów,
- wysoki poziom stresu powodujący nadmierne napięcie mięśni dna miednicy, a w konsekwencji nietrzymanie moczu[41],
- nadwaga i otyłość, kiedy nadmiar tkanki tłuszczowej, zwłaszcza w części brzusznej, zwiększa nacisk na pęcherz moczowy i jego połączenie z cewką moczową,
- zbyt mała aktywność fizyczna[42],
- zaburzenia poznawcze i neurologiczne, zarówno o charakterze postępującym (stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, zespół otępienny), jak i ograniczonym do pojedynczego epizodu (udar, uraz mózgu, uszkodzenie rdzenia kręgowego, zapalenie lub zatrucie nerwów)[43],
- 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,
- niektóre ćwiczenia fizyczne np. skakanie na trampolinie czy skoki przez płotki, kiedy następuje gwałtowny i szybki wzrost ciśnienia śródbrzusznego[44],
- choroby układu oddechowego przebiegające z kaszlem, zwłaszcza przewlekłym, kiedy w wyniku napięcia mięśni brzucha rośnie ciśnienie w jamie brzusznej,
- urazy oraz przebyte zabiegi operacyjne w obrębie miednicy mniejszej, skutkujące osłabieniem lub uszkodzeniem mięśni dna miednicy oraz zwieracza cewki moczowej po operacji,
- leczenie onkologiczne (chemio- i radioterapia), mogące powodować uszkodzenie komórek w nerkach oraz pęcherzu moczowym[45],
- zakażenia układu moczowego oraz przewlekłe zaparcia, powodujące rozciągnięcie końcowego odcinka przewodu pokarmowego i w konsekwencji ucisk na pęcherz moczowy[46].

W wysiłkowym nietrzymaniu moczu występują trzy stopnie (wg skali T. Stamey'a):

- **stopień I**: popuszczanie moczu następuje w trakcie intensywnego, nagłego wysiłku fizycznego, silnego kaszlu i kichania,
- **stopień II**: bezwiedne oddawanie moczu następuje podczas wysiłku o średnim nasileniu i umiarkowanego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego (wchodzenie po schodach, sprzątanie, podskakiwanie, podbieganie),
- **stopień III**: wyciek moczu następuje podczas spokojnego chodzenia, w spoczynku, podczas leżenia[47].

[40] Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 26-58.
[41] V. Madeja, Ciąża i poród - trudny egzamin dla kobiecego ciała, Kwartalnik NTM nr 2(85), 2023.
[42] V. Madeja, Otyłości bardzo często towarzyszą problemy z nietrzymaniem moczu, Kwartalnik NTM nr 1(84), 2023.
[43] M. Floriańska, Rola fizjoterapii w leczeniu zaburzeń kontynencji u osób z dysfunkcjami neurologicznymi, Kwartalnik NTM nr 2(89), 2024.
[44] Uroginekologia zapewnia kobietom kompleksową opiekę. Powinna być oddzielną specjalnością, Kwartalnik NTM nr 3(82), 2022.
[45] Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 33-58.
[46] A. Szczepocka, Rola fizjoterapii w profilaktyce schorzeń układu moczowego, Kwartalnik NTM nr 4(87), 2023.
[47] P. Kieres, Rola kwestionariuszy w diagnostyce zaburzeń czynnościowych dolnych dróg moczowych u kobiet. Rozprawa doktorska na podstawie cyklu publikacji, Lublin 2022, s. 9-10.

Profilaktykę wysiłkowego nietrzymania moczu można podzielić na:

- **wczesną** – rozumianą jako podejmowanie działań mających zapobiec wystąpieniu choroby,
- **wtórną** – interpretowaną jako wczesne wykrywanie choroby, spowalnianie jej postępu oraz zapobieganie powikłaniom.

Rekomenduje się, aby profilaktykę nietrzymania moczu rozpoczynać już u młodych kobiet poprzez zachęcanie ich do prowadzenia zdrowego stylu życia.

Istnieją uniwersalne wskazówki, które wdrożyć może każdy, aby jak najlepiej profilaktycznie zadbać o mięśnie dna miednicy na co dzień. Należą do nich:

- regularna, umiarkowana aktywność fizyczna – ważne, aby zawierała elementy aerobowe, wzmacniające, mobilizujące stawy kręgosłupa, bioder i obręczy barkowej,
- nawodnienie – zalecana dzienna ilość płynów będzie różna w zależności od płci, masy ciała i aktywności, natomiast zarówno dla pracy układu moczowego, jak i mięśni bardzo ważne jest zadbanie o ich odpowiednie spożycie,
- unikanie wciągania lub zaciskania brzucha, a także ściskania go ubraniami – narządy i mięśnie potrzebują przestrzeni do prawidłowej pracy,
- zbilansowana dieta, unikanie zaparć,
- prawidłowe nawyki w toalecie – unikanie wypierania, wyciskania moczu i stolca, chodzenia do toalety „na wszelki wypadek", długiego przesiadywania,
- rezygnacja z palenia papierosów – prowadzi ono do przewlekłego kaszlu, który zaburza pracę mięśni dna miednicy[48].

Leczenie zachowawcze niefarmakologiczne

Pierwszym krokiem stosowanym w terapii wysiłkowego NTM, jest leczenie zachowawcze. Mogą nim zostać objęci chorzy z lekkim lub średnim nasileniem nietrzymania moczu. Co ważne optymalne leczenie NTM musi być zindywidualizowane i dopasowane do nasilenia objawów NTM, statusu hormonalnego, przebytych wcześniej zabiegów w obrębie miednicy, a u kobiet dodatkowo występowania ewentualnych zaburzeń statyki narządów rodnych oraz chęci i zdolności pacjenta do współpracy[49].

Wśród zalecanych metod leczenia zachowawczego, wymienia się między innymi:

- **zmianę stylu życia** – wzmożenie umiarkowanej aktywności fizycznej, utrzymanie prawidłowej masy ciała, modyfikację diety (w tym wyeliminowanie kofeiny i napojów gazowanych), rezygnację z używek (alkohol, nikotyna), prewencję zakażeń układu moczowego,
- **fizjoterapię** – uznawaną za najważniejszą metodę zachowawczego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, której skuteczność udowodniona jest licznymi badaniami.

Ważną rolą fizjoterapii jest również edukacja na temat czynników wpływających na procesy wydalania i nasilenie objawów. Fizjoterapeuta uroginekologiczny lub urologiczny pomoże w zrozumieniu wpływu diety, ilości i rodzaju spożywanych płynów oraz właściwej pozycji podczas mikcji i defekacji czy ruchu jako czynnika wspomagającego procesy utrzymania moczu. Istotny jest także wpływ czynników psychologicznych, np. stresu i jego wpływu na napięcie mięśni oraz sposoby jego zarządzania[50].

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,
- **pessaroterapia**, czyli 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.

[48] A. Szczepocka, Rola fizjoterapii w profilaktyce schorzeń układu moczowego, Kwartalnik NTM nr 4(87), 2023.
[49] A. Banaszek-Wysoczańska, Wysiłkowe nietrzymanie moczu, [w:] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk 2017, s. 149.
[50] M. Floriańska, Rola fizjoterapii w leczeniu zaburzeń kontynencji u osób z dysfunkcjami neurologicznymi, Kwartalnik NTM nr 2(89), 2024.

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

Najważniejszym celem ćwiczeń mięśni dna miednicy jest podwyższenie ich napięcia spoczynkowego, wzrost ich siły, wydłużenie czasu skurczu maksymalnego oraz poprawa kontroli nerwowo-mięśniowej, co w rezultacie usprawnia mechanizmy trzymania moczu. Poprawa stanu mięśni dna miednicy powinna być odczuwalna już po kilku miesiącach regularnych, prawidłowo wykonywanych ćwiczeń. Jak wskazują badania naukowe przeprowadzone wśród kobiet, wykazano lepsze wyniki leczenia zachowawczego, gdy ćwiczenia mięśni dna miednicy są nadzorowane przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę urologicznego lub uroginekologicznego, w porównaniu z wykonywaniem ćwiczeń bez takiego nadzoru (odpowiednio 80% i 35%). Dobry efekt terapii nadzorowanej obserwowano bez względu na wiek badanych kobiet[51].

W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn, centralnym elementem leczenia zachowawczego także są ćwiczenia mięśni dna miednicy. Diagnostyka problemów nietrzymania moczu bywa skomplikowana, dlatego każde nietrzymanie moczu, także występujące po leczeniu nowotworu prostaty (radykalna prostatektomia, radioterapia, chemioterapia) powinno być skonsultowane z lekarzem urologiem. Odmianą PFMT jest **trening kontynencji u mężczyzn po radykalnej prostatektomii**, stanowiący główny element zachowawczej terapii nietrzymania 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 vaginum* u kobiet oraz *per rectum* u mężczyzn.

Profesjonalne placówki, które specjalizują się w prowadzeniu fizjoterapii i rehabilitacji urologicznej rekomendują rozpoczęcie procesu fizjoterapii jeszcze przed wykonaniem zabiegu radykalnej prostatektomii (tzw. **prehabilitacja**). Nauczenie się lokalizowania własnych mięśni dna miednicy, ich właściwego uruchamiania, sprawdzenie ich wydolności i koordynacji jest zdecydowanie łatwiejsze przed operacją i daje możliwość wcześniej rozpoczętej i bardziej efektywnej rehabilitacji po przeprowadzonym zabiegu. Przyczynia się to do zmniejszenia liczby oraz intensywności wczesnych i późnych powikłań po zabiegowych, do których należą m.in. zaburzenia erekcji czy nietrzymanie moczu. Dodatkowo wcześnie rozpoczęta fizjoterapia, dzięki zbudowaniu tzw. pamięci mięśniowej, umożliwia szybszy powrót do sprawności po odbytym zabiegu operacyjnym.

Ćwiczenia mięśni dna miednicy to nie jedyna forma terapii. Do tego, by mogły one działać jak najbardziej optymalnie, potrzebne jest przywrócenie prawidłowej postawy ciała oraz poprawa zaopatrzenia w tlen i substancje odżywcze. Dlatego tak ważne są ćwiczenia oddechowe, wzmacniające, uelastyczniające oraz ogólnie usprawniające, a także ćwiczenia funkcjonalne, które przygotowują do zmagania się z trudami życia w aspekcie fizycznym, np. z przenoszeniem przedmiotów, powrotem do aktywności fizycznej związanej z pracą lub hobby[52].

Inną znaną metodą stosowaną w terapii wysiłkowego NTM jest **biofeedback**. Metoda ta polega na nauce świadomego kurczenia i rozkurczania mięśni dna miednicy. Specjalna aparatura pozwala na odbiór rejestrowanych zmian, które powstają podczas kurczenia mięśni przez pacjenta. Obserwując, jak urządzenie reaguje na różne próby osiągania pożądanego rezultatu, pacjent uczy się rozpoznawać mechanizmy sterujące swoimi reakcjami fizjologicznymi[53].

Istnieje również możliwość zwiększania siły skurczu konkretnych mięśni poprzez **elektrostymulację**. Metoda ta polega na użyciu prądu impulsywnego 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 układu kostnego, krwionośnego czy oddechowego. Elektrostymulację można przeprowadzać również samodzielnie w domu po uprzednim przeszkoleniu przez fizjoterapeutę urologicznego lub uroginekologicznego. Ten rodzaj terapii przeciwwskazany jest u kobiet w ciąży, mających stan zapalny układu rodnego bądź moczowego oraz u pacjentek, u których trwa proces nowotworowy w okolicy przeznaczonej do stymulacji.

[51] E. Narojczyk-Świeściak, Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM, Kwartalnik NTM nr 1(56), 2016.
[52] M. Floriańska, Fizjoterapia przed i po operacji w obrębie miednicy, Kwartalnik NTM nr 3(86), 2023.
[53] Ż. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 1.

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

Innymi metodami stosowanymi w fizjoterapii wysiłkowego NTM są: wibroterapia oraz magnetoterapia. **Wibroterapia** jest stosunkowo nową metodą fizjoterapii, którą prowadzi się za pomocą specjalnej wibrującej platformy symulującej ludzki chód. Wibracje wytwarzane przez platformę zwiększają siłę mięśni dna miednicy. Zastosowanie **magnetoterapii**, a więc pulsacyjnego pola magnetycznego niskich częstotliwości, pobudza włókna ruchowe nerwu sromowego poprawiając siłę i szybkość skurczu[54].

U mężczyzn z wysiłkowym nietrzymaniem moczu w ramach leczenia zachowawczego można zastosować również **zaciski na prącie** lub **nakładki na prącie przypominające prezerwatywy** (w Polsce **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 przez krótki okres. 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 prącia[55].

Leczenie farmakologiczne

Niektórzy pacjenci z wysiłkowym nietrzymaniem moczu decydują się na farmakoterapię, pomimo, że żaden z leków badanych pod kątem stosowania w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu nie był na tyle bezpieczny i skuteczny, aby uznać go za terapię pierwszego rzutu[56]. W takich przypadkach niektórzy lekarze zalecają stosowanie poza zarejestrowanymi wskazaniami (*off label*) **trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych** (imipraminy) inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny lub agonistów receptorów adrenergicznych alfa i beta (efedryna, pseudoefedryna, midodryna, fenylopropanolamina), powodujących wzrost napięcia zwieracza wewnętrznego[57].

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

W przypadku kobiet zastosowanie ma także **estrogenoterapia** stosowana dopochwowo. Estrogeny wpływając na syntezę oraz rozpad kolagenu, mogą zwiększać przepływ w naczyniach krwionośnych oraz wpływać na czynność mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Receptory estrogenowe znajdują się w pęcherzu moczowym, cewce moczowej, pochwie oraz w mięśniach dna miednicy mniejszej. U dużej części kobiet w wieku okołomenopauzalnym występują zmiany zanikowe w obrębie śluzówek pochwy związane z niedoborem estrogenów. Estrogenoterapia stosowana dopochwowo łagodzi objawy wysiłkowego NTM[58].

Innym środkiem farmakologicznym stosowanym w leczeniu farmakologicznym wysiłkowego nietrzymania moczu jest **duloksetyna**. Jej działanie zwiększa przewodzenie impulsów w neuronach motorycznych nerwu sromowego i zwiększenie napięcia zwieracza zewnętrznego cewki. Lek działa tylko w okresie jego przyjmowania i nie powoduje całkowitego wyleczenia, a jedynie złagodzenie dolegliwości. Powoduje ponadto liczne działania niepożądane (nudności, zaburzenia snu i nastroju, zawroty głowy, suchość w ustach, zaburzenia widzenia, szumy uszne). Lek ten jest stosowany głównie w leczeniu zaburzeń depresyjnych i w takim wskazaniu (Leki przeciwdepresyjne – inne) figuruje na liście leków refundowanych[59].

[54] E. Wlaźlak, M. Krzycka, G. Surkont, Wysiłkowe nietrzymanie moczu - leczenie zachowawcze, pessaroterapia [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 254-265.
[55] Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin, red. prof. P. Chłosta, Warszawa 2017, s. 75.
[56] A. Banaszek-Wysoczańska, Leczenie zachowawcze [w:] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk 2017, s. 9.
[57] E. Wlaźlak, M. Krzycka, G. Surkont, Wysiłkowe nietrzymanie moczu - leczenie zachowawcze, pessaroterapia [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 263.
[58] Poradnik dla pacjentek ginekologicznych, red. prof. M. Wielgoś, dr N. Mazanowska, Warszawa 2018, s. 137-138.
[59] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2025 r. Dostęp: https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-17-czerwca-2025-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-lipca-2025-r.

Leczenie zabiegowe

W sytuacji, gdy leczenie zachowawcze i farmakologiczne nie przynoszą pożądanego rezultatu, a także u pacjentów 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 przezzasłonową. Kwalifikacji do zabiegu dokonuje lekarz ginekolog lub urolog[60]. Uznaje się, że skuteczność większości dostępnych na rynku systemów do leczenia operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu jest podobna. Właściwa technika operacyjna umożliwia realizację dwóch podstawowych celów: uzyskanie pożądanych wyników leczenia i zminimalizowanie ryzyka odrzucenia wszczepionej taśmy[61].

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 zasłonionymi. 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)[62].

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 małoinwazyjna, 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%[63].

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

Innym źródłem poważnych powikłań jest **jakość użytych materiałów**. Ze względu na szukanie oszczędności, niektóre szpitale kupują w przetargach najtańsze materiały syntetyczne o bardzo niskiej jakości, co w rezultacie skutkuje bardzo szybkim zużyciem materiału i koniecznością reoperacji. Jak się okazuje materiał, z jakiego wykonane są taśmy, ma kluczowe znaczenie w powstawaniu powikłań. Syntetyczne, niewchłanialne 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.

[60] H. Błaszczyk, E. Barcz, A. Kołodziej, Zaburzenia trzymania moczu u kobiet (cz. 2), Kwartalnik NTM nr 4(71), 2019.
[61] T. Rechberger, A. Wróbel, Leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu - kwalifikacja do typu operacji [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 266-286.
[62] https://ntm.pl/wysilkowe-ntm/ (12.08.2025).
[63] Leczenie nietrzymania moczu u kobiet taśmą Miniarc. Dostęp: https://www.tourmedica.pl/blog/leczenie-nietrzymania-moczu-u-kobiet-tasma-miniarc/.

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 ryzyko uszkodzenia dużych naczyń, powstania krwiaka załonowego czy też perforacji pęcherza moczowego. Zastosowanie przezzasłonowej taśmy TOT zmniejsza ryzyko wystąpienia powyższych powikłań, ale może przyczynić się do powstania nowych, np. dolegliwości bólowych w okolicy pachwin, zaburzeń czucia skóry w okolicy pachwin i uda. Przebicie pęcherza moczowego jest powikłaniem śródoperacyjnym, które jest opisywane jako typowe po założeniu taśmy. Perforacja pęcherza zwykle nie wymaga żadnej dalszej terapii, z wyjątkiem utrzymywania cewnika przez około 7 dni. Powikłania operacji taśm podcewkowych wiążą się w przypadku zalegania moczu z możliwością przerywanego cewnikowania przez pacjentkę czy też pozostawienia przez pewien okres cewnika nadłonowego.

W przypadku wystąpienia parć naglących po zabiegu należy na wstępie wykluczyć możliwość zakażenia dróg moczowych lub rzadko występujące powikłanie w postaci wewnątrzpęcherzowego położenia taśmy[64].

Biorąc pod uwagę fakt, że operacje wszczepienia taśm stanowią jedną z 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 2024 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował wykonanie 8 576 przezpochwowych operacji wysiłkowego nietrzymania moczu z użyciem taśmy, 40 operacji wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego i 255 operacji wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego z użyciem taśmy (sling) z tkanek własnych chorej lub z materiału syntetycznego. Łączna kwota refundacji wszystkich tych zabiegów wyniosła **53,7 mln zł** i była ponad 37% wyższa niż rok wcześniej.

Nazwa zabiegu	2020		2021		2022		2023		2024		Zmiana kwoty refundacji 2023/ 2022
	Liczba zabiegów	Kwota Refundacji (w tys. PLN)	Liczba zabiegów	Kwota Refundacji (w tys. PLN)	Liczba zabiegów	Kwota Refundacji (w tys. PLN)	Liczba zabiegów	Kwota Refundacji (w tys. PLN)	Liczba zabiegów	Kwota Refundacji (w tys. PLN)	
Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwowa z użyciem taśmy	2 588	8 206	3 464	11 350	5 369	24 131	7 045	38 227	8 576	52 172	36,5%
Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego (typu Marschalla-Marcheego-Kranza, Burcha)	22	77	33	104	25	107	19	99	40	205	107,1%
Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego z użyciem taśmy (sling) z tkanek własnych chorej lub z materiału syntetycznego	89	341	125	464	142	638	177	865	255	1 349	56%
OGÓŁEM	**2 699**	**8 624**	**3 622**	**11 918**	**5 536**	**24 876**	**7 241**	**39 191**	**8 871**	**53 726**	**37,1%**

Tabela 11
Operacje wysiłkowego nietrzymania moczu w latach 2020-2024.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2020-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).

Część placówek w Polsce wykonuje 100 i więcej zabiegów rocznie, inne natomiast przeprowadzają tego typu operacje rzadko. Zdarza się, że jest to kilka lub kilkanaście operacji rocznie. Taka sytuacja powoduje dezorientację pacjentek, które nie wiedzą, do jakiego specjalisty i ośrodka zgłosić się w celu otrzymania fachowej pomocy i świadczenia na wysokim poziomie. Jak zauważył prof. Tomasz Rechberger (Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie), pierwszy przewodniczący sekcji uroginekologicznej przy Polskim Towarzystwie Ginekologów i Położników, aby procedura była powtarzalna, musi być wykonywanych w danym oddziale od 50 do 80 zabiegów rocznie. Według niego jednym ze sposobów polepszenia obecnej sytuacji byłoby powstanie **ośrodków referencyjnych**, specjalizujących się w wykonywaniu zabiegów z użyciem taśm[65].

[64] E. Malanowska, Powikłania po leczeniu operacyjnym nietrzymania moczu, Kwartalnik NTM nr 1(72), 2020.
[65] Sercem jestem uroginekologiem, Kwartalnik NTM nr 1(68), 2019.

W polskim systemie ochrony zdrowia nadal nie wyodrębniono specjalizacji uroginekologicznej, która łączy wiedzę z zakresu urologii, ginekologii i proktologii. Na taką konieczność od lat zwraca uwagę m.in. prof. Ewa Barcz, kierownik Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie. „Stworzenie specjalizacji z uroginekologii spowodowałoby, że polskie pacjentki z chorobami dna miednicy zaczęłyby być skuteczniej leczone. Brak specjalizacji uroginekologicznej przeczy rozwojowi medycyny" – powiedziała prof. Ewa Barcz w trakcie ogólnopolskiej konferencji Stowarzyszenia „UroConti" w czerwcu 2023 roku. Z kolei podczas inauguracyjnego posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowia Kobiet (20 marca 2024) wskazywała na konieczność poprawy edukacji podyplomowej wśród lekarzy oraz zmianę wyceny procedur i poprawę dostępności do różnych form leczenia chorób dna miednicy. „Nieuniknionym wydaje się również powstanie specjalizacji szczegółowej, która zajmie się tym problemem. Jest to niezbędne z punktu widzenia liczby pacjentek, ale także wiedzy, jaką będą musieli dysponować lekarze zajmujący się tą grupą chorych" – powiedziała prof. Ewa Barcz. Potrzebę zmian dostrzega również środowisko urologów, którzy też zajmują się pacjentkami z chorobami dna miednicy. „Nietrzymanie moczu to problem zdrowotny, który lokuje się na granicy pomiędzy naszymi specjalnościami, tj. ginekologią i urologią. W momencie, kiedy powołano mnie na stanowisko prezesa Polskiego Towarzystwo Urologicznego niezwłocznie nawiązałem kontakt z prof. Ewą Barcz i prof. Piotrem Sieroszewskim. Wspólnie powołaliśmy zespół multispecjalizacyjny, którego celem jest usystematyzowanie wiedzy na temat diagnostyki i leczenia chorób mających początek w dysfunkcji mięśni dna miednicy. Zadaniem zespołu jest przygotowanie podstaw merytorycznych dla przyszłej podspecjalności czy specjalności szczegółowej, czy też funkcjonowania całych oddziałów, które mogłyby zajmować się tym problemem" podkreślił prof. Tomasz Drewa, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego[66]. Podczas posiedzenia Senackiej Komisji Zdrowia (24 czerwca 2025) prof. Ewa Barcz ponownie podkreśliła potrzebę zmian systemowych. „Nie mamy tylu możliwości i czasu, żeby wykształcić ginekologa czy urologa w pełni kompetentnego do kompleksowego zajmowania się chorobami dna miednicy. Dlatego leczymy mało efektywnie. Generujemy też dużo powikłań, co wynika z przeprowadzania poważnych zabiegów w zakresie uroginekologii w ośrodkach, które wykonują ich zaledwie kilka, np. 2-3 takie procedury rocznie." – powiedziała podczas posiedzenia. Podobnego zdania jest Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego prof. Tomasz Drewa, który podczas posiedzenia wskazał, że choć program specjalizacji z urologii obejmuje wiele zagadnień z zakresu uroginekologii, nie wystarcza to do kompleksowego leczenia wszystkich przypadków. Należy dodać, że uroginekologia funkcjonuje już w wielu krajach albo, jako specjalizacja szczegółowa, albo jako certyfikowana dziedzina wiedzy. W Wielkiej Brytanii jest to jedna z czterech subspecjalizacji szczegółowych obok endokrynologii rozrodu, perinatologii i onkologii ginekologicznej. W Czechach uroginekologia jest samodzielną specjalizacją od ponad 20 lat z prowadzonym centralnym rejestrem procedur, a w Niemczech to formalna część szerokiej specjalizacji ginekologiczno-położniczej certyfikowana przez towarzystwa naukowe (AGUB)[67].

Wypełniacze

Bulking agents to metoda stosowana u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, polegająca na ostrzykiwaniu cewki moczowej materiałami zwężającymi. Jest to procedura małoinwazyjna i może być wykonywana ambulatoryjnie, w znieczuleniu miejscowym. Niestety stosunkowo często konieczne jest powtarzanie iniekcji, aby poprawić lub utrwalić efekt leczenia. Metoda powinna być stosowana u tych pacjentek, u których istnieje obciążenie wysokim ryzykiem operacyjnym, anestezjologicznym lub po nieudanych zabiegach TVT, TOT oraz urethrosuspensji, jako terapia drugiego rzutu[68].

