



KZD.430.007.2017
Nr ewid. 193/2017/P/17/057/KZD

Informacja o wynikach kontroli

PROFILAKTYKA I LECZENIE CUKRZYCY TYPU 2

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli

Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2

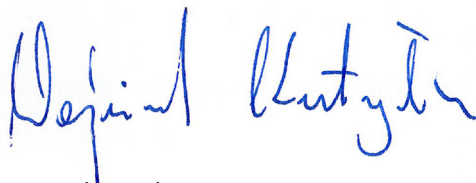
Dyrektor Departamentu Zdrowia:

Piotr Wasilewski



Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Wojciech Kutyla

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Krzysztof Kwiatkowski

Warszawa, dnia 2.11.2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ	4
1. WPROWADZENIE	7
2. OCENA OGÓLNA	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	10
4. WNIOSKI	16
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	17
5.1. Ministerstwo Zdrowia	17
5.2. Narodowy Fundusz Zdrowia	29
5.2.1. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	29
5.2.2. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej	34
5.2.3. Koszty leczenia cukrzycy typu 2 i jej powikłań	38
5.3. Świadczeniodawcy	55
5.3.1. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	55
5.3.2. Stacjonarna opieka zdrowotna	72
6. ZAŁĄCZNIKI	80
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	80
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych	84
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących wykonywanej działalności	88
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	89
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	90

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć¹

AOZ	ambulatoryjna opieka zdrowotna obejmuje świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym.
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Badania diagnostyczne	mogą wchodzić w skład udzielanych świadczeń zdrowotnych i wykonywane są w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
BMI	Indeks Masy Ciała (Body Mass Index) – współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach. BMI ≥ 25 istotnie zwiększa ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2.
Badanie przedmiotowe	badanie fizykalne wykonane przez lekarza poprzez oglądanie, obmacywanie, opukiwanie, osłuchiwanie pacjenta.
Cukrzyca	choroba przemiany materii charakteryzująca się podwyższonym stężeniem glukozy we krwi wynikającym z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Cukrzyca typu 2, nazywana również cukrzycą insulinoniezależną jest najczęstszą postacią tej choroby. W cukrzycy typu 2 występuje zarówno niewystarczająca produkcja insuliny przez trzustkę, jak i brak jej działania. Doprowadza to do wzrostu poziomu cukru we krwi. Jeżeli podwyższony poziom cukru utrzymuje się długo, może uszkodzić naczynia krwionośne.
Czynniki ryzyka	są to cechy indywidualne oraz elementy stylu życia, które zwiększają ryzyko wystąpienia chorób, w tym przypadku cukrzycy, np. otyłość.
DM	dokumentacja medyczna; przez dokumentację medyczną należy rozumieć określone ustawowo dane i informacje medyczne, odnoszące się do stanu zdrowia pacjentów i/lub udzielonych im świadczeń zdrowotnych.
EDM	elektroniczna dokumentacja medyczna.
Flozyny	są to leki, które wymuszają utratę glukozy wraz z moczem.
Glikemia	poziom glukozy we krwi.
Glukoza	należy do grupy związków zwanej węglowodanami; jest podstawowym źródłem energii w organizmie.
Hemoglobina glikowana HbA1c	retrospektywny wskaźnik glikemii.

¹ Definicje pojęć specjalistycznych (np. cukrzyca, insulina, glikemia, retinopatia, neuropatia) – pochodzą z medycznej literatury fachowej.

Hiperglikemia	(przecukrzenie) – podwyższony poziom cukru we krwi powyżej 180 mg/dl (spowodowany insulinoopornością organizmu, niedoborem insuliny).
Hipoglikemia	(niedocukrzenie) – obniżony poziom glukozy we krwi (poniżej 75 mg/dl).
Inkretyny	są to hormony przewodu pokarmowego, które zwiększają wydzielanie insuliny i zmniejszają wydzielanie glukagonu, czyli hormonu działającego przeciwnie do insuliny.
Insulina	hormon produkowany przez trzustkę, a dokładnie przez komórki beta wysp trzustkowych (wysp Langerhansa) (słowo „insulina” pochodzi od łacińskiego słowa „insula” – czyli wyspa). Insulina reguluje poziom cukru we krwi.
Insulina analogowa	jest to zmieniony metodami inżynierii genetycznej preparat insuliny ludzkiej. Wprowadzone modyfikacje zmieniają szybkość i czas działania tej insuliny. Analogi insuliny ludzkiej działają skuteczniej niż tradycyjna insulina ludzka i są lepsze w kontroli cukrzycy w porównaniu z insuliną ludzką.
Insulina izofanowa NPH	insulina ludzka średnio długo działająca. Jest to preparat insuliny zmodyfikowany farmaceutycznie, przez dodanie protaminy lub cynku, w celu zmiany szybkości ich wchłaniania z tkanki podskórnej. Cynk i protamina tworzą kompleksy z insuliną przez co proces wchłaniania zostaje opóźniony, a całkowity czas działania hipoglikemizującego wydłużony.
Insulina ludzka	produkowana jest w laboratorium, jest identyczna w budowie z insuliną ludzką powstającą w organizmie (wytwarzana jest przez sterylne bakterie lub drożdże piekarskie metodą rekombinacji DNA).
Insulinooporność	stan obniżonej wrażliwości organizmu na działanie insuliny pomimo jej prawidłowego lub podwyższonego stężenia we krwi.
KAOS	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
LSP	leczenie szpitalne.
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
Neuropatia cukrzycowa	charakteryzuje się symetrycznie dystalnymi (obwodowymi) zaburzeniami czuciowo-ruchowymi, szczególnie w zakresie stóp i podudzi, upośledzeniem czucia wibracji, zaburzeniami ruchowymi, zniesieniem odruchów ścięgniastych.
Pacjent pierwszorazowy	świadczeniobiorca, który w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie ² .
Polidypsja	wzmożone pragnienie.
Poliuria	wielomocz.

² § 2 ust. 1 pkt 16 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 62/2016/DSOZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Prewencja	zapobieganie niekorzystnym zjawiskom i zagrożeniom, usuwanie ich przyczyn.
Profilaktyka	proces, który wspiera człowieka w prawidłowym rozwoju i zdrowym życiu.
Retinopatia cukrzycowa	są to zmiany zwyrodnieniowo-naczyniowe w siatkówce oka, które po latach prowadzą do znacznego upośledzenia wzroku, a nawet do jego utraty.
Rozporządzenie w sprawie „DM”	rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.), uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r. i z tym dniem weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).
Stopa cukrzycowa	to zakażenie i/lub owrzodzenie i/lub destrukcja tkanek głębokich stopy (np. kości) spowodowane uszkodzeniem nerwów obwodowych i/lub naczyń stopy o różnym stopniu zaawansowania (rozdziela się stopę cukrzycową neuropatyczną, naczyniową i mieszaną).
Świadczenie zdrowotne	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.
Test tolerancji glukozy	(lub doustny test obciążenia glukozą – OGTT) – test badający poziom cukru we krwi po spożyciu dużej dawki glukozy (test wymaga spożycia roztworu 75 g glukozy, a następnie, po 2 h, bada się poziom cukru we krwi). Test ten sprawdza jak nasz organizm radzi sobie z dużą ilością cukru, czy nasza trzustka produkuje wystarczającą ilość insuliny i czy nasz organizm prawidłowo reaguje na insulinę, wchłaniając cukier do organizmu.
U.p.p.	ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.).
U.o.d.l.	ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.).
U.o.d.o.	ustawa z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (jt. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
U.s.i.w.o.z.	ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, ze zm.)
Ustawa o świadczeniach zdrowotnych	ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.).
Ustawa o NIK	ustawa z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017. poz. 524).
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization).
Wyrównanie metaboliczne	uzyskanie docelowych wartości parametrów metabolicznych (glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu, masy ciała).
ZSC	zespół stopy cukrzycowej.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy system ochrony zdrowia zapewnia wczesne wykrycie osób zagrożonych i chorych na cukrzycę typu 2 oraz wdrażanie skutecznych metod leczenia tego schorzenia

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

Czy Ministerstwo Zdrowia kształtowało politykę zdrowotną państwa na rzecz profilaktyki i poprawy stanu zdrowia obywateli chorych na cukrzycę

Czy NFZ zapewniał dostępność świadczeń w zakresie diabetologii oraz środki na leczenie cukrzycy i jej powikłań

Czy świadczeniodawcy:

- podejmowali działania w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 oraz jej leczenia,
- zapewniaли pacjentom chorym na cukrzycę typu 2 dostęp i do świadczeń specjalistycznych,
- wdrażali metody leczenia cukrzycy typu 2 wykorzystujące leki najnowszej generacji

Jednostki kontrolowane

- Ministerstwo Zdrowia
- Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia
- Świadczeniodawcy

(17-AOZ, 7-LSP)

Okres objęty kontrolą

2015–2017 (I półrocze)

Według danych NFZ, na koniec 2016 r., liczba pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 wynosiła 1.657,7 tys. osób (wzrost o 1,14% w stosunku do roku 2015)³. Dane te są zaniżone bowiem część osób cierpiących na tę chorobę pozostaje niezdiagnozowanych, nie wie że choruje.

W roku 2015 w Polsce rozpoznano 41,2 tys. nowych przypadków zachorowań na cukrzycę, a w 2016 r. – 42,0 tys., a więc nastąpił wzrost zachorowań o 1,9%⁴. Ze względu na rozpowszechnienie cukrzycy oraz wzrastającą częstość jej występowania uważa się ją za chorobę cywilizacyjną. Stanowi ona ważny problem społeczny, gdyż, od momentu rozpoznania, leczenie cukrzycy trwa całe życie.

Leczenie chorób przewlekłych – a w tym przypadku cukrzycy – stanowi duże obciążenie dla płatników świadczeń zdrowotnych. Ponadto cukrzyca i jej powikłania powodują powstanie negatywnych skutków ekonomicznych – ponieważ stanowią duże obciążenie dla bliskich chorego oraz mogą skutkować utratą możliwości wykonywania pracy.

Łączne koszty leczenia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, sfinansowane przez NFZ, wyniosły 1.710,1 mln zł w 2016 r. (bez kosztów leczenia powikłań), co stanowi wzrost o 8,5% w stosunku do 2015 r.

Wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowanej cukrzycą typu 2 wyniosły w 2016 r. 119,9 mln zł (w 2015 roku 130,0 mln zł), w tym wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 65,7%, tj. 78,8 mln zł (w 2015 r. – 68,7%, tj. 89,3 mln zł), a wydatki z tytułu absencji chorobowej – 29,9%, tj. 35,9 mln zł (a w 2015 r. – 27,6%, tj. 35,9 mln zł)⁵.

Natomiast wydatki KRUS na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej cukrzycą typu 2 stanowiły w każdym roku 1,4% wydatków ogółem przeznaczanych na ten cel (odpowiednio w analizowanych latach – 31,9 mln zł, 33,5 mln zł).

Ważnym czynnikiem w zapobieganiu cukrzycy jest powszechna wiedza na temat przyczyn tej choroby oraz wynikająca z niej profilaktyka, obejmująca m.in. zdrową dietę, aktywność fizyczną i odpowiedni wypoczynek. Natomiast świadomość co do objawów, sposobu leczenia i powikłań związanych z cukrzycą może pomóc w walce z tą chorobą.

Leczenie cukrzycy jest procesem złożonym i trudnym, ale właściwie zaplanowana i prowadzona terapia przyczynia się do zmniejszenia ryzyka powikłań lub opóźnienia czasu ich wystąpienia.

Podkreślić należy, że nowoczesne leczenie cukrzycy wymaga przede wszystkim kompetencji, monitorowania jego skuteczności i prowadzenia edukacji chorych w zakresie uzyskania odpowiedniej wiedzy i motywacji do realizacji zaleceń lekarskich.

Narzędziem ograniczania negatywnych skutków cukrzycy jest edukacja zdrowotna, profilaktyka, wczesne wykrycie i podjęcie leczenia, które mogą doprowadzić do zahamowania powikłań.

³ Dane statystyczne dotyczące liczby chorych na cukrzycę typu 2 w 2017 r. będą dostępne w NFZ po zakończeniu I kwartału 2018 r.

⁴ W 2015 r. 35,0 tys. nowych przypadków zachorowań na cukrzycę (tj. 85,1%) rozpoznali po raz pierwszy lekarze POZ, 4,5 tys. przypadków (tj. 10,9%) – lekarze specjaliści i 1,7 tys. przypadków (4,1%) rozpoznano w szpitalu w trakcie hospitalizacji pacjentów. Natomiast w 2016 r. lekarze POZ rozpoznali 36,2 tys. nowych przypadków zachorowań (tj. 86,2%), lekarze specjaliści – 4,2 tys. (30,1%), a w szpitalu – 1,5 tys. (3,7%).

⁵ Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowanej cukrzycą (w tym cukrzycą typu 2) w 2017 r. ZUS opracuje w III kwartale 2018 r.

2. OCENA OGÓLNA

Zadania systemu ochrony zdrowia, związane z zapobieganiem, wczesnym wykrywaniem oraz leczeniem cukrzycy typu 2, nie były realizowane skutecznie

Pomimo uznania cukrzycy za chorobę cywilizacyjną oraz wskazania, że jednym z priorytetów zdrowotnych ustalonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia⁶ jest przeciwdziałanie cukrzycy, działania Ministra, odpowiedzialnego za kształtowanie polityki zdrowotnej państwa, były niewystarczające. Nie opracowano ogólnokrajowej strategii ukierunkowanej na prewencję, leczenie oraz opiekę nad osobami chorymi na cukrzycę. Do opracowania krajowych programów przeciwdziałania cukrzycy wzywa kraje członkowskie Unii Europejskiej Rezolucja Parlamentu Europejskiego⁷.

Minister Zdrowia nie rozpoznał, w wystarczającym stopniu, potrzeb zdrowotnych ludności w badanym zakresie i nie określił liczby lekarzy diabetologów niezbędnych do sprawowania opieki nad populacją pacjentów chorych na cukrzycę. W ograniczonym zakresie upowszechniał również edukację diabetologiczną.

Minister Zdrowia nie wprowadził (do czasu zakończenia kontroli) na listy leków refundowanych ani jednego leku z grupy leków inkretynowych i grupy flozyn (spośród 10 które uzyskały pozytywne rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). W efekcie polscy pacjenci nie mają dostępu do innowacyjnego leczenia cukrzycy typu 2. W ocenie NIK, refundacja niektórych z tych leków przez płatnika publicznego mogłaby wpłynąć na poprawę efektów leczenia, a tym samym zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań. Nadmienić należy, że leki z tych grup są refundowane, w różnym stopniu, w krajach UE.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podejmował działania zmierzające do poprawy leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 i ograniczenia jej powikłań. W szczególności:

- wprowadzono nowy rodzaj świadczenia dla pacjentów diabetologicznych, którego celem jest kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP);
- zapewniono kompleksową, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (tzw. „KAOS – cukrzyca”);
- zwiększono środki finansowe na leczenie powikłań cukrzycy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (o 17,5%).

Działania te nie doprowadziły jednak do poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów diabetologicznych. Świadczy o tym, w szczególności wzrost liczby pacjentów oczekujących na wizytę w poradni diabetologicznej i na hospitalizację, wydłużający się czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, a także zmniejszająca się liczba świadczeniodawców realizujących umowy z NFZ. Świadczenia w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i kompleksowego leczenia ran przewlekłych finansowane były tylko przez niektóre OW NFZ. Tym samym nie zapewniono wszystkim pacjentom równego dostępu do tego typu świadczeń na terenie kraju.

Istotne nieprawidłowości stwierdzono kontrolując świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Brak odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej wskazuje, że lekarze nie stosowali zasad postępowania medycznego wobec osób zagrożonych cukrzycą i pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, wskazanych w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Dia-

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126).

⁷ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie działania w walce z epidemią cukrzycy w UE (2011/2911 RSP).

OCENA OGÓLNA

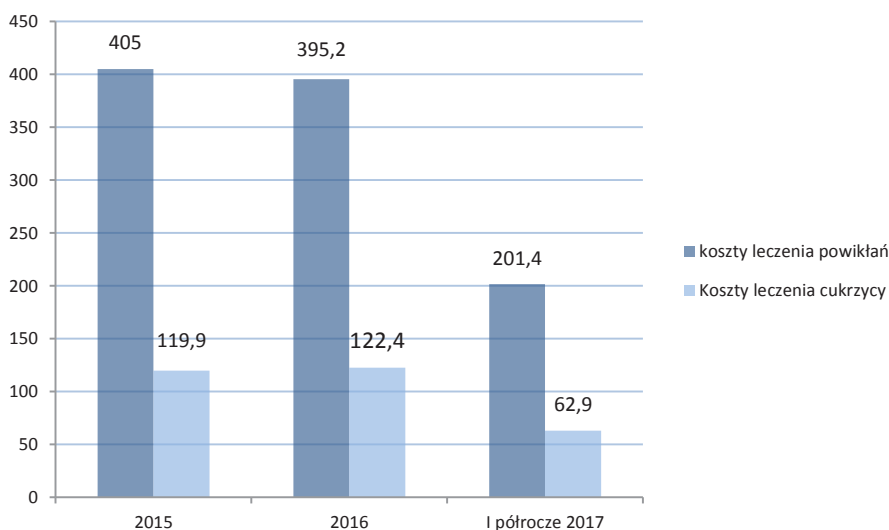
betologicznego lub nierzetelnie prowadzili dokumentację. Do stosowania wspomnianych zaleceń zobowiązywały umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przez świadczeniodawcę z NFZ na podstawie zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁸. W szczególności:

- brakowało pełnego wywiadu o stanie zdrowia pacjenta oraz problemach medycznych istotnych przy diagnozowaniu cukrzycy;
- nie wykonywano badań przesiewowych, które powinny być przeprowadzane zgodnie z zaleceniami PTD dla osób z grup ryzyka, bądź nie odnotowywano ich wyników;
- brak było informacji o wykonywaniu, z określoną częstotliwością, wszystkich obowiązkowych badań diagnostycznych i kierowaniu pacjentów na konsultacje specjalistyczne.

Skutkiem niestosowania wspomnianych zasad przez część świadczeniodawców, ale także – jak wynika z wyjaśnień kadry medycznej – niestosowania się pacjentów do zaleceń lekarzy, były niedostateczne wyniki leczenia⁹ oraz wysokie koszty leczenia powikłań cukrzycy typu 2.

Wykres nr 1

Koszty leczenia cukrzycy typu 2, wyłącznie w lecznictwie szpitalnym, oraz koszty leczenia jej powikłań (mln zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

⁸ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. oraz nr 62/2016/DSOZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

⁹ Celem leczenia cukrzycy jest uzyskanie wyrównania metabolicznego czyli osiągnięcie docelowych wartości parametrów metabolicznych (glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu i masy ciała). W okresie objętym kontrolą żaden pacjent z cukrzycą typu 2 spośród 128 leczonych w POZ i żaden spośród 269 leczonych w AOS (których DM badano w toku kontroli) nie osiągnął wyrównania metabolicznego, tzn. nie osiągnął na jednej wizycie wartości docelowych ośmiu parametrów metabolicznych. Natomiast odpowiednio u 67 osób (52,3%) i u 134 osób (49,8%) odnotowano w DM wyrównanie na jednej wizycie mniej niż czterech parametrów.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Działania Ministra Zdrowia

Pomimo uznania cukrzycy za chorobę cywilizacyjną, a jej leczenia za jeden z priorytetów zdrowotnych, Minister Zdrowia nie opracował ogólnopolskiej strategii działań ukierunkowanych na prewencję i leczenie cukrzycy. Działania Ministra miały charakter doraźny, nie były ukierunkowane na zapobieganie powstawaniu choroby i zapewnienie długofalowych efektów leczenia. Za ustaleniem wieloletniej strategii zapobiegania oraz wczesnego wykrywania tej choroby przemawiają wysokie koszty leczenia jej powikłań.

W 2015 r. Minister nie realizował, żadnego programu polityki zdrowotnej dotyczącego cukrzycy typu 2, ani też nie wydatkował żadnych środków na realizację zadań związanych z profilaktyką i leczeniem tej choroby. Natomiast od roku 2016 realizowany jest jeden program polityki zdrowotnej „Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej na lata 2016–2018”.

W okresie objętym kontrolą Minister nie współpracował z innymi instytucjami przy prowadzeniu działań w zakresie edukacji na temat zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych, sprzyjających powstawaniu i rozwojowi cukrzycy. W konsekwencji nie realizował zadania określonego w ustawie o świadczeniach zdrowotnych w tym zakresie¹⁰.

Nie podjęto również skutecznych działań w zakresie upowszechnienia edukacji diabetologicznej poprzez wydzielenie świadczenia edukacyjnego jako procedury odrębnie kontraktowanej. Edukacja zdrowotna jest procesem, który prowadzi do zmiany zachowań pacjenta oraz wpływa zarówno na wyniki leczenia, jak również na jakość jego życia. **Na znaczenie edukacji zdrowotnej pacjenta wskazuje m.in. fakt, że w przypadku części pacjentów wczesne wykrycie choroby pozwala na zahamowanie postępów choroby, jedynie w następstwie zmiany trybu życia np. poprzez zwiększenie aktywności fizycznej lub zmianę diety, bez potrzeby podawania leków.**

Minister nie podejmował działań mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy do prowadzenia profilaktyki cukrzycy w ramach badań okresowych pracowników. Jak wyjaśnił Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia: „...Z uwagi na fakt, że zdrowie i bezpieczeństwo pracowników są kluczowymi składnikami jakości pracy i są podstawą gospodarki, dostrzega się potrzebę zmian wynikających ze zmieniających się zagrożeń i wyzwań w środowisku pracy i sposobu jej wykonywania oraz występowania coraz to nowszych czynników niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych dla zdrowia. Ministerstwo Zdrowia wraz z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny pracy podejmie prace analityczne zmierzające do oceny tego zjawiska”. Ewentualne zmiany powinny mieć na celu „dopasowanie zakresu i częstotliwości badań do zmieniającego się środowiska pracy oraz zwiększenia działań w zakresie wczesnego wykrywania chorób układu krążenia czy cukrzycy...” [str. 20 i nast., 27]

¹⁰ Art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

Zasoby kadrowe systemu były niewystarczające i nierównomiernie rozmieszczone, co utrudniało dostęp do świadczeń. Pomimo wzrostu, w okresie objętym kontrolą, liczby czynnych zawodowo lekarzy diabetologów o 18,8%, tj. z 1.119 do 1.329, była ona niższa od wartości optymalnej (1.585) określonej przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii.

Zasoby kadrowe

Wskaźnik liczby diabetologów przypadających na 25 tys. mieszkańców Polski, według stanu na 30 sierpnia 2017 r., wynosił 0,87, a w ocenie Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii – powinien wynosić 1,0; tylko w czterech województwach wskaźnik ten miał wartość rekomendowaną, a w pozostałych – niższą, wynoszącą od 0,47 w województwie lubuskim do 0,93 – w zachodniopomorskim. [str. 20, 34, 36]

W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji z diabetologii o 14% (z 50 do 57), lecz miejsc szkoleniowych tylko o 12% (tj. z 266 do 298); były one ponadto nierównomiernie rozmieszczona na terenie kraju – od trzech w województwie świętokrzyskim do 55 w mazowieckim.

**Szkolenie
diabetologów**

Dla lekarzy, którzy rozpoczęli specjalizację na podstawie postępowań kwalifikacyjnych przeprowadzonych w okresie od 1 października 2014 r. do 31 marca 2017 r., Minister Zdrowia przyznał 95 miejsc szkoleniowych w dziedzinie diabetologii w trybie rezydentury.

W latach 2015–2017 (I półrocze) tytuł specjalisty w dziedzinie diabetologii uzyskało 182 lekarzy.

Minister Zdrowia nie określił wartości wskaźnika określającego liczbę lekarzy, w odniesieniu do liczby mieszkańców, niezbędną do zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń zdrowotnych chorym na cukrzycę. W trakcie kontroli prowadzono prace nad opracowaniem metodologii, która miałaby posłużyć oszacowaniu potrzebnej liczby lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Także w mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy nie odniesiono się do kadry medycznej, a wśród dziedzin medycyny z potencjalnie zbyt małym zapleczem kadrowym nie wymieniono diabetologii. [str. 23 i nast.]

W okresie objętym kontrolą nie nastąpiła poprawa dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, mimo iż opieka nad nimi była realizowana także w formie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (KAOS)¹¹.

**Dostęp
do ambulatoryjnych
świadczeń
specjalistycznych**

W szczególności świadczenia w ramach KAOS (która została wprowadzona w celu poprawy koordynacji, a tym samym skuteczności leczenia) realizowano tylko na terenie 11 OW NFZ (odpowiednio w badanych latach – 38, 35 i 34 świadczeniodawców). Nie zapewniono dostępu do tego zakresu świadczeń chorym na cukrzycę na terenie pięciu OW NFZ.

¹¹ Świadczenia dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 udzielane były również w innych poradniach niż diabetologiczne, a łączna wartość udzielonych w nich świadczeń stanowiła – odpowiednio 4,5%, 5,1% i 5,2% – wartości świadczeń udzielonych w poradniach diabetologicznych.

Również świadczenia w zakresie „kompleksowego leczenia ran przewlekłych” (dalej KLRP), realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych (w zależności od ich stanu klinicznego), udzielane były pacjentom z zespołem stopy cukrzycowej (będącej powikłaniem cukrzycy typu 2) tylko na terenie czterech województw. W efekcie, w roku 2015, udzielono świadczeń w zakresie KLRP tylko 106 pacjentom (wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 177,9 tys. zł), w 2016 r. – odpowiednio – 117 pacjentom (171,5 tys. zł), a w I półroczu 2017 r. – 75 pacjentom (66,9 tys. zł).

Zróżnicowana była również wartość świadczeń rozliczonych przez NFZ i udzielonych pacjentom z cukrzycą, w przeliczeniu na jednego pacjenta. W 2015 r. była ona najniższa w woj. świętokrzyskim (90,6 zł) i kujawsko-pomorskim (95,3 zł), a najwyższa – w woj. śląskim (129,7 zł) i lubelskim (125,8 zł). Natomiast w 2016 r. najniższa wartość tych świadczeń była w woj. świętokrzyskim (88,2 zł) i warmińsko-mazurskim (92,4 zł) a najwyższa – w woj. śląskim (126,7 zł) i podkarpackim (123,5 zł).

Liczba pacjentów chorych na cukrzycę, oczekujących na świadczenia w poradni diabetologicznej, sukcesywnie zwiększała się w okresie objętym kontrolą i w przypadkach pilnych wynosiła – odpowiednio w badanym okresie – 476, 563 i 777 osób, a w przypadkach stabilnych na świadczenia oczekiwało odpowiednio – 23,0 tys., 24,2 tys. i 26,0 tys. osób. [str. 18, 28, 30–33, 41]

Świadczenia w LSP

Liczba świadczeniodawców stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitali) udzielających świadczeń pacjentom z rozpoznaniem głównym „cukrzyca” ulegała sukcesywnemu zmniejszeniu (z 564 – w 2015 r. do 562 – w 2016 r. oraz do 552 – w I półroczu 2017 r.; tj. o 2,2%). Natomiast świadczenia w zakresie diabetologii, zakontraktowane zostały tylko z 28 szpitalami (żadnego kontraktu nie zawarto w trzech województwach). Oddziały diabetologiczne (ogółem 15) funkcjonowały tylko na terenie siedmiu spośród 16 OW NFZ. Wartość świadczeń udzielonych pacjentom z cukrzycą typu 2 (łącznie na wszystkich oddziałach) wzrosła o 3,4% w 2016 r. w porównaniu z rokiem 2015, przy czym na oddziałach diabetologicznych – utrzymała się prawie na tym samym poziomie (spadek o 0,3%), a na pozostałych oddziałach – była większa o 3,7% (w 2016 r. w porównaniu z 2015 r.). Fundusz nie przygotował rozwiązań zachęcających świadczeniodawców do tworzenia oddziałów diabetologicznych, pomimo przewidywanego wzrostu liczby chorych na cukrzycę typu 2.

Wyniki kontroli wskazały, że rosła zarówno liczba osób oczekujących, jak i wydłużał się czas oczekiwania na hospitalizację (w przypadkach pilnych liczba pacjentów wzrosła z 58 w 2015 r. do 105 w 2016 r. i 122 osób – w I połowie 2017 r., a czas oczekiwania – z ośmiu do 15 dni, natomiast w trybie planowym, liczba osób oczekujących i czas oczekiwania wynosił, w badanym okresie, odpowiednio – 1.591, 1.689 i 1.555 osób oraz z 74, 83 i 73 dni).

[str. 33 i nast.]

Wprowadzanie nowych technologii do leczenia cukrzycy

W latach 2015–2017 (I półrocze) na listę leków refundowanych wprowadzonych zostało 29 nowych leków stosowanych w leczeniu cukrzycy. Wśród nich nie ma ani jednego leku z grupy leków inkretynowych i grupy flozyn, spośród 10, które uzyskały pozytywne rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. [str. 24]

W roku 2016 liczba pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 wzrosła w stosunku do roku 2015 o 1,14% (z 1.639,1 tys. osób do 1.657,7 tys. osób)¹², zaś całkowite koszty leczenia cukrzycy typu 2 wzrosły – w stosunku do roku 2015 – o 8,5% (z 1.576,6 mln zł do 1.710,1 mln zł). Koszty hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2, wzrosły w tym okresie o 2,1%; zmniejszyła się – o 2,4% liczba hospitalizowanych pacjentów i liczba udzielonych im świadczeń. Wzrosły również o 10,4% koszty świadczeń w POZ udzielonych na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2.

Natomiast koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w zakresie AOS były w badanym okresie na tym samym poziomie, a liczba udzielonych im świadczeń również nie uległa zmianie. Wzrosła jednak o 3,3% liczba pacjentów. [str. 33, 37]

Koszty leczenia
cukrzycy

W latach 2015–2016 w strukturze kosztów leczenia powikłań cukrzycy w ramach hospitalizacji, największy udział miały choroby serca – 86% (odpowiednio w poszczególnych latach – 347,4 mln zł i 339,9 mln zł), udary – 11% (45,5 mln zł i 42,8 mln zł) i zespół stopy cukrzycowej – 2% (9,5 mln zł i 9,9 mln zł). W I półroczu 2017 roku struktura tych kosztów wynosiła odpowiednio – 88% (176,8 mln zł), 9% (18,8 mln zł) i 2% (4,3 mln zł).

Koszty leczenia
powikłań

Szczególną uwagę zwraca fakt, że koszty leczenia powikłań cukrzycy typu 2 w ramach hospitalizacji były wyższe od kosztów hospitalizacji z powodu cukrzycy o 337,7% w roku 2015, o 322,9% – w roku 2016 i o 320,2% w I półroczu 2017 r. Natomiast w strukturze kosztów leczenia powikłań cukrzycy w ramach AOS dominowały powikłania powodujące choroby serca odpowiednio w latach 72% (4,7 mln zł), 74% (5,7 mln zł) i 76% (3,0 mln zł) oraz zespół stopy cukrzycowej – 25% (1,6 mln zł), 22% (1,7 mln zł) i 21,2% (0,9 mln zł). W 2016 r. koszty leczenia powikłań, w ramach AOS (7,7 mln zł), były o 17,5% wyższe niż w roku 2015 (6,5 mln zł), a liczba leczonych pacjentów była wyższa o 17,0%. W I półroczu 2017 r. koszty leczenia powikłań wyniosły 4,0 mln zł¹³.

W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów z powikłaniem zespołu stopy cukrzycowej w AOS wzrosła z 6.514 do 7.000 osób (tj. o 7,5%).

Z kolei liczba pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej objętych leczeniem szpitalnym jak i wartość udzielonych im świadczeń w latach 2015–2016 była na zbliżonym poziomie i wynosiła: 3.980 osób i 17,3 mln zł w 2015 r., 4.049 osób i 17,5 mln zł w 2016 r. (1.044 osób i 3,4 mln zł w I półroczu 2017 r.).

Natomiast liczba amputacji (z powodu tych powikłań)¹⁴ wzrosła w tym okresie o 16,2% (z 1.103 do 1.283) i wydatkowano na ten cel o 16% więcej w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. (wzrost z 6,2 mln zł w 2015 r. do 7,1 mln zł w 2016 r.). W I kwartale 2017 r. liczba amputacji wynosiła 324 i wydatkowano na ten cel 1,7 mln zł. [str. 33, 43 i nast.]

¹² Dane statystyczne dotyczące liczby chorych na cukrzycę typu 2 w 2017 r. będą dostępne w NFZ po zakończeniu I kwartału 2018 r.

¹³ Brak danych dotyczących liczby leczonych pacjentów z ZSC w AOS.

¹⁴ Cukrzyca nasila znacznie zmiany miażdżycowe, które utrudniają dopływ krwi do stopy. Wczesne rozpoznanie i zastosowanie odpowiedniego leczenia, rehabilitacji lub operacji chirurgicznej może zdecydowanie poprawić ukrwienie stopy. Wtedy amputacja stopy cukrzycowej najprawdopodobniej nie będzie konieczna.

Profilaktyka w POZ

Świadczeniodawcy w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) nie przeprowadzali pełnych wywiadów o stanie zdrowia pacjenta i istotnych chorobach oraz problemach medycznych mających znaczenie przy diagnozowaniu cukrzycy.

Zgodnie z zakresem zadań lekarza POZ, wynikającym z rozporządzenia Ministra Zdrowia¹⁵, lekarz POZ identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie, zaś z ustawy o zawodach lekarza¹⁶ wynika obowiązek wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, co oznacza także obowiązek postępowania zgodnie ze standardami, wytycznymi, zaleceniami towarzystw naukowych w określonej dziedzinie medycyny, w tym również m.in. zaleceniami PTD.

Nie przestrzegano także obowiązku rzetelnego prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej (DM), zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta (art. 25 ust. 1 pkt 3) oraz rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej (§ 41 ust. 3 pkt 1–4 i ust. 4 pkt 4, 6–8), ponieważ nie odnotowywano w niej wszystkich niezbędnych informacji. Analiza DM 165 pacjentów wykazała, że wszystkie wymagane i obowiązkowe informacje o stanie zdrowia odnotowane były w DM tylko 11 pacjentów (6,7% badanej dokumentacji), pełny wywiad pod kątem możliwości zaliczenia pacjenta do grupy ryzyka chorych na cukrzycę typu 2 odnotowano w DM tylko 24 pacjentów (14,5%), a wykonanie oznaczenia glikemii przygodnej, czyli badania będącego podstawą do rozpoznania cukrzycy odnotowano w DM tylko 82 pacjentów (49,7%). [str. 52 i nast.]

Leczenie w POZ i AOS

Braki odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej mogą wskazywać, że świadczeniodawcy nie przestrzegali obowiązku realizowania zaleceń PTD dotyczących zarówno kierowania pacjentów na badania diagnostyczne i na konsultacje specjalistyczne, jak i przestrzegania ich częstotliwości. W ocenie NIK, był to jeden z czynników, który mógł **przyczynić się to do tego, że u żadnego pacjenta (którego DM badano w toku kontroli) nie osiągnięto pełnego wyrównania metabolicznego**¹⁷. Lekarze nie prowadzili indywidualnej DM zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Nie odnotowywali i/lub nie włączali do niej wszystkich informacji i wyników badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych związanych ze stanem zdrowia i choroby oraz procesem leczenia pacjentów. Analiza DM 128 pacjentów leczonych przez lekarza POZ wykazała, że w DM tylko dwóch pacjentów (1,6%) odnotowano skierowanie ich raz w roku na wszystkie (tj. 5) badania diagnostyczne, tylko jeden pacjent (0,8%) został skierowany raz w roku do pięciu specjalistów na konsultacje, a spośród 121 osób,

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1567).

¹⁶ Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125, ze zm.), zwanej dalej „ustawą o zawodach lekarza”.