Istnieją dwie metody leczenia:

- podanie materiału wypełniającego przy użyciu cystoskopu **przez cewkę moczową** – lekarz ma lepszą kontrolę wyboru miejsca wkłucia i wstrzyknięcia materiału wypełniającego, ale zastosowanie tej metody może wiązać się z większym ryzykiem wypłynięcia preparatu przez miejsce wkłucia,
- podanie materiału wypełniającego **drogą wkłuć okołocewkowych** – podanie materiału wypełniającego jest mniej precyzyjne i może wiązać się z większym ryzykiem retencji moczu[69].

Po zabiegu pacjentka nie wymaga hospitalizacji. Metoda jest uznawana za bezpieczną, wiążącą się z małym ryzykiem powikłań. Ostrzykiwanie nie przynosi jednak 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.

[66] Nareszcie zaczyna się mówić o problemach kobiet. Czy uroginekologia znajdzie się w głównym nurcie?, Kwartalnik NTM nr 2(89), 2024.
[67] Zaangażowani we współpracę. Dostęp: https://uroconti.pl/2023/06/22/zaangazowani-we-wspolprace/.
[68] https://ptug.pl/rekomendacje/intersdyscyplinarne-wytyczne-polskiego-towarzystwa-uroginekologicznego-odnosnie-diagnostyki-i-leczenia-wysilkowego-nietrzymania-moczu-u-kobiet/ (5.05.2022).
[69] P. Tomasik, Bulking agents [w:] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk 2017, s. 47.

Laseroterapia

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

W 2014 roku Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne (PTUG) w oficjalnym stanowisku wskazywało, że nietrzymanie moczu – w szczególności odmiana wysiłkowa, a także schorzenia związane z obniżaniem narządów miednicy nie powinny być leczone z wykorzystaniem laserów. Podobne stanowisko w 2018 roku zaprezentowało Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ang. *International Continence Society – ICS*) wspólnie z Międzynarodowym Towarzystwem Badań nad Chorobami Wulvo-Waginalnymi (ang. *International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases – ISSVD*), które poparły w ten sposób ostrzeżenie wydane przez Amerykańską Agencję Żywności i Leków (ang. *U.S. Food and Drug Administration – FDA*) z dnia 30 lipca 2018 roku, dotyczące stosowania urządzeń medycznych opartych o metody laserowe w celu przeprowadzania zabiegów „odmładzania" pochwy, zabiegów kosmetycznych w obrębie pochwy, czy też zabiegów ukierunkowanych na leczenie chorób pochwy oraz objawów związanych z menopauzą, nietrzymaniem moczu, czy też funkcjami seksualnymi[70].

Nie zaprzestano jednak dalszych badań, które zaczęły wykazywać, że laseroterapia może poprawić jakość życia pacjentek zmagających się z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Polscy eksperci podkreślają jednak, że laseroterapii nie powinno się wybierać jako terapii pierwszego rzutu. Dodatkowo należy ją poprzedzić dokładną kwalifikacją i selekcją pacjentek. Niezwykle ważnym w laserowej terapii NTM jest również rozdzielenie terapii medycznej NTM od tzw. zabiegów estetycznych okolic intymnych – *vaginal rejuvenation*.

Sam zabieg trwa ok. 20 minut i na ogół jest bezbolesny. Pacjentki mogą czasem odczuwać niewielkie pieczenie lub mocne ciepło. Regeneracja trwa 7 dni i w tym czasie zaleca się unikanie kąpieli w wannie, basenie i innych zbiornikach wodnych. Ponadto należy utrzymać w tym czasie abstynencje seksualną[71]. 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 przywróceniu prawidłowego, wysokiego, załonowego położenia połączenia cewkowo-pęcherzowego z jego stabilizacją[72].

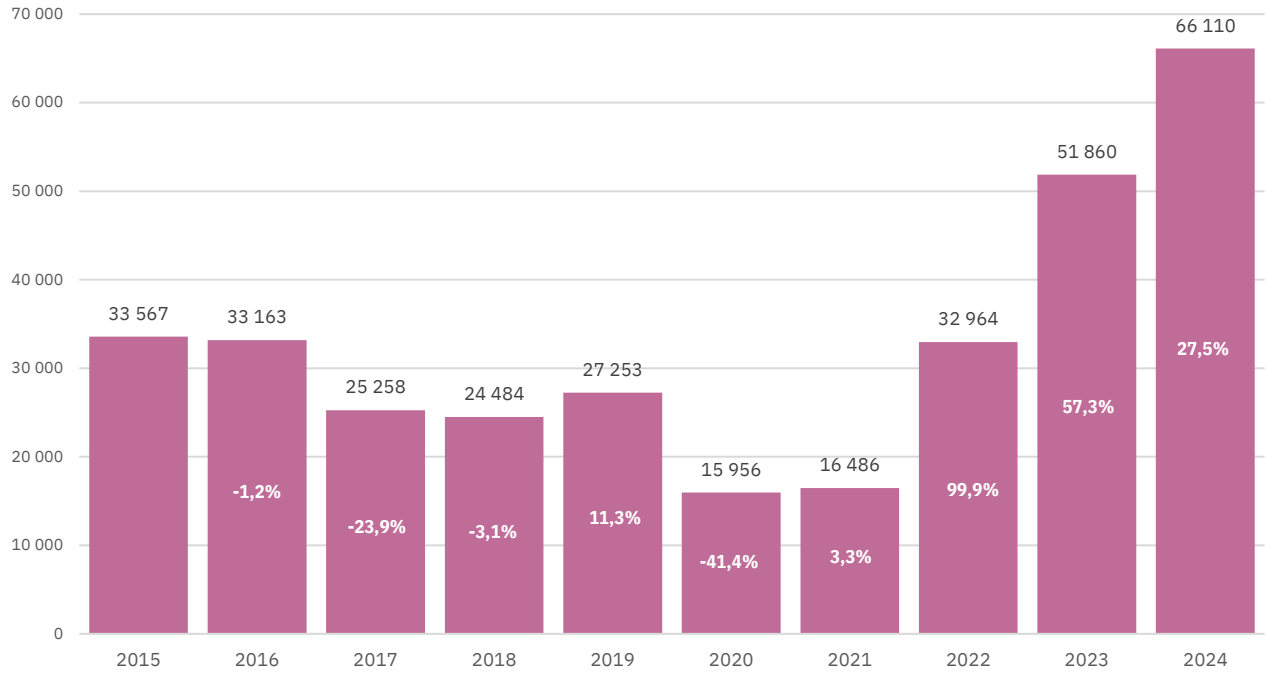
Do zabiegów operacyjnych zalicza się:

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 inwazyjnych[73].
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 wykonującego ją specjalisty[74].

[70] V. Madeja, Laseroterapia nadal kontrowersyjna, Kwartalnik NTM nr 1(76), 2021.
[71] https://ntm.pl/wysilkowe-ntm/ (12.08.2025).
[72] V. Madeja, Laseroterapia nadal kontrowersyjna, Kwartalnik NTM nr 1(76), 2021.
[73] https://ntm.pl/wysilkowe-ntm/ (12.08.2025).
[74] T. Rechberger, A. Wróbel, Leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu - kwalifikacja do typu operacji [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 266-286.

U mężczyzn z wysiłkowym nietrzymaniem moczu można zastosować[75]:

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 zazwyczaj po radykalnej prostatektomii. 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 mankiet na cewce, by oddać mocz. W niektórych urządzeniach jest dodatkowo rezerwuar na płyn, umiejscowiony w brzuchu. Szczegółowe informacje dotyczące wydatków na refundację zabiegów wszczepienia sztucznego zwieracza prezentujemy w części „Inne metody leczenia NTM".



Wykres 8
Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM u kobiet i mężczyzn w latach 2015-2024 (w tys. PLN). Dane w proc. pokazują zmianę rok do roku.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2019-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).

[75] 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 przepełnienia** – charakteryzuje się stałym lub okresowym wyciekiem 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, szczególnie po plastyce przedniej ściany pochwy,
- **niesklasyfikowane nietrzymanie moczu/utrata moczu bez określonej przyczyny** – na podstawie objawów nie może być zakwalifikowane do żadnej z powyższych kategorii.

INNE METODY LECZENIA NIETRZYMANIA MOCZU

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

Hydrauliczny zwieracz cewki moczowej jest endoprotezą, czyli protezą wewnętrzną dobieraną indywidualnie. Chirurgiczne wszczepienie zwieracza hydraulicznego ma zastosowanie u tych pacjentów, u których nie powiodło się wielokrotne leczenie operacyjne lub u których występuje ciężka niewydolność zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Chory musi być wystarczająco sprawny, aby samodzielnie obsługiwać urządzenie i akceptować ryzyko ponownych operacji. Poza tym, stan zdrowia skóry krocza, w okolicy którego będzie implantowana proteza musi być zadowalający. Należy zdawać sobie również sprawę z ogólnej liczby około 20% powikłań po tego typu zabiegu. Pacjenci powinni być dokładnie informowani zarówno o szansach powodzenia leczenia, jak i o ryzyku konieczności kolejnych zabiegów. Reinterwencje najczęściej wynikają z awarii mechanicznej, zaniku tkanek cewki moczowej, erozji lub infekcji. Najczęstszym wskazaniem do zastosowania sztucznego zwieracza cewki moczowej u mężczyzn jest nietrzymanie moczu po prostatektomii radykalnej lub przezcewkowej resekcji stercza. U kobiet wskazania obejmują m.in. wady wrodzone oraz choroby neurologiczne[76].

Do dostępnych w Polsce modeli sztucznych zwieraczy cewki moczowej (SZCM) należą m.in.:

- AMS 800 – najstarszy i pierwszy SZCM istniejący od 1973 roku,
- Zephyr (ZSI 375),
- Victo i Victo Plus,
- Aroyo,
- Flowsecure.

W 2024 roku przeprowadzono pierwszą w Polsce operację wszczepienia opartego w pełni na elektronice, hydraulicznego zwieracza cewki moczowej. Technologia na razie jest adresowana wyłącznie do mężczyzn mających problem z nietrzymaniem moczu. Zabieg przeprowadzono w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w ramach trwającego badania klinicznego. Urządzenie to mechaniczny, hydrauliczny zwieracz całkowicie oparty na elektronice. Powoduje wspomaganie aparatu zwieraczowego, a właściwe całkowicie go zastępuje. Stwarza pełną podstawę do kontroli oddawania moczu, a także napełniania pęcherza moczowego. Zwieracz powstał w ramach badania klinicznego, opartego na polsko-francuskiej współpracy. W jego tworzeniu brali udział specjaliści z krakowskiego szpitala oraz inżynierowie. Na tę chwilę może być stosowany wyłącznie u mężczyzn[77].

Z kolei na początku 2025 roku w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie po raz pierwszy w Polsce przeprowadzono wszczepienie implantów cewki moczowej za pomocą robota chirurgicznego[78].

W 2024 roku wykonano łącznie 298 zabiegów z użyciem sztucznego zwieracza cewki moczowej, czyli o 4 mniej niż w roku 2023. W roku 2024 na zabiegi tego typu NFZ wydał łącznie ponad 12,3 mln zł, co stanowi spadek o 2,3% względem roku poprzedniego.

[76] T. Hessel, Sztuczny zwieracz cewki moczowej - pytania i odpowiedzi, Kwartalnik NTM nr 2(57), 2016.
[77] A. Gumułka, Elektroniczny zwieracz cewki moczowej wszczepiono w Krakowie, cowzdrowiu.pl, dostęp w dniu 7.08.2025, https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/elektroniczny-zwieracz-cewki-moczowej-wszczepiono-w-krakowie?fbclid=IwAR18MKa7953IG0CgCnDT89-aaOXlOoA1UVa7p5laOE4VZWkWC4ItbKUcE4I_aem_AZr1Z6J_ttwzWvKEGHZt-Is0xviaD8VNfmekMa1HewClit8UMeG1Nl73qqv84meOH07EzdiNy2gqhR0kd-tlSFVr.
[78] Trzy wszczepienia implantów cewki moczowej za pomocą robota da Vinci. Dwie pacjentki już opuściły szpital, rynekzdrowia.pl, dostęp w dniu 7.08.2025, https://www.rynekzdrowia.pl/Aparatura-i-wyposazenie/Trzy-wszczepienia-implantow-cewki-moczowej-za-pomoca-robota-da-Vinci-Dwie-pacjentki-juz-opuscily-szpital,267454,5.html.

Procedura	Liczba zabiegów						Koszt (w tys. PLN)						Zmiana	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024/2023	2024/2019
Wszczepienie zwieracza hydraulicznego wokół opuszki cewki moczowej	62	36	38	81	78	103	1 495	880	1 004	2 825	3 708	3 870	4,4%	258,9%
Wymiana zwieracza hydraulicznego cewki moczowej [AUS]	11	2	18	12	9	8	308	62	416	327	410	279	-32%	-9,4%
Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej [AUS] z pompą albo zbiornikiem wyrównawczym	90	85	108	130	215	187	2 322	2 292	3 148	4 936	8 552	8 235	-3,7%	354,7%
RAZEM	**163**	**123**	**164**	**223**	**302**	**298**	**4 125**	**3 234**	**4 568**	**8 088**	**12 670**	**12 384**	-2,3%	300,2%

Tabela 12
Zabiegi z użyciem sztucznego zwieracza cewki moczowej w latach 2019-2024.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i zestawień „Leczenie nietrzymania moczu – zestawienia 2019-2024" (www.ezdrowie.gov.pl).

W 2024 roku trzy szpitale sprawozdały do NFZ wykonanie co najmniej 30 zabiegów implantacji lub wymiany zwieracza cewki moczowej:

- Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy – 51 zabiegów,
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie – 45 zabiegów,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie – 30 zabiegów.

Ostateczną, radykalną metodą leczenia NTM jest **usunięcie pęcherza** i **nadpęcherzowe odprowadzenie moczu**. Obecnie na świecie stosuje się ponad 40 typów odprowadzeń moczu. Istnienie tak wielu rodzajów zabiegów i ich modyfikacji świadczy o tym, że nie ma jednego najlepszego sposobu odprowadzania moczu. Każdy z nich ma zarówno wady, jak i zalety. Wybierając najlepszą metodę dla pacjenta bierze się pod uwagę: wskazania do danego typu odprowadzenia moczu, wybór określonego odcinka jelita, ogólne zasady i powikłania technik operacyjnych oraz aspekt psychospołeczny[79].

[79] Poradnik dla pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Terapia krok po kroku, Broszura edukacyjna, Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti", Warszawa 2020.

NIETRZYMANIE KAŁU

Definicja

Nietrzymanie kału/stolca – NTK (łac. *incontinentia alvi*) to dysfunkcja zespołu mięśnia zwieraczy odbytu. Efektem upośledzenia czynności kompleksu zwieraczy odbytu jest wrodzony lub nabyty samoistny wyciek płynnych lub stałych stolców albo gazów jelitowych[80]. Nietrzymaniem kału określamy bezwiedne oddanie stolca co najmniej 2 razy w miesiącu[81].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organisation – WHO*) nietrzymanie stolca ma status choroby społecznej[82].

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 jako „silent disease", czyli cicha choroba. Inną przyczyną, mogącą wpłynąć na niedoszacowanie statystyk są różnice związane z definicją pojęcia inkontynencji.

Na początku NTK było postrzegane jako problem dotyczący głównie osób starszych, zwłaszcza mieszkańców domów opieki. Jego obecność w populacji ogólnej była przez długi czas niedostrzegana prawdopodobnie dlatego, że osoby z NTK niechętnie przyznawały się do objawów.

Częstość występowania nietrzymania kału ocenia się na około 2-5% wśród osób dorosłych. Według Światowej Organizacji Zdrowia na tę dolegliwość cierpi minimum 5% dorosłych[83]. Z kolei w publikacji Amerykańskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, na podstawie analizy 80 badań obejmujących 548 316 osób, częstość występowania nietrzymania stolca (NTK) oszacowano na 8%, co oznacza, że problem ten może dotyczyć około 1 na 12 osób na świecie.[84]

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

ICS powołuje się m.in. na badanie *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) opublikowane w USA, w którym częstość występowania inkontynencji kału wyniosła 8,4%. W badaniu uczestniczyło 14 759 obywateli USA, z czego 49% stanowiły kobiety, wszystkie powyżej 20 roku życia. Co ciekawe otyłość i liczba porodów, nie wpływały na pojawienie się NTK w tym badaniu, mimo iż standardowo są one wskazywane jako czynniki ryzyka[85].

Z kolei w innym badaniu, przedstawionym na łamach naukowego czasopisma Gastroenterology & Hepatology, z udziałem około 6000 respondentów z USA, Wielkiej Brytanii i Kanady, 16% zgłosiło NTK. Spośród nich 70% doświadczało NTK rzadziej niż dwa razy w miesiącu. Osoby te odczuwały istotne pogorszenie jakości życia.[86]

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 roku życia odsetek ten wynosi 2,6%, a u pacjentów powyżej 70 roku życia już 15,3%[87].

Powyższe fakty dotyczące wieku może potwierdzić analiza przeprowadzona w domach opieki, która pokazuje, że około 50% pensjonariuszy ma problem z utrzymaniem stolca.[88] Inne badanie również wskazuje, że NTK jest szczególnie powszechne wśród osób hospitalizowanych oraz mieszkańców placówek opiekuńczych — szacunkowe wskaźniki wynoszą odpowiednio do 33% i 70% [89].

[80] https://www.mp.pl/gastrologia/wytyczne/88115,nietrzymanie-stolca.
[81] http://www.czytelniamedyczna.pl/3056,nietrzymanie-stolca-u-ludzi-w-wieku-podeszlym.html.
[82] https://ntm.pl/co-to-jest-ntk/.
[83] Tamże.
[84] I. Mack, H. Hahn, C. Gödel, P. Enck, A. E. Bharucha, Global Prevalence of Fecal Incontinence in Community-Dwelling Adults: A Systematic Review and Meta-analysis, Clinical Gastroenterology and Hepatology, Volume 22, Issue 4, 2024, s. 712-731.
[85] Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021., s. 74-77.
[86] A. Sharma, S. S C Rao, Epidemiologic Trends and Diagnostic Evaluation of Fecal Incontinence, Gastroenterology & Hepatology, 2020, s. 302-309.
[87] M. Kołodziejczak, A. Kucharczyk, Nietrzymanie stolca [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 562.
[88] https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(03)01558-0/fulltext.
[89] A. Sharma, S. S C Rao, Epidemiologic Trends and Diagnostic Evaluation of Fecal Incontinence, Gastroenterology & Hepatology, 2020, s. 302-309.

Dolegliwość ta dotyka częściej kobiety niż mężczyzn (8,9% vs. 7,7%)[90], ze względu na inną budowę miednicy, krótszy kanał odbytu, zmiany hormonalne i przebyte porody.

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

Czynniki wywołujące nietrzymanie kału

Badacze są zgodni, że do najczęstszych przyczyn nietrzymania stolca należą uszkodzenia okołoporodowe (mechaniczny uraz mięśni zwieraczy lub rozciągnięcie nerwu sromowego w trakcie porodu siłami natury) i powikłania po zabiegach proktologicznych[91].

Raportowana przez Światową Organizację Zdrowia częstość okołoporodowych uszkodzeń zwieracza wynosi od 4% do 6,6%. Z polskich danych wynika, że odnotowano je u 0,4% rodzących. Przy czym należy podkreślić, że powyższe statystyki niekoniecznie świadczą o rzeczywistej skali problemu w danym kraju, a mogą być wykładnikiem lepszej lub gorszej rozpoznawalności tego rodzaju uszkodzeń[92].

Czynnikiem ryzyka jest również wiek – szacunki wskazują, że jego częstość przekracza 15% u osób powyżej 65. roku życia[93].

Wśród innych czynników powodujących NTK wymieniane są:

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

2. **Choroby dna miednicy:**
- wypadanie odbytnicy
- zespół nadmiernego obniżenia mięśni krocza

3. **Choroby wpływające na pojemność/czucie w odbytnicy:**
- choroby zapalne:
    - popromienne zapalenie odbytnicy
    - choroba Leśniowskiego-Crohna
    - wrzodziejące zapalenie jelita grubego
- operacje odbytu i odbytnicy:
    - zbiorniki jelitowe
    - przednia resekcja odbytnicy
- osłabienie odbioru bodźców czuciowych z odbytnicy
- nadwrażliwość odbytnicy

[90] M. Kołodziejczak, P. Ciesielski, Z. Lorenc, Podstawy proktologii [w:] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk 2017 s. 363.
[91] R. Cylke, M. Kołodziejczak, M. Kwapisz, A. Ostaszewska, *Diagnostyka i leczenie nietrzymania stolca – aktualny stan wiedzy, przegląd piśmiennictwa* [w:] M. Kołodziejczak (red.), „Nowa Medycyna", 2/2021, Warszawa, 2021, s. 41-56.
[92] M. Kołodziejczak, A. Kucharczyk, Nietrzymanie stolca [w:] W. Baranowski, A. Rogowski (red.), Uroginekologia, Warszawa 2018, s. 562-563.
[93] A. Sharma, S. S C Rao, Epidemiologic Trends and Diagnostic Evaluation of Fecal Incontinence, Gastroenterology & Hepatology, 2020, s. 302-309.

4. **Choroby ośrodkowego układu nerwowego:**
- otępienie
- udar
- guzy mózgu
- stwardnienie rozsiane
- uszkodzenie rdzenia kręgowego

5. **Choroby psychiczne**

6. **Zaburzenia pracy jelit:**
- zespół jelita drażliwego
- biegunka po usunięciu pęcherzyka żółciowego
- zaparcia
- zaleganie stolca z niekontrolowanym wyciekiem płynnej treści

Na zwiększenie ryzyka wystąpienia NTK wpływ mają również: cukrzyca, przewlekłe biegunki, wysokie BMI, czy palenie tytoniu[94]. Dolegliwość, jak wspominaliśmy wcześniej, podobnie jak w przypadku nietrzymania moczu, dotyka częściej kobiet niż mężczyzn, a jej ryzyko wzrasta wraz z wiekiem.

Nietrzymanie stolca może dotyczyć niemal 2/3 chorych ze stwardnieniem rozsianym[95].

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)[96].

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 lub lekarzem geriatrą (seniorzy), w dalszej kolejności z urologiem, ginekologiem albo proktologiem. Z racji złożonej etiologii problemu, pacjenci dotknięci tym problemem powinni przejść dokładną diagnostykę.

W celu dokonania diagnostyki występowania nietrzymania stolca lekarz powinien przeprowadzić szczegółowy wywiad, obejmujący m.in.: liczbę wypróżnień 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 guza[97].

W celu dalszego rozpoznania choroby pacjent może zostać poddany: endoskopii dolnego odcinka przewodu pokarmowego, rezonansowi magnetycznemu, defektografii, endosonografii, manometrii, elektrografii z oceną asymetrii unerwienia zwieraczy, badaniu barostetem, centralnej i obwodowej stymulacji magnetycznej, ocenie czucia odbytowo-odbytniczego temperatury i stymulacji elektrycznej. Oceniona może być też morfologia czynnościowa i komórki Caiala[98].

[94] R. Cylke, M. Kołodziejczak, M. Kwapisz, A. Ostaszewska, Diagnostyka i leczenie nietrzymania stolca – aktualny stan wiedzy, przegląd piśmiennictwa [w:] M. Kołodziejczak (red.), Nowa Medycyna, 2/2021, Warszawa, 2021, s. 41-56.
[95] Losy J., Wawrzyniak S.: Objawy kliniczne i przebieg choroby [w:] Losy J. (red.): Stwardnienie rozsiane. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013, s. 59-65.
[96] https://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/objawy/nietrzymanie-stolca-przyczyny-i-leczenie-aa-MDyx-3odv-CdZN.html.
[97] https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/012/270/original/55-63.pdf?1473162600.
[98] R. Cylke, M. Kołodziejczak, M. Kwapisz, A. Ostaszewska, Diagnostyka i leczenie nietrzymania stolca – aktualny stan wiedzy, przegląd piśmiennictwa [w:] M. Kołodziejczak (red.), Nowa Medycyna, 2/2021, Warszawa, 2021, s. 41-56.

Leczenie

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

Wśród zalecanych metod zachowawczych wyróżnia się:

- **zmianę stylu życia** – wdrożenie odpowiedniej diety bogatej w błonnik, unikanie cukrów prostych, regularne spożywanie posiłków[99],
- **farmakoterapię** – lekarz może przepisać leki przeciwbiegunkowe czy też zalecić serię wlewów oczyszczających jelita (podobnych do tych, które wykonuje się przed kolonoskopią)[100].

Niemniej ważnym sposobem w leczeniu nietrzymania stolca są ćwiczenia z fizjoterapeutą specjalizującym się w inkontynencji. Do metod **fizjoterapii** zalecanych dla pacjentów z NTK należą między innymi[101]:

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

W przypadku pacjentów, którzy nie zareagowali na leczenie zachowawcze stosuje się **leczenie zabiegowe lub chirurgiczne**, wśród których wymienia się: elektrostymulację doodbytniczą, chirurgiczną rekonstrukcję zwieraczy, transpozycję (przeszczep) mięśnia własnego do odbytu lub wszczepienie hydraulicznej protezy zwieracza jelitowego[102]. Innym, uznanym naukowo, sposobem jest **neuromodulacja nerwów krzyżowych**.

Zabieg neuromodulacji nerwów krzyżowych jest nadal w Polsce refundowany jedynie w przypadku pacjentów zmagających się z nietrzymaniem moczu [103]. Oznacza to, że osoby cierpiące jednocześnie na nietrzymanie moczu i stolca mogą skorzystać z tej formy leczenia w ramach refundacji.