¹⁷ Istotną rolę w osiągnięciu tzw. wyrównania metabolicznego ma również „samodyscyplina pacjentów” i przestrzeganie przez nich zasad np. prawidłowego żywienia, a także przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami itp.

niektórych skierowano do jednego specjalisty a niektórych do żadnego. Natomiast analiza DM 269 pacjentów leczonych lub konsultowanych przez diabetologa wykazała, że w DM tylko siedmiu pacjentów (2,6%) odnotowano skierowanie ich raz w roku na wszystkie (5) badania diagnostyczne, a żadnego pacjenta nie skierowano raz w roku do pięciu specjalistów na konsultacje, a spośród 252 osób (93,7%) niektóre zostały skierowane do jednego specjalisty a niektóre do żadnego. W ocenie NIK dokumentacja medyczna, która jest źródłem wiedzy zarówno dla lekarza jak i leczonego, powinna rzetelnie odzwierciedlać sytuację zdrowotną pacjenta i umożliwić dokonanie pełnej oceny stanu jego zdrowia z częstotliwością wynikającą z zaleceń PTd. [str. 54, 57]

W toku kontroli procesu leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 w ramach KAOS stwierdzono, że lekarze nie wywiązywali się z obowiązku kierowania pacjentów na wszystkie wymagane w ciągu roku badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne określone w zarządzeniu Prezesa NFZ (w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS). Analiza DM 100 pacjentów wykazała, że tylko 51% pacjentów skierowanych zostało na wszystkie (5) zalecone badania diagnostyczne w wymaganym czasie. W przypadku jednego świadczeniodawcy (spośród 5 objętych kontrolą, u których realizowane są świadczenia w ramach KAOS) stwierdzono nieprawidłowości dotyczące dni i godzin funkcjonowania poradni KAOS, a lekarze, którzy wg harmonogramu pracy winni udzielać świadczeń w tej poradni, pracowali w tym czasie w innej poradni (diabetologicznej) lub u innego świadczeniodawcy.

Leczenie
w ramach KAOS

Oznacza to w praktyce, że wprowadzenie KAOS nie spełniło, w badanych podmiotach, podstawowego celu, tj. nie zapewniło kompleksowej opieki nad pacjentem diabetologicznym. Zlecanie przedmiotowych badań rzadziej niż raz w roku naruszało również warunki realizacji umowy z NFZ w tym zakresie. [str. 61]

Wyniki kontroli świadczeniodawców realizujących stacjonarną opiekę zdrowotną (szpitale) wykazały, że tylko u jednego z nich (spośród siedmiu) funkcjonował specjalistyczny oddział diabetologiczny i tylko trzy szpitale miały zawarte umowy z NFZ na realizację świadczeń w zakresie „diabetologia – hospitalizacja” (pozostałe szpitale wykonywały świadczenia na rzecz pacjentów z cukrzycą w ramach umów na hospitalizację w zakresie chorób wewnętrznych). W dwóch szpitalach pacjenci przyjmowani byli na bieżąco (zgodnie z zasadami), a w pozostałych – na bieżąco przyjmowano tylko w przypadkach „pilnych”.

LSP

Natomiast czas oczekiwania pacjentów na hospitalizację w przypadkach „stabilnych” był zróżnicowany i wynosił nawet do 100 dni. [str. 66]

4. WNIOSKI

Minister Zdrowia Najwyższa Izba Kontroli uznała za zasadne:

- Przygotowanie przez Ministra Zdrowia ogólnopolskiego, kompleksowego programu działań mających na celu zapobieganie, wczesną diagnozę i leczenie cukrzycy.
- Podjęcie działań w celu oszacowania populacji chorych niezdiagnozowanych, którzy nie wiedzą że chorują na cukrzycę i wypracowanie metod dotarcia do tych osób z odpowiednią informacją o objawach i skutkach tej choroby, a także zachęcenia ich do wykonania odpowiedniej diagnostyki i rozpoczęcia terapii.
- Zintensyfikowanie działań mających na celu opracowanie modelu planowania kadr medycznych.

Ponadto w ocenie NIK należy wzmocnić system ochrony zdrowia poprzez zapewnienie skuteczniejszego nadzoru nad profilaktyką cukrzycy oraz opieką nad chorym na tę chorobę (m.in. w zakresie zapewnienia efektywnej współpracy lekarzy POZ, diabetologów i innych specjalistów), a także podjąć skoordynowane działania, w skali całego społeczeństwa, w celu ograniczenia dynamiki nowych przypadków cukrzycy.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Najwyższa Izba Kontroli wnosi o podjęcie działań mających na celu zapewnienie dostępu pacjentom z cukrzycą do świadczeń realizowanych w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą oraz kompleksowego leczenia ran przewlekłych na terenie wszystkich OW NFZ.

Świadczeniodawcy (POZ, AOS, KAOS, LSP)

Najwyższa Izba Kontroli uznała za wskazane:

- Kierowanie pacjentów chorych na cukrzycę na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne z częstotliwością zalecaną przez PTD.
- Kierowanie pacjentów na badania przesiewowe w kierunku cukrzycy zgodnie z zaleceniami PTD.
- Stosowanie się do zaleceń PTD w zakresie prowadzenia profilaktyki cukrzycy typu 2.
- Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w sposób zapewniający pełną i rzetelną informację o procesie diagnozowania i leczenia pacjenta.

W ocenie NIK efektem skoordynowanych działań, podejmowanych przez organy władzy publicznej we współpracy z podmiotami leczniczymi, a także organizacjami działającymi na rzecz pacjentów, powinno być także upowszechnienie zdrowego stylu życia, obejmującego aktywność fizyczną i sposoby odżywiania się; co powinno sprzyjać ograniczeniu występowania cukrzycy typu 2 w naszym kraju.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Ministerstwo Zdrowia

1. Gromadzenie i wykorzystanie informacji o stanie zdrowia pacjentów chorych na cukrzycę

Dokumentami zawierającymi informacje i analizy epidemiologiczne dotyczące występowania cukrzycy, są – według Ministerstwa Zdrowia – mapy potrzeb zdrowotnych¹⁸.

Analizy zawarte w mapach¹⁹ mają wspierać proces podejmowania decyzji w ochronie zdrowia.

Rola map potrzeb zdrowotnych

Rodzaje map potrzeb zdrowotnych

W podsumowaniu „Lecznictwo szpitalne w ujęciu ogólnopolskim”, w odniesieniu do oddziałów diabetologicznych, wnioskowano o rozważenie możliwości pozostawienia tych oddziałów jedynie w szpitalach powiązanych z uczelniami medycznymi oraz zwiększenia dostępności do diagnozowania i leczenia pacjentów w warunkach ambulatoryjnych lub jednodniowych.

W „Mapie potrzeb zdrowotnych dla Polski”, obejmującej 30 grup chorób, zawarto informacje na temat zapadalności rejestrowanej i chorobowości rejestrowanej w województwach. Do jej określenia wykorzystano jednostkowe dane Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). W przypadku cukrzycy zapadalność rejestrowana²⁰ obliczana była dla roku 2014, na podstawie danych NFZ z lat 2009–2015, a chorobowość rejestrowaną opublikowaną w mapie oszacowano na dzień 31 grudnia 2014 r.²¹

W mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla poszczególnych województw, przedstawiono m.in.: wskaźniki epidemiologiczne dla cukrzycy (zapadalność rejestrowaną, wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy mieszkańców, strukturę zapadalności rejestrowanej według grup wiekowych²², według płci, według miejsca zamieszkania (miasto/wieś) oraz chorobowość rejestrowaną i wskaźnik chorobowości rejestrowanej na 100 tysięcy mieszkańców, a także współczynniki: chorobowości szpitalnej, chorobowości w AOS i zgłaszalności w POZ oraz umieralność w województwie), zaprezentowano strukturę dotychczasowego systemu opieki diabetologicznej w lecznictwie szpitalnym, AOS, POZ, a także wykorzystanie nagłej

Analiza potrzeb zdrowotnych dotyczących cukrzycy

¹⁸ Zgodnie z art. 5 pkt 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potrzeby zdrowotne to liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.).

¹⁹ Mapy potrzeb zdrowotnych opracowane zostały zgodnie z dokumentem „Krajowe ramy strategiczne „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” i opublikowane w grudniu 2016 r. na stronie internetowej Ministerstwa dla 30 grup chorób, w tym cukrzycy (punktem wyjścia do analizy były rozpoznania definiowane na podstawie klasyfikacji ICD-10).

Mapy te opracowane zostały w ramach projektu p.n. Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). W ramach projektu zostały opracowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny raporty dotyczące aktualnej sytuacji epidemiologicznej w województwach i w całym kraju.

Obowiązek publikacji map potrzeb zdrowotnych wynika z art. 95a ust.9 ustawy o świadczeniach zdrowotnych <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-dla-30-grup-chorob>.

²⁰ Liczba nowych pacjentów z danym rozpoznaniem pojawiających się w systemie publicznej służby zdrowia.

²¹ Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów, zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 r. i którzy nie zmarli do 31 grudnia 2014 r.

²² Grupa: 0–18, 19–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75–84, 85+.

opieki medycznej, kadry medyczne, opisano zasoby sprzętowe oraz przedstawiono prognozę zapadalności rejestrowanej na lata 2020–2029²³.

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy cukrzyca w roku 2014 wyniosła 143,7 tysięcy przypadków, natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 378,2.

W rocznych raportach, za lata 2015–2016, Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii wskazywał m.in. na „*tendencję wzrostową liczby znanych przypadków cukrzycy*”, zbyt małe kontraktowanie wizyt ambulatoryjnych, niewystarczającą liczbę specjalistów (w związku z czym świadczenia są kontraktowane również wśród lekarzy chorób wewnętrznych i lekarzy endokrynologów), niewystarczającą liczbę i nierównomierne rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń, niewielką liczbę miejsc specjalizacyjnych w województwach. Wskazywał również rejony, w których nie funkcjonują ośrodki akademickie, zróżnicowanie dostępności świadczeń z zakresu diabetologii ze względu na niedobór specjalistów w poszczególnych województwach, a także na problem nierównomiernego rozmieszczenia specjalistów pomiędzy oddziałami szpitalnymi i lecnictwem otwartym. Podkreślił, że prowadzenie leczenia pacjentów wymaga skoordynowania opieki realizowanej w ramach POZ i opieki specjalistycznej.

Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, w raportach za lata 2015–2016, nie odniósł się do spraw z zakresu profilaktyki i leczenia cukrzycy.

2. Działania na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki

Strategia działań
edukacyjnych
i profilaktycznych

W procesie zapobiegania i leczenia cukrzycy typu 2 kluczowe znaczenie ma zachowanie pacjenta. Potwierdzeniem tego jest fakt, iż sama zmiana stylu życia, w tym nawyków żywieniowych oraz zwiększenie aktywności fizycznej powodują poprawę wrażliwości organizmu na insulinę, a także zahamowanie rozwoju choroby. Ogranicza to koszty refundacji leków oraz leczenia powikłań. Jest to zatem najtańszy sposób przeciwdziałania epidemii tej choroby. Tymczasem edukacja w tym zakresie jest zaniedbywana na rzecz tzw. medycyny naprawczej. Potwierdzeniem tego jest fakt, iż Ministerstwo Zdrowia nie opracowało ogólnopolskiej strategii działań ukierunkowanych na prewencję i leczenie cukrzycy. Do opracowania krajowych programów przeciwdziałania cukrzycy wzywa kraje członkowskie Unii Europejskiej Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 marca 2012 roku w sprawie działania w walce z epidemią cukrzycy w UE (2011/2911 (RSP).

Edukacja
diabetologiczna

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, w rocznych raportach z działalności za lata 2015–2016, informowała, że brak odrębnie kontraktowanych przez NFZ świadczeń z zakresu edukacji oraz ograniczony dostęp do specjalistów, edukatorów diabetologicznych obligatoryjnie zatrudnionych w placówkach medycznych określonego typu, to główne bariery słabego upowszechnienia edukacji diabetologicznej w Polsce.

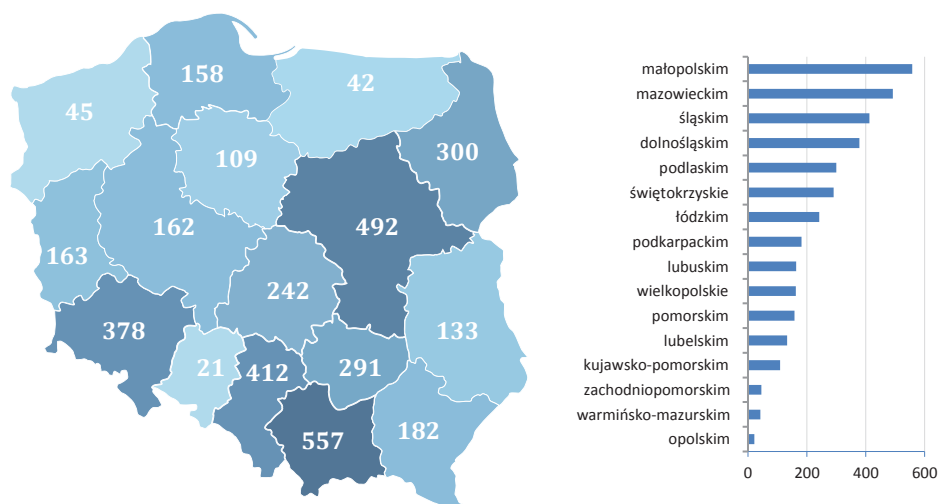
²³ W zakresie sytuacji demograficznej województwa i jego powiatów, kadr medycznych, zasobów sprzętowych, prognozy stanu i struktury ludności oraz prognozy liczby łóżek zawarto w tych częściach odesłanie do odpowiednich elementów tzw. map szpitalnych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W *Raporcie z działalności za 2016 r.*, ww. Konsultant podała również, że dostosowanie liczby etatów pielęgniarskich w ośrodkach zajmujących się leczeniem pacjentów z cukrzycą do realnych potrzeb, zagwarantowanie czasu niezbędnego do przygotowania i fachowego prowadzenia edukacji, implementacja do systemu ochrony zdrowia stanowiska „edukator ds. diabetologii” z ustalonym zakresem zadań i obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności oraz analiza liczby i kwalifikacji pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach i poradniach diabetologicznych w poszczególnych województwach i w skali kraju, opracowanie świadczeń w obszarze pielęgniarstwa diabetologicznego do uwzględnienia w koszyku świadczeń gwarantowanych, to ważne elementy do wdrożenia w tym obszarze pielęgniarstwa dla uzyskania lepszej dostępności świadczeń diabetologicznych.

Infografika nr 1

Liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły kurs specjalistyczny pn. „Edukator w cukrzycy” (stan na 30 czerwca 2017 r.)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

Także Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej, w piśmie z dnia 14 sierpnia 2015 r. skierowanym do Premiera Rzeczypospolitej Polskiej, podkreśliło, że można dokonać wydzielenia świadczenia edukacyjnego, jako odrębnej procedury i że świadczenie gwarantowane – porada edukacyjna odrębnie kontraktowana, powinna być udzielana przez edukatora do spraw diabetologii²⁴.

Podsekretarz Stanu wyjaśniła, że sprawa uwzględnienia w wykazie świadczeń gwarantowanych „diabetologicznej porady edukacyjnej” jest w MZ przedmiotem niezbędnych analiz i przygotowywania materiałów potrzebnych do podjęcia decyzji w ww. sprawie

W roku 2015 r. Ministerstwo Zdrowia nie realizowało programów polityki zdrowotnej dotyczących cukrzycy związanych z profilaktyką i leczeniem tej choroby. Natomiast w latach 2016–2017 (I półrocze) z budżetu państwa z części 46 – Zdrowie na programy polityki zdrowotnej, dotyczące profi-

Programy polityki
zdrowotnej

²⁴ Kwalifikacje edukatora do spraw diabetologii zostały określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896).

laktyki i leczenia cukrzycy, wydatkowano: w roku 2016 r. – 729,1 tys. zł, a w I półroczu 2017 r. – 65,7 tys. zł.

Od 2016 r. realizowany jest w MZ program polityki zdrowotnej pn. „Program Wsparcia AmbulATORYJNEGO Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej na lata 2016–2018” (dalej Program). Na realizację tego Programu zaplanowano środki w kwocie 3 293 tys. zł, w tym: na rok 2016 – 729 tys. zł (i tyle wydatkowano); na rok 2017 – 2 227 tys. zł; na rok 2018 – 337 tys. zł.

Celem ogólnym Programu jest redukcja liczby amputacji i inwalidztwa, przedwczesnych zgonów oraz poprawa jakości życia pacjentów z Zespołem Stopy Cukrzycowej. Cel ten realizowany jest przez cztery zadania²⁵:

- 1) wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej, mogących pełnić funkcję referencyjną;
- 2) wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową przy poradniach diabetologicznych;
- 3) organizację szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC;
- 4) kampanię edukacyjną skierowaną do pacjentów z cukrzycą.

Współpraca
z innymi podmiotami
w zakresie profilaktyki
i leczenia cukrzycy

W okresie objętym kontrolą Minister nie współpracowało z innymi podmiotami przy prowadzeniu działań edukacyjnych związanych z zapobieganiem i ograniczaniem negatywnego wpływu na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych sprzyjających powstawaniu i rozwojowi cukrzycy. Stanowiło to naruszenie art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z którym do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą o świadczeniach zdrowotnych należy między innymi: prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych. Natomiast w ramach współpracy z organizacjami pozarządowymi, w roku 2017, realizowane jest zadanie z zakresu zdrowia publicznego „Program edukacyjny skierowany do osób z cukrzycą mający na celu zwiększenie świadomości żywieniowej tych chorych, połączony z nauką samokontroli, umiejętnością podawania insuliny oraz samoobserwacji i profilaktyki powikłań cukrzycy”.

W latach 2015–2017 (I półrocze), zrealizowano, we współpracy z innymi jednostkami, kilka zadań, które nie odnosiły się wprost do cukrzycy, natomiast dotyczyły eliminacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych.

Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny pracy, w raporcie rocznym za 2016 r., wskazał, że: kształt standardów medycznych zapisanych w rozpo-

²⁵ Według Programu zakres zadań oraz wysokość środków w latach 2016–2018 może ulec zmianie, ponieważ budżet na programy polityki zdrowotnej, które są finansowane z rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej jest planowany na okres jednego roku. W konsekwencji, wysokość środków finansowych przewidzianych do wydatkowania w ramach Programu w latach 2016–2018 jest uzależniona od corocznych decyzji Ministra Zdrowia.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

rzędzeniu w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników²⁶, nie przystaje do dzisiejszych realiów i koncepcji lekarzy specjalistów medycyny pracy i wymaga pilnej zmiany (*nie ma już istotnej wartości merytorycznej w codziennej praktyce lekarza medycyny pracy*), w szczególności nie obejmuje profilaktyki chorób, takich jak choroby układu krążenia i cukrzyca. Powyższe choroby stanowią istotny problem epidemiologiczny i włączając ich wcześnie wykrywanie do badań profilaktycznych pracowników można by uzyskać lepsze efekty związane z wykrywalnością i wczesnym rozpoczęciem terapii.

3. Zasoby kadrowe

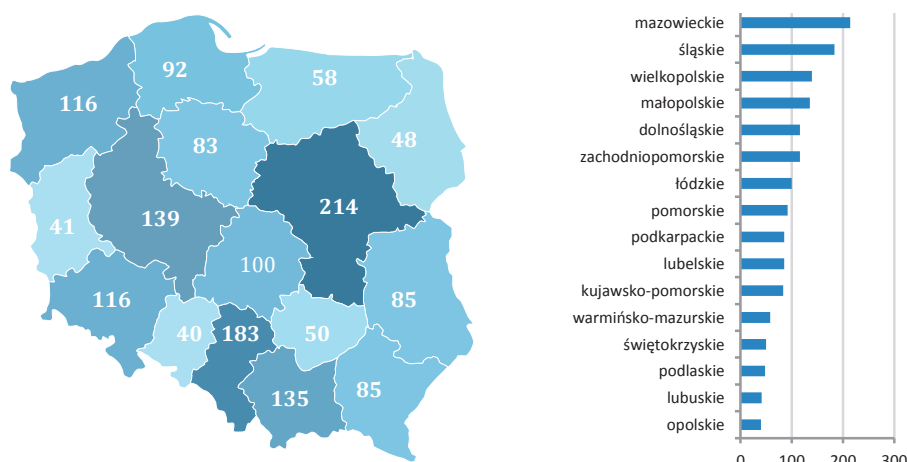
3.1. W okresie objętym kontrolą, liczba diabetologów czynnych zawodowo wzrosła, z 1 119²⁷ do 1 329²⁸ osób (tj. o 18,8%)²⁹.

Zatrudnienie
diabetologów

Rekomendowana, przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii, liczba lekarzy diabetologów powinna wynosić 1585, w tym w województwie: dolnośląskim – 116, kujawsko-pomorskim – 83, lubelskim – 85, lubuskim – 41, łódzkim – 100, małopolskim – 135, mazowieckim – 214, opolskim – 40, podkarpackim – 85, podlaskim – 48, pomorskim – 92, śląskim – 183, świętokrzyskim – 50, warmińsko-mazurskim – 58, wielkopolskim – 139, zachodniopomorskim – 116.

Infografika nr 2

Liczba lekarzy diabetologów rekomendowana przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii (stan na 30 sierpnia 2017 r.)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

Wartość wskaźnika określającego liczbę lekarzy diabetologów przypadającą na 25 tysięcy mieszkańców Polski, według stanu na dzień 30 czerwca

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067); zwane „rozporządzeniem w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników”.

²⁷ Liczba diabetologów ogółem według stanu na dzień 31 grudnia 2014 r. – 1 128.

²⁸ Liczba diabetologów ogółem według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r. – 1 329.

²⁹ W okresie od 31 grudnia 2012 r. do 30 czerwca 2017 r. liczba diabetologów czynnych zawodowo wzrosła z 948 do 1.329 osób, tj. o 40,2%. Dane o liczbie lekarzy pozyskane przez MZ z rejestrów prowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

2017 r., wynosiła 0,87³⁰. Rekomendowana przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii wartość tego wskaźnika powinna wynosić 1,0.

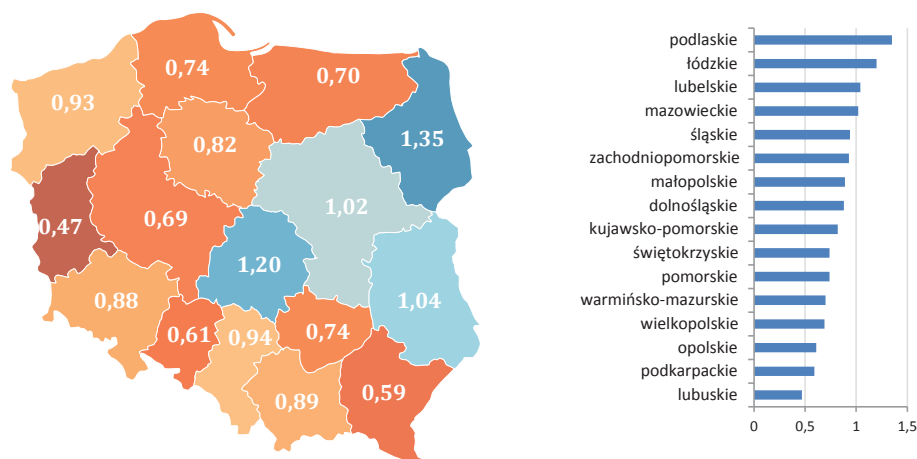
Na terenie kraju występowało znaczne zróżnicowanie terytorialne w zakresie rozmieszczenia specjalistów diabetologów.

Według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r. najniższy wskaźnik liczby diabetologów przypadających na 25 tysięcy mieszkańców odnotowano w województwie lubuskim (0,47). W pozostałych województwach wskaźnik ten kształtował się następująco: dolnośląskie – 0,88, kujawsko-pomorskie – 0,82, lubelskie – 1,04, łódzkie – 1,2, małopolskie – 0,89, mazowieckie – 1,02, opolskie – 0,61, podkarpackie – 0,59, podlaskie – 1,35, pomorskie – 0,74, śląskie – 0,94, świętokrzyskie – 0,74, warmińsko-mazurskie – 0,70, wielkopolskie – 0,69, zachodniopomorskie – 0,93.

W latach 2015–2017 (I półrocze) 182 lekarzy³¹ uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie diabetologii³².

Infografika nr 3

Wskaźnik określający liczbę lekarzy diabetologów przypadającą na 25 tysięcy mieszkańców Polski, według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r., na terenie kraju



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

Podobnie liczba lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (sprawujących również opiekę nad osobami chorymi na cukrzycę) była zróżnicowana na terenie kraju.

Wskaźnik określający liczbę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przypadającą na 10 tysięcy mieszkańców, według stanu na 30 czerwca 2017 r., w poszczególnych województwach kształtował się następująco: dolnośląskie – 3,10; kujawsko-pomorskie – 2,42; lubelskie – 5,31; lubuskie – 2,81; łódzkie – 3,17; małopolskie – 3,07; mazowieckie – 3,00; opolskie – 2,22; podkarpackie – 2,79; podlaskie – 4,96; pomorskie – 2,66; śląskie – 2,29; świętokrzyskie – 2,81; warmińsko-mazurskie – 2,70; wielkopolskie – 2,51; zachodniopomorskie – 3,07. Liczba lekarzy POZ przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców Polski, według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r., wynosiła 2,98.

³⁰ W przypadku lekarzy chorób wewnętrznych – 8,1.

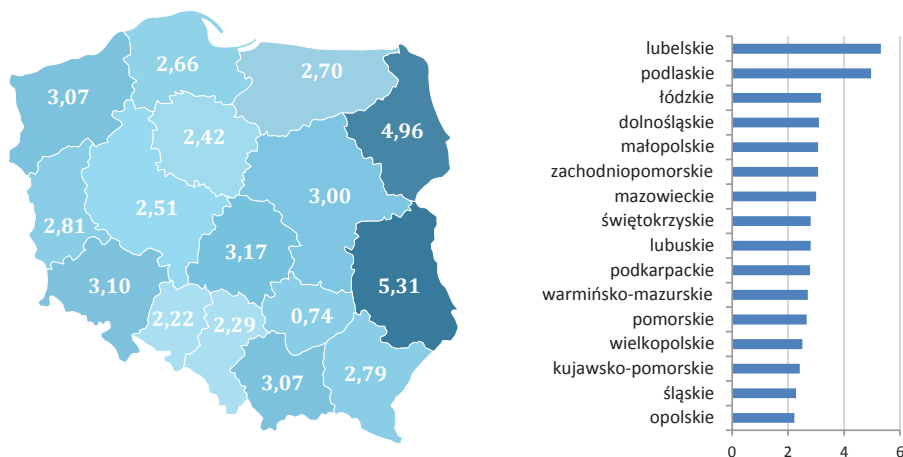
³¹ W roku 2015 – 74, w roku 2016 – 78, w roku 2017 (I półrocze) – 30.

³² W latach poprzednich liczba lekarzy, którzy złożyli Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie diabetologii z wynikiem pozytywnym i uzyskali tytuł specjalisty w dziedzinie diabetologii wyniosła: w roku 2013 – 92, w roku 2014 – 86.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 4

Wskaźnik określający liczbę lekarzy POZ przypadającą na 10 tysięcy mieszkańców Polski, według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r. na terenie kraju



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

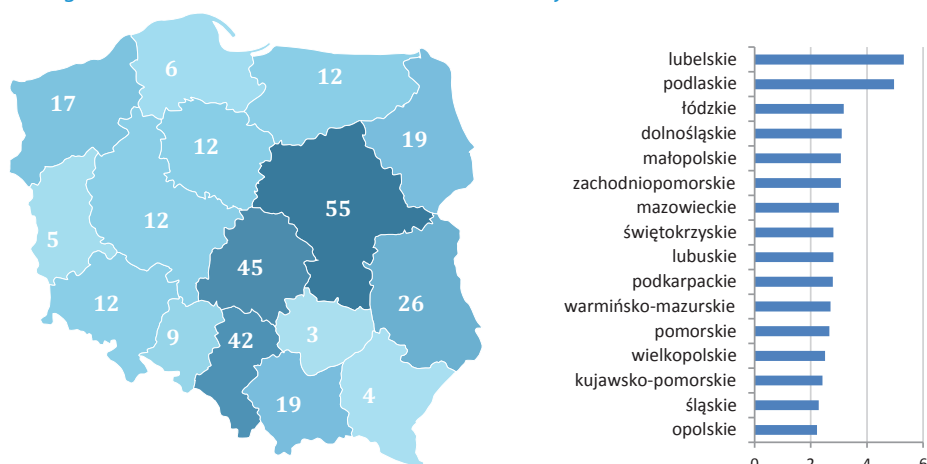
3.2. Według stanu na dzień 1 października 2014 r., liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji z diabetologii wynosiła 50 (liczba miejsc szkoleniowych – 266), a według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r. wynosiła 57 (liczba miejsc szkoleniowych – 298).

Szkolenie
diabetologów

W 2017 r. rozmieszczenie miejsc szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie diabetologii, w poszczególnych województwach, było nierównomierne i kształtowało się następująco: dolnośląskie – 12, kujawsko-pomorskie – 12, lubelskie – 26, lubuskie – 5, łódzkie – 45, małopolskie – 19, mazowieckie – 55, opolskie – 9, podkarpackie – 4, podlaskie – 19, pomorskie – 6, śląskie – 42, świętokrzyskie – 3, warmińsko-mazurskie – 12, wielkopolskie – 12, zachodniopomorskie – 17.

Infografika nr 5

Rozmieszczenie miejsc szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie diabetologii, według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r. na terenie kraju



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

Minister Zdrowia przyznał łącznie 95 miejsc szkoleniowych w dziedzinie diabetologii w trybie rezydentury, dla lekarzy, którzy rozpoczęli specjalizację na podstawie postępowań kwalifikacyjnych przeprowadzonych w okresie od 1 października 2014 r. do 31 marca 2017 r.

Minister Zdrowia przy ustalaniu liczby rezydentur brał pod uwagę opinie konsultantów krajowych dotyczące oceny zasobów oraz potrzeb kadrowych, przedkładane dwa razy do roku, przed terminem rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji lekarskich.

Ponadto przy ustalaniu ogólnej liczby miejsc rezydenckich Minister Zdrowia brał pod uwagę liczbę lekarzy, którzy, w danym roku, będą kończyć staż podyplomowy.

Określenie wskaźników zapotrzebowania na diabetologów

Minister Zdrowia nie określił zasad ustalania liczby lekarzy niezbędnej dla zapewnienia optymalnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej chorym na cukrzycę. W 2017 r. w Ministerstwie Zdrowia prowadzono prace nad opracowaniem metodologii, służącej oszacowaniu potrzebnej liczby lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Dane dotyczące liczby lekarzy i pielęgniarek, w tym lekarzy diabetologów oraz medianę ich wieku, przedstawiono w „Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski”. W mapie tej stwierdzono m.in., że istnieje znaczny niedobór wśród specjalistów oraz że istnieje konieczność szybkiego „odmłodzenia” kadry lekarskiej. Wśród dziedzin medycyny z potencjalnie zbyt małym zapleczem kadrowym nie wymieniono diabetologii, endokrynologii, chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej.

4. Wprowadzanie nowych technologii do leczenia cukrzycy

4.1. W latach 2015–2017 (I półrocze) na listę leków refundowanych zostało wprowadzonych 29 nowych leków stosowanych w leczeniu cukrzycy. Na dzień 1 lipca 2017 r. refundacją objętych było 165 takich leków oraz 32 wyroby medyczne³³.

Realizacja wniosków o objęcie leków refundacją

W roku 2016 do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły wnioski o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla 3 preparatów³⁴ ze wskazaniem cukrzycy typu 2 (dotychczas refundowane z uwagi na wskazanie cukrzycy typu 1). Uzyskały one negatywne rekomendacje Prezesa AOTMiT³⁵, a Komisja Ekonomiczna, po negocjacjach z wnioskodawcami, wydała uchwałę, w których uznała za nieodpowiednie ustalone ceny zbytu wraz z zaproponowanym instrumentem dzielenia ryzyka dla tych leków.

Przed wydaniem decyzji przez Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu tych leków, postępowania w ich sprawie zostały zawieszone³⁶.

³³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2017 r. poz. 71).

³⁴ Tresiba Penfill, Tresiba Flex Touc (Insulinum degludec), Abasaglar (Insulinum glargine).

³⁵ Rekomendacje Prezesa AOTMiT: nr 65/2016 z dnia 18 października 2016 r. oraz nr 60/2016 z dnia 29 września 2016 r. Leki te są obecnie refundowane we wskazaniach: cukrzyca typu 1 u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od dwóch lat i powyżej; cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej sześciu miesięcy i z HbA1c >8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej sześć miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii; cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od dwóch do sześciu lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO).

³⁶ Zawieszenie postępowania wstrzymuje bieg terminów przewidzianych w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego – art. 103 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257). Do czasu podjęcia postępowań na wnioski stron, Minister Zdrowia nie podejmuje żadnych czynności w przedmiotowych sprawach.

4.2. W latach 2013–2017 (I półrocze) do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 12 wniosków o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leków inkretynowych³⁷ oraz trzy wnioski, które dotyczyły leków z grupy flozyn³⁸. Wskazaniem do stosowania leków wymienionych we wnioskach była „cukrzyca typu 2”. Spośród 14 wniosków³⁹, 10 uzyskało pozytywne rekomendacje Prezesa AOTMiT o objęciu refundacją wskazanych leków: w 2013 r. – trzy wnioski⁴⁰, w 2014 r. – sześć wniosków⁴¹ i w 2017 r. jeden wniosek⁴².

Pozostałe wnioski (4) dotyczące leków z grupy leków inkretynowych (2)⁴³: oraz leków z grupy flozyn (2)⁴⁴ zostały ocenione negatywnie przez Prezesa AOTMiT⁴⁵. W przedłożonych Ministrowi Zdrowia rekomendacjach (pozytywnych), Prezes AOTMiT podkreślał znaczny wzrost wydatków płatnika publicznego, związany z refundacją tych produktów leczniczych, wskazując jednocześnie potrzebę podjęcia działań mających na celu wynegocjowanie warunków finansowania obniżających koszty terapii lub zastosowanie korzystnych instrumentów dzielenia ryzyka.

³⁷ Z grupy agonistów peptydu glukagonopodobnego typu 1 (GLP-1) i z grupy inhibitorów dipeptydylopeptydazy-4 (DPP-IV), tj. Victoza (Liraglutidum), Galvus (Wildagliptinum), Eucreas (Wildagliptinum + Metforminum), Bydureon (Exenatidum), Januvia (Sitagliptinum), Onglyza (Saxagliptinum), Ristfor (Sitagliptinum + Metforminum), Ristaben (Sitagliptinum), Janumet (Sitagliptinum + Metforminum), Komboglyze (Saxagliptinum + Metforminum), Trajenta (Linagliptinum), Vipidia (Alogliptinum).

³⁸ Glikoflozyny – z grupy inhibitorów kotransportera 2 glukozy zależnego od jonów sodowych (SGLT-2), tj. Invokana (Canagliflozinum), Forxiga (Dapagliflozinum), Jardiance (Empagliflozinum).

³⁹ Postępowanie w sprawie wniosku dotyczącego leku inkretynowego Vipidia (Alogliptinum) zostało zawieszone przed złożeniem wniosku w AOTMT.

⁴⁰ Victoza (Liraglutidum), lek zarejestrowany i finansowany w sześciu krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB (Czechy, Estonia, Łotwa, Słowacja, Słowenia, Węgry). Galvus (Wildagliptinum), lek finansowany w dwóch krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB (Czechy, Węgry).

Eucreas (Wildagliptinum + Metforminum), lek zarejestrowany i finansowany w czterech krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB (Czechy, Łotwa, Słowacja, Węgry).

⁴¹ Bydureon (Exenatidum), lek zarejestrowany i finansowany w jednym kraju (Węgry) o zbliżonym do Polski poziomie PKB.

Januvia (Sitagliptinum), lek jest finansowany we wszystkich krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB. Ristfor (Sitagliptinum + Metforminum) i Ristaben (Sitagliptinum), leki nie są finansowane w krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB.

Janumet (Sitagliptinum + Metforminum), lek jest finansowany we wszystkich krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB.

Onglyza (Saxagliptinum), lek jest finansowany w pięciu krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB (Estonia, Litwa, Łotwa, Słowacja, Węgry).

⁴² Jardiance (Empagliflozinum), lek finansowany w jednym kraju (Słowacja) o zbliżonym do Polski poziomie PKB.

⁴³ Komboglyze (Saxagliptinum + Metforminum), Trajenta (Linagliptinum).

⁴⁴ Invokana (Canagliflozinum), Forxiga (Dapagliflozinum).

⁴⁵ Rekomendacje Prezesa AOTMiT: nr 245/2014 z dnia 17 listopada 2014 r., nr 29/2015 z dnia 7 kwietnia 2015 r., nr 211/2014 z dnia 8 września 2014 r. Na wnioski podmiotów odpowiedzialnych nastąpiło zawieszenie postępowania przed podjęciem uchwały przez Komisję Ekonomiczną: Komboglyze (Saxagliptinum + Metforminum); przed wydaniem decyzji Ministra Zdrowia: (Forxiga (Dapagliflozinum), Invokana (Canagliflozinum)).