Dodanie neuromodulacji krzyżowej do katalogu świadczeń refundowanych dla osób z nietrzymaniem stolca znacząco poprawiłoby ich codzienne funkcjonowanie. Dotyczy to szczególnie pacjentów z ciężką, przewlekłą postacią choroby.
Zastosowanie tej terapii może przynieść wiele korzyści, takich jak:

- wyraźne zmniejszenie częstości i intensywności epizodów nietrzymania stolca,
- poprawa komfortu życia,
- ograniczenie społecznego piętnowania i ryzyka wykluczenia zawodowego,
- redukcja potrzeby stosowania produktów chłonnych, co przekłada się na mniejsze obciążenie psychiczne i finansowe.

Pozytywne rekomendacje dotyczące finansowania neuromodulacji krzyżowej w leczeniu nietrzymania stolca wydały m.in.: NICE (Wielka Brytania), HAS (Francja), LBI-TA (Austria) czy MSAC (Australia). Skuteczność i bezpieczeństwo tej formy terapii zostały udowodnione w licznych badaniach, zarówno randomizowanych, jak i długoterminowych obserwacjach prowadzonych w rzeczywistej praktyce klinicznej. Rozszerzenie finansowania tej procedury na populację pacjentów z nietrzymaniem stolca w Polsce stanowi logiczny krok zgodny z międzynarodową praktyką i postępem medycyny.

[99] https://zdrowie.tvn.pl/a/nietrzymanie-stolca-przyczyny-objawy-i-mozliwosci-leczenia.
[100] https://www.hartmann.info/pl-pl/articles/8/e/inkontynencja-kalowa.
[101] R. Cylke, M. Kołodziejczak, M. Kwapisz, A. Ostaszewska, Diagnostyka i leczenie nietrzymania stolca – aktualny stan wiedzy, przegląd piśmiennictwa [w:] M. Kołodziejczak (red.), Nowa Medycyna, 2/2021, Warszawa, 2021, s. 50-51.
[102] https://www.hartmann.info/pl-pl/articles/8/e/inkontynencja-kalowa.
[103] https://www.supportincontinence.org/pl/jakie-metody-leczenia-sa-dostepne/neuromodulacja-krzyzowa/.

Ze względu na brak wystarczających danych epidemiologicznych dotyczących nietrzymania stolca wśród polskiej populacji, dokładne określenie liczby osób potencjalnie kwalifikujących się do terapii neuromodulacją krzyżową w tym wskazaniu pozostaje wyzwaniem. Jak wynika jednak z dokumentu przygotowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (WT.541.5.2018), który posłużył do ustalenia taryfy dla neuromodulacji krzyżowej w leczeniu dysfunkcji pęcherza moczowego, szacunkowa liczba pacjentów kwalifikujących się do tej procedury wynosi około 100 osób rocznie. Ze względu na ograniczoną liczbę pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji do procedury, nie przewiduje się więc istotnego wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej, w tym na czas oczekiwania czy dostępność świadczeń. Brak refundacji tej technologii stanowi obecnie lukę w systemie świadczeń gwarantowanych i nie znajduje uzasadnienia medycznego ani ekonomicznego.

W 2025 roku konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej zadeklarował, że podejmie działania na rzecz objęcia refundacją zabiegów neuromodulacji nerwów krzyżowych w leczeniu nietrzymania stolca. O wprowadzenie tej procedury na listę świadczeń gwarantowanych aktywnie zabiega również Stowarzyszenie „UroConti", reprezentujące pacjentów z chorobami dna miednicy.

Zaopatrzenie w środki pomocnicze

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

Środki wspierające codzienną higienę powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, uwzględniając jednak uniwersalną zasadę pielęgnacji skóry, na którą składa się: oczyszczanie, poprawa kondycji skóry i ochrona[104]:

1. **Oczyszczenie skóry** z zanieczyszczeń, potu, złuszczonego naskórka oraz pozostałości stolca na skórze. Do zabiegu tego rekomendowane są preparaty myjące niezawierające mydła, z pH naturalnym dla skóry (lekko kwaśnie ph 5-5,5), które nie wymagają spłukiwania. Nie zaleca się produktów wymagających spłukiwanie wodą.
2. **Poprawa kondycji skóry** to wspomaganie regeneracji naskórka oraz aktywizacji skóry w celu poprawy lub utrzymana 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 i żele o działaniu ochronnym i natłuszczającym. Ochrona może również polegać na łagodzeniu podrażnień poprzez stosowanie kremów działaniu łagodzącym.

Do wyrobów medycznych stosowanych najczęściej przy NTK należy wymienić:

1. **Anatomiczne wkłady chłonne na NTK**, zalecane osobom z założonym cewnikiem Foley'a jako zabezpieczenie przy inkontynencji kałowej. Można je stosować łącznie z dopasowaną bielizną osobistą lub higienicznymi elastycznymi majtkami. W przeciwieństwie do wkładów anatomicznych na NTM, nie rozróżnia się ich ze względu na rozmiar ciała i płeć.
2. **Pieluchy anatomiczne dla kobiet i mężczyzn**, przeznaczone zarówno dla pacjentów mobilnych, jak i niesamodzielnych. Zapewniają wygodę i chronią przed zabrudzeniem bielizny osobistej w nietrzymaniu kału[105]. Sprawdzą się, np. w sytuacji incydentalnego nietrzymania stolca przy jednoczesnym nietrzymaniu gazów[106]. Ich zakładanie i zdejmowanie zazwyczaj nie wymaga wsparcia opiekuna.
3. **Pieluchomajtki** czy **majtki chłonne** przeznaczone dla osób ze średnim i ciężkim stopniem inkontynencji kałowej (także u pacjentów leżących). W tym przypadku sprawdzą się pieluchomajtki wyposażone w dodatkową kieszeń zapobiegającą wypadaniu stolca dla lepszej ochrony i komfortu[107]. Ich stosowanie zazwyczaj nie wymaga pomocy opiekuna.
4. **Worki kolostomijne** lub **ileostomijne** pozwalają na zewnątrz organizmu odprowadzić kał, który wydobywa się bez woli pacjenta (nie może samodzielnie „zamknąć" przetoki, aby nastąpiła przerwa w wypływaniu wydalin), konieczne jest zabezpieczenie otworu przetoki za pomocą wyżej wymienionych worków, w których gromadzi się kał. Pacjent może sam zmieniać i przyklejać worki do skóry. Częstotliwość zmian worków jest zależna od rodzaju stomii, wysokości jej założenia w przebiegu jelita (im bliżej odbytu, tym zmiana worków następuje rzadziej) oraz diety.
5. **Worki urostomijne**, stosowane w obrębie układu moczowego, gdzie ich częstotliwość stosowania nie jest uzależniona od diety i wysokości jej założenia, a jedynie od pracy nerek i tego, czy urostomia polega na wyprowadzeniu na skórę bezpośrednio moczowodów, czy też moczowody uchodzą do zbiornika jelitowego, który z kolei opróżnia się do worka urostomijnego[108].

[104] Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017, s. 68-71.
[105] Tamże, s. 51.
[106] https://www.hartmann.info/pl-pl/articles/8/e/inkontynencja-kalowa.
[107] Tamże.
[108] https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/132730,stomia.

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 albo moczu istnieje zwiększone ryzyko rozwoju uszkodzeń związanych z nietrzymaniem kału albo moczu niż u tych, które mają problemy wyłącznie z nietrzymaniem moczu. Uszkodzenia skóry związane z nietrzymaniem moczu albo 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 albo kału, pojawia się wysokie ryzyko wystąpienia odleżyn, jak i podwyższone ryzyko infekcji i chorobowości[109].

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

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

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

Chemioterapia

Wysoka wyleczalność nowotworów narządów płciowych, a więc wydłużenie życia, powoduje, że rosnącym problemem stają się następstwa przebytego leczenia onkologicznego. Niektóre rodzaje chemioterapii mogą powodować uszkodzenie komórek w nerkach oraz pęcherzu moczowym, konsekwencją czego mogą być problemy z utrzymaniem moczu, obecność krwi w moczu, pieczenie i ból podczas oddawania moczu lub po opróżnieniu pęcherza, dreszcze, zmiana zabarwienia moczu oraz nieprzyjemny zapach. Dolegliwości mogą występować zarówno podczas chemioterapii, jak i utrzymywać się po jej zakończeniu. Należy pamiętać, że na całkowity efekt toksyczny chemioterapii wpływają nie tylko działania cytostatyków, wykorzystywanych w leczeniu onkologicznym, lecz również wiele innych procesów związanych z obecnością nowotworu. Należą do nich m.in. cukrzyca, niewydolność wątroby czy ogólne wyniszczenie spowodowane chorobą[110].

Radioterapia

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

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

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

Warto również po konsultacji u lekarza specjalisty rozważyć wizytę u fizjoterapeuty specjalizującego się w fizjoterapii uroginekologicznej albo urologicznej, który pomoże dobrać zindywidualizowane ćwiczenia mięśni dna miednicy.

Jedną z często wybieranych metod operacyjnych w leczeniu nietrzymania moczu po radioterapii jest zastosowanie sztucznego zwieracza – jest to endoproteza dopasowana indywidualnie do potrzeb pacjenta[111]. Chirurgiczne wszczepienie zwieracza ma zastosowanie u pacjentów, u których nie przyniosły efektu próby leczenia zachowawczego i operacyjnego lub u osób z ciężką niewydolnością zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Przed zabiegiem pacjent musi być wystarczająco sprawny, aby samodzielnie obsługiwać urządzenie i akceptować ryzyko ewentualnych kolejnych operacji. Zwieracze wszczepia się przeważnie u mężczyzn. Więcej informacji na ten temat znajduje się w rozdziale „Inne metody leczenia nietrzymania moczu”.

[110] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2017.
[111] R. Sosnowski, NTM - powikłanie po leczeniu onkologicznym, Kwartalnik NTM nr 3(42), Warszawa 2012.

NTM po zabiegu/operacji

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

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

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

Leczenie zachowawcze i rehabilitacja to kluczowe kroki w terapii wysiłkowego nietrzymania moczu po operacji, możliwe jest bowiem wytrenowanie mięśni zwierających oraz zaginających cewkę moczową. Fizjoterapię należy rozpocząć już na sali pooperacyjnej – od ćwiczeń oddechowych i przeciwzakrzepowych. Wczesna pionizacja i spacery po korytarzu wspierają nie tylko ogólną wydolność organizmu, ale również powrót do właściwego funkcjonowania narządów wewnętrznych, m.in. jelit i pęcherza moczowego, które na skutek działania środków anestezjologicznych mogą okresowo wolniej działać. Bardzo ważna jest także praca z bliznami, które tworząc się, mogą powodować zrosty. Ograniczają one ruch okolicznych tkanek, co może skutkować bolesnością odczuwaną podczas wypełniania się pęcherza. Ćwiczenia mięśni dna miednicy to nie jedyna forma terapii. Do tego, by mogły one działać jak najbardziej optymalnie, potrzebne jest przywrócenie prawidłowej postawy ciała oraz poprawa zaopatrzenia w tlen i substancje odżywcze. Dlatego tak ważne są także ćwiczenia oddechowe, wzmacniające, uelastyczniające oraz ogólnie usprawniające. Warto również skorzystać z prehabilitacji przed zabiegiem. Nauczenie się lokalizowania własnych mięśni dna miednicy, ich właściwego uruchamiania, sprawdzenie ich wydolności i koordynacji jest zdecydowanie łatwiejsze przed operacją i daje możliwość wcześniej rozpoczętej i bardziej efektywnej rehabilitacji po zabiegu. Jak pokazują badania, w wyniku wdrożenia rehabilitacji w okresie przed- i pooperacyjnym, poprawie ulegają zarówno fizyczne parametry (tj. siła mięśni dna miednicy, zmniejszenie ilości wycieków moczu albo ich częstotliwość), jak również jakość życia pacjenta[112].

NTM u pacjentów po leczeniu nowotworu prostaty

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

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

Standardem zaawansowanego leczenia chirurgicznego wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn jest, podobnie jak przy powikłaniach po radioterapii, wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej. Taki zabieg najczęściej jest przeprowadzany u mężczyzn nie tylko po radykalnej prostatektomii, ale także u pacjentów po innych zabiegach onkologicznych[113]. W przypadku radykalnej prostatektomii, stosowanie ćwiczeń mięśni dna miednicy przed jak i po zabiegu, wykonywanych pod nadzorem wykwalifikowanego fizjoterapeuty urologicznego może poprawić trzymanie moczu w ciągu 6 do 12 miesięcy po zabiegu. Dlatego decyzja o implantacji sztucznego zwieracza zwykle jest odroczona do co najmniej 6-12 miesięcy po wykonaniu radykalnej prostatektomii.

Techniki prostatektomii radykalnej są różne: otwarta, laparoskopowa i w asyście robota. Skuteczność onkologiczna ww. metod jest porównywalna. Różnica polega głównie na niższym poziomie inwazyjności i ograniczeniu ryzyka powikłań pooperacyjnych. Jak wskazywaliśmy w rozdziale poświęconym epidemiologii, ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu wśród pacjentów po radykalnej prostatektomii waha się od 2 do aż 60%. Ryzyko spada jednak wraz z upływem czasu. Brakuje wystarczających badań, które potwierdzałyby w sposób jednoznaczny różnice w występowaniu NTM w zależności od wybranej techniki operacyjnej[114].

[112] M. Floriańska, Fizjoterapia przed i po operacji w obrębie miednicy, Kwartalnik NTM nr 3(86), 2023.
[113] A. Czech, Złoty standard leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu po prostatektomii radykalnej, Kwartalnik NTM nr 1(80), 2022.
[114] Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021, s. 52-56.

Refundacja NFZ dla pacjentów onkologicznych

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

Zasady refundacji środków absorpcyjnych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2023 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Refundacja na wyroby chłonne przysługuje osobom z neurogennym i nieneurogennym nietrzymaniem moczu lub stolca (z wyłączeniem wysiłkowego NTM) w przypadku choroby nowotworowej przebiegającej w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej, przetok nowotworowych lub popromiennych oraz osobom, u których inkontynencja pojawiła się w wyniku choroby nowotworowej lub jako powikłanie po leczeniu onkologicznym. Zlecenie na środki chłonne może wypisać m.in. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej, onkologii i onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, chemioterapii nowotworów lub radioterapii onkologicznej [115].

Pacjenci onkologiczni z NTM (zarówno neurogennym, jak i nieneurogennym, z wyłączeniem wysiłkowego), u których występuje NTM w wyniku choroby nowotworowej lub jako powikłanie leczenia onkologicznego mogą korzystać z refundacji wyrobów chłonnych (w tym wkładek urologicznych, majtek chłonnych, pieluchomajtek, pieluch anatomicznych, podkładów) na ogólnych zasadach, obowiązujących wszystkich uprawnionych pacjentów z grupy Y.06.01[116].

Pacjentom przysługuje refundacja na środki chłonne w limicie 90 szt. miesięcznie i kwocie od 1 zł do 2,30 zł za szt. w zależności od chłonności produktu. Limity refundacji pozostają bez zmian od 1 stycznia 2024 roku. Dopłata własna pacjenta wynosi 20% w przypadku dorosłych i 10% w przypadku dzieci do 18. roku życia (do 31 grudnia 2023 roku było to 30% dla wszystkich pacjentów).

Dzieci objęte ustawą „Za życiem" oraz osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności mogą otrzymać większą lub nieograniczoną ilość środków, w zależności od zlecanych wskazań. Co istotne 100% refundacji do limitu mają: inwalidzi wojenni, wojskowi oraz osoby represjonowane.

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

[115] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dostęp: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230002461/O/D20232461.pdf.
[116] Co jest refundowane? Dostęp: https://ntm.pl/co-jest-refundowane/.

ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE

Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne, wkładki urologiczne) 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 lub położna powinni informować pacjenta o rodzajach dostępnych na rynku produktów chłonnych, a także obowiązujących zasadach refundacji lub dofinansowania. Powinni także służyć wsparciem przy indywidualnym doborze produktu. Należy również pamiętać, że podczas pierwszej wizyty trudno pacjentowi mówić szczegółowo o swoich dolegliwościach i stąd wielu z nich nie informuje lekarza. Dlatego też kolejnym etapem weryfikacji problemu z nietrzymaniem moczu i właściwym doborem produktu powinna być konsultacja z lekarzem specjalistą albo pielęgniarką środowiskową. Kolejną liczną grupą pacjentów korzystających z produktów chłonnych są osoby objęte opieką długoterminową domową. W tym przypadku również ważnym elementem opieki jest właściwy dobór produktu. Dużym wsparciem dla pacjenta i jego opiekuna jest wówczas pielęgniarka opieki długoterminowej. Właściwie dobrane środki absorpcyjne powinny być stosowane na każdym etapie leczenia – zarówno w jego początkowych fazach, jak i w sytuacji, gdy dana metoda terapeutyczna nie przynosi pełnego wyleczenia. Należy jednak pamiętać, że produkty chłonne powinny być zawsze traktowane jako zabezpieczenie przed wyciekiem 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 wyciekiem moczu, zapewnienia higieny i uniknięcia powikłań, takich jak zakażenie dróg moczowych czy podrażnienia skóry (wskaźnik odpowiedniego poziomu pielęgnacji pacjenta z NTM). Takie podejście zmniejsza ryzyko wystąpienia wysokich kosztów leczenia powikłań wynikających z zaniedbań higienicznych. Ważnym elementem zapobiegania powikłaniom, szczególnie w środowisku domowym pacjenta, jest edukacja opiekunów w zakresie prawidłowego stosowania produktów chłonnych, jak również utrzymania higieny osobistej.

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

- stopień mobilności pacjenta (mobilny / niesamodzielny),
- stopień nietrzymania moczu (lekki / średni / ciężki),
- obwód pacjenta w pasie i biodrach[117].

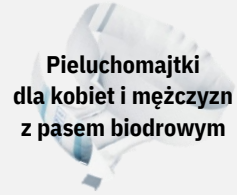
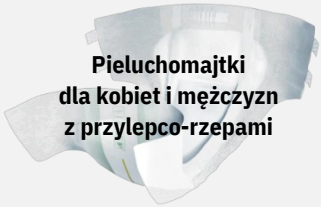
Produkty chłonne stosowane w nietrzymaniu moczu dzieli się na dwie podstawowe kategorie:

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

Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu[118]

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. Chłoną (pulpa celulozowa) i wiążą mocz 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. Chłoną (pulpa celulozowa) i wiążą mocz 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.

[117] Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017.
[118] 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 / bielizna chłonna 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 wymagają pomocy opiekuna.
 Pieluchomajtki elastyczne uniwersalne dla kobiet i mężczyzn	Ochrona skóry, zbieranie i gromadzenie moczu.	Pieluchomajtki elastyczne o różnych rozmiarach i chłonności dopasowanej do dziennych i nocnych potrzeb. Rozmiar produktu musi być odpowiedni do rozmiaru ciała – należy zmierzyć obwód pacjenta w pasie. Rekomendowane są dla osób częściowo mobilnych, mających trudności z samodzielnym założeniem bielizny, ze średnim lub ciężkim NTM. Produkt zakłada się w pozycji siedzącej, bez konieczności schylania się do ziemi. Pieluchomajtki elastyczne mogą być zakładane samodzielnie.
 **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 pasa lub 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 rzepów, przylepców lub przylepco-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 chłonącego, 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 13
Systematyka produktów chłonnych zalecanych w nietrzymaniu moczu.
Źródło: Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: nietrzymanie moczu.
Tabela zaktualizowana w 2025 roku na podstawie aktualnej kategoryzacji producentów.

Cewniki

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

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

Cewniki dobierane są indywidualnie do potrzeb, pod względem rodzaju, kształtu, końcówki, jak również rozmiaru. Aby dobrać go odpowiednio powinno się skorzystać z porady lekarza lub pielęgniarki.

Systematyka cewników urologicznych[119]

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).

[119] Tamże.

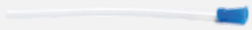
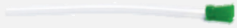
Cewniki jednorazowe powlekane typu Nelaton: **1) cewnik hydrofilowy do aktywacji wodą**  **2) do natychmiastowego użycia** 	Cewnikowanie przerywane. Kontrola zalegania moczu w pęcherzu.	Wykonane z tworzywa niezawierającego lateksu. Sterylne. W zależności od potrzeb różnią się długością i przekrojem (dla 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.
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 14
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)[120].

Pacjent po wyłonieniu stomii pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej, której zadaniem jest m.in. edukacja w zakresie prawidłowego postępowania ze stomią. Ważnym elementem pielęgnacji jest odpowiedni dobór worka stomijnego i jego dopasowanie do wyłonionego ujścia. Kolejnym częstym problemem, z którym mierzą się pacjenci, jest podrażniona skóra wokół stomii, dlatego bardzo ważna jest stała konsultacja z poradnią i edukacja pacjenta i rodziny, szczególnie w pierwszych okresie po wyłonieniu stomii. Obecnie na rynku dużym wsparciem, szczególnie dla młodych osób ze stomią, mogą być np. różnego rodzaju aplikacje mobilne ułatwiające codzienne, aktywne funkcjonowanie. W przypadku wyłonienia stomii dostępne na rynku są ponadto specjalistyczne produkty pielęgnacyjne dla skóry wokół stomii dostosowane dla osób uprawiających sport.

Rodzaj produktu stomijnego dobierany jest indywidualnie, w zależności od typu stomii, jej stanu oraz kondycji 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 kilkukrotnie bez konieczności odklejania ich od skóry. Zazwyczaj opróżniane kilka razy dziennie.
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 moczu. Zbiórka wydalanego moczu. 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 przed wydzieliną ze stomii.	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.

[120] E. Szwałkiewicz, Opiekun medyczny w praktyce, PZWL, Warszawa 2019, s. 447.

Pasek	Dodatkowe zabezpieczenie worka stomijnego.	Uniwersalne, zarówno do systemów jedno i dwuczęściowych. Zapewniają większy komfort psychiczny i fizyczny. Posiadają możliwość regulacji, dzięki czemu można dopasować je do indywidualnych potrzeb pacjenta.
Zestaw do irygacji	Oczyszczanie jelita grubego ze stolca.	Stosuje się u pacjentów z kolostomią ze skłonnością do zaparć 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	Nocna zbiórka moczu.	Przeznaczony dla osób z urostomią. Umożliwia spokojny sen bez konieczności wstawania w nocy w celu opróżnienia worka.

Tabela 15
Systematyka produktów stomijnych.
Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji producentów produktów stomijnych.

Cyfrowe wyroby medyczne

Cyfrowe wyroby medyczne coraz bardziej zyskują na popularności w praktyce klinicznej. Najnowszy raport „Cyfrowe wyroby medyczne”[121], przygotowany przez Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju INNOWO we współpracy z Ogólnopolską Izbą Gospodarczą Wyrobów Medycznych POLMED wskazuje, że na całym świecie dostępnych jest już ponad pół miliona takich produktów, które ułatwiają życie zarówno pacjentom, jak i medykom. Z danych wynika, że co czwarty wyrób medyczny wykorzystuje technologie cyfrowe.

Autorzy raportu podkreślają, że wdrożenie nowych rozwiązań opartych na innowacyjnych technologiach cyfrowych przyniesie korzyści w takich dziedzinach jak: bezpieczeństwo zdrowotne, poprawa jakości opieki, skuteczność świadczeń zdrowotnych oraz efektywność zdrowotna i zwrot z inwestycji. Cyfrowe wyroby medyczne mają również odpowiadać na trendy demograficzne i wyzwania związane ze starzejącym się społeczeństwem, a także zapewnić równość w dostępie do opieki zdrowotnej. Według badania Komisji Europejskiej 83% Polaków uważa, że cyfryzacja zdrowia jest kwestią istotną lub bardzo istotną.

Cyfrowe wyroby medyczne wykorzystywane są w wielu różnych obszarach: informacji zdrowotnej, integracji wcześniej pozyskanych danych, osobistych urządzeń zdrowotnych, diagnostyki i obrazowania, telemedycyny, geolokalizacji i oceny warunków środowiskowych, zabiegów operacyjnych, urządzeń wszczepialnych. Choć specjaliści wskazują, że trudno jest określić wiodące obszary ich zastosowania, pod względem sprzedaży największą grupę stanowią nieinwazyjne wyroby medyczne, odpowiadające za 38,5% rynku. Na drugim miejscu plasują się wyroby operacyjne, proceduralne i terapeutyczne (31,7%) a następnie wyroby diagnostyczne i laboratoryjne (29,8%).

Przykładem cyfrowego wyrobu medycznego stosowanego u pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu jest neuromodulator. To urządzenie, wszczepiane m.in. pacjentom z pęcherzem nadaktywnym (OAB), umożliwia odzyskanie kontroli nad mikcją. Więcej na temat neuromodulacji nerwów krzyżowych piszemy w rozdziale poświęconym NTM z parcia.

Innym przykładem cyfrowych wyrobów medycznych są czujniki, które pomagają określić moment zmiany środka chłonnego lub specjalnie zaprojektowane środki chłonne z wbudowanym czujnikiem, umożliwiające profesjonalną ocenę poziomu napełnienia. Jednym z takich rozwiązań jest Tena Smartcare Change Indicator, który został stworzony z myślą o opiece nieformalnej oraz domach opieki. Urządzenie monitoruje poziom nasycenia moczem i przesyła dane do smartfona, co pozwala na optymalny moment wymiany środka chłonnego, zwiększając komfort pacjenta, odciążając personel medyczny i poprawiając efektywność użycia tych środków. Jak zaznaczają twórcy tego rozwiązania, badania kliniczne wykazały, że zastosowanie czujnika zmniejsza ryzyko nieszczelności o 40%. Ogranicza również ryzyko podrażnień skóry i liczbę koniecznych kontroli stopnia nasycenia środka chłonnego. Innym rozwiązaniem są środki chłonne z wbudowanymi czujnikami (np. Tena Identify).

[121] Pełna treść raportu dostępna jest na stronie: https://polmed.org.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport_Cyfrowe-wyroby-medyczne.pdf.