Wnioski pozytywnie ocenione przez AOTMiT zostały przekazane Komisji Ekonomicznej, która dla dziewięciu⁴⁶ z nich przeprowadziła negocjacje warunków finansowania. Ustalono urzędowe ceny zbytu wraz z zaproponowanym instrumentem dzielenia ryzyka dla danego leku⁴⁷. W przypadku wszystkich ww. dziewięciu leków ustalone ceny leków, wraz z zaproponowanym instrumentem podziału ryzyka, Komisja Ekonomiczna uznała za nieodpowiednie. Uchwały Komisji, stanowiące wynik negocjacji, zostały przedłożone Ministrowi Zdrowia.

Według art. 12 pkt 1–13 ustawy o refundacji minister właściwy do spraw zdrowia, mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, wydaje decyzję administracyjną o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu, przy uwzględnieniu następujących kryteriów: stanowiska Komisji Ekonomicznej; rekomendacji Prezesa Agencji; istotności stanu klinicznego, którego dotyczy wniosek o objęcie refundacją; skuteczności klinicznej i praktycznej; bezpieczeństwa stosowania; relacji korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania; stosunku kosztów do uzyskanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym; konkurencyjności cenowej; wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców; istnienia alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania; wiarygodności i precyzji oszacowań kryteriów (...); priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach; wysokości progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (...)⁴⁸.

Do dnia zakończenia kontroli przez NIK, Minister Zdrowia nie podjął ani jednej pozytywnej decyzji o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu, dotyczącej ww. leków, które uzyskały pozytywne rekomendacje Prezesa AOTMiT. Minister Zdrowia odmówił objęcia refundacją i ustaleniu urzędowej

⁴⁶ Do dnia 7 lipca 2017 r. nie było uchwały Komisji Ekonomicznej dotyczącej leku Jardiance (Empagliflozinum), który uzyskał pozytywną rekomendację Prezesa AOTMiT z dnia 5 maja 2017 r.

⁴⁷ Według art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.), zwanej w dalszej treści „ustawą o refundacji”, instrumenty dzielenia ryzyka mogą dotyczyć: uzależnienia wielkości przychodu wnioskodawcy od uzyskanych efektów zdrowotnych, uzależnienia wysokości urzędowej ceny zbytu od zapewnienia przez wnioskodawcę dostaw po obniżonej ustalonej w negocjacjach cenie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego; uzależnienia wysokości urzędowej ceny zbytu od wielkości obrotu lekiem, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobem medycznym; uzależnienia wysokości urzędowej ceny zbytu od zwrotu części uzyskanej refundacji podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń zdrowotnych; ustalenia innych warunków refundacji mających wpływ na zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych lub obniżenie kosztów tych świadczeń.

⁴⁸ Skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, o którym mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz. U. poz. 1188 oraz z 2009 r. poz. 817), a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu – koszt uzyskania dodatkowego roku życia – biorąc pod uwagę inne możliwe do zastosowania w danym stanie klinicznym procedury medyczne, które mogą być zastąpione przez wnioskowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny.

dowej ceny zbytu leków: Eucreas (Wildagliptinum + Metrforminum)⁴⁹ oraz Victoza (Liraglutidum)⁵⁰.

W przypadku leku Jardiance (Empagliflozinum) Komisja Ekonomiczna nie podjęła uchwały⁵¹ w sprawie refundacji tego leku.

Na wnioski podmiotów odpowiedzialnych nastąpiło zawieszenie postępowania⁵²:

- przed podjęciem uchwały przez Komisję Ekonomiczną – dotyczy jednego leku⁵³,
- przed wydaniem decyzji Ministra Zdrowia – dotyczy 6 leków⁵⁴.

W przypadku leku Victoza, w dniu 27 czerwca 2017 r. do Ministerstwa wpłynął kolejny wniosek o objęcie tego leku refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu⁵⁵.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, w wyjaśnieniach w sprawie nie-refundowania leków nowej generacji na cukrzycę (z grupy leków inkretynowych i z grupy flozyn), pomimo że leki te uzyskały pozytywne rekomendacje Prezesa AOTMiT o objęciu ich refundacją, podał m.in., że „...w części przypadków brak objęcia refundacją wynika z faktu wydania decyzji odmawiających objęcia refundacją i ustalenia ceny urzędowej, w innych przypadkach postępowania nie zostały zakończone ze względu na zawieszenie ich biegu, zaś w jednym przypadku decyzja nie została jeszcze podjęta”. Ponadto Sekretarz Stanu w wyjaśnieniach podała uzasadnienia 2 negatywnych decyzji Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu leku Eucreas

⁴⁹ Decyzja nr RN13072547/06/14 z dnia 27 czerwca 2014 r. W uzasadnieniu tej decyzji podano między innymi, że Minister Zdrowia odmawia objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu leku Eucreas z uwagi na niespełnienie przez ten produkt leczniczy następujących kryteriów: stanowiska Komisji Ekonomicznej; stosunku kosztów do uzyskanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym; skuteczności klinicznej i praktycznej; bezpieczeństwa stosowania; konkurencyjności cenowej; wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców; istnienia alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania.

⁵⁰ Decyzja RN13072483/11/15 z dnia 9 listopada 2015 r. W uzasadnieniu tej decyzji podano między innymi, że Minister Zdrowia odmawia objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu leku Victoza z uwagi na niespełnienie kryteriów: stanowiska Komisji Ekonomicznej; skuteczności klinicznej i praktycznej; bezpieczeństwa stosowania; relacji korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania; stosunku kosztów do uzyskanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym; konkurencyjności cenowej; wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców; istnienia alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania.

⁵¹ Do dnia 7 lipca 2017 r. według wyjaśnień podsekretarza stanu w MZ w przypadku leku Jardiance (empagliflozinum), zgodnie ze stanem sprawy na dzień 16 sierpnia 2017 r., na obecnym etapie postępowania, po przeprowadzeniu negocjacji Komisji Ekonomicznej z wnioskodawcą, decyzja Ministra Zdrowia o zasadności objęcia przedmiotowego leku refundacją nie została jeszcze podjęta.

⁵² Zawieszenie postępowania wstrzymuje bieg terminów przewidzianych w kodeksie postępowania administracyjnego. Do czasu podjęcia postępowań na wnioski stron Minister Zdrowia nie podejmuje żadnych czynności w przedmiotowych sprawach.

⁵³ Bydureon (Exenatidum).

⁵⁴ Galvus (Wildagliptinum), Januvia (Sitagliptinum), Ristfor (Sitagliptinum + Metforminum), Ristaben (Sitagliptinum), Janumet (Sitagliptinum + Metforminum), Onglyza (Saxagliptinum).

⁵⁵ Do dnia 7 lipca 2017 r. nie zostały jeszcze sporządzone dokumenty opracowywane przez AOTMiT, tj. analiza weryfikacyjna, stanowisko Rady Przejrzystości, rekomendacja Prezesa.

i Victoza, wskazując w nich na niespełnienie części kryteriów wymienionych w art. 12 ustawy o refundacji.

Z wyjaśnień Naczelnika Wydziału Refundacyjno-Analitycznego w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji⁵⁶ wynika, że Departament Polityki Lekowej i Farmacji nie posiadał wiedzy, które państwa Unii Europejskiej nie refundują leków inkretynowych i flozyn.

NIK zwraca uwagę, że dostępność, w ramach refundacji, niektórych leków inkretynowych, czy flozyn, dla chorych z niekontrolowaną cukrzycą typu 2, mogłaby wpłynąć na poprawę efektów leczenia, a tym samym zmniejszenie ryzyka rozwoju niebezpiecznych dla zdrowia i życia powikłań cukrzycy. Należy zaznaczyć, że leki z tych grup są refundowane, w różnym stopniu, w krajach UE.

Skargi i petycje

W kontrolowanym okresie do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły od osób fizycznych cztery skargi, które dotyczyły problemów w uzyskaniu dostępu do właściwego leczenia cukrzycy. Zostały one, zgodnie z art. 231 k.p.a., przekazane do rozpoznania właściwym kompetencyjnie organom i podmiotom.

W pismach przekazujących skargi Ministerstwo nie prosiło o poinformowanie o sposobie ich załatwienia.

W dniu 26 sierpnia 2015 r. wpłynęła do Ministerstwa petycja „Cukrzyca bez powikłań” Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej⁵⁷ w sprawie konieczności zapewnienia odpowiedniej opieki diabetologicznej chorym na cukrzycę w Polsce (odpowiedzi udzieliło MZ pismem z dnia 23 września 2015 r.).

W petycji „Cukrzyca bez powikłań” zgłoszono postulaty dotyczące zagwarantowania opieki diabetologicznej zgodnej ze standardami panującymi w innych krajach UE, w tym: kompleksowej edukacji osób z cukrzycą; stałego dostępu do specjalistycznej opieki diabetologicznej i konsultacji z lekarzami różnych specjalności; indywidualizacji leczenia oraz równego dostępu do świadczeń terapeutycznych i diagnostycznych.

W piśmie tym podano między innymi, że brak refundacji niektórych terapii sprawia, że lekarze i pacjenci pozbawieni są skutecznych opcji terapeutycznych, przez co indywidualizacja leczenia w Polsce jest niemożliwa.

W odpowiedzi na petycję⁵⁸ Sekretarz Stanu poinformowała, że obecnie trwają prace nad przygotowaniem warunków realizacji świadczenia „diabetologiczna porada edukacyjna”, które zostaną zaproponowane przy najbliższej nowelizacji rozporządzenia „koszykowego” z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

⁵⁶ Z upoważnienia Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji.

⁵⁷ Skierowana do Prezesa Rady Ministrów.

⁵⁸ Pismo z dnia 23 września 2015 r.

5.2. Narodowy Fundusz Zdrowia

5.2.1. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

W okresie objętym kontrolą nie nastąpiła poprawa dostępu do świadczeń dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, mimo iż ambulatoryjna opieka zdrowotna nad osobami z tym schorzeniem realizowana jest w formie:

- podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS),
- kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej („KAOS–cukrzyca”).

Liczba badań diagnostycznych mających na celu wykrycie cukrzycy, na które kierowani byli pacjenci przez lekarzy POZ, wyniosła⁵⁹ w 2015 r. 37.888,2 tys., a w 2016 r. – 41.453,1 tys. (tj. wzrost o 9,4 %).

Badania diagnostyczne
w POZ

NFZ zawarł umowy na udzielanie świadczeń w zakresie diabetologii w rodzaju AOS na leczenie pacjentów z cukrzycą⁶⁰:

- a) w 2015 r. z 715 świadczeniodawcami⁶¹,
- b) w 2016 r. z 714 świadczeniodawcami,
- c) w 2017 r. (I półrocze) z 701 świadczeniodawcami.

Udzielanie świadczeń
w poradniach
diabetologicznych

W badanym okresie liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia specjalistyczne dla pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2⁶² była najniższa na terenie województwa lubuskiego (i wyniosła – odpowiednio w badanych latach 14, 13 i 12), a najwyższa na terenie województwa śląskiego (wyniosła odpowiednio – 125, 126 i 124)⁶³.

Wartość świadczeń zakontraktowana przez Fundusz, w ramach AOS, w poradniach diabetologicznych (wszystkie rodzaje cukrzycy)⁶⁴ wyniosła: w 2015 r. – 99.260,3 tys. zł (wartość świadczeń wykonanych na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2 wyniosła 80.828,2 tys. zł), w 2016 r. – odpowiednio – 99.105,8 tys. zł (80.964,6 tys. zł), w 2017 r. (I półrocze) – 48.067,2 tys. zł (41.660,4 tys. zł).

Liczba pacjentów chorych na cukrzycę⁶⁵, oczekujących na świadczenia w poradni diabetologicznej, w przypadkach pilnych, wyniosła na koniec 2015 r. – 476 osób, na koniec 2016 r. – 563 osoby, a na koniec I półrocze

⁵⁹ Brak danych za I półrocze 2017 r.

⁶⁰ Wszystkie typy cukrzycy (E10–E14).

⁶¹ Niektórzy świadczeniodawcy mieli w swojej strukturze organizacyjnej kilka przychodni/poradni różnej specjalności, w których udzielali świadczenia z zakresu diabetologii (w 2015 r. – 715 świadczeniodawców w 759 przychodniach, w 2016 r. – 714 świadczeniodawców w 752 przychodniach, a w I półroczu 2017 r. – 701 świadczeniodawców w 740 przychodniach).

⁶² Stosowany w informacji zwrot „pacjenci z cukrzycą typu 2” w każdym przypadku dotyczy pacjentów powyżej 18. roku życia.

⁶³ W 2015 r. liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu diabetologii w innych województwach wynosiła m.in. 99 w woj. mazowieckim, 54 w woj. wielkopolskim, 20 w woj. opolskim, 21 w woj. podlaskim. W roku 2016 i 2017 (I półroczu) liczba świadczeniodawców była na zbliżonym poziomie.

⁶⁴ Fundusz kontraktuje świadczenia łącznie dla wszystkich rodzajów cukrzycy.

⁶⁵ „Listy oczekujących” dotyczące chorych na cukrzycę, obejmują łącznie wszystkich pacjentów niezależnie od rodzaju cukrzycy osoby z grup E10–E14 i prowadzone są dla pacjentów pierwszorazowych, czyli świadczeniobiorców, którzy w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystali ze świadczeń w danym zakresie.

2017 r. – 777 osób. Natomiast na świadczenia jako przypadki stabilne oczekiwało odpowiednio – 22.961, 24.188 i 26.005 osób. Średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów do poradni diabetologicznej wynosił, w przypadkach pilnych, cztery dni na koniec 2015 r., siedem dni na koniec 2016 r. i osiem dni na koniec I półrocza 2017 r. W przypadkach stabilnych czas oczekiwania wynosił odpowiednio 55, 62 i 60 dni.

Najkrótszy średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia w poradni diabetologicznej w przypadkach pilnych, odnotowano na koniec 2015 r. w województwie łódzkim i podkarpackim (jeden dzień) oraz dolnośląskim, lubelskim i zachodniopomorskim (po dwa dni), a najdłuższy – w województwie mazowieckim i podlaskim (10 dni). Na koniec 2016 r. najkrótszy czas był w województwie podkarpackim (jeden dzień), lubelskim (dwa dni), łódzkim, wielkopolskim i zachodniopomorskim (trzy dni), a najdłuższy w województwie mazowieckim i warmińsko-mazurskim (13 dni) oraz podlaskim, kujawsko-pomorskim i lubuskim (po 10 dni). Na koniec I półrocza 2017 r. czas ten był najkrótszy w województwie świętokrzyskim (jeden dzień), a najdłuższy – w mazowieckim i podlaskim (18 i 17 dni). Natomiast na świadczenia, w przypadkach stabilnych, najkrótszy średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia w poradni diabetologicznej odnotowano, na koniec 2015 r., w województwie świętokrzyskim (26 dni), a najdłuższy w mazowieckim (90 dni), na koniec 2016 r. – dane te wynosiły odpowiednio – 32 dni w województwie świętokrzyskim i 102 dni w mazowieckim, a na koniec I półrocza 2017 r. – 35 dni w województwie świętokrzyskim i 92 dni w mazowieckim.

P.o. dyrektora Departamentu Spraw Świadczeniobiorców wyjaśnił m.in., że obserwowany w przypadku poradni i oddziałów wzrost liczby osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania w IV kwartale 2016 r. w porównaniu do IV kwartału 2015 r. nie wynika bezpośrednio z jednej przyczyny. Większość pacjentów w poradniach diabetologicznych to pacjenci chorzy przewlekle, którzy znajdują się pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż w innych rodzajach poradni, przez co osoby, pozostające w toku leczenia „blokują” miejsca dla kolejnych pacjentów. Wielu pacjentów chorych przewlekle wybiera stałe wizyty u specjalisty, pomimo iż stan zdrowia nie wskazuje na taką konieczność. Kontrola stanu zdrowia mogłaby być realizowana przez lekarza POZ. Przy rosnącej liczbie pacjentów chorych przewlekle, pozostawianie ich pod stałą opieką specjalisty powoduje, że czasy ulegają wydłużaniu. Ponadto, rosnący udział pacjentów powyżej 65. roku życia powoduje wzrost zapotrzebowania na określone świadczenia opieki zdrowotnej.

Udzielanie świadczeń w innych poradniach specjalistycznych

Świadczenia dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 były udzielane także w innych specjalistycznych poradniach niż diabetologiczne (w 2015 r. w 49 rodzajach poradni, w 2016 r. w 57, a w I kw. 2017 r. w 46). Łączna wartość tych świadczeń wyniosła: 4.564,2 tys. zł w – 2015 r., 5.186,4 tys. zł w – 2016 r. i 1.407,6 tys. zł w I kw. 2017 r., (co stanowiło 4,5% wartości świadczeń udzielonych w poradniach diabetologicznych w 2015 r., 5,1% w 2016 r. i 5,2% w I kw. 2017 r.).

Świadczenia te były udzielane głównie w poradniach: chirurgii ogólnej (835 poradni w 2015 r., 848 – w 2016 r. i 616 – w I kw. 2017 r., kardiologicznej (odpowiednio w badanym okresie 385, 409 i 256), okulistycznej (odpowiednio 335, 346 i 242), endokrynologicznej (odpowiednio 231, 221 i 150), nefrologicznej (odpowiednio 152, 149 i 132) i neurologicznej (odpowiednio 130, 163 i 132).

W 2008 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wprowadzono do finansowania produkt kontraktowy pn. „Kompleksowa ambulatoryjna

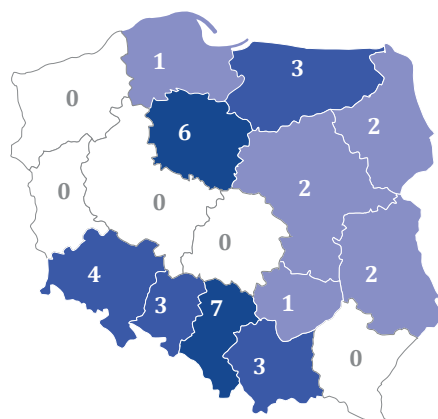
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą (KAOS–cukrzyca)”⁶⁶. Celem jego wdrożenia była poprawa skuteczności leczenia pacjentów chorych na cukrzycę, prowadzonego w oparciu o aktualnie obowiązujące standardy opieki diabetologicznej, a w następstwie zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy i jej powikłań.

W okresie objętym kontrolą świadczenia w ramach „KAOS – cukrzyca” realizowali świadczeniodawcy na terenie 11 OW NFZ⁶⁷, tj. w 2015 r. – 38 świadczeniodawców, w 2016 – 35, a w 2017 r. w I półroczu – 34.

Infografika nr 6

Rozmieszczenie KAOS na terenie kraju (w latach 2015–2016)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wartość świadczeń zakontraktowana przez Fundusz w ramach „KAOS – cukrzyca” wyniosła:

- w 2015 r. – 11.776,9 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń na rzecz pacjentów z cukrzycą (wszystkie rodzaje) wyniosła 11.517,4 tys. zł, (w tym 7.115,7 tys. zł, stanowiły świadczenia udzielone pacjentom z cukrzycą typu 2);

⁶⁶ Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne zał. nr 1c – Katalog świadczeń i zał. nr 3 c – Zasady realizacji KAOS nad pacjentem z cukrzycą. Zarządzenie ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń w 2008 r. i w latach następnych. Natomiast w okresie objętym kontrolą obowiązywały zasady realizacji „KAOS – cukrzyca” wprowadzone zarządzeniem Prezesa NFZ z 5 grudnia 2014 r.

Załącznik 3c do zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z 5 grudnia 2014 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze zm. Kwalifikacja do objęcia KAOS – cukrzyca odbywa się w ramach porady specjalistycznej w poradni diabetologicznej. Świadczenia w przedmiotowym zakresie obejmują m.in. wykonanie niezbędnych badań i konsultacji (z wyłączeniem badań potwierdzających wstępne rozpoznanie), w tym zapewnienie konsultacji okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych; nadzór nad pacjentem (obserwacja) adekwatny do aktualnego stanu zdrowia wraz z konieczną diagnostyką i monitorowaniem, wyrównywanie glikemii, parametrów równowagi wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, przeprowadzenie edukacji w zakresie samokontroli cukrzycy i zasad prawidłowego odżywiania. Finansowanie konsultacji okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych i chirurgicznych odbywa się ze środków świadczeniodawcy realizującego program. Poradnia realizująca KAOS – cukrzyca powinna być czynna 5 dni w tygodniu w godzinach 8.00–18.00. Pacjenci z cukrzycą typu 2 powinni mieć zapewnione średnio 4 porady w roku, realizowane nie rzadziej niż raz na trzy miesiące.

⁶⁷ W województwie dolnośląskim: w 2015 r. – 4 świadczeniodawców, w 2016 r. – 4, w I kw. 2017 r. – 4 i odpowiednio w woj.: kujawsko-pomorskim (7,6,6), lubelskim (2,2,2), małopolskim (3,3,3), mazowieckim (2,2,2), opolskim (3,3,3), podlaskim (2,2,2), pomorskim (3,2,1), śląskim (8,7,7), świętokrzyskim (1,1,1), warmińsko – mazurskim (3,3,3).

- w 2016 r. – 11.580,9 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń na rzecz pacjentów z cukrzycą (wszystkie rodzaje) wyniosła 11.627,3 tys. zł, (w tym 7.437,9 tys. zł stanowiły świadczenia dla pacjentów z cukrzycą typu 2);
- w 2017 r. (I półrocze) 6.195,8 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń na rzecz pacjentów z cukrzycą (wszystkie rodzaje) wyniosła 5.972,3 tys. zł, (w tym 3.192,5 tys. zł stanowiły świadczenia dla pacjentów z cukrzycą typu 2).

W badanym okresie NFZ nie zawarł umów ze świadczeniodawcami z terenu 5 OW NFZ (tj. lubuskiego, łódzkiego, podkarpackiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego) na świadczenia udzielane w ramach „KAOS – cukrzyca”. Tym samym, chorym na cukrzycę (w tym cukrzycę typu 2) nie zapewniono dostępu do tego rodzaju świadczeń.

Z-ca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, w sprawie niepodpisania umów ze świadczeniodawcami w pięciu OW NFZ na świadczenie w ramach „KAOS – cukrzyca” m.in., że (...) *podstawą takiej umowy jest liczba pacjentów spełniających kryteria do opieki w KAOS i spełnienie odpowiednich warunków przez świadczeniodawców (np. dostępność w godzinach 8.00–18.00). Województwa, w których nie zawarto umowy, nie spełniały ww. warunków. Zmniejszająca się liczba umów, także ma przyczynę w wyżej opisanych warunkach.(...) „Ponadto w roku 2014 po włączeniu weryfikacji centralnej oraz oddziałowej dotyczącej spełnienia kryteriów opieki (liczba porad), okazało się, że znaczna część świadczeniodawców nie realizuje regularnej opieki. W związku z tym do zarządzenia AOS na rok 2013 i lata następne wprowadzono przepisy w brzmieniu: „2. Warunkiem finansowania świadczeń KAOS jest udzielanie świadczeń zgodnie z postanowieniami określonymi w załączniku nr 3 część c i d, w sposób ciągły i regularny, z częstotliwością nie mniejszą niż raz na trzy miesiące. W przypadku niespełnienia wymogu określonego w ust. 2, leczenie danego świadczeniobiorcy, przestaje być finansowane stawką kapitałową. Jednocześnie świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania temu świadczeniobiorcy możliwości dalszego leczenia diabetologicznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”. Także bieżące monitorowanie jakości opieki w KAOS, mierzona liczbą regularnie udzielanych porad, sprawiło, że część świadczeniodawców mogła zrezygnować z umów z NFZ, pozostając jedynie przy realizacji porad diabetologicznych. Należy zaznaczyć, że KAOS – cukrzyca i porady w poradniach diabetologicznych stanowią odrębne formy rozliczania świadczeń. Zmniejszenie liczby umów w KAOS nie ogranicza dostępności do świadczeń dla chorych na cukrzycę.*

Świadczenia KLRP

W 2014 r. NFZ wprowadził produkt kontraktowy⁶⁸ pn. „Kompleksowe leczenie ran przewlekłych” (KLRP-1). Celem świadczenia było objęcie pacjentów z ranami przewlekłymi (trudno gojącymi się) kompleksową opieką zapewniającą leczenie samej rany – ambulatoryjne lub szpitalne (operacyjne), w zależności od stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz koordynację leczenia choroby wyjściowej, będącej pierwotną przyczyną rany.

⁶⁸ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 51/2014/DSOZ z dnia 31 lipca 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

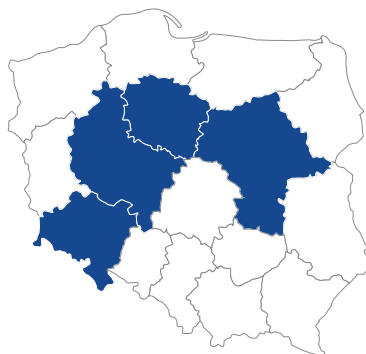
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W okresie objętym kontrolą Fundusz nie podjął jednak skutecznych działań polegających na objęciu pacjentów z ranami przewlekłymi – z zespołem stopy cukrzycowej – tą kompleksową opieką, o czym świadczy niezawarcie umów w tym zakresie ze świadczeniodawcami w 12 OW NFZ.

Świadczeniami w zakresie KLRP-1 objęto pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej na terenie czterech województw (dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, mazowieckiego, wielkopolskiego).

Infografika nr 7

Rozmieszczenie KLRP na terenie kraju (w latach 2015–2017)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W 2015 r. wartość rozliczonych świadczeń udzielonych 106 pacjentom⁶⁹ w tym zakresie (KLRP-1) wyniosła 177,9 tys. zł, w 2016 r. – 171,5 tys. zł za świadczenia udzielone 117 pacjentom, a w I półroczu 2017 r. – 66,9 tys. zł za świadczenia udzielone 75 pacjentom.

Poza finansowaniem świadczeń udzielonych w ramach KLRP-1, Fundusz refundował również koszty zakupu opatrunków do leczenia ran stosowanych indywidualnie (osobiście) przez pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej. W 2015 r. kwota refundacji z tego tytułu wyniosła 1.444,5 tys. zł (7.399 pacjentom), w 2016 r. – 2.075,5 tys. zł (9.667 pacjentom), a w 2017 r. (I kw.)⁷⁰ – 650,5 tys. zł (3.646 pacjentom).

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśnił m.in., że bardzo niewielu świadczeniodawców było przygotowanych do realizacji KLRP-1 i spełniało wszystkie wymagane warunki. Inni świadczeniodawcy, poza tymi którzy spełnili wymagania, nie zgłaszali gotowości do świadczenia usług w w/w zakresie. Na terenie niektórych Oddziałów Funduszu⁷¹ nie ogłoszono postępowań konkursowych i nie zawarto umów w zakresie Kompleksowego leczenia ran przewlekłych w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z uwagi na brak świadczeniodawców deklarujących chęć realizowania świadczeń w tym zakresie. Inne Oddziały Funduszu⁷² mimo to ogłaszały postępowania konkursowe w celu zapewnienia dostępności do KLRP-1. Jednakże postępowania były unieważniane z powodu niewpłynięcia żadnych ofert.

⁶⁹ Jeden pacjent może występować w różnych przychodniach i/lub oddziałach.

⁷⁰ Brak danych za I półrocze 2017 r.

⁷¹ Dotyczy świadczeniodawców z terenu OW NFZ: podkarpackiego, łódzkiego, lubelskiego, lubuskiego, śląskiego, zachodniopomorskiego.

⁷² Dotyczy warmińsko-mazurskiego OW NFZ.

Po wprowadzeniu nowego zakresu świadczeń, tj. kompleksowego leczenia ran przewlekłych w ramach rodzaju „świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie”, w Oddziałach dokonywano także analizy zapotrzebowania na te świadczenia oraz analizy potencjalnych kosztów niezbędnych na wdrożenie ww. programu. Z uwagi jednak na ograniczone środki finansowe pozostające w dyspozycji na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w niektórych Oddziałach⁷³ nie ogłoszono postępowania konkursowego dedykowanego temu zakresowi w latach 2015–2017. Fundusz musi zabezpieczyć w pierwszej kolejności dodatkowe środki na świadczenia nielimitowane, co utrudnia wdrożenie innych zakresów świadczeń (...).

Świadczenia udzielone pacjentom z zespołem stopy cukrzycowej

W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej leczonych w trybie ambulatoryjnym (AOS) wyniosła w 2015 r. 6.514 osób, a wartość wykonanych świadczeń – 1.626,8 tys. zł.

W 2016 r. liczba leczonych pacjentów z tym powikłaniem wyniosła 7.000, co oznacza wzrost, w stosunku do roku poprzedniego, o 7,5%, wartość wykonanych świadczeń wyniosła 1.734,2 tys. zł. Na koniec I kw. 2017 r. leczeniem objęto 3.253 pacjentów z tym powikłaniem cukrzycy, a wartość wykonanych świadczeń wyniosła 459,8 tys. zł.

5.2.2. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej

Liczba świadczeniodawców (szpitali), na terenie poszczególnych OW NFZ, którzy udzielali świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne dla pacjentów z rozpoznaniem głównym „cukrzyca”⁷⁴, ulegała sukcesywnemu zmniejszeniu (łącznie o 2,2%) z 564 – w 2015 r. do 562 – w 2016 r. i 552 – w I półroczu 2017 r.⁷⁵

Kontraktowanie świadczeń LSP

Fundusz zakontraktował świadczenia w zakresie „leczenie szpitalne” w rodzaju „diabetologia hospitalizacja” oraz „diabetologia hospitalizacja planowa” na rzecz pacjentów z cukrzycą z 28 świadczeniodawcami:

- w 2015 r. – wartość kontraktów wyniosła 33.259,7 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2 wyniosła 13.649,0 tys. zł;
- w 2016 r. – dane te wynosiły odpowiednio 33.750,4 tys. zł i 14.255,6 tys. zł, a
- w I półroczu 2017 r. – 16.159,9 tys. zł i 6.812,9 tys. zł.

W badanym okresie żadnego kontraktu nie zawarto w województwie lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim.

⁷³ Dotyczy pomorskiego i opolskiego OW NFZ.

⁷⁴ Wszystkie typy cukrzycy (E10 – E14).

⁷⁵ Według stanu na 30 września 2017 r. liczba świadczeniodawców (szpitali) wynosiła 561.

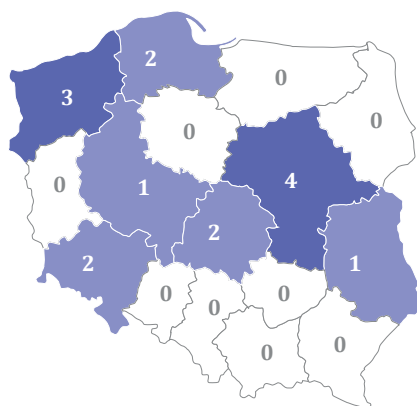
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Oddziały diabetologiczne funkcjonowały⁷⁶ na terenie 7 OW NFZ: ogółem 15 w roku 2015, 16 w 2016 r. i 15 w I półroczu 2017 r. [dolnośląskiego dwa, lubelskiego jeden, mazowieckiego cztery, pomorskiego dwa, wielkopolskiego jeden, zachodniopomorskiego trzy, łódzkiego w 2015 r. 2, w 2016 r. – trzy i w 2017 r. (I półrocze) – dwa].

W latach 2015–2017 (I półrocze) oddziały diabetologiczne nie funkcjonowały w szpitalach na terenie dziewięciu województw (kujawsko-pomorskiego, lubuskiego, małopolskiego, opolskiego, podkarpackiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego).

Infografika nr 8

Oddziały diabetologiczne funkcjonujące na terenie kraju (w latach 2015–2017)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W szpitalach (na terenie 16 OW NFZ), które nie miały w swojej strukturze organizacyjnej oddziałów diabetologii, pacjenci z rozpoznaną cukrzycą typu 2 leczeni byli w innych oddziałach (tj. w oddziałach chorób wewnętrznych, endokrynologii, nefrologii, chorób metabolicznych oraz innych oddziałach, w tym m.in.: chirurgii ogólnej, anestezjologii i intensywnej terapii, geriatrici, kardiologii, chirurgii naczyniowej i okulistyki). Pacjentom udzielano również świadczeń doraźnie w izbie przyjęć szpitali i SOR.

Wartość świadczeń w rodzaju „leczenie szpitalne” udzielonych na różnych oddziałach pacjentom z cukrzycą typu 2 wyniosła⁷⁷: w 2015 r. – 121.208,8 tys. zł, w tym 8.579,6 tys. zł w oddziałach diabetologicznych i 112.629,2 tys. zł w pozostałych

⁷⁶ W latach 2015–2017 (I półrocze) w województwie: dolnośląskim funkcjonował: – Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego (we Wrocławiu) i Miedziowe Centrum Zdrowia S.A. w Lubinie; lubelskim – Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, mazowieckim – Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy Attis sp. z o.o., Mazowiecki Szpital Bródnowski, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny (3 jednostki z Warszawy) oraz Szpital Kolejowy w Pruszkowie; pomorskim – SPZOZ MSWiA w Gdańsku i Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku; wielkopolskim – Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu; zachodniopomorskim – Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie i Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie. W województwie łódzkim w 2015 r. funkcjonowały dwa oddziały, tj. w SP ZOZ Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów i w Szpitalu Wojewódzkim im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu. W 2016 r. oddział diabetologiczny funkcjonował ponadto w SPZOZ Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, z którym w 2017 r. (I kw.) nie zawarto umowy.

⁷⁷ Wartość świadczeń udzielonych w oddziałach „pozostałych” nie obejmuje świadczeń udzielonych w SOR i Izbach przyjęć, w których świadczenia rozliczane są stawką ryczałtową.

oddziałach, w 2016 r. – 125.351,3 tys. zł, w tym odpowiednio – 8.551,8 tys. zł i 116.799, 5 tys. zł, w 2017 r. (I półrocze) – 62.900,2 tys. zł, w tym odpowiednio – 6.812,9 tys. zł i 56.087,3 tys. zł.

Z-ca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśnił m.in., że w województwach, w których nie funkcjonował oddział diabetologiczny, postępowania w zakresie diabetologia – hospitalizacja, diabetologia hospitalizacja planowa oraz diabetologia – zespół opieki dziennej nie były ogłaszane, gdyż żaden ze świadczeniodawców nie posiadał zarejestrowanego w rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą odrębnego oddziału diabetologii. Wynika to z małej ilości lekarzy specjalistów w dziedzinie diabetologii. Jednym z warunków wymaganych dla zakontraktowania oddziału diabetologicznego jest zapewnienie przez świadczeniodawcę równoważnika, co najmniej dwóch etatów specjalisty w dziedzinie diabetologii, co przy ograniczonej ilości specjalistów w tej dziedzinie w niektórych województwach jest trudne do spełnienia. W niektórych oddziałach (jak np. świętokrzyski OW) nie zawarto umowy na realizację świadczeń z powodu braku zgłoszeń od świadczeniodawców o gotowości do zawarcia tego typu umowy. (...), świadczenia z zakresu diabetologii realizowane są głównie w oddziałach wewnętrznych i pediatrii. (...) W ramach oddziału diabetologii aktualnie istnieje możliwość rozliczania jedynie 13 grup JGP, z których 11 jest jednocześnie możliwa do realizacji i rozliczania w ramach oddziału chorób wewnętrznych, pozostałe dwie w ramach innych oddziałów np. endokrynologii (...). Niezależnie od niewielkiej liczby umów (...) świadczenia szpitalne w zakresie diabetologii były zabezpieczone w tych oddziałach wojewódzkich. Ponadto, już w ramach zawartych umów występowało niewykonanie realizacji umowy w niektórych oddziałach diabetologicznych. (...) Mapy Potrzeb Zdrowotnych (...) wskazują na zasadność pozostawienia oddziałów diabetologicznych jedynie w szpitalach powiązanych z uczelniami medycznymi (...).

W okresie objętym kontrolą Fundusz nie przygotował rozwiązań zachęcających świadczeniodawców do tworzenia oddziałów diabetologicznych.

Oczekiwanie na hospitalizację

Liczba pacjentów chorych na cukrzycę, oczekujących na hospitalizację w oddziale diabetologicznym, przypadki pilne⁷⁸, wynosiła, według stanu na koniec 2015 r., średnio 58 osób i wzrosła do 105 osób na koniec 2016 r. i do 122 osób na koniec I półrocza 2017 r. Natomiast na hospitalizację w trybie planowym (przypadki stabilne) oczekiwało odpowiednio w badanym okresie – 1.591, 1.689 i 1.555 osób.

Średni czas oczekiwania⁷⁹ pacjenta na hospitalizację w oddziale diabetologicznym, przypadki pilne, wynosił od 8 dni na koniec 2015 r. do 15 dni

⁷⁸ „Przypadek pilny”, jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. „Przypadek stabilny” – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 200, poz. 1661).

⁷⁹ Średni czas na udzielenie świadczenia oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególną procedurę medyczną, lub świadczenia w określonym zakresie, z wyłączeniem listy o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy. Grupy te są wyodrębnione ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6 lit b rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczególnego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych – zał. nr 7 (Dz. U. z 2016 r. poz. 192)

na koniec 2016 r. i 15 dni na koniec I półrocza 2017 r. Na hospitalizację, przypadki stabilne, czas ten wynosił odpowiednio 74, 83 i 73 dni.

P.o. dyrektora Departamentu Spraw Świadczeniobiorców wyjaśnił, że wzrost liczby osób i czasu oczekiwania na hospitalizację w oddziale diabetologicznym w badanym okresie wynika m.in. z rosnącego udziału pacjentów powyżej 65. roku życia, a ponadto przyczyną są (...) niedostateczne nakłady finansowe płatnika świadczeń zdrowotnych, niepozwalające na zrównoważenie popytu na świadczenia. Wartość zrealizowanych świadczeń w 2016 r. przewyższa wartość rozliczonych świadczeń, co świadczy o stale rosnącym zapotrzebowaniu na realizowane świadczenia w poradniach i oddziałach diabetologicznych”.

W ramach realizacji umów ze szpitalami leczeni są pacjenci z ranami przewlekłymi będącymi następstwem powikłań cukrzycy – tj. z zespołem stopy cukrzycowej. Świadczenia te rozliczane są grupami: K39 – stopa cukrzycowa, K35 – cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne, K37 – cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi. Świadczenia te realizowane są również w zakresie chirurgii ogólnej oraz choroby wewnętrzne.

Leczenie zespołu
stopy cukrzycowej

Wartość świadczeń polegających na leczeniu ran przewlekłych związanych z cukrzycą – zrealizowanych w ramach umów szpitalnych i rozliczonych grupą „K39 – stopa cukrzycowa” – wynosiła w 2015 r. 13.641,6 tys. zł (dotyczyła 1.338 pacjentów), w 2016 r. 15.386,5 tys. zł (1.497 pacjentów), a w I kw. 2017 r. 1.436,3 tys. zł (314 pacjentów).

Wartość zrealizowanych w/w świadczeń rozliczonych grupą „K35 – cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne” wyniosła w 2015 r. – 56.482,5 tys. zł (dotyczyła 10.558 pacjentów), w 2016 r. – 51.859,8 tys. zł (9.562 pacjentów) i w I kw. 2017 r. – 5.101,5 tys. zł (2.226 pacjentów).

Natomiast wartość zrealizowanych świadczeń rozliczonych grupą „K37 cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi” wyniosła – odpowiednio w badanym okresie: 11.462,3 tys. zł (2.029 pacjentów), 20.245,8 tys. zł (1.861 pacjentów) i 1058,4 tys. zł (414 pacjentów).

W 2015 r. leczeniem szpitalnym objęto 3.980 pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej, a wartość udzielonych im i rozliczonych świadczeń (3959) wyniosła 17.337,8 tys. zł; w 2016 r. leczeniem objęto 4.049 pacjentów i rozliczono 4.017 świadczeń o wartości 17.453,5 tys. zł. Natomiast w I półroczu 2017 r. leczono 1044 pacjentów i rozliczono 974 świadczeń o wartości 3.424,4 tys. zł.

Zespół stopy cukrzycowej może prowadzić do konieczności amputacji palca, stopy lub kończyny dolnej. Amputacje te wykonano 1.103 pacjentom w 2015 r., 1.282 – w 2016 r. (wzrost o 16,2%) i 324 pacjentom w I kw. 2017 r. Z tego powodu wydatkowano odpowiednio w latach: 6.155,6 tys. zł, 7.139,3 tys. zł i 1.657,9 tys. zł.

Świadczenia zdrowotne pacjentom z cukrzycą (w tym z cukrzycą typu 2) wykonywało⁸⁰:

a) w 2015 r. – 1.215 diabetologów, w tym od 25 (w woj. lubuskim i opolskim) do 191 (w woj. śląskim). Liczba lekarzy diabetologów w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych wynosiła od 0,276 (w woj. lubuskim)

⁸⁰ Dane obejmują wszystkich diabetologów czynnych zawodowo, w tym wykonujących działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 31 maja 2017 r. zarejestrowanych w Polsce było 1.321 lekarzy diabetologów, w tym 1.311 czynnych zawodowo.

do 0,492 (w woj. podlaskim). Średnia wartość współczynnika określającego liczbę lekarzy diabetologów przypadających na 10 tys. uprawnionych wynosiła 0,348;

b) w 2016 r. – 1.136 diabetologów w tym od 20 (w woj. lubuskim) do 169 (w woj. śląskim). Liczba lekarzy diabetologów w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych, wynosiła od 0,221 (woj. lubuskim) do 0,512 (woj. podlaskim). Średnia wartość współczynnika określającego liczbę lekarzy diabetologów przypadających na 10 tys. uprawnionych wynosiła 0,325.

W ramach AOS w 2015 r. porad z zakresu diabetologii dla pacjentów z cukrzycą typu 2 udzielało 740 lekarzy, w tym 576 specjalistów diabetologii, 45 specjalistów endokrynologii i 77 specjalistów chorób wewnętrznych oraz 42 pozostałych specjalności. Na każdego spośród 740 lekarzy przypadło rocznie średnio 942 pacjentów z cukrzycą typu 2. Natomiast średnia liczba pacjentów przypadająca na jednego lekarza była zróżnicowana na terenie województw i wynosiła: 557 w woj. lubelskim, 733 – zachodniopomorskim, 757 – podlaskim, 795 – dolnośląskim, 823 – łódzkim, 823 – warmińsko-mazurskim, 885 – śląskim, 964 – małopolskim, 979 – mazowieckim, 1.042 – podkarpackim, 1.158 – opolskim, 1.339 – wielkopolskim, 1.402 lubuskim i 2.058 – świętokrzyskim.

W 2016 r. porad diabetologicznych udzielało 772 lekarzy, w tym 621 specjalistów diabetologii, 38 specjalistów endokrynologii, 83 specjalistów chorób wewnętrznych i 30 pozostałych specjalności. Na każdego spośród 772 lekarzy przypadło rocznie średnio 932 pacjentów z cukrzycą typu 2. Średnia liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza wynosiła: 549 w woj. lubelskim, 685 – zachodniopomorskim, 763 – dolnośląskim, 764 – podlaskim, 847 – śląskim, 856 – mazowieckim, 859 – łódzkim, 871 – warmińsko-mazurskim, 1.051 – małopolskim, 1.070 – lubuskim, 1.136 – podkarpackim, 1.149 – opolskim, 1.326 – wielkopolskim i 2.691 – świętokrzyskim.

5.2.3. Koszty leczenia cukrzycy typu 2 i jej powikłań

Koszty leczenia cukrzycy

W okresie objętym kontrolą NFZ sfinansował leczenie pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 w kwocie 1.576.619,6 tys. zł w 2015 r. i 1.710.130,3 tys. zł w 2016 r. (wzrost o 8,5%) oraz 861.743,9 tys. zł w 2017 r. (I półrocze) ⁸¹.

W strukturze kosztów dominowały koszty refundacji leków i wyrobów medycznych⁸², które stanowiły odpowiednio 72%, 73% i 76% całkowitych kosztów. Porady w POZ stanowiły 15% całkowitych kosztów w 2015 i 2016 r. i 10% w 2017 r. (I półrocze); leczenie szpitalne (LSP) stanowiło 8% w 2015 r., 7% w 2016 r. i 7% w 2017 r. (I półrocze), a leczenie ambulatoryjne (AOS) 5% w 2015 r. i 2016 r. oraz 7% w 2017 r. (I półrocze).

⁸¹ Kwoty nie uwzględniają kosztów leczenia powikłań cukrzycy oraz kosztów leków stosowanych w leczeniu powikłań.

⁸² Na podstawie art. 37 ust 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.) zwanej dalej ustawą refundacyjną.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 1

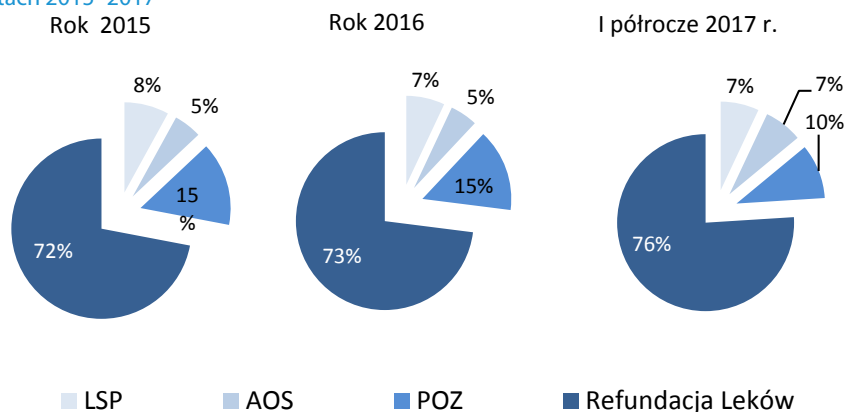
Koszty leczenia cukrzycy typu 2, w podziale na poszczególne zakresy świadczeń, w latach 2015, 2016 i 2017 I półrocze⁸³

	2015 r.	2016 r.	2017 r. I półrocze
Rodzaj świadczenia	Wartość rozliczonych świadczeń / kwota refundacji tys. zł (udział %)	Wartość rozliczonych świadczeń / kwota refundacji tys. zł	Wartość rozliczonych świadczeń / kwota refundacji tys. zł (udział %)
LSP	119.933,0 (8%)	122.396,6 (7%)	62.900,2 (7%)
AOS	84.014,7 (5%)	84.016,6 (5%)	55.874,3 (7%)
POZ	230.893,8 (5%)	254.982,2 (15%)	87.147,5 (10%)
Refundacja leków i wyrobów medycznych ⁸³	1.141.778,0 (72%)	1.248.734,8 (73%)	655.821,9 (76%)
Suma	1.576.619,6 (100%)	1.710.130,3 (100%)	861.743,9 (100%)

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wykres nr 2

Struktura udziałów kosztów w leczeniu cukrzycy typu 2 w podziale na rodzaje świadczeń w latach 2015–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Liczba pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, na koniec 2015 r., wyniosła 1.639,1 tys. osób, a wg stanu na koniec 2016 r. 1.657,7 tys. osób (wzrost o 1,14%)⁸⁴.

⁸³ W podanej kwocie uwzględniono kwotę refundacji pasków do glukometrów dla wszystkich pacjentów z cukrzycą niezależnie od jej rodzaju.

⁸⁴ Ogólna liczba chorych na cukrzycę (wszystkie rodzaje od E10 do E14) wyniosła 1.796,9 tys. osób w 2015 r. i 1.819,3 tys. osób w 2016 r. (wzrost o 1,25%).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Koszty refundacji leków

Koszty refundacji leków i wyrobów medycznych w 2015 r. wyniosły 1.141.778,0 tys. zł⁸⁵, w 2016 r. 1.248.734,8 tys. zł⁸⁶ (tj. wzrost o 9,4%), a w I półroczu 2017 r. 655.821,9 tys. zł.

Refundacją objęto:

- doustne leki p/cukrzycowe w kwocie 169.801,3 tys. zł w 2015 r., 196.566,6 tys. zł w 2016 r., (tj. wzrost o 15,8%) i 108.703,0 tys. zł w 2017 r. I półroczu.
- insuliny i ich analogi w kwocie 560.483,7 tys. zł w 2015 r., 592.590,9 tys. zł w 2016 r., (tj. wzrost o 5,7%) i 322.233,7 tys. zł w 2017 r. I półroczu.
- paski do glukometrów w kwocie 411.493,0 tys. zł w 2015 r. i 459.577,3 tys. zł w 2016 r., (tj. wzrost o 11,7%) i 224.885,3 tys. zł w 2017 r. I półroczu.

Łączne koszty refundacji przedstawia poniższe zestawienie⁸⁷.

Tabela nr 2

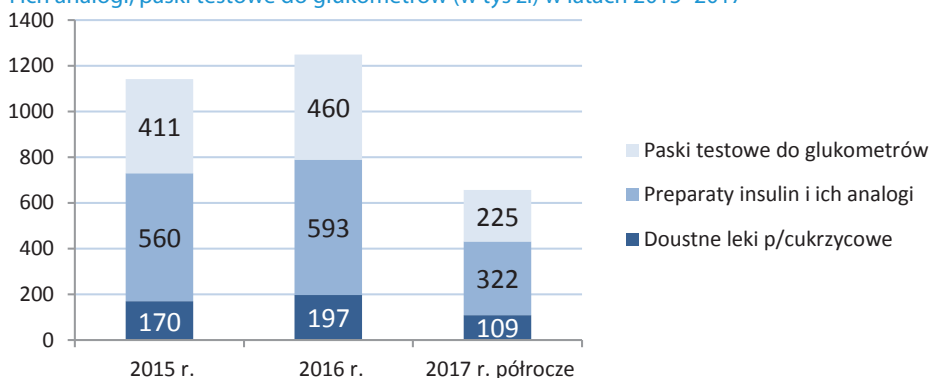
Koszty refundacji leków i wyrobów medycznych w latach 2015, 2016 i 2017 I półroczu

Refundacja leków i wyrobów medycznych w:	Koszty (tys. zł)			
	Koszty ogółem	Doustne leki p/cukrzycowe	Preparaty insulin i ich analogi	Paski testowe do glukometrów
2015 r.	1.141.778,0	169.801,2	560.483,7	411.493,0
2016 r.	1.248.734,8	196.566,6	592.590,9	459.577,3
2017 r. półroczu	655.821,9	108.703,0	322.233,7	224.885,3

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wykres nr 3

Refundacja leków i wyrobów medycznych: doustne leki p/cukrzycowe, preparaty insulin i ich analogi, paski testowe do glukometrów (w tys zł) w latach 2015–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W grupie leków objętych refundacją nie uwzględniono leków inkretynowych i/lub flozyn⁸⁸. W badanym okresie Fundusz nie opiniował wprowadzenia leków inkretynowych i/lub flozyn do wykazu leków refundowanych i nie prowadził korespondencji z Ministerstwem Zdrowia w tej sprawie.

⁸⁵ Objęto refundacją 162 pozycje leków (162 unikalne kody EAN – kod, który identyfikuje każde zarejestrowane w Polsce opakowanie produktu leczniczego. Dla przydzielania kodu ważna jest substancja czynna, moc, postać, dawka leku, a także wielkość i rodzaj opakowania) stosowanych w leczeniu cukrzycy typu 2 – stan na koniec 2015 r.

⁸⁶ Objęto refundacją 163 pozycje leków (163 unikalne kody EAN) stosowanych w leczeniu cukrzycy typu 2 – stan na koniec 2016 r.

⁸⁷ Patrz przypis 82.

⁸⁸ Decyzję w sprawie refundacji leków i wyrobów medycznych podejmuje minister właściwy do spraw zdrowia w oparciu o przesłanki zawarte w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W Polsce dostępnych jest około 155 leków przeciwcukrzycowych, które nie są refundowane.

W 2015 roku NFZ sfinansował świadczenia w zakresie „leczenie szpitalne” (LSP) dla pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w kwocie 119.933,0 tys. zł, a w 2016 r. w kwocie 122.396,6 tys. zł, tj. (wzrost o 2,1%). Liczba udzielonych świadczeń zmniejszyła się z 56.886 w 2015 r. do 55.974 w 2016 r. (tj. o 1,6%) i zmniejszyła się również liczba hospitalizowanych pacjentów z 50.886 w 2015 r. do 49.697 w 2016 r. (tj. o 2,4%). Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na 1 pacjenta wyniosła 2.356,9 zł w roku 2015, a w roku 2016 – 2.462,8 zł (tj. wzrost o 4,5 %).

Koszty hospitalizacji

W 2017 r. (I półrocze) wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 62.900,2 tys. zł, co w przeliczeniu na jednego pacjenta wyniosło 2.464,6 zł. Udzielono w tym czasie 14.469 świadczeń 25.521 pacjentom.

Tabela nr 3

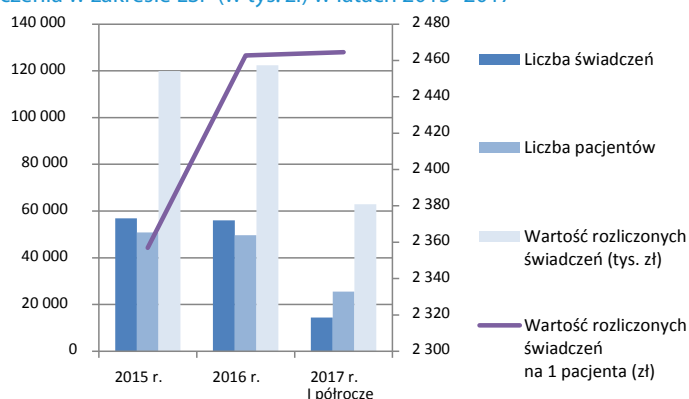
Świadczenia w zakresie LSP w latach 2015–2017 (I półrocze)

Świadczenia w zakresie LSP w poszczególnych latach	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Wartość rozliczonych świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń na 1 pacjenta (zł)
2015 r.	56.886	50.886	119.933,0	2.356,9
2016 r.	55.974	49.697	122.396,6	2.462,8
2017 r. I półrocze	14.469	25.521	62.900,2	2.464,6

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wykres nr 4

Świadczenia w zakresie LSP (w tys. zł) w latach 2015–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W okresie objętym kontrolą wartość rozliczonych świadczeń, w przeliczeniu na jednego pacjenta, była zróżnicowana na terenie poszczególnych OW NFZ. Różnica ta wynosiła 37,9% (710,5 zł)⁸⁹ w 2015 r. i 67,8% (1.134,8 zł)⁹⁰ w 2016 r.

⁸⁹ Różnica pomiędzy najwyższą i najniższą wartością świadczenia w przeliczeniu na jednego pacjenta w 2015 r.

⁹⁰ Różnica pomiędzy najwyższą i najniższą wartością świadczenia w przeliczeniu na jednego pacjenta w 2016 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wartość rozliczonych świadczeń była najniższa w woj. zachodniopomorskim (1.872,4 zł w 2015 r., 1.672,9 zł w 2016 r.) i kujawsko-pomorskim (2.033,9 zł w 2015 r. i 2.124,8 zł w 2016 r.). Natomiast wartość ta była najwyższa w woj. łódzkim (2.582,9 zł w 2015 r. i 2.668,6 zł w 2016 r.) oraz woj. małopolskim (odpowiednio 2.551,0 zł i 2.807,7 zł).

Według wyjaśnień **Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej** ww. różnice wynikają z podziału środków pomiędzy OW NFZ⁹¹, gdzie brane są pod uwagę m.in. liczba ubezpieczonych, wiek, płeć, ryzyko zdrowotne.

Poniższe zestawienie prezentuje wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na OW NFZ.

Tabela nr 4

Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w przeliczeniu na jednego pacjenta

Nazwa OW NFZ	Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na 1 pacjenta w 2015 r.	Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na 1 pacjenta w 2016 r.	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w przeliczeniu na 1 pacjenta (%)
NFZ	2 356,9	2 462,9	104,5
Dolnośląski	2 401,3	2 407,3	100,2
Kujawsko-Pomorski	2 033,9	2 124,8	104,5
Lubelski	2 405,1	2 491,3	103,6
Lubuski	2 206,3	2 359,4	106,9
Łódzki	2 582,9	2 668,6	103,3
Małopolski	2 551,0	2 807,7	110,1
Mazowiecki	2 149,2	2 200,2	102,4
Opolski	2 543,0	2 606,5	102,5
Podkarpacki	2 548,8	2 570,1	100,8
Podlaski	2 391,1	2 529,0	105,8
Pomorski	2 177,7	2 237,8	102,8
Śląski	2 433,4	2 666,1	109,6
Świętokrzyski	2 243,4	2 417,9	107,8
Warmińsko-Mazurski	2 413,9	2 562,0	106,1
Wielkopolski	2 252,8	2 382,1	105,7
Zachodniopomorski	1 872,4	1 672,9	89,3

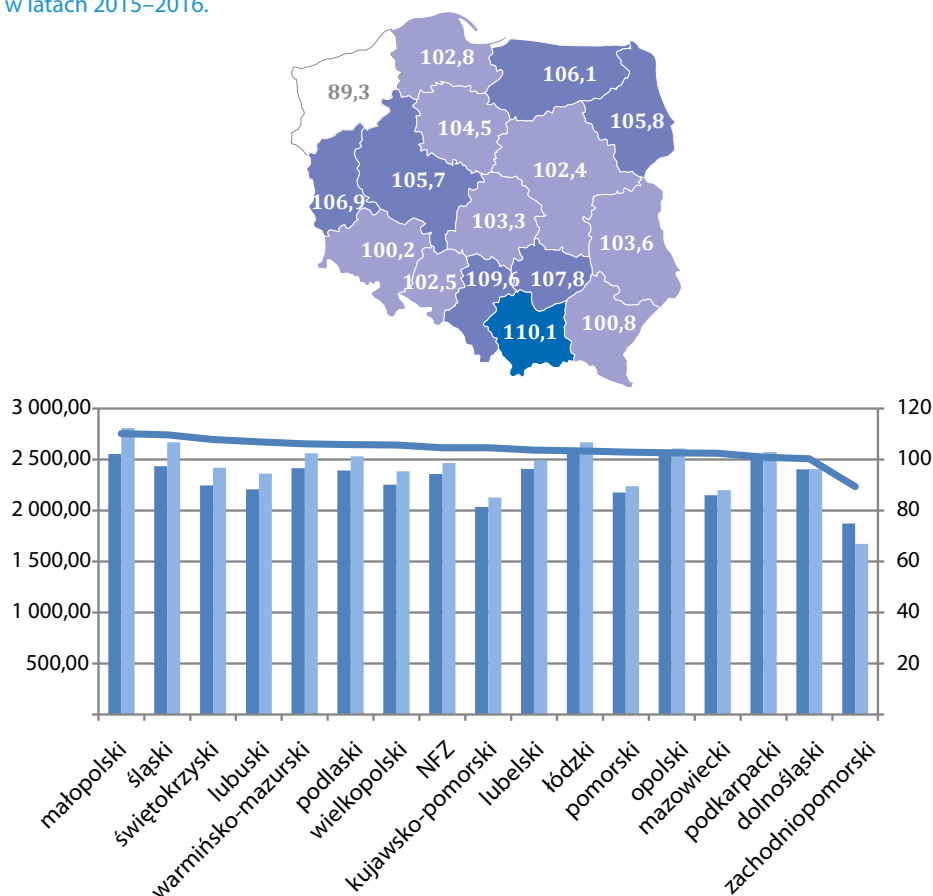
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

⁹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 9

Wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w przeliczeniu na jednego pacjenta w latach 2015–2016.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W 2015 r. Fundusz sfinansował świadczenia w zakresie AOS dla pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w kwocie 84.014,7 tys. zł, a w 2016 r. w kwocie 84.016,6 tys. zł. Świadczeniami objęto 716,7 tys. pacjentów w 2015 r. i 740,4 tys. w 2016 r. (wzrost o 3,3%). Udzielono im 1.896,7 tys. świadczeń w roku 2015 i 1.899,6 tys. w 2016 r. W 2017 r. I półrocze wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 55.874,3 tys. zł, udzielono 497,3 tys. świadczeń 634.604 pacjentom.

Koszty leczenia w AOS

Tabela nr 5

Świadczenia w zakresie AOS w latach 2015, 2016 i I półrocze 2017 r.

Świadczenia w zakresie AOS w poszczególnych latach	Liczba świadczeń (tys.)	Liczba pacjentów	Wartość rozliczonych świadczeń (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń na 1 pacjenta (zł)
2015 r.	1.896,7	716.650	84.014,7	117,2
2016 r.	1.899,6	740.445	84.016,6	113,4
2017 r. I półrocze	497,3	634.604	55.874,3	88,0

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

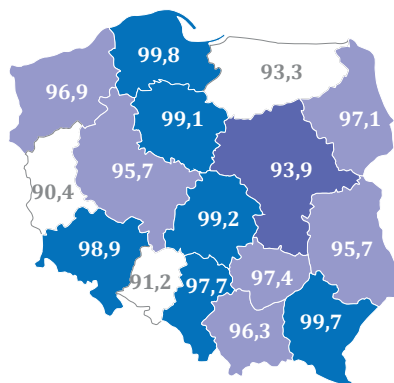
W okresie objętym kontrolą wartość rozliczonych świadczeń, w przeliczeniu na jednego pacjenta, była zróżnicowana na terenie poszczególnych OW NFZ i wynosiła 43,2% (39,1 zł) w 2015 r. i 43,7% (38,5 zł) w 2016 r. W 2015 r. była ona najniższa w woj. świętokrzyskim (90,6 zł) i kujawsko-pomorskim (95,3 zł) a najwyższa – w woj. śląskim (129,7 zł) i lubelskim (125,8 zł). Natomiast w 2016 r. najniższa wartość tych świadczeń była w woj. świętokrzyskim (88,2 zł) i warmińsko-mazurskim (92,4 zł) a najwyższa – w woj. śląskim (126,7 zł) i podkarpackim (123,5 zł).

Poniższe zestawienie prezentuje wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na OW NFZ.

Tabela nr 6

Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w przeliczeniu na jednego pacjenta

Nazwa OW NFZ	Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na jednego pacjenta w 2015 r.	Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na jednego pacjenta w 2016 r.	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w przeliczeniu na jednego pacjenta [%]
NFZ	117,2	113,5	96,8
Dolnośląski	105,7	104,5	98,9
Kujawsko-Pomorski	95,3	94,4	99,1
Lubelski	125,8	120,5	95,7
Lubuski	112,5	101,7	90,4
Łódzki	124,1	123,1	99,2
Małopolski	114,8	110,6	96,3
Mazowiecki	113,9	107,0	93,9
Opolski	121,4	110,7	91,2
Podkarpacki	123,9	123,5	99,7
Podlaski	124,6	120,9	97,1
Pomorski	121,0	120,8	99,8
Śląski	129,7	126,7	97,7
Świętokrzyski	90,6	88,2	97,4
Warmińsko-Mazurski	99,0	92,4	93,3
Wielkopolski	123,1	117,8	95,7
Zachodniopomorski	107,6	104,2	96,9

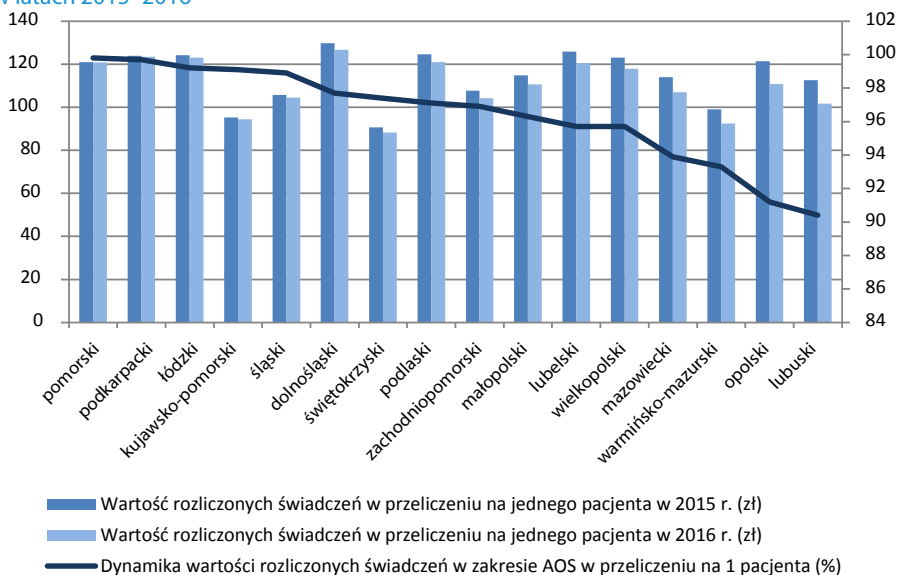


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 10

Wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w przeliczeniu na jednego pacjenta w latach 2015–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wartość szacowanych⁹² kosztów świadczeń lekarza POZ, udzielonych na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2, wyniosła w 2015 r. 230.893,8 tys. zł, w roku 2016 254.982,2 tys. zł (wzrost o 10,4 %), natomiast na koniec I półroczu 2017 r. 87.147,5 tys. zł. Najwyższe koszty tych świadczeń odnotowano w poszczególnych analizowanych latach w woj.: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, a najniższe w woj.: podlaskim, lubuskim i opolskim.

W związku z leczeniem powikłań cukrzycy w ramach hospitalizacji sfinansowano świadczenia udzielone pacjentom w roku 2015 na kwotę 405.015,0 tys. zł, w 2016 r. 395.219,0 tys. zł, a w I półroczu 2017 r. 201.378,3 tys. zł.

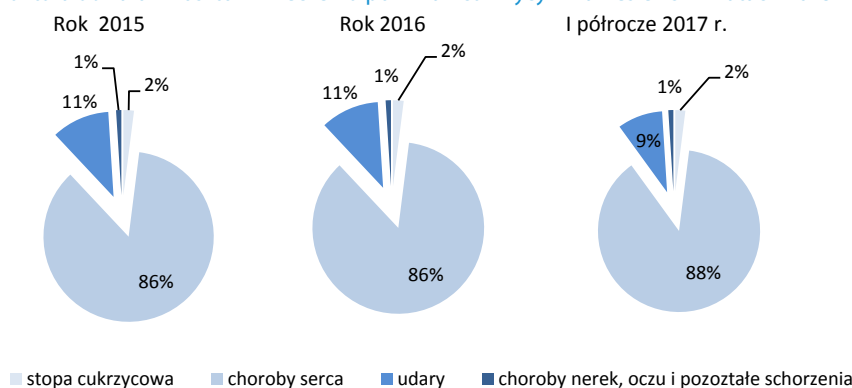
W latach 2015–2016 w strukturze kosztów leczenia powikłań cukrzycy w ramach hospitalizacji (LSP) największy udział miały choroby serca (86%), udary (11%), zespół stopy cukrzycowej (2%), choroby nerek, oczu i pozostałe schorzenia (1%).

Koszty leczenia w POZ

Leczenie powikłań w ramach hospitalizacji

Wykres nr 5

Struktura udziałów kosztów w leczeniu powikłań cukrzycy w zakresie LSP w latach 2015–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

⁹² Oszacowane koszty kapitaacji dla pacjentów, którym lekarze POZ w poszczególnych okresach udzielili porad z przyczyny E11 obliczone na podstawie średniego rocznego kosztu kapitaacji na jednego pacjenta w poszczególnych OW NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2015 r. na leczenie powikłań powodujących choroby serca (u 62.255 osób) wydano 347.378,3 tys. zł, leczenie zespołu stopy cukrzycowej (u 1.977 osób) wydano 9.467,1 tys. zł, leczenie udarów (u 6.480 osób) – 45.448,1 tys. zł, leczenie chorób nerek (u 141 osób) – 461,9 tys. zł, leczenie chorób oczu (u 758 osób) – 1.954,7 tys. zł, a pozostałe schorzenia (u 138 osób) sfinansowano w kwocie 304,8 tys. zł.

W 2016 r. na leczenie powikłań powodujących choroby serca (u 61.037 osób) wydano 339.901,4 tys. zł, zespół stopy cukrzycowej (u 2.100 osób) – 9.886,7 tys. zł, leczenie udarów (u 6.102 osób) – 42.782,2 tys. zł, choroby nerek (u 138 osób) – 505,6 tys. zł, leczenie chorób oczu (u 739 osób) – 1.849,8 tys. zł, i pozostałe schorzenia (u 122 osób) – 293,3 tys. zł.

W I półroczu 2017 r. na leczenie powikłań powodujących choroby serca wydano 176.813,9 tys. zł, zespół stopy cukrzycowej – 4.314,8 tys. zł, udary – 18.772,9 tys. zł, choroby nerek – 228,4 tys. zł, choroby oczu – 1.080,9 tys. zł, pozostałe schorzenia – 167,3 tys. zł).

Poniższe zestawienie prezentuje dynamikę wartości rozliczonych świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego z tytułu powikłań cukrzycy typu 2.

Tabela nr 7

Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP powikłań

Rodzaj powikłania	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w 2015 r. (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w 2016 r. (tys. zł)	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w przeliczeniu na 1 pacjenta (%)
Choroby serca	117,2	113,5	96,8
Udary	105,7	104,5	98,9
Stopa cukrzycowa	95,3	94,4	99,1
Choroby oczu	125,8	120,5	95,7
Choroby nerek	112,5	101,7	90,4
Pozostałe	124,1	123,1	99,2
Razem	405.015,0	395.219,0	97,6

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W okresie objętym kontrolą koszty leczenia powikłań cukrzycy typu 2 w ramach hospitalizacji były zróżnicowane na terenie poszczególnych OW NFZ.

Poniższe zestawienie prezentuje dynamikę wartości rozliczonych świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego z tytułu powikłań cukrzycy typu 2 w podziale na OW NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 8

Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP powikłań w podziale na OW NFZ

Nazwa OW NFZ	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w 2015 r. (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w 2016 r. (tys. zł)	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP (%)
NFZ	405.015,0	395.219,1	97,6
Dolnośląski	20.019,0	16.294,5	81,4
Kujawsko-Pomorski	24.343,1	20.742,1	85,2
Lubelski	24.892,0	25.523,0	102,5
Lubuski	12.657,7	15.459,9	122,1
Łódzki	38.857,8	36.309,4	93,4
Małopolski	38.529,5	37.647,3	97,7
Mazowiecki	39.600,3	41.141,3	103,9
Opolski	7.697,3	7.384,2	95,9
Podkarpacki	18.851,9	18.105,7	96,0
Podlaski	14.961,5	15.985,1	106,8
Pomorski	24.813,8	21.511,0	86,7
Śląski	63.285,8	62.069,0	98,1
Świętokrzyski	10.126,2	9.017,8	89,1
Warmińsko-Mazurski	8.637,7	8.893,6	103,0
Wielkopolski	44.803,2	44.891,3	100,2
Zachodniopomorski	12.938,0	14.243,7	110,1

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.



Koszty leczenia powikłań w ramach AOS

W 2015 r. koszty leczenia powikłań cukrzycy w AOS wyniosły 6.517,5 tys. zł, w 2016 r. 7.655,4 tys. zł, a w I półroczu 2017 r. wyniosły 4.021,5 tys. zł.

48

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2016 r. na leczenie powikłań powodujących choroby serca (u 53.437 osób) – 5.683,6 tys. zł, powodujących zespół stopy cukrzycowej (6.999 osób) – 1.712,6 tys. zł, koszty leczenia udarów (u 217 osób) wyniosły 15,8 tys. zł, leczenie chorób nerek (u 288 osób) – 31,7 tys. zł, chorób oczu (u 1.068 osób) – 151,6 tys. zł. Pozostałe schorzenia będące powikłaniami cukrzycy (u 626 osób) sfinansowano w kwocie 60,1 tys. zł.

W I półroczu 2017 r. na leczenie powikłań cukrzycy powodujących choroby serca wydano 3.041,5 tys. zł, zespół stopy cukrzycowej – 851,4 tys. zł, udary – 6,6 tys. zł, choroby nerek – 12,1 tys. zł, choroby oczu – 78,2 tys. zł, pozostałe schorzenia – 31,7 tys. zł).

Poniższe zestawienie prezentuje dynamikę wartości rozliczonych świadczeń w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna – leczenie powikłań cukrzycy typu 2.