Takie sensory stosuje się m.in. do monitorowania poziomu mikcji w czasie rzeczywistym po zabiegach chirurgicznych lub terapii farmakologicznej. Urządzenie może zbierać dane dotyczące oddawania moczu przez nawet 72 godziny[122].

Mówiąc o cyfrowych wyrobach medycznych nie można pominąć również robotów chirurgicznych, które są coraz częściej stosowane na salach operacyjnych w wielu obszarach, w tym ginekologii i urologii. Roboty zmniejszają ograniczenia tradycyjnej chirurgii, ponieważ umożliwiają bardziej precyzyjne zabiegi, są więc wsparciem dla lekarzy. Wpływają na lepsze wykorzystanie personelu medycznego. Roboty przyczyniają się też do poprawy jakości opieki nad pacjentem – dzięki zwiększonej dokładności i efektywności operacji zmniejszone zostaje ryzyko wystąpienia komplikacji pooperacyjnych a co za tym idzie – pacjenci szybciej wracają do zdrowia. Umożliwiają także bardziej spersonalizowane podejście do leczenia[123].

Zasady refundacji

Środki absorpcyjne

Zasady refundacji środków absorpcyjnych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Zgodnie z rozporządzeniem Narodowy Fundusz Zdrowia dofinansowuje sześć rodzajów środków absorpcyjnych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne oraz wkładki urologiczne. Od 1 stycznia 2024 roku 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 20% dopłacie pacjentów dorosłych oraz 10% dopłacie dzieci do ukończenia 18 r.ż.

Przyporządkowano limity do kategorii wyrobów i ich chłonności:
- 1,00 zł / 1 szt. – min. chłonność 350 g,
- 1,70 zł / 1 szt. – min. chłonność 1000 g w przypadku majtek chłonnych lub 1400 g w przypadku pieluch anatomicznych lub pieluchomajtek,
- 2,30 zł /1 szt. – min. chłonność 1400 g w przypadku majtek chłonnych lub 2500 g w przypadku pieluchomajtek.

Refundacja wyrobów medycznych: środki absorpcyjne			
Kod	**Nazwa wyrobu medycznego**	**Limit finansowania ze środków publicznych**	**Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy**
Y.06.016	Pieluchomajtki lub pieluchy anatomiczne, lub majtki chłonne, lub podkłady, lub wkłady anatomiczne, lub wkładki urologiczne zamiennie do 90 sztuk miesięcznie; chłonność zgodna z normą ISO 11948	**1 zł / szt.** – minimalna chłonność 350 g **1,7 zł / szt.** – minimalna chłonność: 1.000 g w przypadku majtek chłonnych, 1.400 g w przypadku pieluch anatomicznych i pieluchomajtek **2,3 zł / szt.** – minimalna chłonność: 1.400 g w przypadku majtek chłonnych 2.500 g w przypadku pieluchomajtek	10% dzieci do ukończenia 18. roku życia 20% dorośli

Tabela 16
Refundacja wyrobów medycznych: środki absorpcyjne.
Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

[122] M. Markiewicz-Melon, Ułatwiają życie pacjentom i opiekującym się nimi specjalistom, Kwartalnik NTM nr 2(89), 2024.
[123] Tamże.

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 nietrzymaniem moczu musi jednocześnie mieć jedną z chorób współistniejących, wymienionych w rozporządzeniu, do których należą:

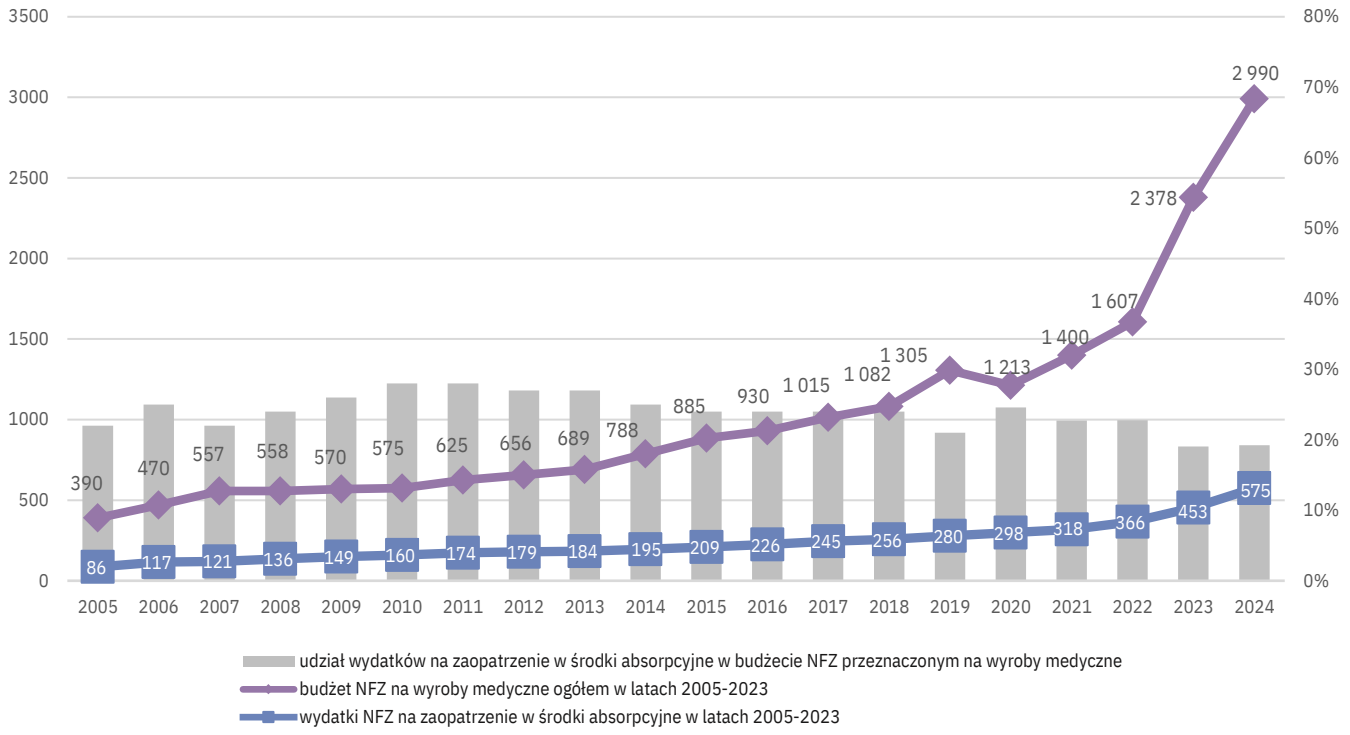
- głębokie upośledzenie umysłowe,
- zespoły otępienne o różnej etiologii;
- wady wrodzone i choroby układu nerwowego,
- trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego,
- wady wrodzone dolnych dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu,
- jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu,
- jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego będące przyczyną nietrzymania stolca,
- choroba nowotworowa przebiegająca w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej, przetoki nowotworowe lub popromienne, nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych, powikłania po leczeniu chorób nowotworowych.

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

Do wystawiania zleceń na środki absorpcyjne oraz weryfikacji uprawnień pacjenta upoważnieni są:

- lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- lekarze specjaliści wskazani w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, m.in. ginekolog-onkolog, ginekolog-położnik, urolog, neurolog, nefrolog, geriatra, pediatra,
- felczer ubezpieczenia zdrowotnego,
- pielęgniarka lub położna, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
- specjalista w dziedzinie fizjoterapii,
- lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji, rehabilitacji medycznej lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu,
- lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W 2024 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na refundację zaopatrzenia w wyroby medyczne i ich naprawy ponad 2,9 mld zł, co stanowi wzrost o 26% w stosunku do roku 2023. Ponad 2,7 mld z tej kwoty przeznaczono na refundację wyrobów medycznych produkowanych seryjnie, do których należą m.in. środki absorpcyjne, cewniki i worki do zbiórki moczu. Od 1 stycznia 2023 roku refundacją w tej grupie wyrobów objęto system monitorowania stężenia glukozy Flash (ang. *Flash Glucose Monitoring – FGM*) zastępujący monitorowanie glikemii za pomocą glukometru. Na refundację tylko tych produktów przeznaczono w 2024 roku kwotę ponad 335 mln zł (wzrost o 67% w stosunku do roku 2023). Kolejny rok z rzędu większą kwotę przeznaczono również na refundację aparatów słuchowych, co wynikało z podniesienia od 2023 roku limitów odpowiednio o 1 000 zł w przypadku aparatów słuchowych na przewodnictwo powietrzne oraz o 1 200 zł w przypadku aparatów na przewodnictwo kostne. Łącznie na refundację aparatów słuchowych przeznaczono w 2024 roku kwotę 302 mln zł (wzrost o 10% w stosunku do roku poprzedniego). W 2024 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na refundację środków absorpcyjnych, według kryteriów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, łączną kwotą w wysokości 575,6 mln zł – jest to o 27% więcej niż w roku 2023. Jednocześnie zaobserwować można spadek procentowy udziału refundacji środków absorpcyjnych w refundacji całej grupy wyrobów medycznych (z 23% w latach 2021-2022 do 19% w latach 2023-2024).



Wykres 9
Zmiany wydatków NFZ na wyroby medyczne wydawane na zlecenie w tym środki absorpcyjne w latach 2005-2024.
Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał w latach 2005-2024.

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 Fundusz Zdrowia. Zdaniem autorów badania brak zainteresowania refundacją może wynikać z faktu, że NTM ma wstydliwy charakter. Wiele osób ma problem z przyznaniem się, że stosuje środki chłonne[124].

Z kolei w drugiej połowie 2023 roku Stowarzyszenie „UroConti" we współpracy z HTA Consulting przeprowadziło badanie dotyczące potrzeb osób z dolegliwościami układu moczowo-płciowego, w tym nietrzymaniem moczu. Celem badania była ocena sytuacji pacjentów i ich opiekunów w zakresie użytkowania wyrobów medycznych oraz identyfikacja najczęściej występujących trudności. Wśród najczęściej zgłaszanych problemów znalazły się: wysoka cena środków chłonnych, brak refundacji lub refundacja na zbyt małą ilość środków chłonnych. Respondenci zwracali również szczególną uwagę na jakość wyrobów medycznych oraz ich wygodę w codziennym użytkowaniu, co okazało się istotniejsze niż cena.

Szczegółowe wyniki badania zostały opublikowane w ubiegłorocznej edycji raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej".

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**. Jak wskazywaliśmy wyżej, w refundacji dostępnych jest sześć rodzajów środków pomocniczych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne oraz wkładki urologiczne. Zgodnie z cennikami refundowanych środków absorpcyjnych czterech głównych producentów (Abena, Essity, Paul Hartmann, TZMO), pacjenci mogą skorzystać z ponad dwustu różnych produktów chłonnych, biorąc pod uwagę dostępne rodzaje oraz rozmiary[125]. Decyzja co do wyboru rodzaju, marki i rozmiaru produktu chłonnego należy więc do pacjenta albo jego opiekunów.

[124] https://cafesenior.pl/artykuly/-srodki-chlonne-na-ntm-refundacja-czy-pelnoplatny-produkt,87691.html.
[125] Źródło: cenniki czterech producentów (Abena, Essity Poland, Paul Hartmann Polska, Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych) zgłoszone do NFZ w 2024 roku.

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

Cewniki urologiczne

Refundacji polegają cewniki zewnętrzne do 30 sztuk (w przypadku chorób wymagających stosowania cewników zewnętrznych na prącie) oraz cewniki urologiczne wewnętrzne lateksowe silikonowane do 4 sztuk lub w równowartości ich kosztu cewnik silikonowy (w przypadku chorób wymagających cewnikowania pęcherza moczowego). Limit finansowania ze środków publicznych dla cewników zewnętrznych oraz cewników urologicznych lateksowych silikonowanych wynosi 4 zł za sztukę, natomiast dla cewnika silikonowego – 20 zł za sztukę. Odpłatność pacjenta wynosi 30%.

W refundacji dostępne są również cewniki urologiczne wewnętrzne silikonowe z powłoką antybakteryjną z jonami srebra dla pacjentów cewnikowanych powyżej 14 dni. Limit finansowania wynosi 51 zł za sztukę przy odpłatności pacjenta na poziomie 30%. Z refundacji w tym przypadku można skorzystać raz na 3 miesiące.

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

Od 1 grudnia 2021 roku występują trzy limity finansowania cewników hydrofilowych:
- 5,35 zł za sztukę dla cewnika hydrofilowego gotowego do użycia,
- 2,60 zł za sztukę dla cewnika hydrofilowego aktywowanego wodą,
- 0,80 zł za sztukę dla cewnika niepowlekanego[126].

W przypadku cewników hydrofilowych wysokość odpłatności dla dorosłych pacjentów wynosi 10%. Dla dzieci i osób w wieku do 18 r. ż. cewniki są refundowane w pełni do wysokości limitu cenowego.

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

Szczegóły dotyczące refundacji cewników urologicznych przedstawia tabela:

Refundacja wyrobów medycznych: cewniki urologiczne			
Kod	**Nazwa wyrobu medycznego**	**Limit finansowania ze środków publicznych**	**Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy**
Y.01.01	Cewniki zewnętrzne do 30 sztuk	**4 zł / szt.**	30%
Y.02.01	Cewniki urologiczne wewnętrzne lateksowe silikonowane do 4 sztuk lub cewnik urologiczny wewnętrzny silikonowy	**4 zł / szt.** cewnika lateksowego silikonowanego **20 zł / szt.** cewnika silikonowego	30%
Y.02.02	Cewnik urologiczny wewnętrzny silikonowy z powłoką antybakteryjną z jonami srebra	**51 zł / szt.** cewnika silikonowego z powłoką antybakteryjną z jonami srebra	30 %
Y.03.01	Cewniki jednorazowe urologiczne hydrofilowe do 180 sztuk miesięcznie lub zamiennie cewniki jednorazowe urologiczne niepowlekane do 180 sztuk miesięcznie	**5,35 zł / szt.** w przypadku cewników jednorazowych urologicznych hydrofilowych gotowych do użycia **2,60 zł / szt.** w przypadku cewników jednorazowych urologicznych hydrofilowych aktywowanych wodą **0,80 zł / szt.** w przypadku cewników jednorazowych urologicznych niepowlekanych	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli

Tabela 17
Refundacja wyrobów medycznych: cewniki urologiczne.
Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Worki do zbiórki moczu

W przypadku chorób wymagających cewnikowania pęcherza moczowego, chorób wymagających stosowania cewników zewnętrznych, nadpęcherzowego odprowadzenia moczu lub nefrostomii refundacji podlegają worki do zbiórki moczu z odpływem lub worki jednoczęściowe urostomijne (w przypadku nefrostomii) do 12 sztuk.

Limit zaopatrzenia na worki do zbiórki moczu na 1 miesiąc wynosi:

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

przy odpłatności pacjenta dla obydwu grup 0%.

Limit zaopatrzenia na akcesoria mocujące wynosi z kolei 25 zł za 1 komplet pasków mocujących (2 szt.) lub 1 szt. paska mocująco-ochronnego do worków do zbiórki moczu przy odpłatności 0% dla dzieci do ukończenia 18. r.ż. oraz 10% dla dorosłych. Pacjenci mogą zrealizować zlecenie na akcesoria mocujące worki do zbiórki moczu raz na 6 miesięcy.

Szczegóły dotyczące refundacji worków do zbiórki moczu przedstawia tabela:

Refundacja wyrobów medycznych: worki do zbiórki moczu			
Kod	**Nazwa wyrobu medycznego**	**Limit finansowania ze środków publicznych**	**Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy**
Y.04.01	Worki do zbiórki moczu z odpływem lub worki jednoczęściowe urostomijne (w przypadku nefrostomii) do 12 sztuk	**6,50 zł / szt.** worek do zbiórki moczu **16 zł / szt.** worek urostomijny	0 %
Y.05.01	Paski mocujące do worków do zbiórki moczu 2 sztuki albo pasek mocująco-ochronny do worków do zbiórki moczu 1 sztuka	**25 zł / 2 szt.** pasków do worków do zbiórki moczu albo za **1 szt.** paska mocująco-ochronnego do worków do zbiórki moczu	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli

Tabela 18
Refundacja wyrobów medycznych: worki do zbiórki moczu.
Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Produkty stomijne

Obowiązują następujące kryteria przyznawania:
- stomia na jelicie grubym (kolostomia),
- stomia na jelicie cienkim (ileostomia),
- inne przetoki lub stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów (z wyjątkiem nefrostomii lub tracheostomii),
- stomia na układzie moczowym (urostomia).

Miesięczne limity cenowe, w ramach, których pacjenci mogą odebrać bezpłatnie worki stomijne w systemie jednoczęściowym lub dwuczęściowym lub płytki stomijne, lub worki do zbiórki moczu (urostomia), lub zestaw do irygacji (kolostomia) wynoszą kolejno:
- 450 zł – kolostomia, ileostomia, inne przetoki lub stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów,
- 530 zł – urostomia,

przy odpłatności pacjenta na poziomie 0%.

Refundacji podlegają również inne wyroby stomijne służące pielęgnacji, takie jak: pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową. Limit dopłaty miesięcznej wynosi 120 zł przy odpłatności pacjenta dorosłego w wysokości 20%, oraz dzieci do 18 r.ż. w wysokości 10%.

Ponadto pacjent z nowo wyłonioną stomią może liczyć na podwójny limit finansowania, przy czym takie zlecenie może być wystawione tylko raz – jako pierwsze zlecenie po operacji wyłonienia stomii. Oznacza to, że lekarz wypisując chorego ze szpitala wystawia odrębne zlecenie z podwojonym limitem finansowania. Obecnie limit miesięczny dla kolostomii i ileostomii wynosi 900 zł, a dla urostomii 1 060 zł, przy odpłatności pacjenta na poziomie 0%. Oddzielny wniosek może również zostać wypisany na środki do pielęgnacji stomii – limit miesięczny wynosi tutaj 240 zł przy odpłatności pacjenta dorosłego na poziomie 20% oraz dzieci do 18 r.ż. na poziomie 10%.

Szczegółowe zasady refundacji wyrobów stomijnych prezentujemy w tabeli poniżej.

Refundacja wyrobów medycznych: wyroby stomijne				
Kod	**Wyroby medyczne**	**Limit finansowania ze środków publicznych**	**Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych**	**Kryteria przyznawania**
W.01.01	Worki stomijne w systemie jedno- częściowym lub dwuczęściowym lub płytki stomijne lub worki do zbiórki moczu (urostomia), lub zestaw do irygacji (kolostomia)	**450 zł**	0%	stomia na jelicie grubym (kolostomia), stomia na jelicie cienkim (ileostomia), inne przetoki lub stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów (z wyjątkiem nefrostomii lub tracheostomii)
		530 zł		stomia na układzie moczowym (urostomia)
W.01.02	Worki stomijne w systemie jedno- lub dwuczęściowym lub płytki stomijne, lub worki do zbiórki moczu (urostomia)	**900 zł**	0%	nowo wyłoniona stomia na jelicie grubym (kolostomia), nowo wyłoniona stomia na jelicie cienkim (ileostomia), nowo utworzone inne przetoki lub stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów (z wyjątkiem nefrostomii lub tracheostomii), zlecenie może być wystawione tylko raz - po operacji wyłonienia stomii lub utworzenia przetoki (dotyczy tej samej stomii lub przetoki)
		1060 zł		nowo wyłoniona stomia na układzie moczowym (urostomia), zlecenie może być wystawione tylko raz - jako pierwsze zlecenie po operacji wyłonienia stomii
W.02.01	Wyroby stomijne (pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierście- nie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową)	**120 zł**	10% dzieci do ukończenia 18. roku życia	stomia na jelicie cienkim (ileostomia), stomia na jelicie grubym (kolostomia), stomia na układzie moczowym (urostomia), inne przetoki i stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów (z wyjątkiem nefrostomii lub tracheostomii)
			20% dorośli	
W.02.02	Wyroby stomijne (pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierście- nie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową)	**240 zł**	10% dzieci do ukończenia 18. roku życia	nowo wyłoniona stomia na: jelicie grubym (kolostomia), jelicie cienkim (ileostomia), układzie moczowym (urostomia), nowo utworzone inne przetoki lub stomie wymagające ewakuacji fizjologicznej lub patologicznej treści z narządów (z wyjątkiem nefrostomii lub tracheostomii), zlecenie może być wystawione tylko raz - jako pierwsze zlecenie po operacji wyłonienia stomii lub utworzenia przetoki (dotyczy tej samej stomii lub przetoki)
			20% dorośli	
		16 zł / szt. worek urostomijny		

Tabela 19
Refundacja wyrobów medycznych: worki do zbiórki moczu.
Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Zlecenia na wyroby medyczne

W ostatnich latach za sprawą digitalizacji systemu ochrony zdrowia zmienił się sposób wystawiania zleceń na wyroby medyczne. Papierowe zlecenia zostały zastąpione innowacyjnymi technologiami tj. e-zleceniami na wyroby medyczne (eZWM). E-zlecenie to elektroniczny dokument, który jest podpisywany przez osobę wystawiającą zlecenie (patrz wyżej), za pomocą systemu elektronicznego (np. podpisu kwalifikowanego lub profilu zaufanego). Zlecenia na wyroby medyczne są wystawiane w Systemie Elektronicznej Weryfikacji i Potwierdzania Zlecenia (eZWM/AP-ZZ). Pacjent zostaje powiadomiony o wystawionym e-zleceniu poprzez wiadomość SMS lub e-mail zawierający 4-cyfrowy kod. Na prośbę pacjenta istnieje możliwość otrzymania druku informacyjnego. Ponadto e-zlecenie jest również dostępne w Internetowym Koncie Pacjenta (w zakładce „Apteczka") oraz w aplikacji mojeIKP – w sekcji „e-zdrowie" (na dole ekranu) i zakładce „Zlecenia na wyroby medyczne". Jest ono podobne do e-recepty.

Wystawianie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne w tradycyjnej, czyli papierowej formie, jest dopuszczalne tylko w przypadkach: braku dostępu do serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ, braku możliwości podpisania zlecenia podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub certyfikatem e-ZLA.

Od 1 stycznia 2024 roku umożliwiono również realizację wybranych zleceń na wyroby medyczne drogą wysyłkową. Ministerstwo Zdrowia wskazało, że zmiana ta jest odpowiedzią na postulaty pacjentów, lekarzy i organizacji pacjenckich. Celem zmian było również zwiększenie dostępności do wyrobów medycznych. Wśród wyrobów objętych tą możliwością znajduje się cała grupa Y, czyli wyroby medyczne produkowane seryjnie przy inkontynencji moczu, jak również grupa W tj. wyroby medyczne produkowane seryjnie stomijne.

Ustawa o wyrobach medycznych

Zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych reklama wyrobu kierowana do publicznej wiadomości musi być sformułowana w sposób zrozumiały dla laika. Zapis ten odnosi się także do terminów medycznych oraz naukowych, w tym do przywoływania wyników badań naukowych, opinii specjalistów lub literatury specjalistycznej, skierowanych w reklamie do innych odbiorców niż laicy. Reklama nie może sugerować odbiorcy, że stosując dany produkt medyczny uniknie wizyty u lekarza, że dany produkt jest wolny od potencjalnych skutków ubocznych bądź lepszy od innych. Dodatkowo zabronione jest wykorzystywanie wizerunku osób wykonujących zawody medyczne, podających się za takie osoby czy też prezentujące wyrób w sposób sugerujący, że wykonują taki zawód[127].

Za niestosowanie się do przepisów ustawy przewidziano wysokie kary pieniężne w wysokości od 20 000 zł do nawet 5 000 000 zł.

Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2023 r. w sprawie reklamy wyrobów medycznych doprecyzowuje zapisy w/w ustawy i określa wszelkie kwestie dotyczące prowadzenia reklamy wyrobów medycznych, która skierowana jest do opinii publicznej. Dotyczy to zarówno reklamy prezentowanej w środkach masowego przekazu, jak i w gabinetach lekarskich oraz w aptekach[128].

Rozporządzenie określa m.in. obowiązkowe elementy reklamy. Zgodnie z nim reklama wyrobu medycznego kierowana do publicznej wiadomości musi zawierać:

- nazwę producenta i upoważnionego przedstawiciela (jeśli został wyznaczony),
- nazwę podmiotu prowadzącego reklamę,
- ostrzeżenie dla wyrobów medycznych: „To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą"[129].

[127] https://www.termedia.pl/mz/Konczy-sie-okres-przejsciowy-dla-reklamy-wyrobow-medycznych-co-dalej-,52110.html.
[128] https://mgr.farm/aktualnosci/od-13-maja-zmiany-w-reklamie-wyrobow-medycznych-rowniez-w-aptekach/.
[129] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2023 r. w sprawie reklamy wyrobów medycznych (Dz.U. 2023 poz. 817).

Ustawa „Za życiem”

Od 2016 roku obowiązuje **ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”**[130] 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).

W latach 2022-2026 na realizację programu rząd chce przeznaczyć łącznie około 6 mld złotych[131]. Z danych opublikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na stronie **www.ezdrowie.gov.pl** wynika, że w 2024 roku na zaopatrzenie w środki absorpcyjne osób korzystających z zapisów ustawy „Za życiem” Fundusz przeznaczył 8,3 mln zł, co stanowi spadek o 40% względem roku poprzedniego[132].

Z końcem 2023 roku ustanowiono także rządowy program wspierania rodziny „Asystent rodziny w 2024 roku”[133]. Źródłem finansowania Programu są środki Funduszu Pracy ujęte w planie finansowym Funduszu Pracy na 2024 rok, na podstawie art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. Zgodnie z zapisami uchwały, na finansowanie Programu w roku 2025 przeznacza się kwotę nieprzekraczającą 70 mln zł.