Tabela nr 9

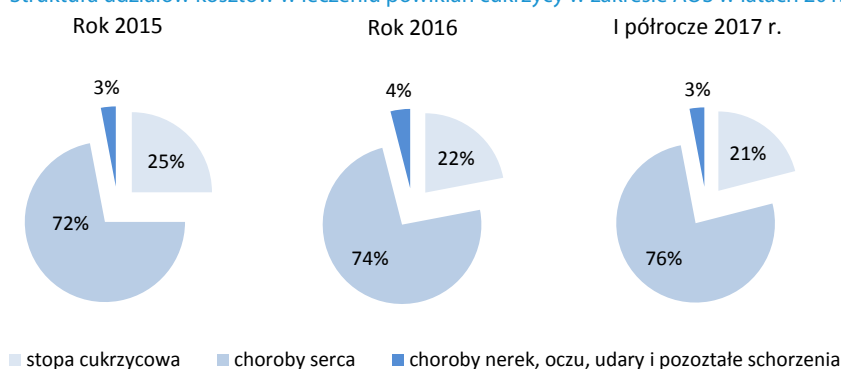
Dynamika wartości kosztów leczenia powikłań w zakresie AOS

Rodzaj powikłania	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w 2015 r. (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w 2016 r. (tys. zł)	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS (%)
Choroby serca	4.689,6	5.683,6	121,2
Udary	13,9	15,8	113,6
Stopa cukrzycowa	1.609,9	1.712,6	106,4
Choroby oczu	129,7	151,6	116,9
Choroby nerek	29,7	31,7	106,7
Pozostałe	44,6	60,1	134,7
Razem	6.517,5	7.655,4	117,5

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wykres nr 6

Struktura udziałów kosztów w leczeniu powikłań cukrzycy w zakresie AOS w latach 2015–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Koszty leczenia powikłań cukrzycy w ramach AOS były zróżnicowane w poszczególnych OW NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Poniższe zestawienie prezentuje dynamikę wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS tytułem leczenia powikłań w podziale na OW NFZ.

Tabela nr 10

Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS
– leczenie powikłań w podziale na OW NFZ

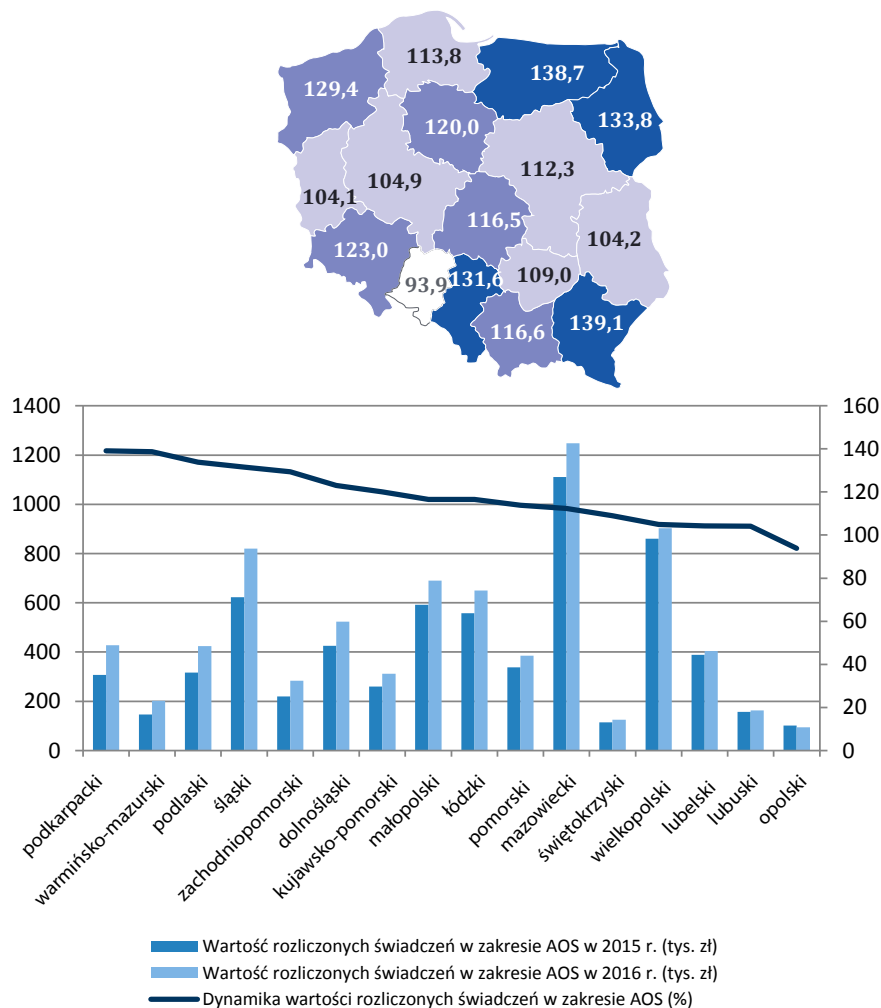
Nazwa OW NFZ	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w 2015 r. (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w 2016 r. (tys. zł)	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS (%)
NFZ	6 517,5	7 655,4	117,5
Dolnośląski	425,6	523,5	123,0
Kujawsko-Pomorski	260,3	312,3	120,0
Lubelski	388,3	404,5	104,2,5
Lubuski	156,7	163,2	104,1
Łódzki	558,2	650,0	116,5
Małopolski	591,6	689,9	116,6
Mazowiecki	1 110,8	1 247,8	112,3
Opolski	100,9	94,7	93,9
Podkarpacki	307,1	427,3	139,1
Podlaski	316,9	424,1	133,8
Pomorski	338,0	384,6	113,8
Śląski	622,8	819,9	131,6
Świętokrzyski	114,9	125,2	109,0
Warmińsko-Mazurski	145,9	202,4	138,7
Wielkopolski	860,2	902,5	104,9
Zachodniopomorski	219,1	283,5	129,4

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 12

Wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS – leczenie powikłań w latach 2015–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Koszty pośrednie cukrzycy składają się głównie z kosztów utraconej produktywności, będącej rezultatem absencji chorobowej oraz pobierania rent z tytułu niezdolności do pracy, a także z kosztów rent socjalnych i świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych na rzecz pacjentów chorych na cukrzycę.

Z informacji otrzymanej z ZUS⁹³ wynika, że wydatki z ubezpieczeń społecznych poniesione w 2015 r. na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą⁹⁴ wyniosły łącznie 458.942,6 tys. zł⁹⁵ (w tym spowodowane cukrzycą typu 2 E11 – 130.015,7 tys. zł – 28,3%), a w roku 2016 – 367.895,1 tys. zł (w tym E11 – 119.897,5 tys. zł, tj. 32,6%) z tego:

ZUS

⁹³ Informacja otrzymana w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2, lit. f) ustawy o NIK.

⁹⁴ Podane zostały jednostki chorobowe związane z cukrzycą od E10 do E14 (E10 – cukrzyca insulinozależna, E11 – cukrzyca insulinozależna, E12 – cukrzyca związana z niedożywieniem, E13 – inne określone postacie cukrzycy, E14 – cukrzyca nie określona).

⁹⁵ W tym E10 – 322.571,4 tys. zł, E11 – 130.015,7 tys. zł, E12 – 198,0 tys. zł, E13 – 5.577,3 tys. zł i E14 – 580,2 tys. zł.

- w 2015 r. wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 83% łącznych kosztów i wyniosły 380.740,6 tys. zł (w tym z powodu E10 – 75,2%, tj. 286.298,3 tys. zł, a z powodu E11 – 23,5%, tj. 89.295,9 tys. zł), natomiast w 2016 r. wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 78,1% łącznych kosztów i wyniosły 287.450,0 tys. zł (w tym odpowiednio E10 – 71,0%, tj. 204.092,2 tys. zł, a E11 – 27,4%, tj. 78.805,1 tys. zł);
- w 2015 r. wydatki z tytułu absencji chorobowej stanowiły 11,8% i wyniosły 54.080,1 tys. zł (z powodu E10 – 31,7%, tj. 17.160,6 tys. zł, a z powodu E11 – 66,3%, tj. 35.857,1 tys. zł), natomiast w 2016 r. – wydatki z tytułu absencji chorobowej stanowiły 15,1% i wyniosły 55.482,6 tys. zł (w tym odpowiednio E10 – 33,1%, tj. 18.348,6 tys. zł i E11 – 64,7%, tj. 35.884,4 tys. zł);
- w 2015 r. wydatki na renty socjalne stanowiły 3,2%, tj. 14.656,2 tys. zł (w tym z powodu E10 – 89,6%, tj. 13.130,5 tys. zł, a z powodu E11 – 10,1%, tj. 1.475,3 tys. zł), natomiast w 2016 r. wydatki na renty socjalne stanowiły 3,9%, tj. 14.370,0 tys. zł (w tym odpowiednio E10 – 90,4%, tj. 12.984,4 tys. zł i E11 – 9,2%, tj. 1.322,6 tys. zł);
- w 2015 r. wydatki na świadczenia rehabilitacyjne stanowiły 2,1% (9.465,7 tys. zł) wydatków ogółem (w tym z powodu E10 – 63,2%, tj. 5.982,0 tys. zł, a z powodu E11 – 35,8%, tj. 3.387,4 tys. zł), natomiast w 2016 r. wydatki na świadczenia rehabilitacyjne stanowiły 2,9%, tj. 10.592,8 tys. zł (w tym E10 – 61,8%, tj. 6.550,9 tys. zł i E11 – 36,7%, tj. 3.885,4 tys. zł).

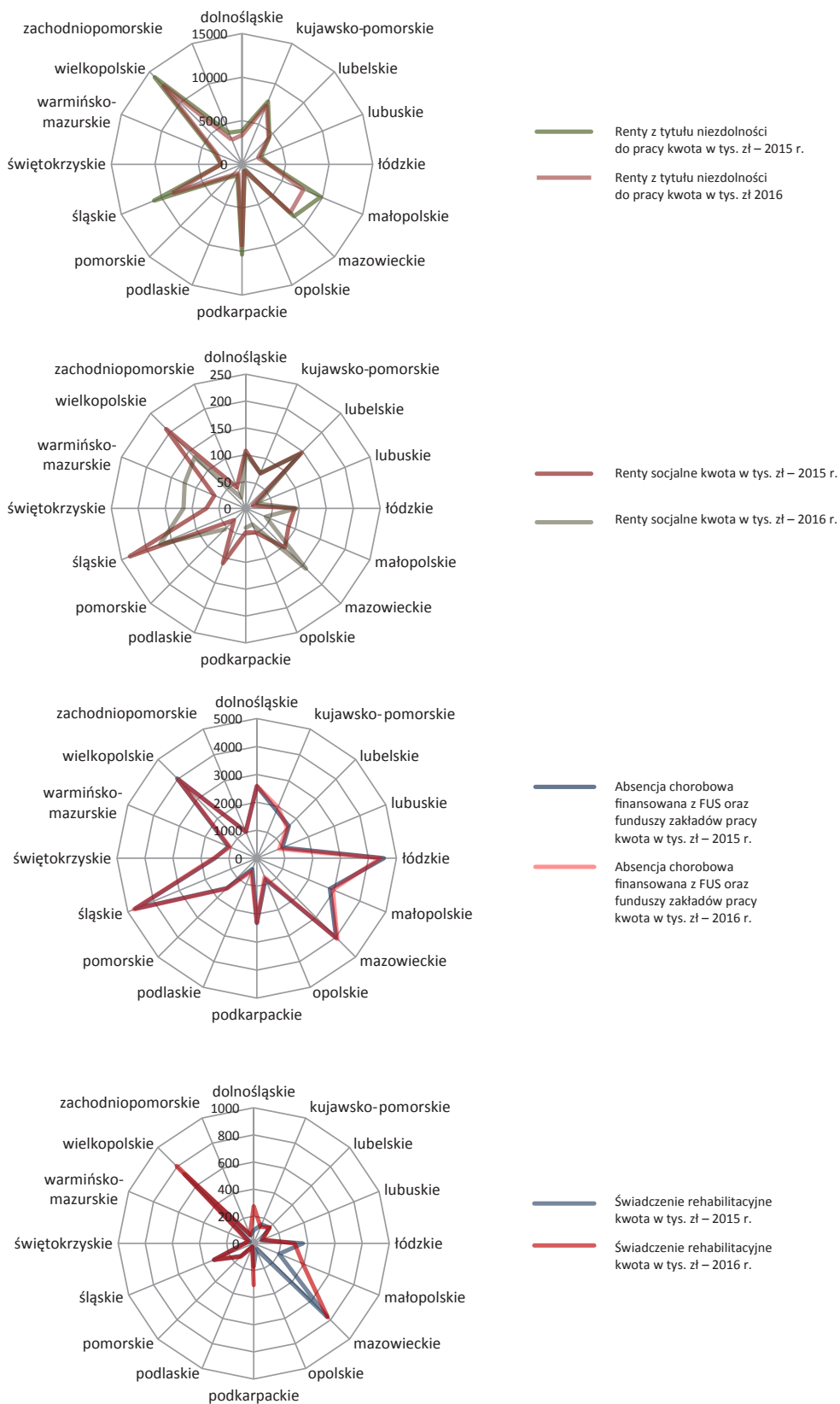
Wydatki z ubezpieczeń społecznych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą były wielokrotnie większe na rzecz mężczyzn i stanowiły w 2015 r. 77%, a w 2016 r. – 77,4% wydatków ogółem, a na rzecz kobiet – wynosiły odpowiednio 23% i 22,6% tych wydatków.

Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy dla mężczyzn stanowiły w 2015 r. 78,5%, a dla kobiet 21,5%, a w 2016 r. – odpowiednio 79,3% i 20,7%. Wydatki z tytułu absencji chorobowej dla mężczyzn stanowiły w 2015 r. 76,7%, a dla kobiet – 23,3%, a w 2016 r. odpowiednio 75,9% i 24,1%. Wydatki na świadczenia rehabilitacyjne dla mężczyzn w 2015 r. stanowiły 74,9%, a dla kobiet 25,1% wydatków ogółem na to świadczenie, a w 2016 r. – odpowiednio – 73,9% i 26,1%.

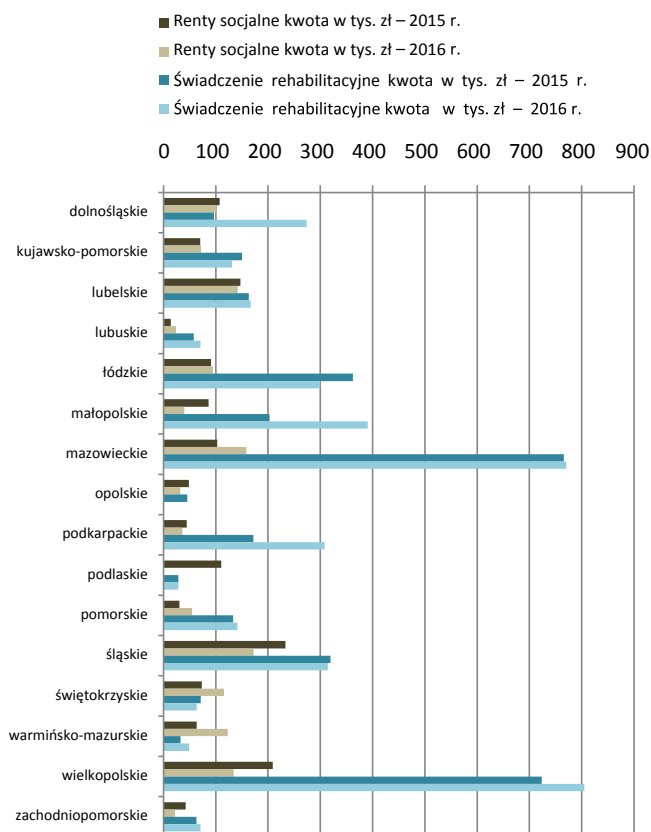
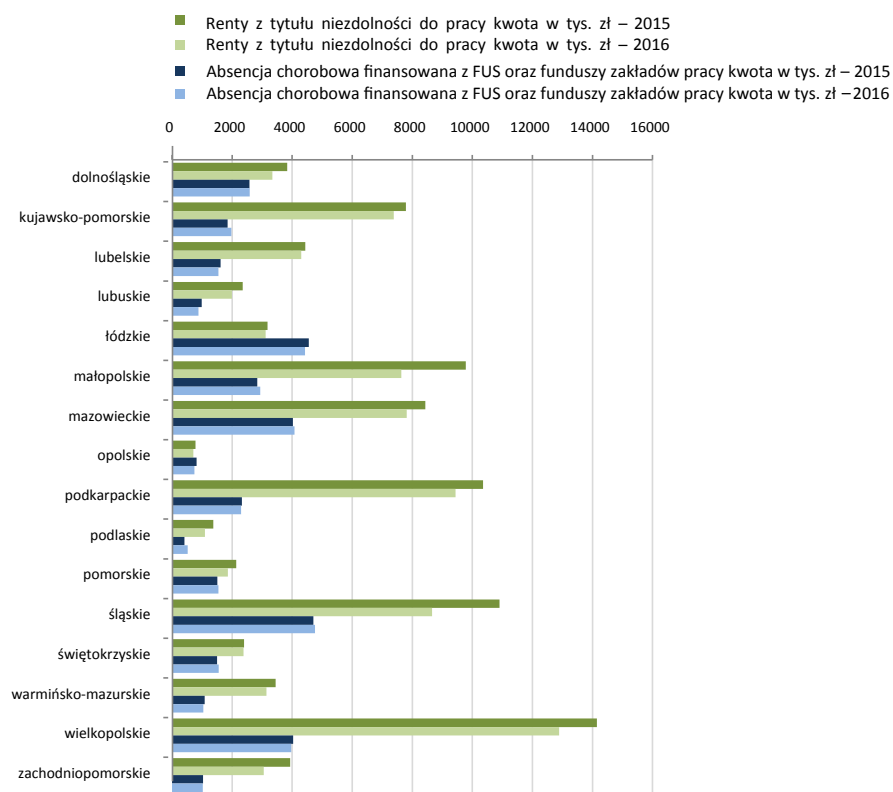
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 7

Wydatki z ubezpieczeń społecznych poniesione w 2015 i 2016 r. na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą (dane pokrywające się na wykresach dają efekt „trzeciego koloru”)



WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych ZUS.

Z informacji otrzymanej z KRUS⁹⁶ wynika, że liczba osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy z powodu cukrzycy typu 2 wynosiła w 2015 r. – 2.924 osoby, w 2016 r. – 3.039 osób i w I półroczu 2017 r. – 2.954 osoby (co stanowiło 1,3% wszystkich osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy w każdym analizowanym roku).

KRUS

Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy z powodu cukrzycy typu 2 w skali kraju stanowiły 1,4% kwot wypłat na renty ogółem z tytułu niezdolności do pracy, co stanowiło w poszczególnych analizowanych latach – odpowiednio – 31.904 tys. zł, 33.461 tys. zł i 17.089 tys. zł.

5.3. Świadczeniodawcy

5.3.1. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Prewencja cukrzycy

Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi pierwszy szczebel systemu ochrony zdrowia, a jej głównym zadaniem jest m.in. prowadzenie profilaktyki prozdrowotnej, w tym eliminacja czynników ryzyka rozwoju choroby oraz możliwe wczesne jej wykrycie.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego⁹⁷ do zadań podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2⁹⁸ należy m.in. promocja zdrowego stylu życia, identyfikacja czynników ryzyka cukrzycy, diagnostyka cukrzycy i stanów przedcukrzycowych.

Badania w zakresie profilaktyki i związanej z nią prewencji cukrzycy typu 2 przeprowadzono u dziewięciu świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, u których funkcjonuje POZ.

Badaniem objęto historie zdrowia i choroby⁹⁹ 165 pacjentów¹⁰⁰ (w tym 87 kobiet – 52,7%) korzystających ze świadczeń lekarzy POZ.

Wyniki kontroli wykazały, że lekarze POZ nie we wszystkich badanych przypadkach realizowali zalecenia PTD dotyczące profilaktyki cukrzycy, jak również nie przestrzegali obowiązku prowadzenia indywidualnej DM zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta oraz rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

W DM nie odnotowywano ogólnych informacji o stanie zdrowia i istotnych chorobach oraz problemach medycznych (mających znaczenie przy diagnozowaniu cukrzycy), a także niewłaściwie dokumentowano wywiad dotyczący możliwości zaliczenia pacjenta do grupy ryzyka chorych na cukrzycę typu 2.

⁹⁶ Informacja otrzymana z KRUS w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK.

⁹⁷ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę – stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego – zwane dalej również „zaleceniami PTD”.

⁹⁸ Cukrzyca typu 2 inaczej określana jako cukrzyca insulinoniezależna lub cukrzyca wieku dorosłego – choroba metaboliczna charakteryzująca się wysokim stężeniem glukozy we krwi – dalej również „cukrzyca”.

⁹⁹ Historia zdrowia i choroby – zwana dalej również „dokumentacją medyczną” lub „DM”.

¹⁰⁰ Dokumentacja medyczna spełniała następujące kryteria: pacjenci urodzili się w latach 1950–1965, korzystali ze świadczeń lekarza POZ w miesiącu styczniu 2017 r., którzy złożyli deklarację wyboru lekarza POZ w tej jednostce w okresie od 01 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r., Założeniem było również, aby była to dokumentacja w 50% osób, u których rozpoznano cukrzycę typu 2 po 1 stycznia 2015 r. i 50% osób, u których nie rozpoznano cukrzycy.

Analiza DM pod kątem odnotowania w niej ogólnych informacji o stanie zdrowia, istotnych chorobach i problemach medycznych (pięciu)¹⁰¹ wykazała, że w DM tylko 11 pacjentów (6,7%) odnotowano wszystkie informacje, o których wyżej mowa, a w DM 89 pacjentów (54%) odnotowano mniej niż trzy (z pięciu) informacje; w pozostałych 65 DM (39,4%) odnotowano trzy lub cztery takie informacje.

Zgodnie z zaleceniami PTD badanie w kierunku cukrzycy należy rozpocząć od oznaczenia glikemii przygodnej¹⁰² (wynik badania jest podstawą do rozpoznania cukrzycy). Następnie należy przeprowadzić badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy raz w ciągu trzech lat u każdej osoby powyżej 45. roku życia. Natomiast niezależnie od wieku badanie to należy wykonać co roku u osób z grup ryzyka¹⁰³.

Analiza DM wykazała jednak, że wykonanie oznaczenia glikemii przygodnej odnotowano tylko w DM 82 pacjentów (49,7% badanej DM).

Natomiast w zakresie dokumentowania przeprowadzonego wywiadu pod kątem możliwości zaliczenia pacjenta do grupy ryzyka chorych na cukrzycę typu 2, analiza DM wykazała, że tylko w DM 24 pacjentów (14,5%) odnotowano informacje o wywiadzie pod kątem wszystkich, tj. 10 (w przypadku kobiet) i siedmiu (w przypadku mężczyzn) czynników ryzyka natomiast w 85 DM (51,5%) odnotowano analizę tylko czterech (z 10) i trzech (z siedmiu) czynników ryzyka, a w pozostałych 56 DM (40,0%) odnotowano więcej niż cztery, ale mniej niż 10 (w przypadku kobiet) i więcej niż trzy ale mniej niż siedem (w przypadku mężczyzn) czynniki ryzyka kwalifikujące pacjenta do grona osób zagrożonych cukrzycą.

W ocenie NIK brak wystarczającego wywiadu i nieodnotowywanie wyników analizy wszystkich czynników ryzyka, w dokumentacji medycznej, może powodować niezaliczenie pacjenta do grupy podwyższonego ryzyka, mimo iż pacjent faktycznie się do niej kwalifikuje.

Analiza DM pod kątem wykonania badań przesiewowych w kierunku cukrzycy wykazała, że oznaczenie „glikemii na czczo” wykazano u 155 pacjentów (93,9%), „doustny test tolerancji glukozy” (OGTT) wykonano u 49 pacjentów (29,7%), a oznaczenie „hemoglobiny glikowanej” (HbA1c) – u 33 pacjentów.

Ustalono jednocześnie, że u 110 pacjentów (66,7%) przeprowadzono jedno badanie przesiewowe, u 41 pacjentów (24,8%) – dwa badania, a u 14 pacjentów (8,5%) – trzy takie badania.

¹⁰¹ Pięć informacji o przeprowadzonym wywiadzie w zakresie: przebytych poważnych chorób (np. zawał, udar, nowotwór ...), chorób przewlekłych, obciążeń dziedzicznych, używkach, wzroście i masie ciała (BMI).

¹⁰² Glikemia przygodna – jest to oznaczenie glukozy w osoczu krwi żyłnej o dowolnej porze dnia, niezależnie od pory ostatniego spożytego posiłku. Oznaczenie to wykonuje się jeśli u pacjenta występują objawy m.in. zmniejszenie masy ciała, wzmożone pragnienie, wielomocz, osłabienie i wzmożona senność.

¹⁰³ Wg PTD do grupy ryzyka zaliczono osoby:

- z nadwagą lub otyłością (BMI ≥ 25 kg/m² i/lub obwód w tali > 80 cm (kobiety), > 94 cm (mężczyźni);
- z cukrzycą występującą rodzinnie (rodzice lub rodzeństwo);
- mało aktywnych fizycznie;
- u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy;
- z nadciśnieniem tętniczym ($\geq 140/90$ mm Hg);
- z dyslipidemią (stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl i/lub trójglicerydów > 150 mg/dl);
- z chorobą układu sercowo-naczyniowego;
- a w przypadku kobiet – przebyły cukrzycę ciążową, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg, z zespołem policystycznych jajników.

Brak w analizowanej DM części niektórych wywiadów i/lub wyników badań zalecanych przez PTD w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 wynikał m.in. z „przeoczenia”, „ograniczonego czasu przeznaczonego na wizytę w POZ”, „niedoszacowania procedur usług medycznych”, niechętnie podawanych informacji o „nałogach” i „cukrzycy w rodzinie”. Wyjaśniano również, że niektóre zalecane wywiady lub badania mogły być wykonane, tylko nie odnotowano tego faktu w DM, ponieważ lekarze znają swoich pacjentów i dlatego wywiadu nie zapisują w dokumentacji.

W ocenie NIK brak wpisów w DM nie pozwala na dokonanie pełnej oceny prawidłowości przeprowadzonych czynności diagnostycznych. Nadmienić również należy, że w ustawie o zawodach lekarza¹⁰⁴ określono obowiązek wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, co oznacza także obowiązek postępowania zgodnie ze standardami, wytycznymi, zaleceniami towarzystw naukowych w określonej dziedzinie medycyny, w tym również m.in. zaleceniami PTD.

Ponadto przedstawione powyżej wyniki analizy DM świadczą o jej niekompletności, co jest niezgodne z postanowieniami ustawy o prawach pacjenta¹⁰⁵ i rozporządzenia w sprawie DM¹⁰⁶.

Zgodnie ze wskazanymi przepisami historia zdrowia i choroby pacjenta w części dotyczącej porad ambulatoryjnych zawiera m.in. informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Natomiast zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej¹⁰⁷ do zadań lekarza POZ należy m.in. identyfikowanie czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych świadczeniobiorcy, a także podejmowanie działań ukierunkowanych na ich ograniczenie.

Zgodnie z zaleceniami PTD do zadań POZ w zakresie leczenia cukrzycy typu 2 należy: prowadzenie chorych na cukrzycę leczonych behawioralnie (dieta, aktywność fizyczna) oraz za pomocą leków doustnych, rozpoczęcie i prowadzenie insulinoterapii w modelu terapii skojarzonej z lekami doustnymi, kierowanie leczonych chorych (co najmniej raz w roku) na konsultacje specjalistyczne (w celu: oceny wyrównania metabolicznego, oceny stopnia zaawansowania późnych powikłań i ewentualnego wdrożenia ich terapii, edukowania w zakresie modyfikacji stylu życia, ustalenia celów terapeutycznych i określenie sposobu ich realizacji).

Celem leczenia cukrzycy jest uzyskanie wartości docelowych w zakresie glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu, masy ciała.

Leczenie cukrzycy

¹⁰⁴ Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125, ze zm.), zwanej dalej „ustawą o zawodach lekarza”.

¹⁰⁵ Art. 25 ust. 1 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta.

¹⁰⁶ § 41 ust. 3 pkt 1–4 i ust. 4 pkt 4, 6–8 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

¹⁰⁷ Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia: 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki I położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816 rozporządzenie utraciło moc z dniem 16 czerwca 2016 r.) oraz 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej I położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1567 – rozporządzenie weszło w życie 29 września 2016 r.); rozporządzenia zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie zakresu zadań lekarza POZ”.

Badania w zakresie leczenia cukrzycy przez lekarzy POZ przeprowadzono u dziewięciu świadczeniodawców AOS¹⁰⁸.

Badaniem objęto karty historii choroby 128 pacjentów chorych na cukrzycę (w tym 55 osób, u których zdiagnozowano cukrzycę po 1 stycznia 2015 r.).

Wyniki kontroli wykazały, że lekarze POZ nie we wszystkich badanych przypadkach realizowali zalecenia PTD dotyczące kierowania pacjentów na konieczne do wykonania badania diagnostyczne i na konsultacje specjalistyczne, co było niezgodne z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która w art. 4 określa obowiązek lekarza wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, co oznacza także obowiązek postępowania zgodnie ze standardami, wytycznymi, zaleceniami towarzystw naukowych w określonej dziedzinie medycyny, a w tym przypadku z zaleceniami PTD. Nie przestrzegali również obowiązku prowadzenia indywidualnej DM pacjentów, zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta oraz rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Nie włączali bowiem do niej wszystkich informacji związanych z procesem leczenia pacjentów, a w szczególności, wyników badań przynoszonych przez pacjentów, pochodzących z poradni specjalistycznych i wypisów hospitalizacyjnych. Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, indywidualna dokumentacja medyczna powinna zawierać m.in. informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego lub leczniczego.

W opinii NIK do karty pacjenta należy wpisywać wszystkie dostarczone przez niego dokumenty dotyczące procesu leczenia, m.in. wyniki badań diagnostycznych, również te pochodzące z innych poradni.

Analiza DM pod kątem kierowania na zalecane do wykonania raz w roku badania diagnostyczne (7)¹⁰⁹, wykazała, że w DM tylko dwóch pacjentów (1,6%) odnotowano skierowanie ich na badania, o których wyżej mowa, w DM 84 pacjentów (65,6%), odnotowano skierowanie ich na mniej niż trzy z siedmiu zalecanych badań, a w DM pozostałych 42 osób (32,8%) odnotowano skierowanie ich na więcej niż trzy, ale mniej niż siedem zalecanych badań.

Natomiast analiza DM pod kątem kierowania pacjentów raz w roku na konsultacje specjalistyczne¹¹⁰ wykazała, że tylko w jednym przypadku (0,8%) odnotowano skierowanie do pięciu specjalistów, a spośród 121 osób (94,5%) odnotowano skierowanie do jednego specjalisty lub do żadnego; w przypadku pozostałych sześciu pacjentów (4,7%) dokumentacja potwierdzała skierowanie do specjalistów w liczbie od dwóch do czterech.

¹⁰⁸ Tych samych dziewięciu świadczeniodawców, u których badano udzielanie świadczeń przez lekarzy POZ w zakresie prewencji cukrzycy.

¹⁰⁹ Badania diagnostyczne: HbA1c (hemoglobina glikowana), kreatynina w surowicy krwi, badanie ogólne moczu z osadem, albuminuria, cholesterol całkowity (z frakcją HDL, LDL i trójglicerydy w surowicy krwi), badanie dna oka przy rozszerzonych źrenicach, badanie samokontroli pacjenta.

¹¹⁰ Konsultacje specjalistyczne: u okulisty, neurologa, kardiologa, diabetologa, chirurga.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Do okulisty wystawiono 38 skierowań (w DM odnotowano tylko 17 wyników konsultacji), a do pozostałych specjalistów – odpowiednio – do kardiologa – 25 skierowań (odnotowano 10 wyników), do diabetologa – 60 (33), do chirurga – cztery (dwa), do neurologa – 15 (dziewięć).

W toku kontroli analizowano również, ile parametrów wyrównania metabolicznego¹¹¹ z wartością docelową, odnotowano w DM w odniesieniu do każdego pacjenta w trakcie jego „najlepszej”¹¹² wizyty u lekarza POZ.

Analiza wykazała, że nie odnotowano żadnego przypadku, aby pacjent miał wyrównane wszystkie (osiem) parametry na jednej wizycie; u 67 pacjentów (52,3%) odnotowano wyrównanie mniej niż czterech parametrów, a u pozostałych 61 osób (47,7%) – więcej niż cztery ale mniej niż osiem.

W okresie objętym kontrolą, pacjenci (których DM analizowano, tj. 128 osób) zgłosili się – łącznie na 1.312 wizyt do lekarza POZ; edukację dietetyczną i terapeutyczną przeprowadzono w trakcie 334 wizyt.

Osiągnięcie wartości docelowej poszczególnych parametrów odnotowano w DM: w przypadku hemoglobiny glikowanej – na 153 wizytach (11,7% wszystkich wizyt), ale wpis o wykonaniu takiego oznaczenia stwierdzono w przypadku 186 wizyt, glukozy na czczo – odpowiednio – 493 (37,6%) i 541, stężenia cholesterolu całkowitego – 164 (12,5%) i 237, stężenia cholesterolu frakcji LDL – 136 (10,4%) i 180, stężenia cholesterolu frakcji HDL – 249 (19,0%) i 286, ciśnienia skurczowego – 445 (33,9%) i 488, ciśnienia rozkurczowego – 641 (48,9%) i 676, wskaźnika BMI – 4 (0,3%) i 41.

W toku kontroli wyjaśniano, że nie było potrzeby kierowania każdego z pacjentów na wszystkie zalecane badania diagnostyczne i do pięciu specjalistów zalecanych przez PTD, gdyż wyniki badań podstawowych i ogólny stan zdrowia pacjenta, jak i brak istotnych objawów klinicznych nie wskazywały na taką potrzebę. Wyniki badań dotyczące wyrównania metabolicznego uzależnione były od leczenia choroby współistniejącej, a także od współpracy pacjenta, jego zdyscyplinowania, stosowania się do zaleceń (dietetycznych, aktywności fizycznej, regularnego przyjmowania leków) i przede wszystkim systematycznego zgłaszania się do kontroli lekarskiej (a nie dopiero w nagłych przypadkach z powodu progresji choroby lub pojawienia się schorzeń towarzyszących). Lekarze wyjaśniali również, że kierowanie do specjalistów ograniczali do problemów, z którymi sami sobie nie radzili i że stosowanie zasady kierowania każdego pacjenta z cukrzycą do pięciu specjalistów na pewno nie skróci kolejek do POZ i specjalistów, a jedynie skomplikuje proces leczenia i edukacji. Nadmieniali także, że „pacjenci zazwyczaj zapominają donieść lub nagminnie gubią wyniki konsultacji specjalistycznej”.

¹¹¹ Parametry metaboliczne: HbA1c, glukoza na czczo, stężenie cholesterolu całkowitego, stężenie cholesterolu frakcji LDL, frakcji HDL, ciśnienie skurczowe, ciśnienie rozkurczowe, wskaźnik BMI.

¹¹² Za „najlepszą” wizytę pacjenta u lekarza POZ przyjęto tę, w trakcie której lekarz odnotował najwięcej parametrów wyrównania metabolicznego z wartością docelową.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Analiza DM w przypadku trzech świadczeniodawców wykazała, że 34 pacjentów spośród 47, u których lekarze POZ zdiagnozowali cukrzycę typu 2¹¹³, w ogóle nie leczyło się u tych lekarzy (brak wpisów w ich DM) natomiast udzielane im były porady specjalistyczne u diabetologa (tj. w ramach AOS).

Lekarze POZ w SPZLO w Wieliczce skierowali 19 pacjentów (spośród 20, których DM analizowano) do poradni diabetologicznej (PD) niezwłocznie po rozpoznaniu choroby, bez podejmowania próby ich leczenia; jednak trzech pacjentów decyzją lekarzy diabetologów zostało ponownie przekazanych do leczenia w POZ (jeden po pierwszej wizycie w PD, a dwóch – po kilkunastu miesiącach leczenia specjalistycznego).

W SZPZLO w Warszawie – 20 pacjentów (których DM analizowano) leczonych na cukrzycę typu 2, w okresie 2012–2017 skorzystało z 36 porad lekarza POZ (15,3%), a lekarza diabetologa – 199 (84,7%); ośmiu pacjentów, u których zdiagnozowano to schorzenie po 1 stycznia 2012 r., zgłosiło się na leczenie do POZ tylko 17 razy (21,8%), a do diabetologa – 61 razy (78,2%), ale trzech z nich (spośród ośmiu) w ogóle nie korzystało z porad lekarza POZ, a tylko z porad diabetologa.

Zgodnie z zaleceniami PTD prowadzenie chorych z cukrzycą typu 2 należy do lekarza POZ przy udziale lekarzy specjalistów. Natomiast analiza DM wykazała, że już na wczesnym etapie choroby pacjenci leczeni byli przez specjalistę.