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 obsługiwania w aptece poza kolejnością, możliwość korzystania ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) bez konieczności uzyskiwania skierowania, a także zniesienie limitów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Środki na sfinansowanie zadań wynikających z tej ustawy miał zapewnić Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, który decyzją Sejmu z 20 grudnia 2019 roku[134] został zmieniony na Fundusz Solidarnościowy.

W 2024 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 188,2 mln zł, co stanowi wzrost o 36% względem roku 2023[135].

[130] Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016 poz. 1860).
[131] https://www.gov.pl/web/rodzina/rzad-przeznaczy-wiecej-pieniedzy-na-realizacje-programu-za-zyciem.
[132] Zestawienie „Leczenie nietrzymania moczu 2024”. Dostęp: https://ezdrowie.gov.pl/12421.
[133] Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia rządowego programu wspierania rodziny „Asystent rodziny w 2025 r.” Dostęp: https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-rzadowego-programu-wspierania-rodziny-asystent-rodziny-w-2025-r.
[134] 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).
[135] Zestawienie „Leczenie nietrzymania moczu 2024”. Dostęp: https://ezdrowie.gov.pl/12421.

Dofinansowanie z PFRON

Niepełnosprawni pacjenci z NTM wymagający zaopatrzenia w środki absorpcyjne mogą ubiegać się o zwrot kosztów na niniejsze produkty w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) lub Ośrodku Pomocy Społecznej (OPS). Organy te dysponują środkami Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, które mogą być wykorzystane na zwrot kosztów poniesionych przez osobę niepełnosprawną.

O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby[136]:

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 wnioski, nie przekracza kwoty 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym i 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

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

Chcąc uzyskać dofinansowanie z PFRON należy złożyć następujące dokumenty do PCPR-u lub MOPS-u[137]:

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

Pacjent może uzyskać następujące dofinansowanie ze środków PFRON-u[138]:

- 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 2024 roku Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przeznaczył na sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym (na podstawie odrębnych przepisów – art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. c ustawy o rehabilitacji) ponad 369,6 mln zł na rzecz osób dorosłych i ponad 35,3 mln zł na rzecz dzieci i młodzieży. Łączna kwota dofinansowania wyniosła 404,98 mln zł. Z dofinansowania skorzystało łącznie ponad 203 tys. osób[139].

[136] https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/rehabilitacja/przedmioty-ortopedyczne-i-srodki-pomocnicze/.
[137] https://www.gov.pl/web/gov/skorzystaj-z-dofinansowania-do-zakupu-przedmiotow-ortopedycznych-i-srodkow-pomocniczych.
[138] Tamże.
[139] Sprawozdanie Zarządu PFRON z realizacji planu rzeczowo-finansowego z działalności Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2024 roku. Dostęp: https://bip.pfron.org.pl/pfron/budzet-funduszu/sprawozdania-zarzadu-pfron-z-realizacji-planu-rzeczowo-finansowego-z-dzialalnosci-panstwowego-funduszu-rehabilitacji-osob-niepelnosprawnych/rok-2024/.

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.

Według raportów liczba aptek od kilku lat stale spada. Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że w grudniu 2024 roku działalność prowadziło 11,2 tys. aptek ogólnodostępnych oraz 1,1 tys. punktów aptecznych (odpowiednio o 2,1% i 2,2% mniej w porównaniu z rokiem poprzednim)[140].

Początkowo apteki proponowały pacjentom bardzo ograniczony asortyment, obejmujący często jedynie pieluchomajtki w rozmiarze M lub L zapinane na rzepy (jedyny produkt chłonny, 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.

Najszerszy asortyment środków absorpcyjnych, poza bezpośrednią ofertą producentów, znaleźć można w sklepach medycznych w całym kraju. W roku 2024 funkcjonowało w Polsce 15 699 takich placówek. 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, Hebe, Lidl czy Rossmann) w asortymencie dostępne są produkty chłonne dla dorosłych obejmujące zazwyczaj wkładki urologiczne, pieluchomajtki (zwykle zapinane na rzepy) i bieliznę chłonną zarówno wiodących producentów środków absorpcyjnych jaki i marek własnych. Oferowana cena tych produktów jest porównywalna lub nieco wyższa od ceny odpowiedników sprzedawanych w systemie refundacji, nie zawsze jednak tzw. „marki własne" dorównują im jakością. 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.

[140] Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Częstym problemem osób dotkniętych różnymi formami inkontynencji okazuje się utrzymanie właściwej higieny i pielęgnacja skóry narażonej na drażniące działanie moczu albo kału. Zdrowiu skóry nie sprzyjają również, obserwowane wraz z wiekiem pacjentów, spowolnione procesy regeneracji naskórka i potęgująca się wrażliwość powłok skórnych. W efekcie skóra wystawiona na działanie moczu ulega maceracji, zawilgoceniu, wzrasta jej pH i jednocześnie traci ona swoje funkcje barierowe[141].

U osób z NTM albo 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 albo kałem, zaburzające normalną funkcję bariery skóry, co przyczynia się do rozwoju stanu zapalnego. IAD występuje w rejonie krocza, okolic genitaliów, pośladków, fałdu pośladkowego, części ud, dolnych części pleców, może sięgać kości ogonowej. Najważniejsze mechanizmy, które wpływają na ten proces, to długotrwałe zawilgocenie i maceracja skóry oraz wzrost pH. Skóra objęta stanem zapalnym jest czerwona, podrażniona i bolesna. Często występuje jednocześnie obrzęk, świąd i łuszczenie naskórka. Pacjenci próbują ograniczyć te symptomy poprzez tarcie lub drapanie, a w efekcie przerywają ciągłość skóry doprowadzając do powstania ran i strupów. Te rozdrapania są źródłem infekcji bakteryjnych, a u osób leżących, miejscem rozwoju powikłanych, zakażonych odleżyn. Wystąpienie zapalenia skóry wywołuje znaczny dyskomfort i cierpienie pacjenta, a leczenie tego typu uszkodzeń zwykle jest czasochłonne, skomplikowane i kosztowne[142].

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

Środki wspierające codzienną higienę osoby z NTM/NTK powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, jego kondycji i stanu zdrowia, uwzględniając jednak uniwersalną zasadę pielęgnacji skóry, na którą składają się: **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 się m.in.:

- 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[143].

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

Środki do pielęgnacji skóry wrażliwej, narażonej na częsty kontakt z moczem albo kałem, charakteryzują się właściwościami nawilżającymi, natłuszczającymi i uelastyczniającymi. Specjaliści zalecają preparaty oparte na środkach naturalnego, najczęściej roślinnego pochodzenia. Możliwość kupienia gotowych preparatów do mycia i pielęgnacji osłabionej lub podrażnionej skóry zdecydowanie ułatwia proces pielęgnowania. Dlatego tak istotne jest stosowanie preparatów przeznaczonych do skóry wrażliwej i narażonej na działania drażniących składników moczu czy stolca.

[141] V. Madeja, Skóra pacjenta z NTM wymaga szczególnej troski, Kwartalnik NTM nr 1(68), 2019.
[142] Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: nietrzymanie moczu, Warszawa 2017, s. 67-71.
[143] Tamże.

Do preparatów pielęgnacyjnych i ochronnych zalecanych w NTM/NTK zalicza się m.in.:

- kremy pielęgnacyjne i ochronne,
- balsamy pielęgnacyjne,
- mleczka do ciała,
- żele pielęgnacyjne,
- oliwki do ciała[144].

Pomimo bardzo bogatej oferty środków do pielęgnacji i ochrony skóry pacjenci i ich opiekunowie często nie wiedzą z jakich produktów mogą skorzystać. Dlatego niezbędna jest edukacja i regularna kontrola stanu skóry przez osobę wykwalifikowaną np. pielęgniarkę/pielęgniarza opieki długoterminowej lub pielęgniarkę/pielęgniarza POZ. Taki specjalista na bieżąco oceni stan skóry i dobierze odpowiednie preparaty i sam sposób pielęgnacji skóry. Okazuje się, że podrażniona skóra wokół stomii czy odparzenia przy stosowaniu produktów chłonnych to przede wszystkich nieodpowiednia higiena i pielęgnacja skóry. Należy również szczególnie uwrażliwić opiekunów, jak i pacjentów, że produkty chłonne i stomijne są produktami jednorazowego użytku z zastosowaniem zgodnie z zaleceniami producenta. Należy również zwrócić uwagę na czas utrzymywania danego produktu w kontakcie ze skórą, ponieważ bardzo często zdarza się, że pacjenci nie przestrzegają zaleceń producenta w zakresie regularnej zmiany worka stomijnego, co prowadzi do powikłań związanych nie tylko ze zmianami na skórze, ale również do m.in. infekcji dróg moczowych.

Częstym problemem przy nieodpowiedniej pielęgnacji skóry, szczególnie u osób leżących oraz osób z NTM i wyłonioną stomią, jest ryzyko zakażeń grzybiczych. Są to bardzo groźne powikłania, dlatego wszelkie zmiany na skórze powinny być konsultowane z lekarzem. Samowolne stosowanie maści i innych preparatów na skórę przy takich zmianach powoduje uszkodzenie głębszych warstw skóry, jak również groźne powikłania ogólnoustrojowe.

Specjalistyczne produkty do higieny, pielęgnacji i ochrony skóry pacjenta z NTM/NTK w Polsce są wyłączone z refundacji. Odwrotna sytuacja występuje w przypadku pacjentów z wyłonioną stomią.

Osoby z wyłonioną stomią mogą korzystać z refundacji na takie akcesoria stomijne jak pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową.

Szczegółowa tabela zawierająca informacje o refundacji wyrobów stomijnych została przedstawiona w rozdziale „Zaopatrzenie w środki pomocnicze”.

[144] 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 Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Poniższa analiza zawiera zaktualizowane szacunkowe dane na podstawie założeń i danych zebranych w latach poprzednich.

Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM

Schorzenia dna miednicy nie tylko odbijają się na zdrowiu fizycznym, ale negatywnie wpływają na aspekt socjoekonomiczny oraz stan psychiczny pacjentów, znacznie obniżając jakość życia. Wiele osób inkontynencję kojarzy z niepełnosprawnością, niesamodzielnością czy podeszłym wiekiem. Kobiety i mężczyźni zmagający się z tą dolegliwością obawiają się, że przestaną być uważani za osoby młode, atrakcyjne i samodzielne. Problemom z utrzymaniem moczu często towarzyszy również poczucie bezradności, brak wiedzy o możliwościach leczenia i uzyskania wsparcia oraz przekonanie, że jest to problem, który należy rozwiązać samodzielnie[145]. Wiele osób z powodu inkontynencji rezygnuje z pracy, życia rodzinnego, intymnych relacji z partnerem, zamyka się w domu i popada w depresję lub cierpi na zaburzenia lękowe[146]. Jak wskazują statystyki, od pojawienia się pierwszych objawów inkontynencji do udania się na wizytę lekarską mija kilka lat, a zgłaszalność problemu rośnie wraz z wiekiem, czasem trwania i uciążliwością problemu. Dzieje się tak dlatego, że nietrzymanie moczu to problem nie tylko medyczny, ale też, a może przede wszystkim, psychiczny. Dlatego też w również 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[147]:

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

W oparciu o wymienione założenia oszacowano, że w 2024 roku, 67 180 osób z NTM, mających problemy z zaburzeniami psychicznymi, skorzystało 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 2024 roku 218 831 101 zł (o 22,3% więcej niż w roku 2023).

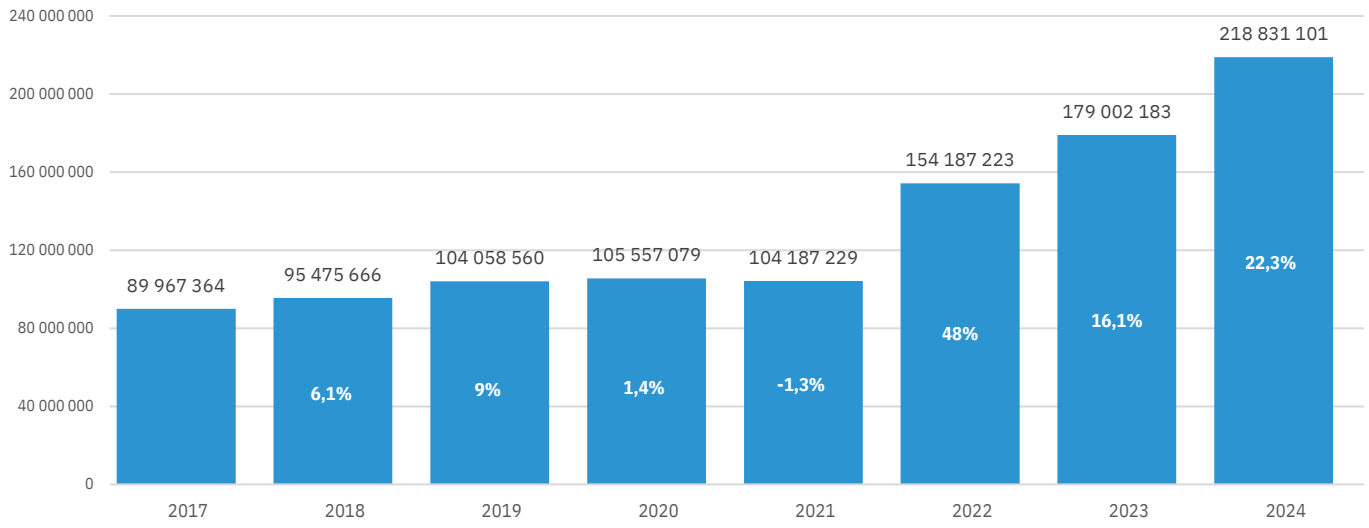
Poniżej przedstawiono szacunkowe koszty leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM:

ROK	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana 2024/2023	Zmiana 2024/2017
Stan ludności Polski (na dzień 30 XII każdego roku) – Rocznik Demograficzny GUS	38 433 558	38 411 148	38 382 576	38 088 564	37 907 704	37 766 327	37 636 508	37 489 087	-0,4%	-2,5%
Szacunkowa liczba osób z NTM (założenie: 8% stanu ludności)	3 074 685	3 072 892	3 070 606	3 047 085	3 032 616	3 021 306	3 010 921	2 999 127	-0,4%	-2,5%
Szacunkowa liczba osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi (założenie: 64% osób z NTM)	1 967 798	1 966 651	1 965 188	1 950 134	1 940 874	1 933 636	1 926 989	1 919 441	-0,4%	-2,5%
Szacunkowa liczba osób z NTM konsultująca zaburzenia psychiczne ze specjalistą (założenie: 3,5% osób z NTM z zaburzeniami psychicznymi)	68 873	68 833	68 782	68 255	67 931	67 677	67 445	67 180	-0,4%	-2,5%

[145] A. Pomian, Epidemiologia [w:] E. Barcz (red.), Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy, Gdańsk 2017, s. 58-59.
[146] Choroby, które kradną jakość życia, Gazeta Lekarska, 2023. Dostęp: https://gazetalekarska.pl/choroby-ktore-kradna-jakosc-zycia/.
[147] J. Heitzman, Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków, NAUKA 4, 2010, s. 56.

Wartość udzielonych przez NFZ świadczeń na leczenie zaburzeń psychicznych (w PLN) – dane ze sprawozdania NFZ za IV kwartał	2 502 305 400	2 606 448 815	2 688 550 109	2 599 010 339	2 832 743 144	4 528 499 104	5 577 921 877	5 778 822 780	3,6%	130,9%
Liczba osób, którym udzielono świadczeń wg danych NFZ (w PLN) – dane ze sprawozdania NFZ za IV kwartał	1 915 618	1 879 101	1 777 122	1 680 557	1 846 963	1 987 690	2 101 655	1 774 080	-15,6%	-7,4%
Średnia wartość udzielonych przez NFZ świadczeń na leczenie zaburzeń psychicznych na pacjenta (w PLN)	1 306	1 387	1 513	1 547	1 534	2 278	2 654	3 257	22,7%	149,4%
Koszty NFZ leczenia zaburzeń psychicznych osób z NTM (w PLN) (założenie: 3,5% osób z NTM podejmuje leczenie psychiatryczne)	89 966 329	95 476 034	104 057 411	105 557 079	104 187 229	154 187 223	179 002 184	218 831 101	22,3%	143,2%

Tabela 20
Szacunkowe koszty leczenia zaburzeń psychicznych wśród osób z NTM.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS.



Wykres 10
Szacunkowe koszty NFZ na leczenie zaburzeń psychicznych u osób z NTM w latach 2017-2024 (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 2018 r.	Liczba dni absencji chorobowej w 2019 r.	Liczba dni absencji chorobowej w 2020 r.	Liczba dni absencji chorobowej w 2021 r.	Liczba dni absencji chorobowej w 2022 r.	Liczba dni absencji chorobowej w 2023 r.	Zmiana 2022/2021	Zmiana 2022/2017
N00 – N99 Choroby układu moczowo-płciowego	6 369 012	6 360 678	5 982 251	5 757 559	5 888 268	6 044 557	2,7%	-5,1%

Tabela 21
Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych w latach 2018-2023.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031
opracowanej przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych ZUS.

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

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

ROK	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zmiana 2023/2016
Kobiety aktywne zawodowo - przeciętnie w roku	7 746 000	7 737 000	7 703 000	7 620 000	7 648 000	7 840 000	7 865 000	8 263 000	6,7%
Mężczyźni aktywni zawodowo - przeciętnie w roku	9 514 000	9 530 000	9 440 000	9 398 000	9 438 000	9 438 000	9 375 000	9 607 000	1,0%
Kobiety aktywne zawodowo cierpiące na NTM (założenie: 6% populacji kobiet)	464 760	464 220	462 180	457 200	458 880	470 400	471 900	495 780	6,7%
Mężczyźni aktywni zawodowo cierpiący na NTM (założenie: 2% populacji mężczyzn)	190 280	190 600	188 800	187 960	188 760	188 760	187 500	192 140	1,0%
Osoby aktywne zawodowo z NTM (ogółem)	655 040	654 820	650 980	645 160	647 640	659 160	659 400	687 920	5,0%
Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych: choroby układu moczowo-płciowego	11,0	11,0	10,7	10,5	11,0	10,4	10,2	10,1	-8,6%
Średnia liczba dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród kobiet	5 112 360	5 106 420	4 945 326	4 777 740	5 047 680	4 892 160	4 789 785	4 982 589	-2,5%
Średnia liczba dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród mężczyzn	2 093 080	2 096 600	2 020 160	1 964 182	2 076 360	1 963 104	1 903 125	1 931 007	-7,7%
Średnia liczba dni absencji w pracy spowodowana NTM rocznie (ogółem)	7 205 440	7 203 020	6 965 486	6 741 922	7 124 040	6 855 264	6 692 910	6 913 596	-4,1%
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie wg. wskaźników ZUS	4 047 zł	4 272 zł	4 585 zł	4 918 zł	5 167 zł	5 663 zł	6 346 zł	7 155 zł	76,8%
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet brutto w PLN (założenie: kobiety mają o 10% niższe wynagrodzenie od przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej)	3 642 zł	3 844 zł	4 127 zł	4 426 zł	4 651 zł	5 096 zł	5 712 zł	6 440 zł	76,8%
Średnie dzienne wynagrodzenie kobiet brutto (założenie: średnia liczba dni pracujących w miesiącu to 21)	173 zł	183 zł	197 zł	211 zł	221 zł	243 zł	272 zł	307 zł	76,8%
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie mężczyzn brutto w PLN (założenie: mężczyźni mają o 10% wyższe wynagrodzenie od przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej)	4 452 zł	4 699 zł	5 044 zł	5 410 zł	5 684 zł	6 229 zł	6 981 zł	7 871 zł	76,8%
Średnie dzienne wynagrodzenie mężczyzn brutto (założenie: średnia ilość dni pracujących w miesiącu to 21)	212 zł	224 zł	240 zł	258 zł	271 zł	297 zł	332 zł	375 zł	76,8%
Roczne koszty z tytułu utraty produktywności przez kobiety w wyniku NTM	886 748 336 zł	934 805 318 zł	971 762 917 zł	1 007 045 894 zł	1 117 874 356 zł	1 187 228 690 zł	1 302 715 460 zł	-	72,3%
Roczne koszty z tytułu utraty produktywności przez mężczyzn w wyniku NTM	443 726 083 zł	469 105 364 zł	485 178 268 zł	506 009 480 zł	562 022 896 zł	582 273 753 zł	632 631 828 zł	723 762 389 zł	63,1%
Roczne koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM rocznie (ogółem)	1 330 474 419 zł	1 403 910 683 zł	1 456 941 185 zł	1 513 055 375 zł	1 679 897 252 zł	1 769 502 443 zł	1 935 347 289 zł	2 251 740 215 zł	69,2%

Tabela 22
Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM w latach 2016-2023.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS i GUS.

Z powyższej tabeli wynika, iż w roku 2023 koszty z tytułu nieobecności w pracy w wyniku NTM wyniosły 2,25 mld zł i były o 16,3% wyższe w porównaniu do 2022 roku i o blisko 70% wyższe niż w roku 2016.

Koszty związane z zaburzeniami kontynencji w Europie

8 listopada 2023 roku w Brukseli odbyło się spotkanie pod nazwą Continence Health Summit 2023. 22 międzynarodowe organizacje naukowe, zawodowe, pacjenckie ogłosiły i podpisały manifest dotyczący reformy polityki zdrowotnej w zakresie opieki nad osobami zmagającymi się z inkontynencją w Unii Europejskiej.

Na spotkaniu zaprezentowano raport z wyników badania zleconego przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne (ang. *European Association of Urology – EAU*) i przeprowadzonego przez Triangulate Health Ltd na temat społeczno-ekonomicznych i środowiskowych kosztów związanych z opieką nad osobami z inkontynencją. Koszty oszacowane wówczas na blisko 70 mld euro obejmują:

- wpływ inkontynencji na zdrowie osób nią dotkniętych,
- koszty konsultacji lekarskich,
- koszty zakupu środków chłonnych,
- koszty absencji w pracy,
- koszty pobytów w zakładach opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, domy pomocy społecznej, domy opieki),
- wpływ na środowisko[148].

Manifest, podpisany 8 listopada przez 22 interesariuszy, wzywa do wprowadzenia zmian w polityce zdrowotnej państw UE, aby stawić czoła wyzwaniom, jakie niosą ze sobą zaburzenia kontynencji. Zawarto w nim 10 zaleceń dla decydentów europejskich i państw członkowskich:

1. Opracowanie kompleksowej strategii w zakresie zaburzeń kontynencji w Europie.
2. Zapewnienie pełnego i równego dostępu do ścieżek zdrowotnych w zakresie leczenia zaburzeń kontynencji.
3. Zagwarantowanie dostępu do toalet w przestrzeniach publicznych i prywatnych.
4. Poprawienie liczby i dostępności wyszkolonych pracowników służby zdrowia.
5. Znalezienie i sfinansowanie zrównoważonych rozwiązań w zakresie opieki nad osobami z inkontynencją dla systemów opieki zdrowotnej.
6. Udzielanie wsparcia opiekunom nieformalnym.
7. Zrozumienie wzajemnych korelacji pomiędzy kontynencją a powiązanymi z nią dziedzinami zdrowia.
8. Poprawienie finansowania badań nad zaburzeniami kontynencji.
9. Prowadzenie kampanii publicznych podnoszących świadomość na temat skutków zaburzeń kontynencji.
10. Zachęcanie do partnerstw publiczno-prywatnych w celu poprawy sytuacji w zakresie zaburzeń kontynencji[149].

Jako efekt manifestu, 4 czerwca 2025 roku w Parlamencie Europejskim zainaugurowano działalność Grupy na rzecz Zdrowia w zakresie Kontynencji. Na jej czele stanęła irlandzka europosłanka Maria Walsh. Celem Grupy jest wspieranie i wzmacnianie pozycji osób dotkniętych problemami z kontynencją w całej Unii Europejskiej – kobiet, dzieci, mężczyzn, osób starszych, pacjentów z innymi schorzeniami oraz ich opiekunów. Grupa ma promować społeczeństwo, w którym o problemach z kontynencją można mówić otwarcie, a każdy ma zapewniony dostęp do działań profilaktycznych i odpowiedniej opieki wtedy, gdy jej potrzebuje.

Powołując Grupę z udziałem przedstawicieli różnych komisji parlamentarnych i ugrupowań politycznych, europosłowie chcą podkreślić, że temat kontynencji to ważny priorytet, który powinien być realizowany w ramach przekrojowych działań UE. Dotyczy to m.in. Strategii na rzecz Równości Płci, Europejskiego Planu Walki z Rakiem, Europejskiej Strategii Opieki, inicjatyw dotyczących chorób niezakaźnych i profilaktyki, a także finansowania badań i innowacji zdrowotnych w nowej perspektywie budżetowej UE[150].

[148] The health, socio-economic and environmental costs of continence problems in the EU, European Association of Urology, 2023. Dostęp: https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/media/Socio-economic_report_UrgetoAct_hr.pdf
[149] Transforming EU Continence Health: A Manifesto for Policy Reform, 2023. Dostęp: https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/media/109857_EAU_Urge-To-Act_Manifesto_A5-folder.pdf.
[150] Więcej informacji na stronie: https://ntm.pl/inkontynencja-w-centrum-uwagi-parlamentu-europejskiego/.

OPIEKA NAD PACJENTEM Z NTM

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization – WHO*), zadaniem systemu opieki długoterminowej jest „zapewnienie osobie, która przez długi czas nie jest w pełni zdolna do samoopieki, możliwości utrzymania możliwie najlepszej jakości życia, tzn. możliwie największego zakresu niezależności, samodzielności, uczestnictwa w życiu społecznym, spełnienia osobistego i godności”[151].

Takie osoby charakteryzuje co najmniej jeden z trzech czynników:
- niesamodzielność,
- niepełnosprawność,
- zaawansowany wiek.

Czynniki demograficzne

Zachodzące na świecie procesy demograficzne, w tym starzenie się ludności 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 10,3 mln (wzrost o 5% w stosunku do roku 2022), w roku 2040 na poziomie 11,4 mln (wzrost o 16,8%), w 2050 roku na poziomie 12,4 mln (o 26,6% więcej niż w roku 2022). W 2060 roku w Polsce będzie mieszkać 11,9 mln osób starszych (o 21% więcej niż w roku 2022), stanowiąc 38,3% ogółu społeczeństwa[152].

Wiek	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Przedprodukcyjny	5 666	5 273	5 180	5 143	5 051	4 829
Produkcyjny	20 959	19 871	18 325	16 869	15 772	15 103
Poprodukcyjny	9 600	10 115	10 740	11 188	11 278	10 993
OGÓŁEM	**36 224**	**35 259**	**34 245**	**33 200**	**32 101**	**30 926**

Tabela 23
Prognoza ludności Polski według wieku do 2060 roku (w tys.).
Źródło: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2024, Główny Urząd Statystyczny.

Proces demograficznego starzenia się ludności Polski, czyli wzrost w populacji udziału osób w wieku 65 lat i więcej jest dużym wyzwaniem nie tylko w kontekście starzenia się zasobów pracy i funkcjonowania systemu emerytalnego, lecz także w kontekście zapewnienia seniorom godnej opieki[153]. 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 pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych oraz opiekuńczych coraz większej liczbie osób. W związku z tym, że nietrzymanie moczu dotyczy ponad połowy z blisko dwóch milionów osób niesamodzielnych w Polsce, będzie wzrastało również zapotrzebowanie na refundowane środki absorpcyjne, będące dla większości pacjentów podstawowym środkiem zapobiegawczym.

[151] Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, Warszawa 2015.
[152] Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r., Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Warszawa, Białystok 2023, s. 23-24.
[153] Raport Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro, red. P. Błędowski, Warszawa, 2020.

Zakłady opieki długoterminowej

W 2023 roku (stan na 31 grudnia) w Polsce funkcjonowało **460** zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL), które udzieliły wsparcia **52 779** pacjentom oraz **164** zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), które zapewniły opiekę **14 366** osobom. Oba typy zakładów adresowane są do tej samej grupy pacjentów – osób przewlekle chorych i niesamodzielnych i mają taki sam zakres świadczeń.

ROK	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zmiana 2023/2012
Liczba placówek	360	379	388	408	400	415	430	432	442	433	450	**460**	27,7%
Liczba pacjentów rocznie	42 959	43 766	44 199	47 624	47 398	46 720	47 806	48 318	46 165	48 654	51 571	**52 779**	22,8%

Tabela 24
Zakłady opiekuńczo-lecznicze w latach 2012-2023.
Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2012-2024, Główny Urząd Statystyczny.

ROK	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zmiana 2023/2012
Liczba placówek	156	152	155	152	154	161	160	167	171	162	161	**164**	5,1%
Liczba pacjentów rocznie	15 173	15 054	14 509	14 214	13 655	14 821	14 796	14 242	13 404	13 596	13 796	**14 366**	-5,3%

Tabela 25
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze w latach 2012-2023.
Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2012-2024, Główny Urząd Statystyczny.

Pielęgniarską opiekę długoterminową domową w 2024 roku świadczyły **953** podmioty. Pod ich opieką pozostawało **58 184** pacjentów. Na jednego świadczeniodawcę przypadało więc średnio 61 pacjentów. Dla porównania, w 2016 roku na jeden podmiot przypadało średnio 53 pacjentów. Należy zwrócić uwagę na niepokojący spadek liczby osób korzystających z tej formy opieki przy jednoczesnym wzroście osób jej potrzebujących.

ROK	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana 2024/2016
Liczba świadczeniodawców	1133	1140	1062	1053	1023	1016	1006	985	**953**	-13,1%
Liczba osób objętych opieką	60077	65194	61985	60827	59369	60586	59719	59293	**58184**	-1,3%

Tabela 26
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa w latach 2016-2024.
Źródło: Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartały z lat 2016-2024, załącznik nr 2 do Uchwały - pielęgnacyjne świadczenia gwarantowane.

W 2023 roku w Polsce działało **2 138 stacjonarnych domów i zakładów pomocy społecznej** (w tym m.in. 904 domy pomocy społecznej – DPS i 652 placówki zapewniające całodobową opiekę), które zapewniły opiekę **132,6 tys. mieszkańcom**. Ta forma opieki odnotowuje systematyczny wzrost liczby zarówno podmiotów, jak i korzystających z tego typu świadczeń mieszkańców.

ROK	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zmiana 2023/2012
Liczba placówek	1 564	1 599	1 619	1 655	1 678	1 723	1 831	1 837	1 851	2 015	**2 082**	**2 138**	36,7%
Liczba osób objętych opieką rocznie (w tys.)	104,4	104,3	105,6	106,9	107,8	109,2	113,1	112,4	105,2	114,3	**131,5**	**132,6**	27%

Tabela 27
Stacjonarne domy i zakłady pomocy społecznej w latach 2012-2023.
Źródło: Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej z lat 2012-2024, Główny Urząd Statystyczny oraz Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 roku.

Obserwuje się stały wzrost liczby osób wymagających opieki długoterminowej, realizowanej zarówno w warunkach domowych, jak i w specjalistycznych placówkach, takich jak ZOL czy ZPO. Po wyhamowaniu tego trendu w 2020 roku (epidemia COVID-19), zaczął się ponowny wzrost, a jego dynamika przyspiesza. Nadal czas oczekiwania na przyjęcie do specjalistycznej placówki opiekuńczej, po chwilowym spadku w III kwartale 2017 roku, sukcesywnie się wydłuża. W kwietniu 2023 roku ówczesny wiceminister zdrowia Waldemar Kraska odpowiedział na interpelację posłanek: Elżbiety Płonki i Beaty Strzałki (Klub Parlamentarny Prawo i Sprawiedliwość) w sprawie dostępu do placówek typu ZOL i ZPO w ramach finansowania tych usług przez NFZ. W odpowiedzi wskazał, że w lutym 2023 roku na przyjęcie do ZOL oczekiwało 1 456 świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny" i 9 633 świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny", natomiast do ZPO oczekiwało 606 świadczeniobiorców w kategorii medycznej „przypadek pilny" i 2 684 świadczeniobiorców w kategorii medycznej „przypadek stabilny"[154]. W 2023 roku średni czas pobytu pacjenta w placówce opieki długoterminowej wynosił 194 dni w ciągu roku i był o 8 dni dłuższy niż w roku 2022. Według danych Ministerstwa Zdrowia w lutym 2024 roku na przyjęcie do ZOL oczekiwało 1 762 (wzrost 21%) pacjentów zakwalifikowanych jako „przypadek pilny" i 12 351 (wzrost 28%) osób zakwalifikowanych jako „przypadek stabilny". Na przyjęcie do ZPO oczekiwało odpowiedni 700 (wzrost 15%) „pilnych" i 3 482 (wzrost 30%) „stabilnych" pacjentów[155]. W przypadku stacjonarnych domów i zakładów pomocy społecznej, w 2023 roku liczba ich mieszkańców w porównaniu z rokiem 2022 wzrosła o ok. 1,1 tys. Z kolei liczba placówek powiększyła się o 56. Wciąż zdarza się, że kryterium przyjęcia pacjenta niesamodzielnego lub niepełnosprawnego, wymagającego opieki długoterminowej do jednego z trzech typów ośrodków: ZOL, ZPO lub DPS albo całodobowy dom opiekuńczy, nie jest diagnoza i rzeczywiste potrzeby, ale to, gdzie w danym momencie znajduje się wolne miejsce lub gdzie osobę potrzebującej opieki skieruje lokalny ośrodek pomocy społecznej. Osobę niesamodzielną dopasowuje się tym samym do możliwości finansowych gminy lub powiatu oraz dostępnych na ich terenie świadczeń i infrastruktury opiekuńczej, które w Polsce są bardzo zróżnicowane. Jednocześnie od 2-3 lat obserwujemy tendencję do zwiększonego przyjmowania pacjentów do ZOL czy ZPO, co związane jest ze sposobem finansowania pobytu pacjenta w tych ośrodkach, a nie do DPS, gdzie bardziej obciążona jest rodzina mieszkańca. Problem jest jednak bardzo złożony i wymaga szerszych zmian systemowych.

Kolejnym problemem, z jakim przez lata mierzyli się świadczeniodawcy w opiece długoterminowej jest niedoszacowanie stawek. W 2019 roku taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. „osobodnia za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania", któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 punkt. Koszt świadczenia bazowego oszacowano na **30,08 zł** i nie ulegał on zmianie do 30 czerwca 2022 roku. Od 1 lipca 2022 do chwili publikacji Raportu nastąpiły cztery zmiany wartości świadczenia bazowego, co prezentujemy w tabeli poniżej.

Nazwa świadczenia bazowego	Koszt świadczenia bazowego				
	1.01.2019 – 30.06.2022	1.07.2022 – 30.06.2023	1.07.2023 – 30.06.2024	1.07.2024 – 30.06.2025	od 1.07.2025
Osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania	30,08 zł	37,22 zł **+24%**	41,97 zł **+13%**	47,99 zł **+14%**	61,54 zł **+28%**

Tabela 28
Wartość świadczenia bazowego w rodzaju „Osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania".
Źródło: Załączniki do Obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej z lat 2019-2024.

[154] Odpowiedź na interpelację nr 39845 w sprawie dostępu do placówek typu ZOL i ZPO w ramach finansowania tych usług przez NFZ. Dostęp: https://sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTCQNE63/%24FILE/i39845-o1.pdf.
[155] Dane sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia z zakresu list oczekujących za luty 2024.

25 czerwca 2025 roku Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał obwieszczenie w sprawie Rekomendacji nr 72/2025 w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Koszt świadczenia bazowego od 1 lipca 2025 roku wzrósł do kwoty **61,54 zł**[156]. Coroczne wzrosty wartości jednostki rozliczeniowej od 2022 roku wynikają ze wzrostów wynagrodzeń pracowników medycznych, zgodnie z zapisami ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych[157]. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze z katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej były przedmiotem taryfikacji również w 2019 roku[158]. Jak informowała wtedy AOTMiT bieżąca aktualizacja taryf świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych miała być odpowiedzią na wzrastające zapotrzebowanie społeczne na opiekę długoterminową, przy jednoczesnym wzroście kosztów działalności zakładów opieki długoterminowej, zwłaszcza kosztów osobowych.

Nazwa świadczenia	TARYFA (obowiązująca od 1 stycznia do 31 grudnia 2020)	TARYFA (obowiązująca od 1 stycznia do 31 grudnia 2021)	TARYFA (obowiązująca od 1 stycznia 2022 do 30 czerwca 2022)	TARYFA (obowiązująca od 1 lipca 2022 do 30 czerwca 2023)	TARYFA (obowiązująca od 1 lipca 2023 do 30 czerwca 2024)	TARYFA (obowiązująca od 1 lipca 2024 do 30 czerwca 2025)	TARYFA (obowiązująca od 1 lipca 2025)
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	3,54 pkt = **106,48 zł**	3,91 pkt = **117,61 zł**	4,29 pkt = **129,04 zł**	4,29 pkt = **159,67 zł**	4,29 pkt = **180,05 zł**	4,29 pkt = **205,88 zł**	4,29 pkt = **264,01 zł**
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	5,05 pkt = **151,90 zł**	5,60 pkt = **168,45 zł**	6,14 pkt = **184,69 zł**	6,14 pkt = **228,53 zł**	6,14 pkt = **257,70 zł**	6,14 pkt = **294,66 zł**	6,14 pkt = **377,86 zł**
Osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	3,54 pkt = **106,48 zł**	3,91 pkt = **117,61 zł**	4,29 pkt = **129,04 zł**	4,29 pkt = **159,67 zł**	4,29 pkt = **180,05 zł**	4,29 pkt = **205,88 zł**	4,29 pkt = **264,01 zł**
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel	5,61 pkt = **168,75 zł**	6,35 pkt = **191,01zł**	7,09 pkt = **213,27 zł**	7,09 pkt = **263,89 zł**	7,09 pkt = **297,57 zł**	7,09 pkt = **340,25 zł**	7,09 pkt = **436,32 zł**
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3. roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	7,23 pkt = **217,48zł**	8,19 pkt = **246,36 zł**	9,14 pkt = **274,93 zł**	9,14 pkt = **340,19 zł**	9,14 pkt = **383,61 zł**	9,14 pkt = **438,63 zł**	9,14 pkt = **562,48 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 oraz
Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z lat 2022-2025.

[156] Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 25 czerwca 2025 r. w sprawie Rekomendacji Nr 72/2025 Z Dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Dostęp: https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2025/091/REK/2025%2006%2025%20Obwieszczenie%20Rekomendacja%2072%202025.pdf.

[157] Ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2022 poz. 1352). Dostęp: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220001352.

[158] Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 27 września 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
Dostęp: https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/taryfikacja-swiadczen/6329-122019-obwieszczenie-sw-pielegnacyjne-i-opiekuncze.

28 stycznia 2021 roku na stronie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia opublikowano zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Zarządzenie, w porównaniu do dotychczas obowiązującego, zwiększa stawkę za osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonego HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel. W 2021 roku ustalono taryfę na 5,08 pkt., czyli 152,80 zł, zaś w 2022 roku stawka zwiększyła się do 5,46 pkt., czyli 164,23 zł[159].

Nie w każdym jednak świadczeniu będącym elementem opieki długoterminowej stawki były podnoszone. Wyjątkiem była zmiana taryfy, jaka nastąpiła w 2022 roku dla świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego przeznaczonego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną w domu. Od 1 maja 2022 roku na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej redukcji uległa wysokość taryf za:

- osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych **(powyżej 16 godzin) – nowa wysokość taryfy: 4,13 = 120,06 zł (wcześniej 142,73 zł) – obniżka o 16%**,
- osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie **od 8 do 16 godzin** na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych – **nowa wysokość taryfy: 3,11 = 90,40 zł (wcześniej 127,62 zł) – obniżka o 29%**,
- osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie **poniżej 8 godzin** na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych – **nowa wysokość taryfy: 1,35 = 39,33 zł (wcześniej 103,49 zł) – obniżka o 62%**[160].

Od 1 lipca 2022 roku, w związku z wejściem w życie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nastąpiło podniesienie wartości punktu dla świadczenia „osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych". Wysokość taryf wynosiła kolejno powyżej 16 godzin na dobę 150,41 zł, od 8-16 godzin 113,27 zł, poniżej 8 godzin 49,17 zł. Od tego momentu co roku nowa wysokość wzrasta, co prezentuje poniższa tabela.

Nazwa świadczenia	Czas wentylacji	Obwieszczenie Prezesa AOTMiT w sprawie Rekomendacji nr 54/2023 (obowiązujące od 1.07.2023 do 30.06.2024)		Obwieszczenie Prezesa AOTMiT w sprawie Rekomendacji nr 48/2024 (obowiązujące od 1.07.2024)		Obwieszczenie Prezesa AOTMiT w sprawie Rekomendacji nr 72/2025 (obowiązujące od 1.07.2023 do 30.06.2024)	
		TARYFA	STAWKA	TARYFA	STAWKA	TARYFA	STAWKA
Osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych	powyżej 16 h na dobę	4,13 pkt	**168,38 zł** **+12%**	4,13 pkt	**168,38 zł** **+12%**	4,13 pkt	**191,26 zł** **+6%**
	od 8 do 16 h na dobę	3,11 pkt	**126,79 zł** **+12%**	3,11 pkt	**126,79 zł** **+12%**	3,11 pkt	**144,02 zł** **+6%**
	poniżej 8 h na dobę	1,35 pkt	**55,04 zł** **+12%**	1,35 pkt	**55,04 zł** **+12%**	1,35 pkt	**62,52 zł** **+6%**

Tabela 30
Taryfa i stawki świadczenia „osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych" w latach 2022-2024.
Źródło: Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z lat 2022-2025.

[159] 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.
[160] 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.

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

Na początku sierpnia 2025 roku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych poinformowała, iż z satysfakcją przyjęła decyzję Ministerstwa Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącą zmian zasad finansowania opieki długoterminowej, zarówno pielęgniarskiej opieki domowej, jak i realizowanej w Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych. Wiele podmiotów realizujących świadczenia działało dotychczas na granicy opłacalności, a wpływy z NFZ nie pokrywały w pełni kosztów prowadzenia działalności[161].

Najważniejsze zmiany:

1. Rekomendacja AOTMiT nr 72/2025 (25 czerwca 2025) przewiduje wzrost finansowania NFZ o 16,94 mld zł, co umożliwi podwyższenie stawek ryczałtów umownych w sektorze opieki długoterminowej — m.in. o 15,93 zł w pielęgniarskiej opiece domowej za osobodzień.
2. W opiece stacjonarnej finansowanie odbywa się według stawki 9,40 zł za punkt osobodnia.
3. Podpisanych zostanie około 35 tys. aneksów do umów z NFZ, co przyczyni się do faktycznego zwiększenia wartości usług pielęgniarskich zarówno w zakresie opieki w domu, jak i instytucjach.

Według resortu zdrowia zmiana zapewnia placówkom większą stabilność finansową oraz możliwość utrzymania ciągłości świadczeń, jednak nie powinna być traktowana jako rozwiązanie ostateczne. Stawki wciąż nie odpowiadają rzeczywistym kosztom, a opieka pielęgniarska długoterminowa wciąż zajmuje najniższe miejsce pod względem wyceny w kontraktowaniu świadczeń z NFZ.

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"[162].

Z opracowania *PolSenior2* pt. „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem"[163] wynika, że jedną z ważniejszych cech demograficznych dla osób niesamodzielnych jest płeć. Jak się okazuje, **mężczyźni nieco częściej niż kobiety oczekują pomocy** kilkakrotnie w ciągu dnia. Zdecydowanie mniejszy odsetek mężczyzn potrzebuje wsparcia raz w tygodniu lub rzadziej. Co ciekawe, te różnice są zauważalne najbardziej w przedziale wieku 70-74. 17% mężczyzn deklaruje, że wymaga pomocy innych, podczas gdy w przypadku kobiet jest to 12,5%. Jeszcze większa różnica jest zauważalna w przypadku zdecydowanej potrzeby pomocy innych w tym przedziale wiekowym – 8,9% mężczyzn i 3%. kobiet.

Badanie potwierdziło, że opieka nad osobami niesamodzielnymi w Polsce jest przede wszystkim sprawowana przez rodzinę. Respondenci byli pytani, kto udziela im pomocy. Odpowiadając, mogli wskazać wszystkie źródła wsparcia. Zgodnie z oczekiwaniami, zdecydowana większość (aż 91% spośród niemal 1400 odpowiadających na to pytanie) wymieniła członków rodziny jako dawców usług. Dziewięć razy rzadziej (9,9%) wskazana została grupa innych opiekunów nieformalnych, jakimi są sąsiedzi, przyjaciele i znajomi. W dalszej kolejności – znów ponad półtorakrotnie rzadziej niż w przypadku sąsiadów i przyjaciół – wskazano na opiekunki i opiekunów z OPS, czyli ośrodków pomocy społecznej (5,7% odpowiedzi). Najmniej dostępna była pomoc osób obcych, czy to mieszkających wspólnie, czy osobno. Rodzina i osoby obce częściej wspierały niesamodzielnych mężczyzn, podczas gdy pomoc ze strony sąsiadów i przyjaciół oraz opiekunów OPS relatywnie częściej kierowana była do kobiet.

[161] https://nipip.pl/pielegniarki-i-polozne-w-centrum-zmian-w-opiece-dlugoterminowej/ (dostęp: 19.08.2025).
[162] Definicję opracował Zespół realizatorów w ramach projektu „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych - nowe standardy kształcenia i opieki" (II Oś Priorytetowa - Efektywne Polityki Publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Więcej informacji w: A. Smrokowska-Reichmann, E. Szwałkiewicz, Osoby niesamodzielne - jak im pomagać? Poradnik opiekuna wspierającego osoby niesamodzielne, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON".
[163] Badanie PolSenior2 to ogólnopolskie badanie stanu zdrowia starszych Polaków, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 ze środków Ministerstwa Zdrowia. W ramach projektu przebadano reprezentatywną względem wieku, płci i miejsca zamieszkania grupę niemal 6000 Polaków, w wieku 60-106 lat.

W badaniu nie brano pod uwagę, jakim kosztem i nakładem czasu rodzina i grupy nieformalne takiej pomocy udzielają. Fakt, że w większości przypadków seniorzy otrzymują pomoc, nie może być traktowany jako argument za odłożeniem dyskusji o budowie systemu opieki długoterminowej w Polsce. Obecnie obserwujemy bardzo rozproszony system wsparcia zarówno pacjentów, jak i ich opiekunów, oparty często na niestabilnym i nieregularnym finansowaniu m.in. z różnych programów czy projektów europejskich, gdzie po zakończonym okresie finansowania kończy się udzielanie świadczeń w ramach ich trwania. To powoduje, że pacjenci i ich rodziny nie mają poczucia bezpieczeństwa i stabilności, a ich działania to często poszukiwanie różnych form wsparcia w regionie. Wyniki badania *PolSenior2* wykazały również, że 4% stale potrzebujących pomocy i aż ponad 12% potrzebujących jej raz dziennie twierdzi, że w ogóle nie otrzymuje wsparcia. Polskie prawo zakłada, że dzieci wobec rodziców posiadają obowiązek alimentacyjny, co może być wsparciem dla seniorów, ale nie gwarantuje prawnie obowiązku sprawowania osobistej opieki nad nimi. To często powoduje obciążenia jednego z rodzeństwa, nie tylko finansowe, ale również psychiczne i społeczne.

Niewielki wzrost odsetka osób zdecydowanie potrzebujących pomocy obserwuje się w najstarszej grupie wieku, zwłaszcza w przypadku mężczyzn. Zmniejszył się natomiast udział seniorów w najmłodszych grupach wieku, którzy sygnalizowali potrzebę korzystania z pomocy. Dane te mogą wskazywać na to, że poziom sprawności młodszych roczników uległ pewnej poprawie, a w przypadku najstarszych – nawet jeśli się nie poprawił, to nie jest istotnie gorszy niż w poprzednim badaniu. W porównaniu z badaniem *PolSenior1* (zakończonym w 2012 roku), częstotliwość oczekiwanej pomocy nie uległa znacznej zmianie. Większość osób starszych (63,3%), czyli o 1,5 pp. mniej niż w pierwszym badaniu, wymaga takiej pomocy przynajmniej raz dziennie. Można zatem powiedzieć, że wsparcie wymagane jest systematycznie, co wskazuje na znaczące ograniczenie sprawności i samodzielności.

W ramach podsumowania całościowych wyników badania *PolSenior2* można zauważyć, że:

1. Zapotrzebowanie na pomoc wzrasta wraz z wiekiem, przy czym znaczny wzrost odsetka zdecydowanie potrzebujących wsparcia obserwuje się od 80. roku życia.
2. Odsetek kobiet wymagających pomocy jest wyższy.
3. Wśród seniorów oczekujących pomocy 80% wymaga jej stale lub codziennie.
4. W 90% przypadków pomoc udzielana jest przez rodzinę. Placówki pomocy społecznej udzielają takich świadczeń w niewielkiej skali. Duże znaczenie ma pomoc nieformalna, ale nieudzielana przez najbliższą rodzinę (sąsiedzi, znajomi).
5. Większość seniorów otrzymuje pomoc z taką częstotliwością, z jaką jej potrzebuje.

Autorzy badania przedstawili również kilka wniosków i rekomendacji związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi:

1. Stworzenie zintegrowanego systemu opieki długoterminowej, zwiększenie zatrudnienia w tym sektorze usług oraz rozbudowa infrastruktury.
2. Zapewnienie wsparcia dla opiekunów nieformalnych, zwłaszcza rodzinnych poprzez ułatwienie godzenia pracy zawodowej z funkcją opiekuna i rozwój poradnictwa dla opiekunów.
3. Zniwelowanie dysproporcji przestrzennych w dostępie do świadczeń opieki długoterminowej.
4. Przygotowanie placówek opieki długoterminowej oraz usługodawców do pracy w warunkach zagrożenia epidemią[164].

Niesamodzielność w polskim systemie prawnym – programy wsparcia

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

[164] PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, red. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdańsk 2021.

Dokument „POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC OSÓB STARSZYCH 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ”[165] 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 strategicznym Programu **„SENIOR+”** jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa seniorów w życiu społecznym poprzez dofinansowanie rozbudowy infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym oraz zwiększenie miejsc w ośrodkach wsparcia „Senior+”, tj. wsparcie działań jednostek samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior+” i Klubów „Senior+”.

Celem operacyjnym Programu jest zapewnienie wsparcia seniorom – osobom nieaktywnym zawodowo w wieku 60 lat i więcej – poprzez umożliwienie im korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywności, a także obejmującej usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii, oferty edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej – w zależności od potrzeb stwierdzonych w środowisku lokalnym. W ramach Programu udostępniana jest seniorom infrastruktura pozwalająca na aktywne spędzanie wolnego czasu, a także zaktywizowanie i zaangażowanie seniorów w działania samopomocowe i na rzecz środowiska lokalnego. Na realizację Programu w latach 2021-2025 przeznaczona została kwota 300 mln zł (po 60 mln zł rocznie)[166].

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)[167].