W toku kontroli wyjaśniono, że większość chorych może być leczona przez lekarzy POZ, ale pacjenci bardzo często wymuszają skierowania do lekarza specjalisty, twierdząc, że będą tam mieli lepszą opiekę. Próby przekonania ich do leczenia w POZ i niewydanie skierowania kończą się skargami. Ponadto pacjenci raz skierowani do diabetologa nie chcą się leczyć w poradniach POZ – powodem jest większe zaufanie do wiedzy specjalisty, dokładniejsze i bardziej wnikliwe podejście do tej choroby oraz wyczulenie na ogólny stan pacjenta.

W ocenie NIK to lekarze – biorąc po uwagę stan zaawansowania choroby i zalecenia PTD – winni podejmować decyzję, który z nich (lekarz POZ czy specjalista diabetolog) będzie prowadził leczenie pacjenta.

Wynika to również z § 10 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ, które stanowi, że przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna – zgodnie z § 10 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ¹¹⁴

¹¹³ W SP Zespole Lecznictwa Otwartego w Wieliczce (dalej „SP ZLO w Wieliczce”) – 16 pacjentów spośród 20, Gminnym ZOZ w Kętach – 15 pacjentów spośród 19 i w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Warszawie (w którym przeprowadzono kontrolę doraźną R/17/001 – dalej „SZPZLO w Warszawie”) – trzech pacjentów spośród ośmiu.

¹¹⁴ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ.

– świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego, zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach oraz w wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny, a w odniesieniu do niniejszej kontroli – w zaleceniach PTD.

Obowiązek ten został zapisany w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS, zawartych ze świadczeniodawcami (§ 1 ust. 2 umowy stanowi, że świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać ją zgodnie z zasadami i na warunkach określonych przez Prezesa NFZ).

Zgodnie z zaleceniami PTD, do zadań specjalistycznej opieki diabetologicznej należy: a) Weryfikacja efektów i ustalenie celów leczenia chorych na cukrzycę prowadzonych przez lekarzy POZ **w ramach corocznej kontroli**; b) Prowadzenie chorych na cukrzycę typu 1 i innych typów leczonych iniekcjami (insulina, agoniści receptora GLP-1); c) Prowadzenie diagnostyki specjalistycznej; d) Diagnostyka, monitorowanie i zapobieganie progresji późnych powikłań; e) Edukacja diabetologiczna; f) Prowadzenie diagnostyki i leczenia cukrzycy u kobiet w ciąży (we współpracy z położnikiem); g) Prowadzenie chorych z jawnymi klinicznie powikłaniami; h) Diagnostyka chorób współistniejących z cukrzycą.

PTD zaleca również monitorowanie dorosłych chorych na cukrzycę poprzez edukację dietetyczną i terapeutyczną (na każdej wizycie) oraz wykonywanie raz w roku następujących badań: HbA1c, cholesterol całkowity, HDL, LDL, triglicerydy w surowicy krwi, albuminuria (u chorych, nieleczonych inhibitorami ACE lub antagonistami receptora AT), badanie ogólne moczu z osadem, kreatynina w surowicy krwi i wyliczanie eGFR oraz badania okulistyczne chorych na cukrzycę (ze względu m.in. na początkowo bezobjawowy charakter retinopatii).

Badaniem, w zakresie leczenia cukrzycy przez lekarzy AOS, objęto karty historii choroby 269 pacjentów¹¹⁵ poradni diabetologicznych, funkcjonujących u 12 świadczeniodawców¹¹⁶.

Dokumentację medyczną analizowano pod kątem rzetelności jej prowadzenia (tj. zgodnie z wymogami określonymi w u.p.p. oraz rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej) i dokonywanych adnotacji o udzielonych świadczeniach pacjentom, których ta DM dotyczyła.

Analiza wpisów w DM wykazała, że lekarze diabetolodzy nie zawsze realizowali zalecenia PTD dotyczące kierowania pacjentów na badanie diagnostyczne i na konsultacje u innych specjalistów¹¹⁷, co było niezgodne z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która w art. 4 określa obowiązek lekarza wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej

¹¹⁵ Urodzili się w latach 1950–1965, karty zdrowia i choroby zostały założone przed 1 stycznia 2013 r. (badaniem objęto lata 2013–2017), korzystali ze świadczeń lekarza diabetologa w styczniu 2017 r.

¹¹⁶ Dziewięciu świadczeniodawców, u których badano prewencję i leczenie cukrzycy przez lekarzy POZ i u trzech świadczeniodawców, u których nie funkcjonowała POZ.

¹¹⁷ Do pięciu lekarzy specjalistów: okulisty, neurologa, nefrologa, kardiologa i chirurga.

wiedzy medycznej, co oznacza także obowiązek postępowania zgodnie ze standardami, wytycznymi, zaleceniami towarzystw naukowych w określonej dziedzinie medycyny.

W innych przypadkach nie przestrzegali obowiązku prowadzenia indywidualnej DM pacjentów zgodnie z ww. przepisami w tym zakresie, ponieważ nie odnotowywali i/lub nie załączali do niej wyników specjalistycznych badań diagnostycznych i konsultacji u lekarzy specjalistów¹¹⁸, związanych ze stanem zdrowia i choroby oraz procesem leczenia pacjentów. Dotyczyło to informacji zawartych w systemie informatycznym, wyników badań przynoszonych przez pacjentów, a pochodzących z poradni specjalistycznych i wypisów hospitalizacyjnych.

Analiza DM pod kątem kierowania pacjentów na zalecane do wykonania raz w roku badania diagnostyczne (siedmiu)¹¹⁹, wykazała, że w DM tylko siedmiu pacjentów (2,6%) spośród 269, których DM badano, odnotowano skierowanie ich na wszystkie badania (siedem), o których wyżej mowa, w DM 208 pacjentów (77,3%) odnotowano skierowanie ich na mniej niż trzyz siedmiu zalecanych badań, a w DM pozostałych 54 osób (20,1%) odnotowano skierowanie ich na więcej niż 3, ale mniej niż siedem zalecanych badań.

Natomiast analiza DM pod kątem kierowania pacjentów raz na rok na konsultacje specjalistyczne¹²⁰ wykazała, że żadnego pacjenta nie skierowano do pięciu specjalistów, a 252 osoby (93,7%) zostały skierowane do mniej niż dwóch specjalistów (tj. do jednego lub żadnego); pozostałych 17 pacjentów (6,3%) skierowano do specjalistów w liczbie od dwóch do czterech.

Do okulisty wystawiono 312 skierowań (w DM odnotowano tylko 151 wyników konsultacji) i do pozostałych specjalistów – odpowiednio – do kardiologa – 43 (dziewięć), neurologa – 46 (11), nefrologa 13 (dwa), chirurga – 17 (cztery).

W toku kontroli analizowano również, ile parametrów wyrównania metabolicznego z wartością docelową, odnotowano w DM w odniesieniu do każdego pacjenta w trakcie jego „najlepszej” wizyty u lekarza diabetologa.

Analiza wykazała, że nie odnotowano żadnego przypadku aby pacjent miał wyrównane wszystkie (osiem) parametry na jednej wizycie; u 134 pacjentów (49,8%) odnotowano wyrównanie mniej niż 4 parametrów, a u pozostałych 135 osób (50,2%) więcej niż cztery, ale mniej niż osiem.

Pacjenci, których DM analizowano (tj. 269 osób) zgłosili się łącznie na 2.206 wizyt do lekarza diabetologa.

Osiągnięcie wartości docelowej poszczególnych parametrów wyrównania metabolicznego odnotowano w DM:

- w przypadku hemoglobiny glikowanej HbA1c – w trakcie 446 wizyt (20,2% wszystkich wizyt), a wpisu o wykonaniu tego oznaczenia dokonano na 885 wizytach;
- glukozy na czczo – odpowiednio 1.224 (55,5%) i 1.282;

¹¹⁸ Naruszało to art. 25 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz § 41 ust. 4 pkt 4, 6, 7, 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

¹¹⁹ Te same badania diagnostyczne jak przy leczeniu pacjentów z cukrzycą przez lekarzy POZ.

¹²⁰ Konsultacje specjalistyczne u okulisty, neurologa, kardiologa, chirurga, nefrologa.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- stężenia cholesterolu całkowitego – 321 (14,6%) i 571;
- stężenia cholesterolu frakcji LDL – 215 (8%) i 415;
- stężenia cholesterolu frakcji HDL – 356 (16,1%) i 450;
- ciśnienia skurczowego – 713 (32,3%) i 763;
- ciśnienia rozkurczowego – 1.180 (53,3%) i 1.207;
- wskaźnika BMI – 66 (3,0%) i 175.

W toku kontroli wyjaśniano (kierownictwo świadczeniodawców, lekarze diabetologów), że odstępstwa od wskazanych w zaleceniach PTD częstotliwości badań i konsultacji specjalistycznych wynikały m.in. z:

- stosowania zasady daleko posuniętej indywidualizacji celów i strategii leczenia oraz złagodzenia kryterium wyrównania wobec osób w starszym wieku (w tym częstotliwości i zakresu kontroli);
- limitowania przez NFZ przyjęć pacjentów (co uniemożliwiało objęcie wszystkich pacjentów poradni dalszą, częstą kontrolą);
- zwiększania się liczby pacjentów korzystających ze świadczeń poradni, bez jednoczesnego zwiększania liczby jej personelu, czasu pracy i limitu przyjęć pacjentów (co powodowało niewydolność systemu i brak technicznych możliwości częstszych i dłuższych wizyt pacjentów);
- braku współpracy lub prawidłowej współpracy części pacjentów z lekarzami (w tym niezgłaszanie się na zaplanowane wizyty kontrolne, niewykonywanie zaleceń i badań dodatkowych);
- objęcia większości pacjentów opieką innych lekarzy specjalistów, co sprawiało, że wobec takich osób nie występowała potrzeba kierowania na badania;
- nieprzedstawiania przez pacjentów szczegółowych wyników badań wykonywanych w ramach POZ lub w ramach świadczeń realizowanych przez inne podmioty udzielające świadczeń medycznych;
- możliwości pominięcia zapisu w dokumentacji, co wynikało z ograniczonego czasu wizyty i tzw. czynnika ludzkiego;
- niewystarczającej liczby godzin edukacyjnych w poradni oraz braku wyodrębnienia porady edukacyjnej wykonywanej przez pielęgniarkę edukacyjną lub dietetyka.

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie mogą tłumaczyć stwierdzonych nieprawidłowości, ponieważ nieuwzględnianie w procesie leczenia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 zaleceń PTD, w zakresie częstotliwości kierowania na badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne, należy uznać jako stan nieprawidłowy. Ponadto, dokumentacja medyczna, która jest źródłem wiedzy zarówno dla lekarza jak i leczonego, powinna rzetelnie opisywać sytuację zdrowotną pacjenta i umożliwiać dokonanie pełnej oceny stanu ich zdrowia z częstotliwością wynikającą z zaleceń PTD.

Dostępność świadczeń specjalistycznych dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 była bardzo zróżnicowana, zarówno pomiędzy świadczeniodawcami objętymi kontrolą jak i u każdego z nich w badanym okresie i to zarówno w odniesieniu do przypadków „pilnych”, jak i stabilnych.

Dostępność
do świadczeń

W przypadku niektórych świadczeniodawców¹²¹ pacjenci ze skierowaniami z adnotacją „pilne” byli przyjmowani w dniu zgłoszenia.

W SP Zakładzie Lecznictwa Otwartego w Wieliczce – średni rzeczywisty czas oczekiwania na wizytę pierwszorazową w Poradni Diabetologicznej (PD) w związku z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w przypadku stanów stabilnych uległ wydłużeniu z 83 (w IV kw. 2015 r.) do 139 (w I kw. 2017 r.) dni.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na kolejną wizytę, w kontrolowanym okresie, wynosił od 131 do 149 dni.

Czas oczekiwania na wizyty pierwszorazowe w innych prowadzonych przez Zespół poradniach realizujących świadczenia m.in. w zakresie powikłań cukrzycy typu 2, wynosił w kontrolowanym okresie:

- w poradni kardiologicznej od 0 do 231 dni (średni czas oczekiwania na kolejną wizytę wynosił w badanym okresie od 161 do 234 dni);
- w poradni okulistycznej od 0 do 42 dni (średni czas oczekiwania na kolejną wizytę wynosił w badanym okresie od 15 do 32 dni);
- w poradni chirurgii ogólnej 0 dni (średni czas oczekiwania na kolejną wizytę wynosił w badanym okresie od dwóch do pięciu dni).

W NZOZ „Twoje Zdrowie EL” sp. z o.o. w Elblągu – średni rzeczywisty czas oczekiwania na wizytę w poradni diabetologicznej, w związku z rozpoznaniem cukrzycy, wynosił, w przypadku stanów stabilnych – od pięciu do ośmiu dni, a w przypadku stanów pilnych – od dwóch do trzech dni.

Terminy kolejnych wizyt osób korzystających ze świadczeń poradni były wskazywane przez lekarzy prowadzących, w zależności od indywidualnych potrzeb, a czas oczekiwania na takie wizyty wynosił w badanym okresie średnio pomiędzy 4 a 12 miesięcy. Czas oczekiwania na pierwsze wizyty w innych prowadzonych przez Spółkę poradniach, realizujących świadczenia m.in. w zakresie leczenia powikłań cukrzycy, wynosił w badanym okresie, wg danych na koniec I kwartału 2015 r. i koniec I kwartału 2017 r.:

- w poradni kardiologicznej – odpowiednio 57 i 155 dni w przypadku stanów stabilnych (wzrost o 172%) oraz 21 i 61 dni (wzrost o 190%) w przypadku stanów pilnych,
- w poradni okulistycznej – 167 i 188 (wzrost o 12,5%) oraz 19 i 33 dni (wzrost o 73,7%),
- w poradni endokrynologicznej – 96 i 180 (spadek o 87,5%) oraz 31 i 29 dni (spadek o 6,5%).

Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kętach – średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń osobom leczonym w związku z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w PD wynosił: na bieżąco – w przypadkach pilnych oraz do trzech miesięcy – w pozostałych przypadkach. W okresie objętym kontrolą czas oczekiwania na wizytę PD uległ skróceniu z 53 dni (wg stanu na 31 marca 2015 r.) do 45 dni (na 30 czerwca 2017 r.).

Średni czas oczekiwania na wizytę w poradni endokrynologicznej w analogicznym okresie wydłużył się z 97 do 257 dni, a w poradni chirurgii ogólnej odpowiednio: z 17 do 56 dni, przy czym pacjenci na pierwszą wizytę byli przyjmowani na bieżąco: również w poradni endokrynologicznej osoby leczone w związku z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 były przyjmowane na bieżąco (wizyty pilne) oraz w terminie do trzech miesięcy (w przypadkach stabilnych); do poradni chirurgii ogólnej ww. pacjenci przyjmowani byli na bieżąco (wizyty pilne) oraz w terminie od jednego do dwóch tygodni (wizyty stabilne).

¹²¹ Np. Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kętach, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ w Toruniu, SP Zespół Przychodni Specjalistycznych we Włocławku.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W toku kontroli wyjaśniono (kierownictwo świadczeniodawców, lekarze), że wpływ na czas oczekiwania pacjentów na wizytę u specjalisty ma głównie wysokość środków przyznanych przez NFZ, ale także czas ten uzależniony jest od lekarza prowadzącego, który wyznacza termin kolejnej wizyty kontrolnej (w ramach kontynuacji leczenia).

W badanym okresie wszyscy świadczeniodawcy prowadzili edukację diabetologiczną pacjentów zagrożonych i/lub chorych na cukrzycę typu 2 i ich rodzin.

Edukację prowadzono w formie indywidualnej w trakcie wizyty w POZ i/lub poradni diabetologicznej. Osobami, które prowadziły taką edukację, byli pracownicy medyczni (lekarze POZ, diabetolodzy, pielęgniarki pracujące w gabinetach POZ i poradni diabetologicznej).

Zdjęcie nr 1

Nauka obsługi glukometru



Źródło: Fotolia.com.

Pacjentów uczono zasad samokontroli, profilaktyki powikłań, pomiaru poziomu cukru we krwi, obsługi glukometru oraz udostępniano materiały edukacyjne w postaci broszur, ulotek i dzienniczków do zapisu pomiaru poziomu glukozy.

Ponadto, w ramach funkcjonowania Poradni Diabetologicznej, pacjenci edukowani byli przez pielęgniarkę diabetologiczną pod kątem poszerzenia ich wiedzy i świadomości w zakresie prawidłowego stylu życia, utrzymywania zaleceń dietetycznych, jak również samokontroli poziomu cukru we krwi; przeprowadzone zajęcia edukacyjne dokumentowano wpisami w kartach zdrowia i choroby pacjentów.

Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Celem wdrożenia kompleksowej opieki specjalistycznej¹²² jest poprawa skuteczności leczenia pacjentów wysokiego ryzyka prowadzona w oparciu

¹²² Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna Nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. oraz Nr 62/2016/DSOZ z dnia 29 czerwca 2016 r.

o aktualnie obowiązujące standardy opieki diabetologicznej¹²³, a w następstwie zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy i jej powikłań.

Wskazaniem do objęcia kompleksową opieką pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 jest leczenie tej choroby, co najmniej trzema wstrzyknięciami insuliny, wymagające intensywnego monitorowania i/lub zmiany insulinoterapii i leczenia połączonego z wlewami dożylnymi (w tym regulacja zaburzeń wodno-elektrolitowych).

Z ustaleń kontroli pięciu świadczeniodawców wynika, że pacjenci byli kwalifikowani do KAOS w poradni diabetologicznej. W badanym okresie opieką w ramach KAOS objętych było średnio rocznie od 148 pacjentów (w NZOZ „Medica” w Lublinie) do 500 pacjentów (w Miejskiej Przychodni Specjalistycznej w Toruniu).

Badanie dokumentacji medycznej wybranych losowo 100 pacjentów¹²⁴ (po 20 DM z każdej poradni KAOS objętej kontrolą), wykazało, że wszyscy pacjenci spełniali określone przez NFZ kryteria kwalifikujące do objęcia opieką, tj. leczyli cukrzycę typu 2 co najmniej trzema wstrzyknięciami insuliny i złożyli deklaracje wyboru świadczeniodawcy realizującego KAOS.

W procesie leczenia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 nie w pełni wywiązywano się z obowiązku kierowania na wszystkie wymagane badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne¹²⁵. Lekarze diabetolodzy zobowiązani byli do kierowania pacjentów (w trakcie rocznej opieki) na badania i do innych lekarzy specjalistów na podstawie umowy zawartej z NFZ, jak również przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹²⁶, § 10 ust. 1 cyt. Zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ i § 6 ust. 1 cyt. Zarządzenia Nr 62/2016/DSOZ, w myśl których lekarze powinni stosować się do zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) w zakresie leczenia chorych na cukrzycę typu 2.

Nadmienić należy, że lekarze udzielający świadczeń w ramach KAOS nie zawsze odnotowywali lub załączali do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów informacje o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach oraz ich wyniki, co było niezgodne z przepisami ustawy

¹²³ Określone w „Zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorych na cukrzycę 2016” (stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego), zwanych dalej „zaleceniami PTD”.

¹²⁴ Badaniem objęto dokumentację medyczną pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, leczonych u kontrolowanego świadczeniodawcy, spełniających następujące kryteria:

- urodzeni w latach 1950–1965,
- karty zdrowia i choroby założone zostały przed 1 stycznia 2013 r.,
- korzystali ze świadczeń lekarza diabetologa KAOS w styczniu 2017 r.

¹²⁵ Wykaz badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych wymagany dla pacjentów KAOS zawarty w załączniku Nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ z 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, a następnie w załączniku Nr 3a do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 62/2016/DSOZ z 29 czerwca 2016 r. w tej samej sprawie.

W trakcie rocznej opieki konieczne jest wykonanie u pacjenta zestawu świadczeń diagnostycznych, w tym: 2-krotnego oznaczenia HbA1c, 1-krotnego oznaczenia cholesterolu całkowitego, Frakcji LDL i HDL, triglicerydów, kreatyniny, albuminurii oraz badania okulistycznego z oceną dna oka. W ramach realizacji KAOS konieczne jest zapewnienie konsultacji okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych – wynikających z planu opieki, a w przypadku wskazań medycznych – także chirurgicznych.

¹²⁶ Art. 4 ustawy z 5 grudnia 1994 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2017r., poz. 125 ze zm.).

o prawach pacjenta¹²⁷, a także rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej¹²⁸.

Analiza DM 100 pacjentów wykazała, że 92% pacjentów zgłaszało się na wizyty z częstotliwością określoną w umowie z NFZ, tj. co najmniej cztery w każdym roku (w NZOZ „Medica” w Lublinie – dotyczyło to tylko 70% pacjentów).

Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej w **NZOZ „Medica” w Lublinie** wykazała, że sześciu pacjentom (spośród 20) udzielono mniej niż trzy porady w każdym roku.

Dyrektor NZOZ wyjaśnił, że przypadki udzielenia świadczenia zdrowotnego w poradni diabetologicznej w ramach KAOS z częstotliwością mniejszą niż jeden raz na trzy miesiące wynikały głównie z niezgłoszenia się pacjenta na wyznaczoną wizytę z przyczyn osobistych, zapomnienia o terminie wizyty, choroby, pobytu w szpitalu.

Kontrola wykazała, że udzielenie wizyty po upływie trzech miesięcy, niejednokrotnie skutkowało nierozliczeniem jej przez NFZ w ramach KAOS¹²⁹, a na kolejnej wizycie w poradni diabetologicznej (w ramach AOS), pacjenci byli ponownie kwalifikowani do leczenia w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Lekarze nie kierowali pacjentów na wszystkie zalecane specjalistyczne badania diagnostyczne z częstotliwością określoną w wymienionych wcześniej zarządzeniach Prezesa NFZ (tj. raz w roku).

Analiza DM wykazała, że tylko w przypadku 51% pacjentów zawarto w niej informację o skierowaniu w badanym okresie na wszystkie (5)¹³⁰ zalecane specjalistyczne badania diagnostyczne raz w roku, 28% pacjentów skierowanych zostało na cztery (spośród 5) badania, a 19% na mniej niż 3 badania.

Ustalono, że co najmniej raz w roku wykonano badanie HbA1c u 77 pacjentów (77%), badanie kreatyniny w surowicy krwi – u 75 osób (75%), badanie cholesterolu – u 70 osób (70%), badanie dna oka u 33 osób (33%), a badania albuminurii nie wykonano u żadnego (spośród 100) pacjenta.

Natomiast adnotacje o wydanych skierowaniach na konsultacje do specjalistów dotyczyły: w 176 przypadkach okulisty¹³¹ (ale wynik konsultacji wpisano/dołączono do DM tylko w 118 przypadkach), 124 razy skierowanie dotyczyło neurologa (wynik wpisano/dołączono do DM tylko w 76 przypadkach) do kardiologa skierowano pacjentów 87 razy (wynik wpisano/dołączono do DM tylko w 50 przypadkach), natomiast do nefrologa skierowano pacjentów trzy razy, a do chirurga dziewięć razy.

¹²⁷ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017r. poz. 1318, ze zm.).

¹²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania i z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”.

¹²⁹ Stwierdzono cztery takie przypadki.

¹³⁰ Oznaczenie cholesterolu całkowitego, frakcji LDL, HDL i trójglicerydów w surowicy krwi przyjęto za 1 badanie diagnostyczne (dalej określone łącznie „badaniem cholesterolu”).

¹³¹ Winno być co najmniej 200 skierowań do okulisty, ponieważ konsultacja u tego specjalisty raz w roku jest obligatoryjna.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Nadmienić należy, że w okresie objętym kontrolą pacjenci, których DM analizowano, zgłosili się 1.137 razy na wizytę w ramach KAOS.

U jednego ze świadczeniodawców (spośród 5), tj. w **NZOZ „Medica” w Lublinie** żaden pacjent (spośród 20, których DM analizowano) nie został skierowany na wszystkie zalecane specjalistyczne badania diagnostyczne (5) raz w roku, a 11 z nich skierowano na mniej niż trzy (spośród pięciu) takich badania. Co najmniej raz w roku skierowano na badanie HbA1c 11 osób (spośród 20), na badanie kreatyniny w surowicy krwi – 9 osób, na badanie cholesterolu – osiem osób i na badanie dna oka – tylko 1 osobę, a badania albuminurii nie wykonano u żadnego pacjenta. Adnotacje w DM o wydanych skierowaniach do okulisty odnotowano 30 razy (wynik konsultacji wpisano/dołączono do DM w 26 przypadkach), do neurologa – 17 razy, do kardiologa 15 razy (w obu przypadkach wpisano/dołączono wynik konsultacji 15 razy), do chirurga – jeden raz (brak wyniku konsultacji), do nefrologa – nie skierowano ani razu żadnego pacjenta.

W toku kontroli wyjaśniono, że nie było możliwości spełnienia wymogu udzielenia pacjentom czterech porad w roku (nie rzadziej niż raz na trzy miesiące), a także wykonania pełnego zestawu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych z winy pacjentów, ponieważ nie zgłaszali się na ustalone według harmonogramu wizyty lekarskie (np. z powodu nieplanowanej hospitalizacji, niefrasobliwości pacjentów zapominających o wyznaczonych terminach wizyt, innych przypadków losowych), co wiązało się z niemożliwością skierowania ich na te badania i/lub konsultacje według harmonogramu KAOS.

Argumenty te nie znajdują jednak potwierdzenia przy analizie wyników kontroli prowadzonej w **WSS w Olsztynie**, ponieważ ustalono, że pięciu pacjentów (spośród 20, których DM badano i którzy korzystali ze świadczeń KAOS) regularnie stawiało się w badanym okresie na wizyty w KAOS¹³², byli objęci opieką KAOS od kilku lat (czterech z nich – od 2008 r., a jeden – od 2012 r.), a więc lekarze KAOS kilkakrotnie, w ciągu każdego roku, mieli możliwość skierowania ich na wymagane badania i wyegzekwowanie dostarczenia wyników tych badań.

Lekarze nadmieniali również, że nie mają żadnych podstaw prawnych, by stosować jakiekolwiek sposoby egzekwowania od pacjentów wykonywanie badań diagnostycznych.

Ponadto niektórzy stwierdzali, że „brak wpisów o skierowaniu do specjalisty wynika stąd, że są one wystawiane ręcznie poza systemem komputerowym, więc nie ma informacji na wydruku wizyty. Podobnie jest ze skierowaniami do laboratorium”¹³³, a inni¹³⁴, że „badania pacjentów w KAOS zlecają się podczas każdej wizyty w systemie elektronicznym, dlatego nie ma to odzwierciedlenia w dokumentacji papierowej”.

W toku kontroli nie przedłożono jednak w **WSS w Olsztynie** wydruków z systemu elektronicznego świadczących o zleceniu wykonania badań pięciu pacjentom.

¹³² W okresie 2015–2016 realizowali oni od czterech do sześciu wizyt rocznie.

¹³³ NZOZ „Medica” w Lublinie.

¹³⁴ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie (zwany dalej „WSS w Olsztynie”).

Wyjaśniono również, że pacjenci wykonywali niektóre badania diagnostyczne i/lub konsultacje u specjalistów z różnych dziedzin medycyny (np. kardiologa, okulisty ...) w innych okolicznościach (np. w czasie hospitalizacji lub „prywatnie”) i w związku z tym „nie było sensu” powtarzanie ich. Zauważyć jednak należy, że w załączniku nr 3a do Zarządzenia Prezesa NFZ z 29 czerwca 2016 r. nie określono możliwości odstąpienia od wykonania ww. badań. Wręcz przeciwnie, w określonych przypadkach nakazano wykonywanie ich częściej. Zlecenie przedmiotowych badań rzadziej niż raz w trakcie rocznej opieki narusza zatem warunki realizacji umowy z NFZ w tym zakresie. Średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów (tzw. pierwszorazowych¹³⁵) na wizytę w poradni KAOS był zróżnicowany wśród świadczeniodawców. Po zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia w ramach KAOS, terminy kolejnych wizyt w poradni wynikały z ustalonego przez diabetologa planu leczenia. Natomiast czas oczekiwania na wizytę w poradniach specjalistycznych pacjenta objętego KAOS wynika z ustalonego terminu następnej wizyty w poradni KAOS. Zasadą jest, aby wizyta konsultacyjna odbyła się przed wizytą w poradni KAOS.

Dostępność
do świadczeń KAOS

W NZOZ „Medica” w Lublinie w sytuacjach pilnych wizyta konsultacyjna u wskazanego specjalisty jest organizowana niezwłocznie, w terminie nie przekraczającym siedmiu dni, nawet jeśli nie jest aktualnie przewidziana w schemacie postępowania w KAOS.

W SPZOZ Szpitalu Powiatowym w Pisz średni rzeczywisty czas oczekiwania na wizytę pierwszorazową w przypadkach pilnych wynosił od 5 do 13 dni, a w przypadkach stabilnych – od 30 do 57 dni (wg stanu na 30 czerwca 2017 r. – w porównaniu ze stanem na 31 marca 2015 r. – czas ten dla przypadków pilnych skrócił się do 5 dni, a dla przypadków stabilnych – do 47 dni. Natomiast skierowania na konsultacje specjalistyczne miały być realizowane przed kolejną wizytą w KAOS.

W WSS w Olsztynie czas oczekiwania pacjentów pierwszorazowych na wizytę w poradni KAOS w przypadkach pilnych wynosił od 12 do 47 dni, a dla stabilnych – od 22 do 66 dni. Według stanu na 30 czerwca 2017 r. – w porównaniu ze stanem na 31 marca 2015 r. – czas ten dla przypadków pilnych wydłużył się do 28 dni (o 16 dni), a dla przypadków stabilnych – do 56 dni (o 30 dni). Konsultacje specjalistyczne okulistyczne, kardiologiczne i neurologiczne udzielane były na danym oddziale szpitalnym.

W przypadku pierwszych konsultacji pacjenci przyjmowani byli od razu w przypadkach pilnych i w terminie do 30 dni w przypadkach stabilnych. Natomiast średni czas oczekiwania pacjentów¹³⁶ na konsultacje do endokrynologa wynosił od 20 do 99 dni w przypadkach pilnych i od 72 do 232 dni w przypadkach stabilnych (wg stanu na 30 czerwca 2017 r. – w porównaniu ze stanem na 31 marca 2015 r. – czas ten wydłużył się do 99 dni, tj. o 79 dni dla przypadków pilnych, a dla przypadków stabilnych – do 232 dni, tj. o 132 dni), a do poradni chirurgii naczyniowej – czas ten wynosił – odpowiednio – od 12 do 72 dni i od 126 do 289 (czas ten wydłużył się – odpowiednio – do 73 dni, tj. o 61 dni i do 259 dni, tj. o 133 dni).

¹³⁵ Pacjent pierwszorazowy – świadczeniobiorca, który w ciągu poprzedzających wizytę 730 dni nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie.

¹³⁶ Dotyczy wszystkich pacjentów oczekujących na wizytę w danej poradni, w tym pacjentów KAOS, wpisywanych do ogólnej kolejki oczekujących.

Miejska Przychodnia Specjalistyczna w Toruniu – osoby leczone w związku z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w poradni diabetologicznej w ramach KAOS nie oczekiwały na wizytę, nie podlegali oni wpisowi do rejestru oczekujących. Oczekiwanie wymagało uzyskanie przez pacjentów KAOS konsultacji u poszczególnych lekarzy specjalistów. Przykładowe czasy oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów wyniosły:

- w poradni okulistycznej: dla pacjentów KAOS – 90 dni w IV kwartale 2015 r., 60 dni w IV kwartale 2016 r., 66 dni – w I kwartale 2017 r. Dla pozostałych pacjentów czas oczekiwania w tym okresie wynosił od 388 do 500 dni;
- w poradni kardiologicznej: dla pacjentów KAOS czas ten wynosił odpowiednio – 92 dni, 60 dni, 50 dni. Dla pozostałych pacjentów – od 75 do 164 dni;
- w poradni diabetologicznej i chirurgicznej pacjenci KAOS przyjmowani byli na bieżąco. Natomiast czas oczekiwania pozostałych pacjentów wynosił odpowiednio od 26 do 94 dni i od 23 do 52 dni.

Świadczeniodawcy spełniali wymagania dotyczące kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń w ramach KAOS, ustalone w wymienionych wcześniej zarządzeniach Prezesa NFZ oraz określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹³⁷.

Natomiast czas pracy lekarzy udzielających świadczeń w zakresie KAOS zapewniło czterech świadczeniodawców (spośród pięciu); był on zgodny z umowami z NFZ, tj. z harmonogramem¹³⁸, stanowiącym załącznik nr 2 do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie KAOS (poradnia funkcjonowała od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00).

W przypadku jednego świadczeniodawcy¹³⁹ stwierdzono nieprawidłowości dotyczące czasu udzielania świadczeń w tej poradni. Naruszono tym samym przepisy § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 6 maja 2008 r.¹⁴⁰ oraz z dnia 8 września 2015 r., a także załączników (odpowiednio nr 3c i nr 3 część a) do zarządzeń Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ i Nr 62/2016/DSOZ (odpowiednio § 11 ust 1 i § 9 ust. 1 i 2).

Dostępność świadczeń w gabinecie diabetologicznym miała być zapewniona od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 według harmonogramu (załącznik nr 2 do umów z NFZ).

Godziny pracy poradni diabetologicznej (AOS) i KAOS pokrywały się w ramach umów z NFZ i tym samym godziny pracy poszczególnych lekarzy udzielających świadczeń w ramach AOS i KAOS również pokrywały się: np. godziny pracy lekarza E.S. w poniedziałki i piątki w harmonogramie AOS i KAOS były takie same (od 8:00 do 15:30), a we wtorki w KAOS od 8:00 do 18:00, a w AOS od 8:00 do 20:00.

¹³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poz. 4 załącznika nr 1) Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

¹³⁸ Zgodnie z § 1 pkt 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), przez harmonogram rozumie się – stanowiący załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wykaz dotyczący dostępności miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z czasem jego pracy.

¹³⁹ NZOZ „Medica” w Lublinie.

¹⁴⁰ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W I półroczu 2017 r. – jeden z lekarzy, wg harmonogramu, miała pracować w środy w KAOS od 8:00 do 15:30, wg grafiku miała pracować równocześnie w KAOS i AOS od 13:45, a faktycznie pracowała w Szpitalu w godzinach od 7:30 do 15:05; w czwartki miała pracować wg harmonogramu – w KAOS – od 15:30 do 18:00 i w AOS – od 15:30 do 20:00.

– Inny lekarz – wg harmonogramu miała pracować w czwartki w KAOS od 8:00 do 15:30, a wg grafiku – w ogóle nie przyjmował pacjentów tego dnia, ponieważ faktycznie pracowała w Szpitalu w godzinach od 7:30 do 15:05.

Zgodnie z terminarzem wizyt w poradni diabetologicznej za I półrocze 2017 r. (117 dni, w których przyjmowano pacjentów) w żadnym dniu nie rozpoczęto przyjmowania pacjentów o godz. 8:00; w 24 przypadkach – pierwszego pacjenta przyjęto w godzinach od 8:45 do 10:00, 34 razy – pierwszego pacjenta przyjęto po godzinie 10:00 (ale przed godziną 14:00), a w 59 przypadkach – pierwszy pacjent miał ustaloną wizytę po godz. 14:00.

W przypadku dwóch świadczeniodawców¹⁴¹, spośród pięciu objętych kontrolą w zakresie KAOS – funkcjonowały „gabinety stopy cukrzycowej” (o których mowa w zaleceniach PTD), natomiast u trzech świadczeniodawców¹⁴² nie utworzono takich gabinetów.

Dyrektor **WSS w Olsztynie** wyjaśnił, że w czerwcu 2017 r. Szpitalowi przyznano, ze środków programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia ambulatoryjnego leczenia zespołu stopy cukrzycowej na lata 2016–2018”, 25,4 tys. zł na realizację zadania: „Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową”. W ramach projektu, o łącznej wartości 30,0 tys. zł, Szpital planował zakupić do końca października 2017 r. wyposażenie gabinetu stopy cukrzycowej.

W okresie objętym kontrolą edukacja diabetologiczna pacjentów chorych na cukrzycę prowadzona była indywidualnie podczas planowych wizyt, m.in. przez lekarza specjalistę. Dokumentowano ją wpisami w kartach zdrowia pacjentów. Edukacja prowadzona była również przez pielęgniarkę oraz dietetyka i odbywała się na życzenie pacjenta lub zlecenie lekarza.

W badanym okresie NFZ przeprowadził tylko u jednego świadczeniodawcy¹⁴³ kontrolę planową w zakresie prawidłowości realizacji i rozliczania świadczeń udzielanych w ramach KAOS.