Organizacje pozarządowe i inne uprawnione podmioty działające na rzecz seniorów mogą ubiegać się o dofinansowanie w wysokości od 25 do 250 tysięcy zł w ramach czterech priorytetów[168]:

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

Na program każdego roku jest przeznaczane 40 mln złotych, łącznie na wsparcie działań i inicjatyw aktywizujących seniorów zaplanowano 200 mln złotych. W ramach Programu „Aktywni+” w latach 2021-2023 dofinansowano projekty na łączną kwotę 116,77 mln zł. W edycji 2024 programu „Aktywni+” złożono 1 606 ofert na łączną kwotę 236,8 mln zł. Dotację na łączną kwotę 37,9 mln zł przyznano 199 ofertom. W roku 2025 złożono 1 717 ofert na łączną kwotę 271,7 mln zł. Dwustu ofertom przyznano dotację na łączną kwotę 38,1 mln zł[169].

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

Dofinansowanie mogą uzyskać gminy, które dane świadczenie:

- realizują samodzielnie, tj. przez pracowników ośrodka pomocy społecznej/centrum usług społecznych, urzędu gminy lub innych gminnych jednostek organizacyjnych (zatrudnionych na umowę o pracę lub w ramach umowy zlecenia) lub,
- zlecają realizację organizacjom pozarządowym lub,
- kupują usługi opiekuńcze od podmiotów z sektora prywatnego.

[165] Więcej informacji: https://www.gov.pl/web/rodzina/polityka-spoleczna-wobec-osob-starszych-2030-bezpieczenstwo-uczestnictwo-solidarnosc.
[166] Więcej informacji: https://www.gov.pl/web/rodzina/program-wieloletni-senior-na-lata-2021-2025.
[167] Więcej informacji: https://www.gov.pl/web/rodzina/program-wieloletni-na-rzecz-osob-starszych-aktywni-na-lata-20212025.
[168] Tamże.
[169] Więcej informacji: https://senior.gov.pl/aktualnosci/pokaz/666.

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

- dofinansowanie do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, którym przedmiotowe usługi były świadczone w ramach programu „Opieka 75+" w 2024 roku i będą kontynuowane w roku 2025;
- dofinansowanie do usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, którym w roku 2024 te usługi nie były świadczone (osoby nowe);
- dofinansowanie do zwiększenia liczby godzin usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w wieku 75 lat i więcej.

W 2018 roku do programu przystąpiły 394 gminy. Koszt jego realizacji wyniósł prawie 4,5 mln zł, a usługami opiekuńczymi objęto 2 802 osoby. W roku 2023 program realizowało 612 gmin (wzrost o 55%), a usługami w jego ramach objęto 12 418 osób (wzrost o 343%). Kwota wydatkowana na realizacje programu w roku 2023 wyniosła ponad 37,3 mln zł[170] (wzrost o 729%).

Ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej

1 stycznia 2024 zaczęła obowiązywać Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej[171]. Zgodnie z zapisami ustawy szczególna opieka geriatryczna ma być sprawowana nad osobami, które ukończyły 75 lat i są uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ustawa wskazuje, że opieka geriatryczna ma być sprawowana w:

- podstawowej opiece zdrowotnej,
- szpitalnych oddziałach geriatrycznych,
- utworzonych przez samorządy Centrach Zdrowia 75+.

Centra Zdrowia 75+ obejmować mają poradnie konsultacyjne, ośrodki dzienne, geriatryczne zespoły opieki domowej, a także koordynatorów i edukatorów. Świadczeń w centrach mają udzielać: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk i terapeuta zajęciowy, a także koordynator i edukator. W ten sposób ma być realizowana, jak wskazuje prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, idea zespołów geriatrycznych współdziałających na rzecz optymalizacji sprawności starszych pacjentów.

Liczba łóżek geriatrycznych ma być nie mniejsza niż 50 na 100 tys. osób, które ukończyły 60. rok życia, według stanu na ostatni dzień 31 grudnia 2023. Centra mają być tworzone dla powiatów, ich części lub kilku powiatów, w zależności od liczby osób w grupie wiekowej 75+. Mają obejmować opieką nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które ukończyły 75 lat. Oddziały geriatryczne i centra mają ze sobą współpracować, przy czym jeden oddział ma współpracować z nie więcej niż trzema centrami.

Ustawa nakłada nowe obowiązki na wojewodów, którzy, na podstawie istniejącej infrastruktury i zgłoszonego przez powiaty zainteresowania tworzeniem Centrów, mają utworzyć i dalej modyfikować wojewódzkie plany opieki geriatrycznej, które będzie opiniować Krajowa Rada ds. Opieki Geriatrycznej powołana przez Ministra Zdrowia. Na stworzenie całego sytemu przewidziano 5 lat, począwszy od 1 stycznia 2024 roku.

Ustawa wskazuje tylko ogólne kierunki rozwoju opieki geriatrycznej, a dla wdrożenia szczegółowych działań niezbędne są akty wykonawcze. Poprzedni i aktualny rząd jednak w ogóle nie zainicjowały prac nad koniecznymi rozporządzeniami, a Krajowa Rada ds. Opieki Geriatrycznej mimo zakończonego w lutym 2024 roku naboru do dnia publikacji Raportu nie została powołana przez Ministra Zdrowia. Niejasne są zapisy dotyczące finansowania infrastruktury niezbędnej do uruchomienia Centrów i nie do końca wiadomo, na jakich zasadach mają one współpracować z oddziałami geriatrycznymi[172]. 9 maja 2024 roku podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej, wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny, odnosząc się do kwestii związanych z niedoskonałością wprowadzonej ustawy, zaznaczył, że największą bolączką tej ustawy jest to, że w momencie jej tworzenia zapisy w niej zawarte były niewykonalne. Zapowiedział również jej zmianę, ale bez podania szczegółów[173].

[170] Więcej informacji: https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75-na-2025-rok.
[171] Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz.U. 2023 poz. 1831). Dostęp: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001831.
[172] K. Wieczorowska-Tobis, Ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej - ocena geriatry, Kwartalnik NTM nr 1(88), 2024.
[173] Zapis posiedzenia Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej z dnia 9 maja 2024 roku. Dostęp: https://sejm.gov.pl/Sejm10.nsf/biuletyn.xsp?skrnr=PSN-14.

Międzyresortowy Zespół do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi

W marcu 2024 roku zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów powołano Międzyresortowy Zespół do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi[174]. Pracom Zespołu przewodniczy Sekretarz Stanu ds. Polityki Senioralnej, a w jego skład wchodzą m.in. Minister Zdrowia, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, Minister Finansów i Prezes Rządowego Centrum Legislacji.
Do zadań Zespołu należy:

- analiza systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi,
- proponowanie kierunków działań w obszarach dotyczących opieki nad osobami starszymi,
- opracowanie rekomendacji dla założeń rozwiązań legislacyjnych dotyczących opieki nad osobami starszymi.

Należy zauważyć, że pomimo udziału w pracach Zespołu Międzyresortowego, Minister Zdrowia powołała w czerwcu 2024 roku własny zespół do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych[175]. Do zadań zespołu należało przygotowanie raportu zawierającego rozwiązania i rekomendacje w zakresie organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych, z uwzględnieniem różnych grup wiekowych. Raport został przedstawiony 3 kwietnia 2025 roku, a po jego akceptacji zespół zakończył swoją działalność[176].

Z kolei 28 czerwca 2024 roku w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej prace rozpoczął Zespół ds. reformy systemu pomocy społecznej[177]. Jego zadaniem jest dokonanie analizy i oceny:

- skuteczności i adekwatności istniejących rozwiązań w ramach systemu pomocy społecznej w Polsce, w tym w zakresie wdrażania deinstytucjonalizacji,
- dostępności świadczeń, usług i innych form wsparcia w ramach systemu pomocy społecznej,
- sytuacji pracowników systemu pomocy społecznej,

oraz opracowanie propozycji rozwiązań systemowych i prawnych reformujących system pomocy społecznej.

500+ dla osób niesamodzielnych

31 lipca 2019 roku przyjęto ustawę o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, która weszła w życie 1 października 2019 roku[178]. Zgodnie z zapisami ustawy świadczenie przysługuje osobom, które ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji. Wysokość świadczenia określono na nie więcej niż 500 zł miesięcznie, przy czym warto nadmienić, że w chwili jego ustanawiania łączna kwota tego świadczenia i świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie mogła przekroczyć 1 600 zł brutto. Od marca 2021 roku próg dochodowy wzrósł do **1 772,08** zł brutto. W 2022 roku próg wzrósł ponownie, tym razem do kwoty 1 896,13 zł brutto. Od marca 2023 roku próg dochodowy, uprawniający do otrzymania świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji wynosił 2 157,80 zł brutto (wzrost o 14,8%). Z kolei 1 marca 2024 roku wynosił 2 419,33 zł (wzrost o 12,1%), a od 1 marca 2025 roku jest to 2 052,39 zł brutto[179].

Zgodnie z informacjami podawanymi przez centralę ZUS przeciętna miesięczna liczba osób pobierających świadczenie 500+ wyniosła odpowiednio w danym roku:

- 390,6 tys. osób w 2020 roku,
- 390,1 tys. osób w 2021 roku,
- 388,7 tys. osób w 2022 roku,
- 381,9 tys. osób w 2023 roku,
- 376,4 tys. osób w 2024 roku,
- 369,1 tys. osób w okresie styczeń-kwiecień 2025 roku.

[174] Zarządzenie nr 30 Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 marca 2024 r. w sprawie Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi. Dostęp: https://dziennikustaw.gov.pl/MP/2024/224.
[175] Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych. Dostęp: https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2024/41/.
[176] Odpowiedź na interpelację poseł Lidii Czechak w sprawie dostępności lekarzy geriatrów oraz opieki długoterminowej. Dostęp: https://sejm.gov.pl/INT10.nsf/klucz/ATTDFEHPN/%24FILE/i08424-o1.pdf.
[177] Zarządzenie nr 24 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 czerwca 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw reformy systemu pomocy społecznej. Dostęp: https://www.gov.pl/web/rodzina/dzienniki-urzedowe-mrpips---rok-2024.
[178] Ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. 2019 poz. 1622).
[179] Więcej informacji: https://www.zus.pl/-/500-swiadczenie-uzupelniajace-dla-osob-niezdolnych-do-samodzielnej-egzystencji.

Kwota wypłaconych świadczeń wyniosła:

- 2,17 mld zł w 2020 roku,
- 2,11 mld zł w 2021 roku,
- 2,15 mld zł w 2022 roku,
- 2,14 mld zł w 2023 roku,
- 2 08 mld zł w 2024 roku,
- 680,7 mln zł w okresie styczeń-kwiecień 2025 roku.

Zintegrowana opieka medyczna i wsparcie socjalne jest promowane 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 pomocy społecznej z opieką zdrowotną jest warunkiem poprawy jakości życia osób niesamodzielnych, szczególnie ludzi starszych, którzy są bezradni i zdezorientowani z powodu barier prawnych oraz urzędniczych.

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**)[180], 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 niesamodzielności na potrzeby prawa i sformułowanie szczegółowych zasad orzekania o niesamodzielności 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 odpowiedzialnych 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 z niepełnosprawnościami

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

W Polsce stosowane są co najmniej dwie definicje dotyczące osób z niepełnosprawnościami. 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)[181].

Według danych GUS na koniec 2021 roku, orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało 2 830 tys. osób w wieku 16 lat i więcej[182], natomiast w 2014 roku było to ponad 3 608 tys. osób w takim wieku[183].

[180] Raport Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro, red. Piotr Błędowski, Warszawa, 2019.
[181] Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2021, s. 206.
[182] Aktywność ekonomiczna ludności Polski - 4 kwartał 2021 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2022.
[183] Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2016.

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	Liczba osób w 2014 (w tys.)	Liczba osób w 2021 (w tys.)	Zmiana 2021/2014
Znaczny	1 063	801	-24,6%
Umiarkowany	1 582	1360	-14,0%
Lekki	963	669	-30,5%
OGÓŁEM	**3 608**	**2 830**	**-21,6%**

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

9 maja 2018 roku Sejm, na fali protestów osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów, uchwalił ustawę o zmianie ustawy o rencie socjalnej, która podniosła wysokość renty socjalnej do kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy – 1 029,80 zł brutto (od 1 marca 2025 roku wynosi ona 1 878,91 zł brutto[184]).

9 maja 2018 roku przyjęto również ustawę o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności[185]. Na podstawie przyjętych przepisów, które weszły w życie 1 lipca 2018 roku, nastąpiło zniesienie okresów użytkowania wyrobów medycznych (jak wózki inwalidzkie, cewniki, protezy, ortezy). Osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności otrzymały też prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych oraz usług farmaceutycznych poza kolejnością, a ze świadczeń specjalistycznych bez konieczności uzyskania skierowania. Ustawa zniosła również limity finansowania przez NFZ świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2024 roku Fundusz przeznaczył 832,9 mln zł (wzrost o 24%) na zaopatrzenie w wyroby medyczne tej grupy pacjentów, z czego 188,1 mln zł (wzrost o 36%) na refundację środków absorpcyjnych. W 2023 roku na zaopatrzenie w wyroby medyczne kwoty te wyniosły ponad 629,1 mln zł, w tym ponad 138,7 mln zł na środki absorpcyjne.

Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030

25 lutego 2021 roku w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" pod pozycją 218 została opublikowana Uchwała nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030". Celem tego dokumentu jest włączenie osób niepełnosprawnych w życie społeczne i zawodowe, a tym samym zagwarantowanie im praw określonych w Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych[186].

Fundusz Solidarnościowy

Kolejnym działaniem wspierającym osoby z niepełnosprawnościami miało być utworzenie Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Ustawa dotycząca utworzenia Funduszu weszła w życie 1 stycznia 2019 roku. Zgodnie z zapisami ustawy środki z funduszu solidarnościowego miały zostać przeznaczone na wsparcie społeczne, zawodowe lub zdrowotne osób niepełnosprawnych. W pierwszym roku funkcjonowania Fundusz zasilony został z części składki odprowadzanej od wynagrodzeń na Fundusz Pracy. Zasadniczym źródłem finansowania Funduszu jest tzw. danina solidarnościowa, opłacana przez osoby fizyczne, których dochody w danym roku podatkowym przekraczają 1 mln zł. Wysokość daniny solidarnościowej wynosi 4 proc. nadwyżki tej kwoty. Jak informowało na swojej stronie internetowej Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, w 2020 roku do Funduszu trafić miało ok. 1,15 mld zł[187].

Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych decyzją Sejmu z 20 grudnia 2019 roku[188] został zmieniony na Fundusz Solidarnościowy. Równocześnie zmienione zostało pierwotne przeznaczenie Funduszu poprzez poszerzenie kręgu jego odbiorców o emerytów i rencistów, umożliwiając wypłatę z tych środków tzw. trzynastych i czternastych rent i emerytur.

[184] https://www.zus.pl/swiadczenia/emerytury/kwoty-najnizszych-swiadczen-emerytalno-rentowych.
[185] Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018 poz. 932).
[186] Więcej informacji: http://niepelnosprawni.gov.pl/a,1180,strategia-na-rzecz-osob-z-niepelnosprawnosciami-2021-2030-ogloszona-w-dzienniku-urzedowym-rzeczypospolitej-polskiej-monitor-polski.
[187] Więcej informacji: https://www.gov.pl/web/rodzina/solidarnosciowy-fundusz-wsparcia-osob-niepelnosprawnych.
[188] Ustawa z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2019 poz. 2473).

W 2025 roku zaplanowano realizację następujących programów resortowych Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej mających przyczynić się do wsparcia społecznego lub zawodowego osób z niepełnosprawnościami[189]:

- **„Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego" – edycja 2025**
  Program skierowany do jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego. Jego założeniem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami poprzez działania mające na celu wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Wnioski o dofinansowanie samorządy składają do wojewody. Usługi opieki wytchnieniowej są świadczone w formie pobytu dziennego lub całodobowego, a osoba niepełnosprawna może skorzystać z opieki w ramach pobytu dziennego w swoim domu lub w placówkach opiekuńczych. Budżet Programu w 2025 roku wynosi 200 mln zł (o 10 mln zł więcej niż w 2024 roku).
- **„Opieka wytchnieniowa" dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025**
  Program skierowany do organizacji pozarządowych. Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub osobami niepełnosprawnymi posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej. Polega na zapewnieniu tymczasowej opieki nad osobą niepełnosprawną, aby opiekun mógł odpocząć, załatwić swoje sprawy lub podjąć leczenie. Aby skorzystać z Programu należy złożyć „Kartę zgłoszenia" do swojej gminy (często to są MOPR-y) lub organizacji pozarządowej działającej na danym terenie. Budżet Programu w 2025 roku wynosi 80 mln zł (o 5 mln zł więcej niż w 2024 roku).
- **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" (AOON) dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**
  Program skierowany do jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób z niepełnosprawnościami. Usługi asystencji obejmują pomoc w: czynnościach samoobsługowych, np. higienie osobistej, prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie, przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania, podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się. Z Programu mogą skorzystać osoby z niepełnosprawnościami posiadające odpowiednie orzeczenie oraz dzieci do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności i wskazaniami o konieczności stałej lub długotrwałej opieki. Jednym z celów Programu jest również zwiększenie liczby jednostek samorządu terytorialnego w stosunku do liczby jednostek, które realizowały Program w roku poprzednim o te, w których usługi asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami jeszcze nie były realizowane, przy jednoczesnym zachowaniu ciągłości usług asystencji osobistej w jednostkach samorządu terytorialnego, które dotychczas Program realizowały. Budżet Programu na 2025 rok wynosi 1,48 mld zł (ponad dwukrotnie więcej niż w roku 2024).
- **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" (AOON) dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025**
  Z programu mogą skorzystać organizacje pozarządowe. Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami jako formy ogólnodostępnego wsparcia dla uczestników Programu.
  Celem rozpowszechnienia usług asystencji osobistej jest zwiększenie szans osób z niepełnosprawnościami na prowadzenie bardziej niezależnego/samodzielnego i aktywnego życia. Aby skorzystać z Programu należy złożyć „Kartę zgłoszenia" do swojej gminy (często to są MOPR-y) lub organizacji pozarządowej działającej na danym terenie. Budżet Programu na rok 2025 wynosi 309,5 mln zł, a więc prawie trzykrotnie więcej niż w roku 2024.
- **„Centra opiekuńczo-mieszkalne" – edycja 2025**
  Głównym celem Programu jest stworzenie warunków do niezależnego życia i funkcjonowania dorosłym osobom niepełnosprawnym z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Budżet Programu nie został ogłoszony.

Ponadto planowane są działania mające na celu przyjęcie nowego pilotażowego programu, którego założeniem jest stworzenie warunków dla jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego, w ramach którego będą realizowane zadania związane z zabezpieczeniem potrzeb w obszarze mieszkalnictwa osób z niepełnosprawnościami.

Dodatkowo planowane są działania zmierzające do podniesienia świadomości społeczeństwa w sprawach dotyczących osób z niepełnosprawnościami, a także wzmocnienia działania na rzecz poszanowania ich praw i godności[190].

[189] Więcej informacji: https://niepelnosprawni.gov.pl/.
[190] Ogłoszenie o Rocznym Planie Działania na Rzecz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na rok 2025. Dostęp: https://www.gov.pl/web/rodzina/ogloszenie-o-rocznym-planie-dzialania-na-rzecz-wsparcia-osob-niepelnosprawnych-na-2025-rok.

W 2025 roku (podobnie jak w latach poprzednich) kontynuowana jest również realizacja programu rządowego przygotowanego przez Ministra Sportu i Turystyki na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o Funduszu Solidarnościowym, mającego na celu promocję sportu osób niepełnosprawnych. Cele szczegółowe przedmiotowego Programu obejmą m.in.:

- zwiększenie aktywności ruchowej osób niepełnosprawnych, prowadzącej do poprawy sprawności fizycznej, stanu zdrowia i związanej z tym jakości życia,
- wyrabianie nawyku stałego podnoszenia poziomu sprawności fizycznej,
- kształtowanie zdrowego stylu życia,
- rozbudzanie zainteresowań sportowych w zależności od potrzeb, możliwości i preferencji uczestnika,
- podnoszenie świadomości społeczeństwa w zakresie sportu osób niepełnosprawnych[191].

Deinstytucjonalizacja

Pod koniec lutego 2020 roku w Ministerstwie Zdrowia odbyły się konsultacje dotyczące ram strategicznych w zakresie deinstytucjonalizacji w obszarze zdrowia. Posiedzenie zostało podzielone na dwa bloki tematyczne. Pierwszy dotyczył kierunków rozwoju zdrowotnej opieki długoterminowej, paliatywno-hospicyjnej i geriatrycznej udzielanej w środowisku, w szczególności opieki nad osobami starszymi. Drugi skupiał się na deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi[192].

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 z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychicznymi, osób starszych, rodzin, dzieci i młodzieży, w tym z pieczy zastępczej, a także osób bezdomnych[193].

16 marca 2021 roku przedstawiono informacje o projekcie „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych". Projekt był realizowany od 1 października 2021 do 31 grudnia 2023. Celem nadrzędnym projektu było opracowanie i wdrożenie lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych w dwudziestu jednostkach samorządu terytorialnego wybranych z terenu całego kraju. Rezultaty projektu były prezentowane podczas seminariów dydaktycznych organizowanych w każdym województwie[194].

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.

Według autorów 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.

Świadczenia pielęgnacyjne w Polskim Ładzie

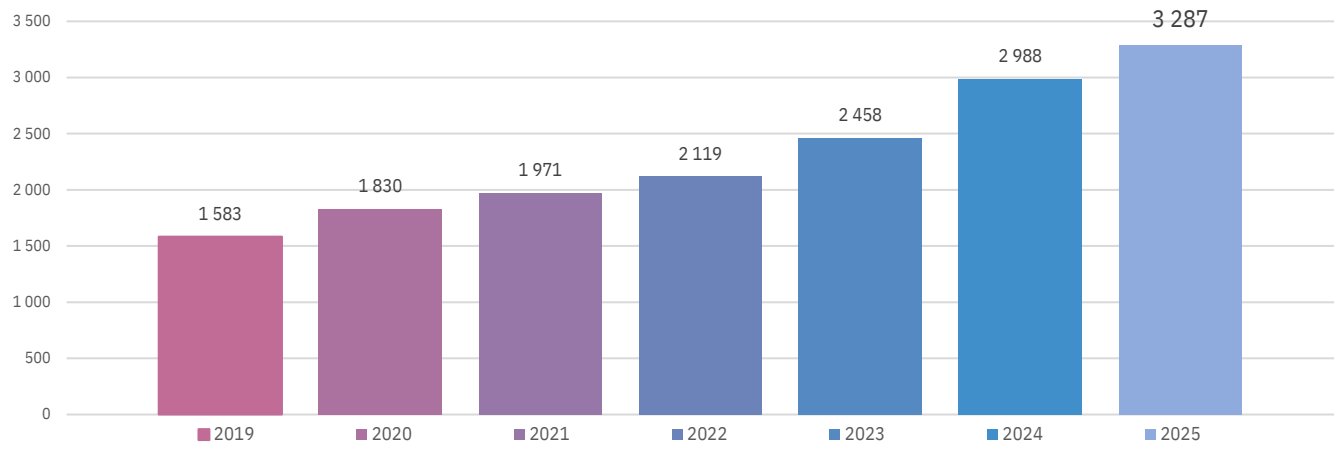
W maju 2021 roku premier Mateusz Morawiecki ogłosił program „Polski Ład", w którym uwzględniono między innymi świadczenia pielęgnacyjne dla osób sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami. Od 1 stycznia 2025 roku świadczenie pielęgnacyjne wynosi 3 287 zł miesięcznie i jest o 299 zł wyższe niż w 2024 roku, kiedy wynosiło 2 988 zł miesięcznie[195]. Wysokość tego świadczenia waloryzowana jest co roku. Wysokość świadczenia pielęgnacyjnego na 2026 rok zostanie ogłoszona w „Monitorze Polskim" w terminie do 15 listopada 2025 roku. Świadczenie wypłacane jest przez gminy.

[191] Ogłoszenie o Rocznym Planie Działania na Rzecz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na 2025 rok. Więcej informacji: https://www.gov.pl/web/rodzina/ogloszenie-o-rocznym-planie-dzialania-na-rzecz-wsparcia-osob-niepelnosprawnych-na-2025-rok.
[192] Więcej informacji: https://wartowiedziec.pl/polityka-spoleczna/54299-deinstytucjonalizacja-w-obszarze-zdrowia.
[193] Treść rozporządzenia: https://www.gov.pl/web/rodzina/dzienniki-urzedowe-mrips---rok-2022.
[194] Więcej informacji: https://www.gov.pl/web/rodzina/projekt-opracowanie-i-pilotazowe-wdrozenie-mechanizmow-i-planow-deinstytucjonalizacji-uslug-spolecznych.
[195] Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 6 listopada 2024 r. w sprawie wysokości świadczenia pielęgnacyjnego w roku 2025, Dostęp: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20220001070.

Od 1 stycznia 2024 roku **świadczenie pielęgnacyjne przysługuje**:

- matce albo ojcu,
- innym osobom, na których zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym ciąży obowiązek alimentacyjny, także małżonkom,
- opiekunowi faktycznemu dziecka,
- rodzinie zastępczej, osobie prowadzącej rodzinny dom dziecka, dyrektorowi placówki opiekuńczo-wychowawczej, dyrektorowi regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej albo dyrektorowi interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego – jeżeli sprawują opiekę nad osobą w wieku do ukończenia 18. roku życia legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Świadczenie pielęgnacyjne nie przysługuje m.in. w sytuacji, gdy osoba sprawująca opiekę ma ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna. Podobnie jest w sytuacji, gdy osoba wymagająca opieki została umieszczona lub przebywa w domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku.