Kontrole NFZ
funkcjonowania
KAOS

W I półroczu 2016 r. przeprowadzona została w Szpitalu przez NFZ kontrola planowa w zakresie prawidłowości realizacji i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach KAOS w latach 2012–2015. NFZ negatywnie ocenił działania Szpitala w ww. zakresie, w tym m.in. brak pełnego zestawu świadczeń diagnostycznych wymaganych do wykonania w trakcie rocznej opieki nad pacjentem, do czego zobowiązywały wymogi programu określone w zarządzeniu Prezesa NFZ. Braki te dotyczyły w szczególności: albuminurii, lipidogramu, poziomu LDL-cholesterolu, kreatyniny, HbA1c, wymaganych konsultacji specjalistycznych, w tym: okulistycznych, neurologicznych i kardiologicznych. Stwierdzono, że pacjenci ponosili koszty wykonywanych prywatnie badań diagnostycznych branych pod uwagę przy monitorowaniu stanu ich zdrowia, bądź

¹⁴¹ Miejska Przychodnia Specjalistyczna w Toruniu i Medyczne Centrum Diab-Endo-Met sp. z o.o. w Krakowie.

¹⁴² NZOZ Przychodnia Specjalistyczna „Medica” w Lublinie, SPZOZ Szpital Powiatowy w Piszku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. A. Fiderkiewicza w Olsztynie (dalej WSS w Olsztynie).

¹⁴³ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, zwany dalej „WSS” lub „Szpital”.

występowały przypadki wykorzystywania wyników badań diagnostycznych innego podmiotu leczniczego, mimo że Szpital otrzymał środki na ich wykonanie. W wystąpieniu pokontrolnym NFZ podał, że warunkiem prowadzenia pacjenta w KAOS jest m.in. monitorowanie stanu jego zdrowia. Nie do przyjęcia, zdaniem NFZ, był fakt, że pacjenci ponoszą koszty badań laboratoryjnych. Świadczeniodawca otrzymując środki finansowe w postaci miesięcznej stawki kapitałowej powinien przeznaczyć je na realizację świadczeń, w tym na realizację wymaganej diagnostyki. Fakt, że pacjent leczy się również w innej placówce, nie zdejmuje ze świadczeniodawcy obowiązku wykonania badań. Nieprawidłowym jest zatem, zdaniem NFZ, wykorzystywanie w tym zakresie wyników badań diagnostycznych innego podmiotu leczniczego, ponieważ to świadczeniodawca otrzymał środki finansowe na ich wykonanie. W sytuacji braku wymaganych badań diagnostycznych Szpital winien zakończyć opiekę nad pacjentem w KAOS, a dalsze leczenie jego prowadzić w poradni diabetologicznej.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami NFZ nałożył na Szpital karę umowną w kwocie 65,9 tys. zł. Z uwagi na fakt, iż Szpital jako jedyny realizował umowę na KAOS na terenie Olsztyna, NFZ postanowił nie rozwiązywać jej. Zastrzegł jednocześnie, że w przypadku powtarzających się nieprawidłowości w jej realizacji zostanie ona rozwiązana bez zachowania okresu wypowiedzenia.

Natomiast **Lubelski OW NFZ** w oparciu o przesłane przez NZOZ MEDICA w Lublinie raporty statystyczne analizował częstotliwość wizyt w poradni diabetologicznej w ramach KAOS i w przypadku stwierdzenia, że porady realizowane były rzadziej niż raz na 3 miesiące, wstrzymywał w tym okresie finansowanie danego świadczeniobiorcy stawką kapitałową. Natomiast jeżeli częstotliwość wizyt w poradni była zgodna z wymogami zarządzenia, to mimo niewykonania zestawu świadczeń diagnostycznych koniecznych do wykonania w trakcie rocznej opieki, określonego w załączniku nr 3 część c, świadczeniobiorcy byli finansowani stawką kapitałową, co jednak było niezgodne z zapisami § 19 ust. 2 zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ, zgodnie z którym warunkiem finansowania świadczeń KAOS jest ich udzielanie zgodnie z postanowieniami określonymi w załączniku nr 3 część c do zarządzenia, w sposób ciągły i regularny, z częstotliwością nie mniejszą niż jeden raz na 3 miesiące. Zgodnie z § 19 ust. 3 ww. zarządzenia w przypadku niespełnienia wymogu określonego w ust. 2, leczenie danego świadczeniobiorcy nie powinno być finansowane stawką kapitałową.

5.3.2. Stacjonarna opieka zdrowotna

Wszystkie szpitale objęte kontrolą (siedem) prawidłowo zorganizowały i prowadziły hospitalizację pacjentów chorych na cukrzycę typu 2. Leczeniem zajmowali się lekarze specjaliści w zakresie chorób wewnętrznych, w tym niektórzy z nich byli dodatkowo specjalistami w zakresie diabetologii.

Pacjentom zapewniono także opiekę pozostałego personelu, m.in. pielęgniarek posiadających specjalistyczne szkolenia z zakresu opieki nad chorymi z cukrzycą (w tym niektórych z ukończonym kursem w dziedzinie „edukator w cukrzycy”), wykwalifikowanych dietetyków, psychologa. Zapewniono również dostęp do konsultacji specjalistycznych.

Tylko w jednym szpitalu¹⁴⁴ (spośród siedmiu objętych kontrolą) funkcjonował specjalistyczny Oddział Diabetologiczny. W pozostałych szpitalach pacjenci chorzy na cukrzycę typu 2 leczeni byli w oddziałach cho-

¹⁴⁴ Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie (zwany dalej również IMW”).

rób wewnętrznych (które w swej nazwie miały wymieniony również inny – dodatkowy zakres świadczeń)¹⁴⁵.

Tylko cztery szpitale¹⁴⁶ (spośród siedmiu) posiadały umowy z NFZ na realizację świadczeń w zakresie „diabetologia – hospitalizacja”, natomiast pozostałe – wykonywały świadczenia związane z leczeniem cukrzycy typu 2 w ramach realizacji umów na hospitalizację z zakresu chorób wewnętrznych.

Wszystkie oddziały szpitalne, w których leczeni byli pacjenci chorzy na cukrzycę typu 2 były wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną wymaganą przy udzielaniu świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych, jak również w dużym stopniu w sprzęt wymagany w specjalistycznych oddziałach diabetologicznych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁴⁷ oraz zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

W szpitalach prowadzono edukację diabetologiczną hospitalizowanych pacjentów z cukrzycą typu 2 obejmującą m.in. racjonalny sposób odżywiania w cukrzycy, powikłania cukrzycowe i ich objawy, naukę obsługi glukometru, rozdawano materiały edukacyjne (broшуry, ulotki, książki) dotyczące zdrowego stylu życia, zdrowego żywienia, monitorowania glikemii i samokontroli.

W badanym okresie, w związku z cukrzycą typu 2 jako chorobą zasadniczą, leczonych było łącznie we wszystkich szpitalach objętych kontrolą (7) 2.977 osób, w tym zdiagnozowano to schorzenie po raz pierwszy u 284 osób (w 5 szpitalach)¹⁴⁸.

Powyższe dane nie uwzględniają pacjentów, u których cukrzyca występowała w badanym okresie, jako choroba współistniejąca. Tym samym procedury leczenia cukrzycy typu 2 odnosiły się również do znacznej liczby pacjentów, u których stwierdzono występowanie innych chorób (w wielu przypadkach będących lub mogących być powikłaniami cukrzycy)¹⁴⁹.

¹⁴⁵ * W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu – był to Oddział Kliniczny Nefrologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych.

* W Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu – Oddział Endokrynologiczny i Terapii Izotopowej.

* Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. St. Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie – Oddział Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii.

* SPZOZ MSWiA w Krakowie – Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii oraz Oddział Geriatrii.

* Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie – I Oddział Chorób Wewnętrznych i Alergologii (Kliniczny), II Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, III Oddział Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Geriatrii.

* Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu – I Oddział Chorób Wewnętrznych z pododdziałem gastroenterologicznym i II Oddział Chorób Wewnętrznych z pododdziałem endokrynologicznym.

¹⁴⁶ Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. St. Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie, IMW i Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu.

¹⁴⁷ Pkt 14, 17 i 20 części I załącznika Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (j.t. Dz. U. z 2016 r. poz. 694 ze zm.).

¹⁴⁸ W Szpitalu Specjalistycznym im. J. Dietla w Krakowie oraz w IMW w Lublinie – nie prowadzi się statystyk związanych z diagnozowaniem cukrzycy po raz pierwszy.

¹⁴⁹ Podanie szczegółowych danych o innych chorobach, w ilu przypadkach są powikłaniami cukrzycy, a w ilu przypadkach stanowią odrębną jednostkę chorobową nie jest możliwe.

W Szpitalu Specjalistycznym im. dr Wł. Biegańskiego w Grudziądzu, liczba pacjentów, u których stwierdzono cukrzycę typu 2 jako chorobę współistniejącą, wyniosła 1.730 – w 2015 r., 1.639 – w 2016 r. i 884 – w 2017 r. (do 19 czerwca).

Dostęp do LSP

W okresie objętym kontrolą w dwóch szpitalach¹⁵⁰, nie prowadzono list pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 oczekujących na hospitalizację; przyjmowani oni byli na leczenie na bieżąco w dniu zgłoszenia. W pozostałych kontrolowanych szpitalach (5) prowadzone były listy pacjentów oczekujących na hospitalizację, w tym chorych na cukrzycę typu 2, ale diabetycy przyjmowani byli w przypadkach pilnych poza kolejnością.

Natomiast diabetycy oczekiwali na hospitalizację w przypadkach stabilnych w trzech szpitalach.

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu średni rzeczywisty czas oczekiwania na hospitalizację 12 pacjentów wynosił do 31 dni.

W Szpitalu Specjalistycznym im. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu czas oczekiwania 6 chorych na hospitalizację sukcesywnie się wydłużał i wynosił: na koniec IV kwartału 2015 r. – 77 dni, koniec I kwartału 2016 r. – 156 dni i na koniec II kwartału 2016 r. – 195 dni.

W Instytucie Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie (IMW)¹⁵¹ średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów przyjmowanych do IMW planowo (650 pacjentów) wynosił 80 dni. Pacjenci przyjmowani do Kliniki (226 pacjentów) oczekiwali średnio 25 dni, natomiast na OD (424 pacjentów) średnio 109 dni¹⁵². W kontrolowanym okresie najkrócej oczekiwali pacjenci przyjęci na OD w I kw. 2015 r. średnio 61 dni. W kolejnych kwartałach, kolejka wzrosła od 94 dni w II kw. 2015 r. do ponad 100 dni w III i IV kw. 2015 r. i utrzymywała się na podobnym poziomie w kolejnych latach. Dyrektor IMW wskazał, że wpływ na powstanie i kształtowanie się kolejek oczekujących w poszczególnych kwartałach miały: wielkość kontraktu z NFZ, która jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb pacjentów, ograniczone możliwości kadrowe i ograniczenia bazy łóżkowej dostępnej w IMW.

Głównymi celami w leczeniu cukrzycy jest m.in. prawidłowe wyrównanie metaboliczne (glikemii, hemoglobiny glikowanej HbA1c) oraz zapobieganie późnym powikłaniom narządowym.

Przebieg leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 analizowano w toku kontroli na podstawie informacji zawartych w indywidualnej dokumentacji medycznej 210 pacjentów¹⁵³ hospitalizowanych w badanym okresie w siedmiu szpitalach objętych kontrolą.

¹⁵⁰ Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie i Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu.

¹⁵¹ W IMW pacjenci chorzy na cukrzycę typu 2 leczeni byli w Klinice chorób wewnętrznych i nadciśnienia tętniczego (dalej Klinika) oraz w Oddziale Diabetologicznym (dalej OD).

¹⁵² Średni rzeczywisty czas oczekiwania osób przyjętych w poszczególnych kwartałach do Kliniki wyniósł w 2015 r. w I kwartale – siedem dni; II kw. – 16 dni; III kw. – 17 dni; IV kw. – osiem dni; w 2016 r. w I kw. – 61 dni; II kw. – 22 dni; III kw. – 59 dni; IV kw. – 15 dni; w 2017 r. w I kw. – 26 dni; II kw. – 18 dni.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania osób przyjętych w poszczególnych kwartałach na OD wyniósł w 2015 r. w I kwartale – 61 dni; II kw. – 94 dni; III kw. – 112 dni; IV kw. – 103 dni; w 2016 r. w I kw. – 102 dni; II kw. – 120 dni; III kw. – 137 dni; IV kw. – 133 dni; w 2017 r. w I kw. – 121 dni; II kw. – 112 dni.

¹⁵³ Analizowano DM 105 kobiet i 105 mężczyzn.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Analiza wpisów w DM wykazała m.in., że wiek pacjentów wynosił od 38 do 94 lat. Czas hospitalizacji wynosił od jednego do 70 dni (średnio 12 dni). Na hospitalizację w trybie pilnym zostało przyjętych 162 pacjentów (77,1%), a w trybie planowym – 48 (22,9%).

Przyczyną hospitalizacji było:

- nowo wykryta cukrzyca typu 2 z klinicznymi objawami hipoglikemii – u 38 osób (18,1%),
- ostre powikłania cukrzycy (hipoglikemia i hiperglikemia, kwasica i śpiączki cukrzycowe – u 57 osób (27,1%),
- modyfikacja schematu terapii chorych, u których nie ma możliwości uzyskania efektów terapeutycznych w warunkach leczenia ambulatoryjnego – u 30 osób (14,3%),
- inne przyczyny – u 43 osób (20,5%).

W analizowanej dokumentacji medycznej odnotowano powikłania obejmujące: chorobę niedokrwienną serca – w przypadku 88 pacjentów (41,9%), przebyty zawał serca u 38 osób (18,1%), retinopatię cukrzycową – u 42 osób (20%), chorobę nerek – u 84 osób (40,0%), neuropatię cukrzycową – u 38 osób (38,1%). Zespół stopy cukrzycowej stwierdzono u 14 pacjentów (6,7%) i trzem z nich (1,4%) dokonano amputacji kończyny.

W dokumentacji medycznej 41 pacjentów (19,5%) odnotowano występowanie cukrzycy wśród najbliższych krewnych, ale u 68 osób (32,4%) w ogóle nie było adnotacji na ten temat.

Efekty leczenia pacjentów analizowano na podstawie osiągnięcia przez nich pięciu parametrów wyrównania metabolicznego¹⁵⁴ określonych w zaleceniach PTD w ostatnim badaniu.

W trakcie hospitalizacji 61 pacjentów (29,1%) osiągnęło zalecany poziom gospodarki lipidowej, a 96 (47,7%) – nie; natomiast w DM 37 osób nie było wpisu na ten temat.

Zalecany wskaźnik ciśnienia tętniczego osiągnęło 149 pacjentów (71%), wskaźnik BMI – 35 osób (16,7%), w przypadku 138 osób – nie osiągnęło, a w DM 25 osób (11,9%) w ogóle nie było adnotacji na ten temat; prawidłowy wskaźnik glukozy na czczo osiągnęło 155 osób (73,8%), a 54 pacjentów (25,7%) nie.

Prawidłowy wskaźnik hemoglobiny glikowanej HbA1c osiągnęło tylko 29 pacjentów (13,8%), a 138 osób (65,7%) nie osiągnęło; w DM 35 osób w ogóle nie było wpisów na ten temat.

W toku kontroli wyjaśniono, odnosząc się do nieosiągnięcia zalecanych wskaźników parametrów wyrównania metabolicznego¹⁵⁵, że podczas leczenia szpitalnego chorych z cukrzycą typu 2 nie jest możliwe, z klinicznego punktu widzenia, osiągnięcie parametrów wyrównania metabolicznego zgodnie z zaleceniami PTD. Można jedynie uzyskać normalizację niektórych wyników badań, np. stężenia glukozy we krwi, czy obniżenia ciśnienia tętniczego krwi. Celem hospitalizacji jest przede wszystkim modyfikacja stosowanego dotąd leczenia lub jego zapoczątkowanie. Do metabolicznego wyrównania cukrzycy, w odniesieniu do oczekiwanych kryteriów zgod-

¹⁵⁴ Hemoglobina glikowana (HbA1c), glukoza na czczo, gospodarka lipidowa, ciśnienie tętnicze, wskaźnik BMI.

¹⁵⁵ Np. Kierownik Oddziału Klinicznego Nefrologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. L. Rydygiera w Toruniu.

nie z zaleceniami PTD, dochodzi w okresie od kilku tygodni do kilku miesięcy, już pod kontrolą i opieką poradni diabetologicznej, pod warunkiem stosowania się chorego do zaleceń poszpitalnych... pacjenci przyjmowani do Szpitala z niewyrównaną lub nowo wykrytą cukrzycą są poddawani intensywnej terapii behawioralnej.

Modyfikowane jest również leczenie nadciśnienia tętniczego i zaburzeń gospodarki lipidowej. Najszybciej wstępnej oceny skuteczności leczenia można dokonać po upływie 2–3 tygodni. Krótki czas pobytu chorego na oddziale (średnio pięć dni) nie pozwala na taką ocenę. Tym samym oceną skuteczności leczenia i analizą wyrównania metabolicznego, jak wspomniano wyżej, zajmują się poradnie diabetologiczne.

Analiza dokumentacji medycznej wykazała, że u niektórych hospitalizowanych nie dokonywano pomiaru wszystkich parametrów wyrównania metabolicznego (w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Krakowie, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu, Szpitalu Specjalistycznym im. J.Dietla w Krakowie, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. St.Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie).

Wyniki badań ankietowych pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielonych im w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (AOZ)

W trakcie kontroli świadczeniodawców AOZ przeprowadzono ankietę wśród pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, której celem było badanie poziomu ich świadomości na temat cukrzycy oraz okoliczności rozpoznania u nich tego schorzenia, a także jego przebiegu, efektów leczenia i powikłań.

Badaniem objęto 661 pacjentów chorych na cukrzycę, którzy w dniu ankietowania skorzystali ze świadczeń lekarza POZ i/lub diabetologa w związku z tym schorzeniem.

Wyniki ankiet wykazały, że badania diagnostyczne mające na celu wykrycie cukrzycy typu 2 u osób, które ukończyły 45. rok życia przeprowadzono – zgodnie z zaleceniami PTD, tj. raz na trzy lata – w przypadku 52,8% ankietowanych (349 osób), natomiast u 35,7% ankietowanych (236 osób) w ogóle ich nie przeprowadzono.

Najwięcej przypadków zachorowań na cukrzycę zdiagnozowali lekarze POZ, tj. u 42,1% ankietowanych (278 osób), natomiast inni lekarze specjaliści – u 18,3% (121 osób), lekarze w szpitalu – u 15,7% (104 osoby), a przy okazji innych badań rozpoznano to schorzenie u 22,4% ankietowanych (148 osób).

Spośród wszystkich ankietowanych (661 osób), 90,5% przyznało (598 osób), że byli poinformowani przez lekarza o przebiegu, objawach i powikłaniach cukrzycy typu 2.

Powikłań zdrowotnych w wyniku cukrzycy nie miało 45,8% ankietowanych (303 osoby); u pozostałych (358) najczęstszym powikłaniem było uszkodzenie wzroku – 38,6% osób (226) i choroba sercowo naczyniowa – 33,5% osób (196).

W przypadku 53 osób ankietowanych (9,0%), spośród tych, u których powikłania wystąpiły, stwierdzono zespół stopy cukrzycowej, u 30 osób (5,1%)

udar mózgu, u 41 osób (7,0%) uszkodzenie nerek i u 40 osób (6,8%) – inne powikłania (nie precyzowali jakie).

Nadmienić należy, że u niektórych ankietowanych wystąpiło więcej niż jedno powikłanie (średnio 1,6 powikłań u każdej z 358 osób, u których one wystąpiły).

Na konsultacje specjalistyczne w związku z cukrzycą, skierowano, co najmniej raz w roku 618 osób (spośród 661 ankietowanych), w tym – najczęściej do diabetologa – 496 osób (34,8% wszystkich skierowań), do okulisty – 459 osób (32,2%) i kardiologa – 280 osób (19,6%).

Z konsultacji chirurga skorzystało 50 osób (3,5%), nefrologa – 73 osoby (5,1%), innych specjalistów (nie precyzując których) – 68 osób (4,8%). Natomiast 43 ankietowanych w ogóle nie było kierowanych i nie korzystało z konsultacji specjalistów.

Po raz pierwszy od zdiagnozowania cukrzycy typu 2 – na konsultacje u diabetologa 66,1% ankietowanych (437 osób) oczekiwało do trzech miesięcy, 19,8% ankietowanych (131 osób) oczekiwało do sześciu miesięcy; pozostali (53 osoby) – jeszcze dłużej, tj. 38 osób – powyżej sześciu miesięcy, a 13 – powyżej jednego roku. Natomiast 41 osób w ogóle nie było kierowanych na te konsultacje.

Na kolejne konsultacje u specjalistów – 47,4% ankietowanych (313 osób) oczekiwało do trzech miesięcy, 31% (205 osób) – do sześciu miesięcy i 12,1% (80 osób) do jednego roku, natomiast 24 osoby (3,6% ankietowanych) w ogóle nie były kierowane na konsultacje.

Badania diagnostyczne sprawdzające stężenie glukozy we krwi – wykonywano co pół roku u 58,6% ankietowanych (387 osób), raz w roku – u 28,7% ankietowanych (190 osób) i u 39 osób (5,9%) jeszcze rzadziej; u 45 osób (6,8%) w ogóle nie wykonywano tego badania diagnostycznego.

Badanie na poziom cholesterolu wykonywano w przypadku ponad połowy ankietowanych, tj. 54,5% (360 osób) tylko raz w roku, natomiast u 28,9% (191 osób) – 2–3 razy w roku. Rzadziej niż raz w roku wykonywano to badanie u 10,3% ankietowanych (68 osób), ale u 42 osób (3,2%) nigdy go nie wykonywano od czasu rozpoznania cukrzycy.

Badanie kontrolne oceniające występowanie ryzyka choroby niedokrwiennej serca wykonywano 2–3 razy w roku u 20,4% ankietowanych (135 osób), raz w roku u 43,4% ankietowanych (287 osób) i jeszcze rzadziej u 19,4% (128 osób). Badania tego nigdy nie wykonywano od czasu rozpoznania cukrzycy u 111 osób (16,8%).

Ocenę występowania objawów stopy cukrzycowej wykonywano raz w roku w przypadku 45,8% ankietowanych (303 osoby), co dwa lata u 11,2% badanych (74 osoby), a jeszcze rzadziej – u 9,2% badanych (61 osób). Natomiast 223 osobom (33,7% ankietowanych) w ogóle nie wykonywano takiej oceny.

Pierwsze badanie okulistyczne, po wykryciu cukrzycy, wykonano „od razu” w przypadku 40,4% ankietowanych (267 osób), w okresie do dwóch lat – u 35,7% (236 osób), a po 2 latach – u 11,4% (75 osób). Nigdy nie wykonywano takiego badania 83 osobom (tj. 12,6% ankietowanych).

Badania zaburzeń czucia nigdy nie wykonywano w przypadku 41,6% ankietowanych (275 osób), raz w roku u 39,2% (259 osób) i jeszcze rzadziej – u 19,2% (127 osób).

Ciepłota krwi mierzona podczas każdej wizyty 93,0% ankietowanych (615 osób), a w przypadku pozostałych osób (46) nie przestrzegano tego obowiązku.

Analiza informacji na temat stosowanych leków i metod leczenia cukrzycy typu 2

W trakcie kontroli świadczeniodawców (AOZ i LSP) 175 lekarzy¹⁵⁶ przedstawiło swoje stanowisko na temat stosowanych obecnie leków i metod leczenia cukrzycy typu 2.

Udzielili również odpowiedzi na pytania:

- czy w świetle aktualnej wiedzy medycznej na temat tego schorzenia – stosowane leki i metody leczenia spełniają oczekiwania skutecznego leczenia tej choroby (tj. osiągnięcia „wyrównania metabolicznego”), przyczyniają się do ograniczenia powstawania powikłań i/lub ich skutków?;
- czy stosowane metody leczenia cukrzycy typu 2 uwzględniają leki najnowszej generacji?;
- jakie inne leki najnowszej generacji mogłyby być stosowane ale w Polsce są niedostępne lub są dostępne tylko za pełną odpłatnością?;
- czy znane są im przypadki, że pacjent sam kupuje leki niedostępne w kraju (Polsce) i przyjmuje je pod kontrolą lekarza? Czy obserwuje się lepsze efekty leczenia cukrzycy niż przy zastosowaniu leków ogólnie dostępnych.

Z otrzymanych informacji wynika, że:

- 137 lekarzy (77,8%) uważa, że w świetle aktualnej wiedzy medycznej na temat tego schorzenia – stosowane leki i metody leczenia spełniają oczekiwania skutecznego leczenia tej choroby (tj. osiągnięcia „wyrównania metabolicznego”), przyczyniają się do ograniczenia powstawania powikłań i/lub ich skutków.
- Natomiast 36 lekarzy (20,5%) było odmiennego zdania, uzasadniając je m.in. tym, że *...obecnie dostępne refundowane leki nie dają pełnego wyrównania metabolicznego u większości chorych, brak jest powszechnego dostępu do leków najnowszej generacji (leki inkretynowe) z uwagi na ich wysoką cenę i brak refundacji, mimo optymalnego leczenia ciągle dochodzi do powikłań, brak współpracy pacjenta i jego zaangażowania.*
- 126 lekarzy (71,6%) uważa, że stosowane metody leczenia cukrzycy typu 2 uwzględniają leki najnowszej generacji. Natomiast 48 lekarzy (27,3%) jest odmiennego zdania, uzasadniając je, że nowoczesne leki nie są w Polsce refundowane, więc ich stosowanie jest ograniczone z przyczyn finansowych.

¹⁵⁶ W grupie 175 lekarzy – 142 było specjalistami chorób wewnętrznych, lekarzami rodzinnymi oraz internistami (w tym ze specjalnością diabetologii – 45, endokrynologii – 10, nefrologii – pięciu, kardiologii – dwóch, gastrologii – jeden), 13 lekarzy nie podało specjalizacji, 12 – było rezydentami, ośmiu – pediatrami.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 87 lekarzy (49,7%) uważa, że stosowane metody leczenia cukrzycy typu 2 nie uwzględniają leków najnowszej generacji z powodu ich wysokiej ceny i braku refundacji. Znacząca część chorych rezygnuje z proponowanego schematu leczenia ze względu na koszty.
- Pozostali lekarze (88, tj. 50,3%) nie wypowiedzieli się w tej sprawie.
- 139 lekarzy (79,0%) uważa, że lekami najnowszej generacji, które mogłyby być stosowane – ale w Polsce są niedostępne lub tylko za pełną odpłatnością – powinny być (według wymienionych najczęściej) – inhibitory DPP4, analogi GLP-1, inkretyny, Jardiance, inhibitory SGLT2, flozyny, Forxiga, Trajenta, Bydureon.
- 37 lekarzy (21,0%) nie wypowiedziało się na ten temat.
- 34 lekarzy (19,3%) przyznało, że znane są im przypadki, że pacjent sam kupuje leki niedostępne w kraju i przyjmuje je pod kontrolą lekarza. Zaobserwowali jednocześnie lepsze efekty leczenia cukrzycy niż przy zastosowaniu leków ogólnie dostępnych.

Natomiast pozostali lekarze (142, tj. 80,7%) nie spotkali się z taką praktyką. Niektórzy spośród lekarzy (74 osoby, tj. 42%) przedstawili dodatkowo swoje opinie związane z leczeniem cukrzycy. Zwracali głównie uwagę na limitowanie świadczeń w poradniach diabetologicznych, brak informacji z POZ o stosowanym leczeniu i przeprowadzonych badaniach dodatkowych, brak właściwej i szeroko zakrojonej edukacji pacjentów na temat tej choroby, jej leczeniu, powikłaniach i ich skutkach, a także na brak programów przesiewowych oraz odpowiedniej profilaktyki w POZ.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Ocena działań mających na celu wczesne wykrycie osób zagrożonych i chorych na cukrzycę typu 2 oraz wdrażanie skutecznych metod leczenia tego schorzenia.
Cele szczegółowe	I. Ministerstwo Zdrowia Ocena: działań w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa na rzecz profilaktyki i poprawy stanu zdrowia obywateli chorych na cukrzycę. II. Narodowy Fundusz Zdrowia Ocena: działań na rzecz zapewnienia dostępności świadczeń w zakresie diabetologii oraz środków na leczenie cukrzycy i jej powikłań. III. Świadczeniodawcy Ocena: 1. działań lekarzy w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 oraz jej leczenia; 2. dostępu pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 do świadczeń specjalistycznych (np. diabetologicznych, kardiologicznych, okulistycznych, chirurgicznych, endokrynologii ...); 3. wdrażania metod leczenia cukrzycy typu 2 wykorzystujących leki najnowszej generacji.
Zakres podmiotowy	I. Ministerstwo Zdrowia Kształtowanie polityki zdrowotnej państwa na rzecz profilaktyki i poprawy stanu zdrowia obywateli chorych na cukrzycę. II. Narodowy Fundusz Zdrowia Zapewnienie dostępności świadczeń w zakresie diabetologii oraz środków na leczenie cukrzycy i jej powikłań. III. Świadczeniodawcy – W odniesieniu do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodni) „Profilaktyka i leczenie oraz dostęp do świadczeń specjalistycznych pacjentów chorych na cukrzycę typu 2”. – W odniesieniu do stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitali) „Leczenie hospitalizowanych pacjentów chorych na cukrzycę typu 2”.
Kryteria kontroli	Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia – na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, ocena kontrolowanej działalności – pod względem legalności, rzetelności, gospodarności i celowości. Świadczeniodawcy (podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ i AOS oraz lecznictwa szpitalnego) – na podstawie art. 2 ust. 2 i 3 pkt 6 ustawy o NIK (w zależności od statusu prawnego podmiotu wybranego do kontroli), kryteria kontroli określone w art. 5 ust. 2 lub 3 ustawy o NIK (odpowiednio do statusu kontrolowanego podmiotu).
Okres objęty kontrolą	Lata 2015–2017 (I półrocze), z uwzględnieniem badania dokumentacji medycznej w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej – z lat 2013–2017, a w stacjonarnej opiece zdrowotnej – z lat 2015–2017.

NIK wystąpiła do ZUS i KRUS (na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK) o podanie informacji na temat liczby osób pobierających świadczenia z tytułu niezdolności do pracy z powodu cukrzycy (renty, zasiłki, świadczenia rehabilitacyjne) oraz wydatków na wskazane rodzaje świadczeń.

**Działania
na podstawie art. 29
ustawy o NIK**

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy na 2017 r.

**Pozostałe
informacje**

Czynności kontrolne przeprowadzone zostały w okresie od 11 maja do 2 października 2017 r.

W trakcie kontroli przeprowadzone zostały badania ankietowe wśród pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielonych im w AOZ, których celem było rozpoznanie poziomu ich świadomości na temat cukrzycy oraz okoliczności zdiagnozowania u nich tego schorzenia, a także przebiegu, efektów leczenia i powikłań.

Program kontroli opracowany został w oparciu o:

- wyniki kontroli doraźnej przeprowadzonej w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Warszawie (R/17/001) w zakresie „profilaktyki i leczenia cukrzycy typu 2”;
- ustalenia wcześniejszych kontroli NIK przeprowadzonych w podmiotach leczniczych¹⁵⁷;
- informacje otrzymane z Mazowieckiego OW NFZ na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych dotyczących cukrzycy;
- informacje otrzymane ze Szpitala Bielańskiego im. ks. Jerzego Popiełuszki SP ZOZ na temat hospitalizacji pacjentów chorych na cukrzycę;
- publikacje prasowe i informacje dostępne na internetowych portalach branżowych;
- interpelacje i zapytania posłów na Sejm RP, adresowane do Ministra Zdrowia w sprawie profilaktyki i leczenia pacjentów chorych na cukrzycę.

Kontrolę przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, Centrali NFZ oraz u 24 świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie POZ i AOS (dziewięciu), AOS (trzech), KAOS (pięciu), LSP (siedmiu).

Minister Zdrowia złożył zastrzeżenia (siedem) do wystąpienia pokontrolnego. Zastrzeżenia zostały rozpatrzone i dwa z nich uwzględnione przez Kolegium NIK a pozostałe (pięć) zostały oddalone.

Z odpowiedzi udzielonych przez kontrolowane jednostki¹⁵⁸ wynika, że z ogólnej liczby 28 wniosków pokontrolnych, 22 zostały zrealizowane, a sześciu wniosków jeszcze nie zrealizowano.

**Stan realizacji
wniosków
pokontrolnych**

¹⁵⁷ „Funkcjonowanie podstawowej I ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych”, Nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD, listopad 2015 r.

„Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej”, Nr ewid. 199/2015/P/15/061/KZD, maj 2016 r.

¹⁵⁸ Stan na 24 stycznia 2018 r.

ZAŁĄCZNIKI

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności
1.	Departament Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, ul. Miodowa 5	Konstanty Radziwiłł Minister Zdrowia	opisowa
		Centrala NFZ, Warszawa, ul. Grójecka 186	Andrzej Jacyna p.o. Prezesa NFZ	opisowa
2.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Miejska Przychodnia Specjalistyczna w Toruniu, Toruń, ul. Uniwersytecka 17	Bożena Mleczek-Dąbrowska Dyrektor	KAOS – pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości
		Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych we Włocławku, Włocławek, ul. Szpitalna 6A	Anna Dębicka Dyrektor	Diabetologia – pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ, Toruń, ul. gen. J. Henryka Dąbrowskiego 1	Zbigniew Leżuch Dyrektor	POZ, Diabetologia – pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Centrum Medyczne OLK-MED., Toruń, Pl. 18 stycznia	Piotr Józef Hinz Prezes Zarządu	POZ, Diabetologia – pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera, Toruń, ul. św. Józefa 53/59	Sylwia Sobczak Dyrektor	Hospitalizacja – pozytywna
		Regionalny Szpital Specjalistyczny, Grudziądz, ul. L. Rydygiera 15/17	Marek Nowak Dyrektor	Hospitalizacja – opisowa
3.	Delegatura NIK w Krakowie	Medyczne Centrum Diabetologiczno-Endokrynologiczno-Metaboliczne DIAB-ENDO-MET sp. z o.o., Kraków, ul. Rusznikarska 17	Andrzej Stankiewicz Prezes Zarządu	KAOS – opisowa
		Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej, Kęty, ul. J. III Sobieskiego 45	Adam Piskorz Dyrektor	POZ, Diabetologia – opisowa
		Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Otwartego, Wieliczka, ul. Szpunara 20	Grażyna Kozak Dyrektor	POZ, Diabetologia – opisowa
		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Brzesko, ul. Kościuszki 68	Adam Smołucha Z-ca dyrektora ds. lecznictwa	POZ, Diabetologia – opisowa
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Szpital MSWiA, Kraków, ul. Kronikarza Galla 25	Brunon Lalik Dyrektor	Hospitalizacja – pozytywna
		Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla, Kraków, ul. Skarbowa 4	Andrzej Kosiniak-Kamysz Dyrektor	Hospitalizacja – pozytywna

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności
4.	Delegatura NIK w Lublinie	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Specjalistyczna „MEDICA”, Lublin, ul. Jutrzenki 4	Bogdan Walko Dyrektor	KAOS – opisowa
		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Krasnystaw, ul. Sobieskiego 4	Piotr Matej	POZ, Diabetologia – opisowa
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Łęczna, ul. Krasnystawska 52	Krzysztof Bojarski Dyrektor	Diabetologia – pozytywna pomimo stwierdzonej nieprawidłowości
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Dęblin, ul. Rynek 14	Leon Famulak Dyrektor	POZ, Diabetologia – opisowa
		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. St. Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ, Lublin, al. Kraśnicka 100	Gabriel Maj Dyrektor	Hospitalizacja – pozytywna
		Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, Lublin, ul. Jaczewskiego 2	Lech Panasiuk Dyrektor	Hospitalizacja – pozytywna
5.	Delegatura NIK w Olsztynie	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Szpital Powiatowy, Pisz, ul. Sienkiewicza 2	Marek Skarzyński Dyrektor	KAOS – pozytywna
		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn, ul. Żołnierska 18	Irena Kierzkowska Dyrektor	KAOS – pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości
		Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ, Giżycko, ul. Obwodowa 3	Artur Radman Dyrektor	POZ, Diabetologia – negatywna
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Twoje Zdrowie EL” sp. z o.o., Elbląg, ul. E. Orzeszkowej 13	Norbert Kuich Prezes Zarządu	POZ, Diabetologia – pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości
		„PRO-MEDICA” w Elku sp. z o.o., Elk, ul. Baranki 24	Andrzej Bujnowski Prezes Zarządu	Diabetologia – opisowa
		Wojewódzki Szpital Zespolony, Elbląg, ul. Królewiecka 146	Elżbieta Gelert Dyrektor	Hospitalizacja – pozytywna

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

6.2.1. Najważniejszymi aktami prawnymi regulującymi zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych, są ustawa o świadczeniach zdrowotnych, rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego¹⁵⁹, oraz rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁶⁰.