Wykres 11
Wysokość świadczenia pielęgnacyjnego w latach 2019-2025.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Monitora Polskiego.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje jedynie opiekunom osób, których niepełnosprawność powstała nie później niż przed ukończeniem 18. roku życia (lub 25. roku życia, jeśli się uczy). Opiekunowie dorosłych osób niepełnosprawnych otrzymują natomiast znacznie niższy zasiłek opiekuńczy, który przysługuje im po spełnieniu kryterium dochodowego. Co istotne, jego wysokość jest waloryzowana co 3 lata. Środowiska osób z niepełnosprawnościami od lat apelują o nieróżnicowanie tych grup[196].

W październiku 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 (sygn. akt K 38/13). Opiekunowie dorosłych osób z niepełnosprawnościami należą do tej samej grupy i powinni być traktowani na tych samych zasadach[197]. Do czasu publikacji niniejszego Raportu wyrok pozostaje niezrealizowany.

Świadczenie wspierające dla osób z niepełnosprawnościami

1 stycznia 2024 roku weszła w życie ustawa z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym, która wprowadziła nowe rozwiązania w systemie świadczeń dla osób z niepełnosprawnościami[198].

Świadczenie wspierające dedykowane jest osobom niesamodzielnym (niezdolnym do samodzielnej egzystencji), które:

- posiadają orzeczenie o niepełnosprawności,
- ukończyły 18 lat,
- mieszkają w Polsce,
- posiadają decyzję Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności, w której **poziom potrzeby wsparcia** określono na poziomie minimum 70 pkt.

[196] Więcej informacji: https://www.gov.pl/web/rodzina/polski-lad-dla-rodzin.
[197] Tamże.
[198] Ustawa z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym. Dostęp: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230001429/T/D20231429L.pdf.

Podstawowym celem świadczenia jest udzielenie osobom posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności pomocy finansowej służącej częściowemu pokryciu wydatków związanych z zaspokojeniem szczególnych potrzeb życiowych.

Wsparcie jest wypłacane przez ZUS i kierowane bezpośrednio do osoby z orzeczoną niepełnosprawnością, a nie jego opiekuna. Kwota świadczenia jest powiązana z wysokością renty socjalnej, która od 1 marca 2025 roku wynosi 1 878,91 zł miesięcznie brutto.

O wysokości świadczenia decyduje m.in. **zdolność danej osoby do samodzielnego wykonywania określonych czynności lub zadań związanych z codziennym funkcjonowaniem**. Wysokość świadczenia określona jest miesięcznie i wynosi:

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

Świadczenie wspierające **przysługuje niezależnie od innych form pomocy**. Osoby, które mają prawo do renty socjalnej, nadal mogą ją pobierać. Świadczenie przysługuje także bez względu na osiągany przez osobę z niepełnosprawnościami dochód. Ustawa umożliwia również podejmowanie aktywności zawodowej przez opiekunów osób niepełnosprawnych bez żadnych limitów.

Aby **uzyskać świadczenie wspierające**, należy w pierwszej kolejności uzyskać decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia. Można go złożyć w formie elektronicznej – za pomocą systemu PIU EMP@TIA lub w formie papierowej. Drugim krokiem (po uzyskaniu decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia) jest złożenie wniosku do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznanie świadczenia wspierającego. Wniosek może złożyć osoba, której dotyczy, jej pełnomocnik lub przedstawiciel ustawowy (np. opiekun prawny).

Świadczenie wspierające wprowadzane jest w trzech etapach, począwszy od 1 stycznia 2024 roku, co przedstawiamy w poniższej tabeli.

Data wprowadzenia	Kryterium uzyskania świadczenia	Wysokość świadczenia
od 1 stycznia 2024	osoby z określonym poziomem wsparcia w przedziale od 87 do 100 pkt	od 120% do 220% renty socjalnej
od 1 stycznia 2025	osoby z określonym poziomem wsparcia w przedziale od 78 do 86 pkt	od 60% do 120% renty socjalnej
od 1 stycznia 2026	osoby z określonym poziomem wsparcia w przedziale od 70 do 77 pkt	od 40 do 60% renty socjalnej

Tabela 32
Harmonogram wprowadzania świadczenia wspierającego w latach 2024-2026.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. 2023 poz. 1429).

Świadczenie wspierające nie będzie przysługiwało, jeżeli:

- osoba uprawniona do świadczenia wspierającego zostanie umieszczona w domu pomocy społecznej, w rodzinnym domu pomocy, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, zakładzie karnym, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym albo schronisku dla nieletnich,
- osoba uprawniona do świadczenia wspierającego uzyska za granicą prawo do świadczenia o podobnym charakterze, chyba że dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym będą stanowić inaczej,
- inna osoba będzie uprawniona za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków z opieką nad osobą uprawnioną do świadczenia wspierającego, chyba że dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym będą stanowić inaczej[199].

[199] Tamże.

Bon senioralny

Prace nad ustawą o bonie senioralnym trwają od października 2024 roku. Bon senioralny ma wspierać osoby aktywne zawodowo w organizacji opieki nad najstarszymi członkami rodziny – seniorami w wieku 75 lat i więcej. W ocenie projektodawców jest odpowiedzią na wyzwania związane z godzeniem obowiązków wynikających z pracy i zapewnieniem wsparcia odpowiadającego potrzebom seniorów przez rodzinę.

Według projektu o bon senioralny będą mogły ubiegać się osoby pracujące, które z powodu zatrudnienia nie są w stanie osobiście opiekować się seniorem – osobą, względem której mają obowiązek alimentacyjny. W praktyce oznacza to, że wniosek złożyć może zstępny (np. dziecko, wnuk), pod warunkiem spełnienia kryteriów dochodowych:

- dla gospodarstwa jednoosobowego: dochód zstępnego musi mieścić się między jedno- a dwukrotnością minimalnego wynagrodzenia,
- dla gospodarstwa wieloosobowego: dochód nie może przekroczyć trzykrotności minimalnego wynagrodzenia.

Kryterium dochodowe musi również spełniać senior (dochód nie może przekroczyć kwoty 3 410 zł brutto miesięcznie). Zgodnie z założeniami projektu ustawy bon senioralny obejmuje wyłącznie usługi niemedyczne, świadczone w miejscu zamieszkania seniora. Obejmuje on pomoc w czterech kluczowych obszarach:

1. Zaspokojenie podstawowych potrzeb dnia codziennego (np. pomoc w jedzeniu, ubieraniu).
2. Pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych.
3. Podstawowa opieka higieniczno-pielęgnacyjna.
4. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Wysokość bonu senioralnego będzie uzależniona od skali potrzeb seniora, określonej przez gminę w specjalnej ocenie. Bon senioralny ma wynosić maksymalnie 2 150 zł miesięcznie, co odpowiada około 50 godzinom usług wsparcia. Będzie przyznawany na 12 miesięcy, po czym konieczna będzie ponowna weryfikacja.

8 września 2025 roku na stronie Rządowego Centrum Legislacji opublikowano projekt ustawy. Do 18 września trwały drugie już konsultacje publiczne (pierwsze zakończyły się w grudniu 2024 roku). Projekt zakłada, że ustawa wejdzie w życie 1 stycznia 2026 roku.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

System opieki zdrowotnej w Polsce w ostatniej dekadzie przeszedł szereg istotnych zmian, poszerzając dostęp do nowoczesnych terapii, świadczeń z wykorzystaniem nowych substancji i wyrobów medycznych. Tym niemniej, nie wszystkie z nich przyniosły oczekiwane rezultaty – szczególnie z perspektywy osób zmagających się z inkontynencją. Wiele istotnych problemów pozostaje nierozwiązanych, a dostęp do kompleksowej opieki nadal jest ograniczony, co może niepokoić w świetle pogarszającej się sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, dla którego nie zapewniono wystarczającego finansowania. W obliczu coraz bardziej odczuwalnej zmiany struktury demograficznej w Polsce oraz braku spójnej i długofalowej strategii w polityce zdrowotnej i społecznej obecnego rządu, istnieje realne ryzyko pogorszenia się sytuacji pacjentów z dysfunkcjami dna miednicy w nadchodzących latach. Dlatego też przedstawione w niniejszym Raporcie analizy mają na celu nie tylko diagnozę obecnego stanu, ale przede wszystkim sformułowanie zaktualizowanych wniosków i rekomendacji, które mogą przyczynić się do poprawy jakości życia osób dotkniętych inkontynencją oraz zwiększenia efektywności rozwiązań systemowych w Polsce.

EDUKACJA

1. **W Polsce od początku publikacji Raportu nadal należy podkreślać problem komunikacji na linii pacjent – lekarz (lekarz POZ/lekarz rodzinny, lekarz ginekolog, lekarz urolog) oraz pacjent – pielęgniarka/położna i co za tym idzie, niski poziom wiedzy chorego na temat profilaktyki i leczenia inkontynencji moczu lub stolca.**
   Duża część osób z inkontynencją nadal nie zgłasza tego problemu lekarzowi pierwszego kontaktu, pielęgniarce lub położnej. Z kolei część medyków niezbyt często o tę dolegliwość pyta. Problem ma rzecz jasna swoje źródło już na etapie edukacji szkolnej, korzystającej z programu nauczania mocno odbiegającego od współczesnych wyzwań obszaru zdrowia publicznego. Aktualne podstawy programu nauczania praktycznie nie przygotowują młodych osób do profilaktyki zdrowotnej podtrzymującej prawidłowe funkcjonowanie układu moczowo-płciowego w poszczególnych etapach życia zarówno kobiety jak i mężczyzny. Wraz z nowym rokiem szkolnym w programie nauczania uczniów klas VI-VIII szkoły podstawowej oraz klas I-III szkół ponadpodstawowych znalazł się co prawda przedmiot pod nazwą edukacja zdrowotna, ale pierwotnie planowana jako obowiązkowa, ostatecznie została ujęta w programie nauczania jako przedmiot nieobowiązkowy. To już oznacza znacznie dłuższy proces upowszechnienia w polskich szkołach, jakże istotnego przedmiotu, patrząc z pespektywy poprawienia dobrostanu polskiego społeczeństwa. Dlatego należy podtrzymać rekomendację dalszego rozszerzania 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. Realizując ten kierunek działań edukacyjnych, polscy pacjenci w większym stopniu zaczną niejako „wymuszać" na pracownikach sektora ochrony zdrowia potrzebę zwrócenia większej uwagi na przedmiotowy obszar zagadnienia.
   Narastającym problemem będzie z pewnością redukcja dostępności do lekarzy specjalistów w publicznym systemie ochrony zdrowia. Tym niemniej, sukcesywne bogacenie się polskiego społeczeństwa oraz równolegle postępujący rozwój świadczeń zdrowotnych w systemie komercyjnym, dają realną szansę na dalszą poprawę dobrostanu pacjentów poszukających specjalistycznej pomocy.

2. **Pierwszymi osobami, które powinny zdiagnozować i odpowiednio pokierować pacjenta z inkontynencją, 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 dalszy postęp w tej dziedzinie, należy nadal podtrzymać rekomendacje dla dalszego poszerzania działań edukacyjnych wobec pielęgniarek, położnych i lekarzy POZ w celu usprawnienia działań profilaktycznych (m.in. ćwiczenia mięśni dna miednicy, ćwiczenie kontroli mikcji, trening pęcherza, odpowiednia dieta itp.), procesu diagnostycznego (m.in. prawidłowo wykonany wywiad, prowadzenie dzienniczka mikcji), wskazania kolejnych etapów postępowania w przypadku leczenia dysfunkcji dna miednicy, przy czym metody inwazyjne powinny być traktowane jako ostateczność. Ważnym elementem działań edukacyjno-profilaktycznych powinno być szerzenie wiedzy również na tematy obejmujące możliwości zaopatrzenia pacjentów w odpowiedni rodzaj i rozmiar środka specjalistycznego oraz preparatów pielęgnacyjnych zapewniających utrzymanie higieny i właściwej kondycji skóry. Plagą wśród pielęgniarek oraz opiekunów medycznych pozostaje brak profesjonalizmu w używaniu terminologii. Nadal większość z nich używa potocznego słownictwa (pampersy/pampersowanie) wobec specjalistycznych produktów dla osób z inkontynencją i czynności z tym związanych.

3. **W zależności od lekarza specjalisty, do którego trafi pacjent z NTM, często wdrażane jest inne postępowanie terapeutyczne. Nadal brakuje holistycznego podejścia do problemu o co od lat apelują m.in. lekarze geriatrzy.**
Stąd pożądana jest intensyfikacja działań edukacyjnych wobec w/w grup lekarzy z akcentem położonym na inter-dyscyplinarne i zespołowe podejście do problemu. Autorzy Raportu z uznaniem przyjęli ubiegłoroczną inicjatywę Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego zachęcającego do nauki geriatrii wszystkich specjalistów pracujących w systemie ochrony zdrowia. Jest to racjonalna odpowiedź na zmieniającą się strukturę demograficzną społeczeństwa, w której permanentnie brakuje w systemie ochrony zdrowia lekarzy geriatrów.

HIGIENA NA KAŻDYM ETAPIE PROCESU LECZENIA

1. **W inkontynencji, podobnie jak w innych zaburzeniach funkcji ciała, bez codziennej higieny, właściwej pielęgnacji oraz odpowiedniego zabezpieczenia osób chorych w 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 codziennie. Jest to obowiązek osoby z NTM lub jej opiekuna, ale też jedno z głównych zadań pielęgniarki, położnej czy opiekuna medycznego. Brak zachowania higieny oznacza, że efekty leczenia, rehabilitacji czy opieki będą niewspółmiernie niższe do tych oczekiwanych. W czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych szczególnie istotne jest skuteczne zabezpieczenie skóry przed drażniącym działaniem moczu. Odpowiedzią na te potrzeby są specjalistyczne produkty chłonne lub sprzęt do zbiórki moczu, których podstawową funkcją jest zebranie wypływającego moczu, wyeliminowanie nieprzyjemnego zapachu, utrzymanie produktu w miejscu, dyskrecja, możliwość i umiejętność samodzielnego zakładania i w efekcie brak uszkodzeń skóry i zakażeń dróg moczowych, komfort i suchość skóry oraz utrzymanie normalnej aktywności życiowej. Standardem higienicznym w pielęgnacji pacjenta z NTM powinno być także oczyszczanie skóry za pomocą specjalistycznych, multifunkcyjnych środków do pielęgnacji skóry. Brak refundacji, wynikającej z administracyjnych, poza medycznych ograniczeń, zawsze będzie oznaczać ograniczoną dostępność i co za tym idzie wzrost ryzyka 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**, zmieniane kilkukrotnie w ostatnich latach 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 wzrostu cen wynikających z wzrostu kosztów produkcji i logistyki. Warty również uwagi jest brak decyzji kolejnych Ministrów Zdrowia dotyczący zmiany w obszarze obowiązujących **kryteriów chorobowych**, **które nadal wykluczają z refundacji duże grupy osób**, w tym m.in. kobiety zmagające się z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.
Populacja chorych z NTM to przeważnie osoby starsze, przewlekle chore, niepełnosprawne, niesamodzielne, utrzymujące się z renty lub emerytury. Można przypuszczać, że wobec ograniczonych środków finansowych mogą wybierać produkty gorszej jakości, stosować jeden produkt przez czas dłuższy niż zalecany czy też w ogóle nie nabywać środków chłonnych. U takich osób wzrasta ryzyko infekcji skórnych czy wręcz odleżyn, które mogą skutkować hospitalizacją, czyli najdroższym elementem w strukturze wydatków publicznego systemu ochrony zdrowia.
Dlatego w kolejnych nowelizacjach rozporządzenia Ministra Zdrowia autorzy niniejszego opracowania nadal rekomendują wprowadzenie następujących zmian:
   - kontynuację sukcesywnego zwiększania limitów finansowych, w szczególności w okresie, gdy inflacja znacznie przekracza cel inflacyjny założony przez Narodowy Bank Polski,
   - rezygnację z dodatkowych kryteriów chorobowych i dążenie do pozostawienia diagnozy NTM jako jedynego kryterium wymaganego do otrzymania zlecenia na refundowane materiały chłonne,
   - wprowadzenie i regularne aktualizowanie kategoryzacji produktów dostosowanych do odpowiedniej grupy pacjentów,
   - powiązanie kategorii produktów z intensywnością NTM oraz samodzielnością lub mobilnością pacjentów,
   - weryfikację norm dotyczących kryteriów jakości środków chłonnych, tak aby ułatwić pacjentom dobór produktu w zależności od faktycznego zapotrzebowania.

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 2024 rok wyniosły 196,4 mln zł, co stanowiło wzrost w stosunku do poprzedniego roku o 29%. Wydatki na refundację wyrobów chłonnych wynikające z obydwu specustaw w 2024 roku stanowiły 33% kwoty przeznaczonej na podstawową refundację środków absorpcyjnych (podobnie miało to miejsce rok wcześniej).

PROFILAKTYKA I LECZENIE NTM

1. **Fizjoterapia w NTM odgrywa dużą rolę zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu tego schorzenia. Równie istotna jest jako forma rehabilitacji urologicznej przed i po leczeniu chirurgicznym (np. po radykalnej prostatektomii czy po radioterapii).**
   Obecnie w Polsce żadna forma leczenia wchodząca w zakres fizjo- czy też fizykoterapii NTM nie jest odrębnie refundowana z budżetu państwa. Pacjenci chcąc skorzystać z treningu mięśni dna miednicy, metody biofeedback czy elektrycznej stymulacji mięśni, zmuszeni są pokryć koszty tego typu świadczeń z własnej kieszeni. W Polsce brakuje również profilaktycznych programów NTM, w ramach, których fizjoterapia powinna być traktowana nie tylko jako postępowanie wtórne, ale i pierwotne (np. kobiety przed i w trakcie ciąży). Kolejne, pojedyncze próby uruchomienia na poziomie lokalnym tego typu programów profilaktycznych są tylko potwierdzeniem, jak nadal mało zaawansowany jest to jeszcze proces.
   Dlatego istotną zmianą byłoby wprowadzenie programów zdrowotnych, będących elementem profilaktyki grup społecznych, szczególnie narażonych na ryzyko nietrzymania moczu, takich jak np. kobiety w wieku okołomenopauzalnym.

2. **Jako „złoty standard" w leczeniu OAB określa się farmakoterapię realizowaną za pomocą leków antycholinergicznych. Niestety w Polsce, już 14 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 jeszcze raz odnotować jest obniżenie poziomu wiekowego z 75 do 65 lat osób zaopatrujących się w darmowe leki dla seniorów, gdzie obydwie substancje (solifenacyna i tolterodyna) są nadal dostępne.
   Nadal brak jednak refundacji jakiejkolwiek 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, a lekarzom szerszego zakresu działania w leczeniu farmakologicznym. **Szczególnie odczuwalny jest brak na liście leków refundowanych mirabegronu, po ponownej odmowie ze strony Ministra Zdrowia.** Podczas, gdy w pozostałych krajach Unii Europejskiej rozwija się już leczenie skojarzone, polegające na łączeniu dwóch substancji leczniczych o odmiennym działaniu, np. solifenacyny i mirabegronu, w Polsce lekarz przepisujący receptę jest zmuszony w pierwszej kolejności mierzyć się z możliwościami finansowymi pacjenta, zamiast optymalizować terapię.

3. **Od 1 września 2015 roku w ramach programu lekowego „Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza" (ICD-10: N31), po spełnieniu kryteriów kwalifikacji, pacjenci mogą skorzystać z terapii za pomocą toksyny botulinowej. Od 1 stycznia 2025 roku refundacją objęte są terapie przeznaczone dla pacjentów z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym. Program obejmuje leczenie pacjentów dorosłych toksyną botulinową typu A, a dzieci i młodzieży chlorowodorkiem oksybutyniny.**
   Dotychczasowe dane wskazują, iż z programu lekowego korzysta coraz mniejsza grupa osób. Liczba świadczeń realizowanych w ramach tego programu lekowego sukcesywnie maleje na rzecz gwarantowanych świadczeń szpitalnych, z których może korzystać zdecydowanie szersza grupa pacjentów. Ostatni pełny rok (2024) to wydatki na poziomie tylko 8 tys. zł, przy braku danych o liczbie pacjentów, którzy byli beneficjentami programu. To drugi najniższy poziom wydatków rocznych od momentu uruchomienia programu (w 2023 roku wydatki wyniosły 7 tys. zł).
   Dlatego podtrzymuje się rekomendację rozważenia likwidacji tego programu lub zmiany kryteriów kwalifikacji.

4. **Od 1 kwietnia 2019 roku neuromodulacja krzyżowa jest świadczeniem gwarantowanym dostępnym już w kilkunastu szpitalnych oddziałach urologicznych i ginekologicznych na terenie całej Polski.**
   Dostęp do tej terapii ma duże znaczenie, zwłaszcza w przypadku pacjentów z ciężkimi, opornymi na standardowe metody leczenia postaciami pęcherza nadreaktywnego, którzy dotychczas nie mieli żadnej alternatywy terapeutycznej prócz wysoko inwazyjnych zabiegów chirurgicznych (cystotektomia) czy wymienionej wcześniej terapii z użyciem toksyny botulinowej.
   W dniu oddania do publikacji Raportu terapia jest oferowana w piętnastu ośrodkach szpitalnych w Polsce. 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 zdiagnozowanych jedynie z nietrzymaniem stolca.

5. **W Polsce jedną z nielicznych w pełni refundowanych metod leczenia wysiłkowego NTM są zabiegi operacyjne z użyciem taśm, które można wykonać niemal w każdej placówce posiadającej oddział urologiczny, bądź ginekologiczny. Jest to terapia szczególnie popularna wśród kobiet.**
   Zabiegi na wysiłkowe NTM z użyciem taśm niosą za sobą jednak pewne ryzyko, skutkujące rosnącą liczbą powikłań po tego typu zabiegach. Jednym z powodów jest błędnie postawiona diagnoza 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 kolejne koszty ekonomiczne i społeczne.
   Należy dlatego podtrzymać rekomendację rozpoczęcia prac nad powstaniem referencyjnych ośrodków leczenia zabiegowego NTM. Utworzenie ośrodków referencyjnych, w których operacje z użyciem taśm przeprowadzane byłyby przez lekarzy wyspecjalizowanych w tego typu zabiegach, mogłoby zdecydowanie obniżyć ryzyko częstego występowania powikłań wskutek nieprawidłowo wykonanych zabiegów. Innym możliwym rozwiązaniem, poprawiającym obecną sytuację w zakresie wszczepiania taśm, mogłoby być także certyfikowanie tzw. umiejętności uroginekologicznych lub nawet wprowadzenie nowej specjalizacji. W tej sprawie, pomimo wyraźnie rosnącej skali problemu dotykającego przede wszystkim rosnącą grupę kobiet w wieku 50+, nadal priorytetem dla polityków pozostają zagadnienia dotyczące młodszej populacji kobiet (np. zapłodnienie in vitro).

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 jest jednoznacznej definicji osoby niesamodzielnej (niezdolnej do samodzielnej egzystencji), której zazwyczaj towarzyszy inkontynencja. Nadal brak również decyzji dotyczącej strategii wieloletniego finansowania opieki długoterminowej obejmującej zarówno opiekę medyczną jak i pomoc społeczną.

2. **Zintegrowana opieka medyczna i pomoc społeczna 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 inicjatywy mające na celu wprowadzenie definicji „niesamodzielności" 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".

   Z dotychczasowych analiz wynika jednak, iż mamy do czynienia z kolejnymi rozwiązaniami cząstkowymi, 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 ustaw i aktów wykonawczych bardziej wychodzące naprzeciw doraźnym potrzebom politycznym niż realizacji wieloletniej strategii państwa, czego dowodem jest ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej, która zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2024 roku bez aktów wykonawczych, w tym bez wyodrębnionych funduszy na jej finansowanie.

N O T A T K I

N O T A T K I

N O T A T K I

O STOWARZYSZENIU

Stowarzyszenie „UroConti” zostało założone w kwietniu 2007 roku przez grupę pacjentów, którzy chcą pomóc sobie i innym osobom borykającym się z dolegliwościami występującymi w obszarze dna miednicy, w tym nietrzymaniem moczu.

Naszym głównym celem jest działanie na rzecz osób dotkniętych chorobami dna miednicy oraz propagowanie wiedzy na ten temat. Obecnie zrzeszamy członków w ośmiu oddziałach oraz trzech sekcjach (neurourologii, pęcherza i prostaty). Posiadamy oddziały wojewódzkie w:

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

**Niezależnie od wieku,
każdy, kogo dotykają dolegliwości
występujące w obszarze dna miednicy,
może zostać naszym Członkiem i aktywnie
uczestniczyć w działalności Stowarzyszenia.**

Rozwijając aktywności na rzecz osób dotkniętych chorobami dna miednicy, organizujemy spotkania edukacyjne i konsultacyjne z udziałem lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz innych specjalistów.
Dla naszych Członków organizujemy również zajęcia gimnastyczne z elementami ćwiczeń mięśni dna miednicy, prowadzone przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów urologicznych i uroginekologicznych.
Stale przedstawiamy decydentom, odpowiedzialnym za politykę zdrowotną w naszym kraju, możliwe i konieczne do wdrożenia rozwiązania, zgodne z aktualną wiedzą medyczną i poparte analizami ekonomicznymi, społecznymi czy wprost badaniami potrzeb pacjentów.

UroConti

Stowarzyszenie „UroConti”
ul. Chmielna 132/134,
00-805 Warszawa

zg@uroconti.pl
www.uroconti.pl
www.facebook.com/UroConti
www.x.com/UroConti

ISBN 978-83-968964-2-1
9 788396 896421