Nie ma natomiast aktów prawnych, które zobowiązywałyby lekarzy do podejmowania działań profilaktycznych i określały zasady postępowania mające na celu wczesne wykrycie i leczenie cukrzycy typu 2.

Jednak zgodnie z § 10 ust. 1 ww. Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ¹⁶¹ przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego, zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach oraz w wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny. Natomiast w zarządzeniu Nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ w § 6 ust. 1 zarządzenia, postanowiono, że świadczeniodawca, realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu dotyczącym ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Stosownie do § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁶² świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, co oznacza także postępowanie zgodnie ze standardami medycznymi, ujmowanymi jako wskazówki, zalecenia, wytyczne, ścieżki postępowania odnoszące się do danej specjalności medycznej, tworzonymi przez wyspecjalizowane podmioty, głównie stowarzyszenia naukowe. Por. także § 11 ust. 1 zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, uchylonego z dniem 1 lipca 2016 r., a od tego dnia obowiązującego w tym zakresie zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. i jego § 6 ust. 1 oraz por. § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁶³.

¹⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.).

¹⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357).

¹⁶¹ Zarządzenie Prezesa NFZ z 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna; uchylone z dniem 1 lipca 2016 r. i od tego dnia obowiązuje zarządzenie Nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. o tym samym tytule.

¹⁶² Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

¹⁶³ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

6.2.2. Wskazówki dla lekarzy, określające zasady postępowania mające na celu wczesne wykrycie i leczenie cukrzycy typu 2, przedstawione zostały w wytycznych „Zasady postępowania w cukrzycy”¹⁶⁴ oraz w „Zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorych na cukrzycę 2016”¹⁶⁵.

Ogólnym zaleceniem stosowanym obecnie jest jednak indywidualizacja terapii w zależności od pacjenta. Zaangażowanie chorego, jego wola i chęć podjęcia leczenia są kluczowe dla wyboru strategii terapeutycznej. Lekarz musi brać także pod uwagę ryzyko hipoglikemii i jej konsekwencje dla danej osoby, czas trwania cukrzycy, oczekiwaną długość życia i ryzyko wystąpienia powikłań. Wszystkie te czynniki sprawiają, że cukrzyca jest jedną z najtrudniej kontrolowalnych chorób przewlekłych. Dlatego istotna jest edukacja tych, których dotyczy cukrzyca.

Edukacja obejmuje osoby o zwiększonym ryzyku cukrzycy, ze stanami przedcukrzycowym oraz leczone z powodu cukrzycy, a także ich opiekunów i członków rodziny.

Edukacja jest stałym, integralnym i niezbędnym składnikiem postępowania terapeutycznego w cukrzycy **w trakcie każdej wizyty lekarskiej**.

Celem edukacji pacjenta jest wspieranie go w samodzielnym postępowaniu z cukrzycą oraz z modyfikacją stylu życia, ze względu na zalecony sposób odżywiania oraz aktywność fizyczną.

Według PTD edukacja wstępna chorego na cukrzycę leczonego dietą lub dietą i doustnymi lekami hipoglikemizującymi powinna trwać co najmniej pięć godzin, natomiast pacjenta leczonego insuliną – około dziewięć godzin, a chorego leczonego za pomocą osobistej pompy insulinowej – 9–15 godzin, w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych, w zależności od sytuacji w jakiej znajduje się pacjent i możliwości placówki sprawującej opiekę. Należy ją kontynuować przez cały rok, przeznaczając łącznie na ten cel 5–9 godzin.

W następnych latach czas przeznaczony na reedukację musi być uzależniony od zasobu wiedzy, którą przyswoił pacjent, od liczby popełnianych przez niego błędów, a także od rodzaju pojawiających się ewentualnie powikłań, czy chorób towarzyszących.

6.2.3. Wszystkie czynności lekarzy muszą być odnotowane w dokumentacji medycznej (DM).

Sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej (DM) przez lekarza określają przepisy ustawy o prawach pacjenta¹⁶⁶ i rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej¹⁶⁷.

¹⁶⁴ „Zasady postępowania w cukrzycy” – wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2011 r. zalecane przez Konsultantów Krajowych w dziedzinie Medycyny Rodzinnej i w dziedzinie Diabetologii.

¹⁶⁵ „Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016” – prezentujące stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, zwane dalej „zaleceniami klinicznymi” lub „zaleceniami PTD”.

¹⁶⁶ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017 r. poz. 1318, ze zm), zwana dalej „u.p.”.

¹⁶⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie DM” (obowiązuje od 23 grudnia 2015 roku).

Poszczególne elementy dokumentacji zawierają istotne informacje, mające bezpośredni związek z postępowaniem medycznym.

Wpisu w dokumentacji medycznej powinno dokonywać się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, a każdy wpis musi zawierać oznaczenie osoby, która go dokonała (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, specjalizację, numer prawa wykonywania zawodu, podpis). Wpis dokonany w dokumentacji medycznej nie może być z niej usunięty, a jeśli został błędnie dokonany, to musi być zamieszczona przy nim adnotacja o przyczynie błędu oraz data i oznaczenie osoby sporządzającej tę adnotację (tj. jej imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis)¹⁶⁸.

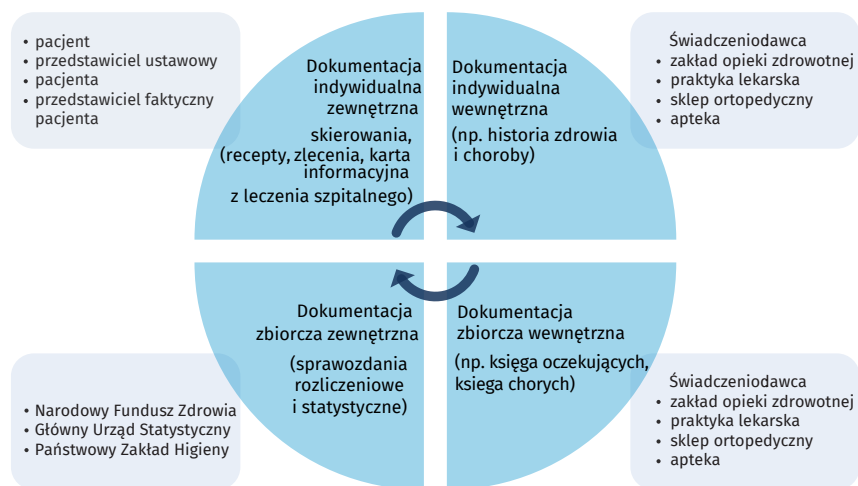
Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej muszą być numerowane stanowić chronologicznie uporządkowaną całość¹⁶⁹.

Ponadto, każda strona dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej jak i każda strona wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, winna być oznaczona co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta¹⁷⁰.

Dokumentację medyczną dzieli się ze względu na zakres gromadzonych danych (indywidualna lub zbiorcza) oraz miejsce przeznaczenia (wewnętrzna i zewnętrzna)¹⁷¹.

Infografika nr 14

Rodzaje dokumentacji medycznej wg zakresu gromadzonych danych oraz miejsca jej przeznaczenia



Źródło: Informacja NIK o wynikach kontroli „Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej” (nr ewid. 199/2015/P/15/061/KZD).

¹⁶⁸ § 4 uchylonego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. oraz § 4 obecnie obowiązującego rozporządzenia w sprawie DM.

¹⁶⁹ § 5 uchylonego i obecnie obowiązującego rozporządzenia w sprawie DM.

¹⁷⁰ § 6 ust. 1–3 uchylonego i obecnie obowiązującego rozporządzenia w sprawie DM.

¹⁷¹ § 2 uchylonego i obecnie obowiązującego rozporządzenia w sprawie DM.

Dokumentacja indywidualna – odnosi się do konkretnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, natomiast dokumentacja zbiorcza – odnosi się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (np. rejestry, księgi, formularze, itp.). Dokumentacja indywidualna obejmuje dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (którą stanowią w szczególności m.in. historia zdrowia i choroby oraz historia choroby) i dokumentację indywidualną zewnętrzną – na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez dany podmiot (którą stanowią w szczególności m.in. skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację, karta informacyjna z leczenia szpitalnego).

W indywidualnej dokumentacji zewnętrznej pacjenta, lekarz specjalista odnotowuje również fakt wydania pacjentowi imiennej informacji dla lekarza p.o.z.¹⁷² o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, okresie stosowania i dawkowania zaordynowanych medykamentów, a także o wyznaczonych wizytach kontrolnych. Na tej podstawie lekarz rodzinny (p.o.z.) może kontynuować leczenie rozpoczęte przez specjalistę (np. kardiologa, diabetologa, ...) i m.in. przepisywać pacjentowi recepty na leki refundowane, które zostały mu zlecone w poradni specjalistycznej (bez takiego wpisu lekarz p.o.z. może wypisać osobie przewlekle chorej leki tylko ze 100% odpłatnością). Kopia wydanej informacji (albo jej dokładny opis) musi być włączony do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej danego pacjenta, tj. jego historii zdrowia i choroby.

Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się również kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego; włączony dokument nie może być z niej usunięty¹⁷³.

Dokumentacja indywidualna zawiera również oznaczenie podmiotu, oznaczenie pacjenta, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie, datę dokonania wpisu, informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby pacjenta oraz jego procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji oraz inne informacje wynikające z odrębnych przepisów¹⁷⁴ (np. szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷⁵ wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia)¹⁷⁶.

¹⁷² O którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹⁷³ § 6 ust. 4 i 5 uchylonego I obecnie obowiązującego rozporządzenia w sprawie DM.

¹⁷⁴ § 10 uchylonego I obecnie obowiązującego rozporządzenia w sprawie DM.

¹⁷⁵ O których mowa w art. 43–46 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹⁷⁶ § 41 ust. 2 obecnie obowiązującego i § 42 uchylonego rozporządzenia w sprawie DM.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (jt. Dz. U. z 2017 r. poz. 524).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 890).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (jt. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1935).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 poz. 484) uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r. przez art. 1 pkt 50, art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm.); od 1 stycznia 2016 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. (jt. Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.) uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r. i z tym dniem weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Senacka Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
10. Minister Rozwoju i Finansów
11. Minister Zdrowia
12. Rzecznik Praw Obywatelskich
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
15. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
16. Krajowy Konsultant w dziedzinie Diabetologii
17. Krajowy Konsultant w dziedzinie Medycyny Rodzinnej

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

DNM.073.25.2017.15.KCZ

Warszawa, 19-02-2018

Pan
Wojciech Kutyla
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa



w nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli **P/17/057 „Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2”** i Informacji o wynikach kontroli z dnia 5 lutego 2018 r., uprzejmie przekazuję stanowisko do ww. dokumentu.

Strona 8, pkt 2. Ocena ogólna; Strona 12, pkt 3. Synteza; Strony 24-27, pkt 5. Ważniejsze wyniki kontroli – 5.1.4. Wprowadzanie nowych technologii do leczenia cukrzycy.

Odnosząc się do fragmentów, w których Najwyższa Izba Kontroli (dalej „NIK”) wskazuje m.in., że „Minister Zdrowia nie wprowadził (do czasu zakończenia kontroli) na listy leków refundowanych ani jednego leku z grupy leków inkretynowych i grupy floszyn (spośród 10 które uzyskały pozytywne rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). W efekcie polscy pacjenci nie mają dostępu do innowacyjnego leczenia cukrzycy typu 2. W ocenie NIK, refundacja niektórych z tych leków przez płatnika publicznego, mogłaby wpłynąć na poprawę efektów leczenia, a tym samym zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań. Nadmienić należy, że leki z tych grup są refundowane, w różnym stopniu, w krajach Unii Europejskiej”, należy wskazać, iż wszystkie decyzje związane z refundacją poszczególnych technologii lekowych Minister Zdrowia podejmuje zgodnie z zapisami ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia



żywnościowego oraz wyrobów medycznych¹, a rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej „Agencja” albo „AOTMiT”) nie jest jedyną przesłanką, którą Minister Zdrowia bierze pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o objęciu lub odmowie objęcia refundacją. Podkreślenia wymaga fakt, że zgodnie z art. 12 wymienionej wyżej ustawy, Minister Zdrowia podejmuje decyzje przy uwzględnieniu następujących kryteriów:

- a) stanowiska Komisji Ekonomicznej, o której mowa w art. 17,
 - b) rekomendacji Prezesa Agencji, o której mowa w art. 35 ust. 6,
 - c) istotności stanu klinicznego, którego dotyczy wniosek o objęcie refundacją,
 - d) skuteczności klinicznej i praktycznej,
 - e) bezpieczeństwa stosowania,
 - f) relacji korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania,
 - g) stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym,
 - h) konkurencyjności cenowej,
 - i) wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców,
 - j) istnienia alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania,
 - k) wiarygodności i precyzji oszacowań kryteriów, o których mowa w pkt 3–10,
 - l) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach,
 - m) wysokości progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, o którym mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz. U. poz. 1188 oraz z 2009 r. poz. 817), a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu – koszt uzyskania dodatkowego roku życia
- biorąc pod uwagę inne możliwe do zastosowania w danym stanie klinicznym procedury medyczne, które mogą być zastąpione przez wnioskowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny.

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 1844.

Ponadto warto zauważyć, że rekomendacje Prezesa Agencji, były „warunkowo” pozytywne, albowiem Prezes Agencji wskazywał w nich na konieczność obniżenia ceny technologii lekowej będącej przedmiotem rekomendacji bądź też wskazywał na niedoszacowanie populacji.

W przypadku leków inkretynowych z grupy agonistów peptydu glukagonopodobnego typu 1 – GLP1:

1. BYDUREON – w rekomendacji nr 108/2014 z dnia 22 kwietnia 2014 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Bydureon (eksenatyd), 2 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 4 x jednodawkowy zestaw (1 fiolka + 1 strzykawka), EAN 5909990893584 w leczeniu dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2, po niepowodzeniu terapii skojarzonej metforminy i pochodnej sulfonilomocznika z poziomem HbA1c $\geq 8\%$ oraz BMI ≥ 35 kg/m², w uzasadnieniu wskazując jednakże na potrzebę zastosowania instrumentu podziału ryzyka, pozwalającego na obniżenie ceny wnioskowanego produktu leczniczego do poziomu kosztów leczenia insulinami. Lek jest finansowany ze środków publicznych w ograniczonej liczbie krajów europejskich, w tym tylko w jednym o zbliżonym do polskiego poziomie zamożności.
2. TRULICITY – w rekomendacji nr 54/2017 z dnia 19 września 2017 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego: Trulicity, dulaglutidum, roztwór do wstrzykiwań, 1,5 mg/0,5 ml, 2 wstrzykiwacze półautomatyczne napełnione po 0,5 ml roztworu, kod EAN: 5909991219161, w ramach kategorii dostępności: w aptece na receptę, we wskazaniu określonym stanem klinicznym: leczenie dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2, po niepowodzeniu terapii skojarzonej metforminy i pochodnej sulfonilomocznika z poziomem HbA1c $\geq 8\%$ oraz BMI ≥ 35 kg/m², pod warunkiem uwzględnienia uwag odnoszących się do:
 - wprowadzenia kryteriów niezbędnych do wykazania skuteczności leczenia warunkującej jego dalszą refundację (np. redukcja HbA1c o 1 punkt procentowy z równoczesnym obniżeniem masy ciała o co najmniej 3% po 6 miesiącach leczenia),
 - konieczności jasnego zdefiniowania pojęcia nieskuteczności wcześniejszego leczenia w odniesieniu do poziomu HbA1c (np. potwierdzona co najmniej w dwóch pomiarach w okresie 12 miesięcy), warunkującej możliwość zastosowania dulaglutidu.

Dodatkowo w ocenie Prezesa Agencji, zgodnie ze stanowiskiem Rady Przejrzystości, zasadnym wydaje się pogłębienie zaproponowanego RSS z uwagi na fakt, iż refundacja produktu będzie związana ze znacznym wzrostem wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. VICTOZA – liraglutidum – preparat ten był dwukrotnie przedmiotem oceny AOTMiT.

W rekomendacji nr 129/2013 z dnia 23 września 2013 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Victoza (liraglutyd) roztwór do wstrzykiwań we wkładzie 2 x 3 ml 6 mg/ml, kod EAN 5909990718207, we wskazaniu: dorośli pacjenci z cukrzycą typu 2, po niepowodzeniu leczenia terapią skojarzoną metforminy i pochodnej sulfonilomocznika, z określonym poziomem HbA_{1c} ≥ 8% potwierdzonym w dwóch pomiarach w okresie 12 miesięcy oraz z BMI ≥ 35 kg/m², w ramach odrębnej grupy limitowej.

W rekomendacji nr 53/2017 z dnia 11 września 2017 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego:

– Victoza, liraglutidum, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/ml, 2 wstrzykiwacze 3 ml, EAN 5909990718207

w ramach kategorii dostępności: w aptece na receptę we wskazaniu określonym stanem klinicznym: dorośli pacjenci z cukrzycą typu 2, po niepowodzeniu leczenia terapią skojarzoną metforminy i pochodnej sulfonilomocznika, z określonym poziomem HbA_{1c} ≥ 8% potwierdzonym w dwóch pomiarach w okresie 12 miesięcy oraz z BMI ≥ 35 kg/m². Refundacja produktu byłaby kontynuowana u pacjentów, u których po 12 miesiącach stosowania terapii nastąpiło obniżenie HbA_{1c} o co najmniej 1 punkt procentowy oraz spadek masy ciała o co najmniej 3% w porównaniu do wartości bazowej przed rozpoczęciem terapii pod warunkiem uwzględnienia uwag odnoszących się do okresu, po którym nastąpi ocena skuteczności terapii zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi w tym zakresie. Dodatkowo w uzasadnieniu Prezes Agencji wskazuje, że zaproponowany instrument podziału ryzyka nie spełni swojego zadania i zasadnym wydaje się jego pogłębienie.

4. GALVUS – wildagliptinum – w rekomendacji nr 157/2013 z dnia 4 listopada 2013 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktów leczniczych: Galvus (wildagliptyna) tabletki 50 mg, 28 tabl., kod EAN: 5909990066575 oraz Galvus (wildagliptyna) tabletki 50 mg, 56 tabl., kod EAN: 5909990066582, we wskazaniu: leczenie pacjentów z cukrzycą typu 2:

- a) w dwulekowej terapii doustnej, w skojarzeniu z:
- metforminą u pacjentów, u których glikemia jest niewystarczająco kontrolowana, pomimo podawania maksymalnej tolerowanej dawki metforminy w monoterapii,
 - sulfonilomocznikiem, u pacjentów, u których glikemia jest niewystarczająco kontrolowana, pomimo podawania maksymalnej tolerowanej dawki sulfonilomocznika w monoterapii, oraz u których nie można stosować metforminy z powodu przeciwwskazań lub nietolerancji,
- b) w trzylekowej terapii doustnej, w skojarzeniu z: sylfonylomocznikiem i metforminą w przypadku, gdy dieta i ćwiczenia fizyczne oraz stosowanie dwulekowej terapii tymi produktami leczniczymi nie zapewniają odpowiedniej kontroli glikemii,
- w ramach odrębnej grupy limitowej, z poziomem odpłatności dla pacjenta: 30%, pod warunkiem znacznego obniżenia ceny leku.
5. EUCREAS – wildagliptinum + metforminum – w rekomendacji nr 162/2013 z dnia 18 listopada 2013 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Eucreas, wildagliptyna+metforminy chlorowodorek, tabletki, 50 mg+1000 mg, 60 tabl.; Eucreas, wildagliptyna+metforminy chlorowodorek, tabletki, 50 mg+850 mg, 60 tabl. we wskazaniu leczenie cukrzycy typu 2 dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano wystarczającej kontroli glikemii, mimo stosowania doustnie maksymalnych tolerowanych dawek metforminy w monoterapii lub u pacjentów leczonych wildagliptyną w skojarzeniu i metforminą, w postaci oddzielnych tabletek, w skojarzeniu z sulfonilomocznikiem (np. w trzylekowej terapii skojarzonej), jako terapia dodana do diety i wysiłku fizycznego, u pacjentów niewystarczająco kontrolowanych za pomocą metforminy i sulfonilomocznika. Prezes Agencji zgodnie ze stanowiskiem Rady uważa, że w związku z szacowanym znacznym wzrostem wydatków płatnika publicznego, związanym z refundacją produktu leczniczego Eucreas, proponowany instrument podziału ryzyka za niewystarczający.
6. ONGLYZA – saxagliptinum – w rekomendacji nr 175/2014 z dnia 28 lipca 2014 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Onglyza (saxagliptyna), tabl. powł., 5 mg, 30 tabl., kod EAN: 5909990729357, jako składnika dwulekowej terapii doustnej, w skojarzeniu z:

- metforminą, kiedy stosowanie tylko samej metforminy w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym jest niewystarczające do uzyskania odpowiedniej kontroli glikemii,
- pochodnymi sulfonilomocznika, kiedy stosowanie tylko samej pochodnej sulfonilomocznika w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym jest niewystarczające do uzyskania odpowiedniej kontroli glikemii, u pacjentów, u których stosowanie metforminy nie jest właściwe,

lub jako składnika trójkowej terapii doustnej, w skojarzeniu z:

- metforminą i pochodnymi sulfonilomocznika, kiedy stosowanie tylko tych leków (metforminy i pochodnej sulfonilomocznika) w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym jest niewystarczające do uzyskania odpowiedniej kontroli glikemii,

w ramach nowej, wspólnej dla inhibitorów DPP-4, grupy limitowej i wydawanie go pacjentom z odpłatnością 30%, pod warunkiem znacznego obniżenia ceny leku.

JANUVIA – sitagliptinum – w rekomendacji nr 176/2014 z dnia 28 lipca 2014 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Januvia (sitagliptyna) (kod EAN: 5909990055920) we wskazaniu:

- 1) leczenie cukrzycy typu 2 u pacjentów, u których zastosowanie metforminy w monoterapii nie pozwala osiągnąć odpowiedniej kontroli glikemii w zakresie poziomu HbA1c > 7% (> 8% w przypadku chorych w wieku > 70 lat z wieloletnią cukrzycą > 20 lat) oraz u których stosowanie inhibitorów DPP-4 jest preferowane w stosunku do zastosowania pochodnej sulfonilomocznika z powodu: otyłości przy BMI > 35 kg/m² lub wysokiego ryzyka hipoglikemii potwierdzonego udokumentowanym w ciągu 12 miesięcy epizodem ciężkiego niedocukrzenia wymagającym interwencji w warunkach szpitalnych;
- 2) leczenie cukrzycy typu 2 u pacjentów, u których zastosowanie metforminy i sulfonilomocznika łącznie nie pozwala osiągnąć odpowiedniej kontroli glikemii w zakresie poziomu HbA1c > 7% (> 8% w przypadku chorych w wieku > 70 lat z wieloletnią cukrzycą > 20 lat),

w ramach nowej grupy limitowej i wydawanie go pacjentom za 30% odpłatnością.

Prezes Agencji wskazuje jednocześnie na konieczność redukcji ceny leku do poziomu, przy którym koszty wnioskowanych terapii – dwu- lub trójkowej – zarówno z perspektywy płatnika publicznego, jak i pacjenta będą porównywalne do kosztów leczenia metforminą i/lub pochodnymi sulfonilomocznika.

8. JANUMET – sitagliptinum + metforminum – w rekomendacji nr 208/2014 z dnia 1 września 2014 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Janumet (sitagliptyna/metformina), tabletki powlekane, 50mg/1000mg, 56tabl., EAN 5909990929771 we wskazaniach:

- 1) leczenie cukrzycy typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w monoterapii nie pozwala osiągnąć odpowiedniej kontroli glikemii w zakresie poziomu HbA1c >7% (>8% w przypadku chorych w wieku > 70 lat z wieloletnią cukrzycą > 20 lat), oraz u których stosowanie inhibitorów DPP-4 jest preferowane w stosunku do zastosowania pochodnej sulfonilomocznika z powodu: otyłości przy BMI>35kg/m² lub wysokiego ryzyka hipoglikemii potwierdzonego udokumentowanym w ciągu 12 miesięcy epizodem ciężkiego niedocukrzenia wymagającym interwencji w warunkach szpitalnych;
- 2) leczenie cukrzycy typu 2 u pacjentów, u których zastosowanie metforminy i sulfonilomocznika łącznie nie pozwala osiągnąć odpowiedniej kontroli glikemii w zakresie poziomu HbA1c >7% (>8% w przypadku chorych w wieku > 70 lat z wieloletnią cukrzycą > 20 lat).

Prezes Agencji wskazuje jednocześnie, że z uwagi na ograniczenia, przedstawione wyniki analizy ekonomicznej należy traktować z ostrożnością. Biorąc pod uwagę analizę wpływu na budżet, przyjęta populacja wejściowa jest niedoszacowana w porównaniu do szacunków eksperta klinicznego, w związku z tym wynik analizy wpływu na budżet jest zaniżony.

9. RISTABEN – sitagliptinum – w rekomendacji nr 210/2014 z dnia 1 września 2014 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Ristaben (sitagliptyna), tabletki powlekane, 100 mg, 28 tabl., EAN 5901549324730, we wskazaniach:

- 1) leczenie cukrzycy typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w monoterapii nie pozwala osiągnąć odpowiedniej kontroli glikemii w zakresie poziomu HbA1c >7% (>8% w przypadku chorych w wieku > 70 lat z wieloletnią cukrzycą > 20 lat), oraz u których stosowanie inhibitorów DPP-4 jest preferowane w stosunku do zastosowania pochodnej sulfonilomocznika z powodu: otyłości przy BMI>35kg/m² lub wysokiego ryzyka hipoglikemii potwierdzonego udokumentowanym w ciągu 12 miesięcy epizodem ciężkiego niedocukrzenia wymagającym interwencji w warunkach szpitalnych;
- 2) leczenie cukrzycy typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy i sulfonilomocznika łącznie nie pozwala osiągnąć odpowiedniej kontroli glikemii

w zakresie poziomu HbA1c >7% (>8% w przypadku chorych w wieku > 70 lat z wieloletnią cukrzycą > 20 lat).

Prezes Agencji wskazuje jednocześnie, że z uwagi na ograniczenia, przedstawione wyniki analizy ekonomicznej należy traktować z ostrożnością. Biorąc pod uwagę analizę wpływu na budżet, przyjęta populacja wejściowa jest niedoszacowana w porównaniu do szacunków eksperta klinicznego, w związku z tym wynik analizy wpływu na budżet jest zaniżony.

10. RISTFOR – sitagliptinum + metforminum – w rekomendacji nr 209/2014 z dnia 1 września 2014 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Ristfor (sitagliptyna/metformina), tabletki powlekane, 50mg/1000mg, 56 tabl., EAN 5901549324532; we wskazaniach:

1) leczenie cukrzycy typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w monoterapii nie pozwala osiągnąć odpowiedniej kontroli glikemii w zakresie poziomu HbA1c >7% (>8% w przypadku chorych w wieku > 70 lat z wieloletnią cukrzycą > 20 lat), oraz u których stosowanie inhibitorów DPP-4 jest preferowane w stosunku do zastosowania pochodnej sulfonilomocznika z powodu: otyłości przy BMI > 35 kg/m² lub wysokiego ryzyka hipoglikemii potwierdzonego udokumentowanym w ciągu 12 miesięcy epizodem ciężkiego niedocukrzenia wymagającym interwencji w warunkach szpitalnych;

- 2) leczenie cukrzycy typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy i sulfonilomocznika łącznie nie pozwala osiągnąć odpowiedniej kontroli glikemii w zakresie poziomu HbA1c >7% (>8% w przypadku chorych w wieku > 70 lat z wieloletnią cukrzycą > 20 lat).

Prezes Agencji wskazuje jednocześnie, że z uwagi na ograniczenia, przedstawione wyniki analizy ekonomicznej należy traktować z ostrożnością. Biorąc pod uwagę analizę wpływu na budżet, przyjęta populacja wejściowa jest niedoszacowana w porównaniu do szacunków eksperta klinicznego, w związku z tym wynik analizy wpływu na budżet jest zaniżony.

Dla leków z grupy flozyn:

11. JARDIANCE – empagliflozinum – w rekomendacji nr 27/2017 z dnia 5 maja 2017 r. Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Jardiance, empagliflozium, tabletki powlekane, 10 mg, 28 tabletek, EAN 5909991138509, we wskazaniu: leczenie pacjentów stosujących leki hipoglikemizujące z wyłączeniem insuliny z niewystarczająco kontrolowaną

cukrzycą typu 2 oraz udokumentowaną chorobą układu sercowo-naczyniowego (zawał serca lub niestabilna dławica piersiowa lub choroba niedokrwienna serca potwierdzona w koronarografii lub testami wysiłkowymi lub udar mózgu lub choroba zarostowa tętnic obwodowych), w ramach nowej grupy limitowej, jako leku dostępnego w aptece na receptę i wydawanego za odpłatnością w wysokości 30%, pod warunkiem obniżenia jego ceny, do spełniającej warunki ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w zakresie tego poziomu odpłatności.

Pozostałe preparaty z grupy leków inkretynowych, tj. Komboglyze (saxagliptinum + metforminum) i Trajenta (linagliptinum) oraz z grupy flozyn, tj. Invocana (canagliflozinum) i Forxiga (dapagliflozinum), będące przedmiotem postępowania prowadzonego przez NIK, uzyskały **negatywne rekomendacje** Prezesa Agencji.

W kwestiach dotyczących zawieszonych postępowań, należy wskazać, że zgodnie z art. 98 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, Wnioskodawca, jako strona postępowania, ma prawo złożyć wniosek o zawieszenie postępowania na każdym jego etapie. Zawieszenie postępowania wstrzymuje bieg sprawy do momentu złożenia przez Podmiot Odpowiedzialny wniosku o podjęcie zawieszonego postępowania.

W tym miejscu warto zaznaczyć, iż w Polsce – podobnie jak we wszystkich krajach – priorytetem systemu opieki zdrowotnej jest sprawiedliwe społecznie gospodarowanie publicznymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych nakłada na ministra właściwego ds. zdrowia obowiązek gospodarowania środkami pochodzącymi ze składek obywateli w sposób racjonalny, tj. zapewniający wszystkim obywatelom, mającym zróżnicowane potrzeby zdrowotne, sprawiedliwy dostęp do skutecznych terapii. Podstawą tak rozumianej sprawiedliwości społecznej jest podejmowanie decyzji dotyczących alokacji publicznych zasobów systemowych w oparciu o jednolite, powtarzalne i przejrzyste kryteria stosowania wobec zróżnicowanych potrzeb zdrowotnych wielu grup pacjentów. Przy tworzeniu wykazu refundowanych leków, środków medycznych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, uwzględnia się wartość terapeutyczną leku, bezpieczeństwo jego stosowania oraz koszt terapii. Realizując politykę zdrowotną państwa, Minister Zdrowia kieruje się zasadami medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM) oraz oceny technologii medycznych (HTA).

Ma to zapewnić przejrzystość i racjonalność podejmowanych decyzji o alokacji środków publicznych.

Strona 16, pkt 4 Wnioski, wniosek nr 1.

Odnosząc się do wniosku NIK w którym stwierdzono za zasadne *przygotowanie przez Ministra Zdrowia ogólnopolskiego, kompleksowego programu działań mających na celu zapobieganie, wczesną diagnozę i leczenie cukrzycy*, informuję, iż rozpoczęto prace nad analizą potrzeb oraz wypracowaniem koncepcji nowego programu polityki zdrowotnej (realizowanego na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²), który docelowo mógłby stanowić odpowiedź na ww. wniosek NIK.

W powyższej sprawie skierowano pisma do Krajowego Konsultanta w dziedzinie diabetologii oraz Krajowego Konsultanta w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, z prośbą o wskazanie rekomendacji kluczowych obszarów działań dla nowego programu.

Ponadto, Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia zwrócił się również do Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej „NFZ”) w sprawie przekazania danych odnoszących się do udzielanych świadczeń gwarantowanych w zakresie profilaktyki i leczenia cukrzycy w ostatnich 3 latach, które posłużą do analizy i opracowania kierunków działań dla ww. programu. Dodatkowo, przy wypracowywaniu kierunków działań zaangażowano także Departament Pielęgniarek i Położonych Ministerstwa Zdrowia.

Dodatkowo należy ponownie zaznaczyć, iż opracowanie oraz ewentualne wdrożenie do realizacji nowego programu polityki zdrowotnej ukierunkowanego na osiągnięcie celów przedstawionym w przedmiotowym wniosku, rozpocznie się po zakończeniu przez Departament obecnie realizowanego programu polityki zdrowotnej odnoszącego się do powikłań cukrzycy pn. *Program Ambulatoryjnego Wsparcia Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018*, który zostanie zakończony jeszcze w bieżącym roku, a jego ewaluacja zostanie przeprowadzona po prawidłowym rozliczeniu realizowanych zadań. Ocena stopnia osiągnięcia zakładanych celów przyczyni się do sformułowania właściwych zaleceń z zakresu diabetologii i pomoże w wyborze działań, które powinny być realizowane w nowym programie polityki zdrowotnej.

Strona 16, pkt 4 Wnioski, wniosek kierowany do Prezesa NFZ.

W odniesieniu do wniosku o *podjęcie działań mających na celu zapewnienie dostępu pacjentom z cukrzycą do świadczeń realizowanych w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą oraz kompleksowego leczenia ran przewlekłych na terenie wszystkich OW NFZ*², uprzejmie informuję, iż NFZ kontraktuje i finansuje świadczenia opieki zdrowotnej w oparciu o rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (tzw. rozporządzenia „koszykowe”) wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W świetle obowiązujących przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw³, które w istotny sposób zmieniły brzmienie art. 146, Prezes NFZ nie posiada uprawnień do określania warunków wymaganych od świadczeniodawców. Zmiana ta nastąpiła pod koniec kontrolowanego okresu, dlatego jego większość obejmowały regulacje ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w poprzednim brzmieniu. W aktualnym stanie prawnym Minister Zdrowia określa w rozporządzeniach warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, natomiast Prezes NFZ określa jedynie przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto w przypadku cukrzycy typu 2 *de facto* nawet najlepsza opieka specjalistyczna nie zapewni poprawy stanu zdrowia pacjenta, jeżeli nie będzie on miał świadomości, że największy wpływ na poziom glikemii i wystąpienie powikłań ma tryb życia (w szczególności dieta i aktywność fizyczna), a nie przyjmowane leki i częstość wizyt u specjalisty.

W odniesieniu do zalecenia zweryfikowania dotychczasowych wymagań dotyczących warunków realizacji świadczeń w zakresie: Kompleksowe leczenie ran przewlekłych, w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, należy zauważyć, że zarządzenie Nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, odwołuje się jedynie do odpowiednich rozporządzeń Ministra Zdrowia, nie wprowadzając własnych uregulowań.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.

³ Dz. U. poz. 1138, z późn. zm.

Uwzględniając powyższe, wniosek NIK w przedmiocie zweryfikowania przez NFZ wymagań dotyczących warunków realizacji przedmiotowych świadczeń – stawianych świadczeniodawcom, nie będzie mieć zastosowania.

Należy też mieć na uwadze okoliczność, że świadczenia kompleksowego leczenia ran przewlekłych weszły do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Strona 18, pkt 2 Działania na rzecz edukacji zdrowotnej i profilaktyki, edukacja diabetologiczna.

W Ministerstwie Zdrowia (Departamencie Pielęgniarek i Położnych) od wielu lat analizowane są kwestie związane z zasobami kadrowymi systemu ochrony zdrowia (pielęgniarek i położnych), w tym w odniesieniu do liczby pielęgniarek przygotowanych do sprawowania opieki nad pacjentami z cukrzycą (także we współpracy z Konsultantem Krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego). Głównym wnioskiem płynącym z tych analiz była i nadal jest potrzeba lepszego zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z cukrzycą. W celu poprawy sytuacji w tym zakresie podjęto następujące działania:

1. zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁴, polegające na wprowadzeniu nowego stanowiska „edukatora do spraw diabetologii” wraz z określeniem wymaganych kwalifikacji do jego zajmowania.

Pierwszy ramowy program kursu specjalistycznego w zakresie „Edukatora w cukrzycy” dla pielęgniarek i położnych został zatwierdzony do realizacji przez Ministra Zdrowia w 2011 r. Następnie, w wyniku reformy systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, został opracowany szczegółowy Program kursu specjalistycznego „Edukator w cukrzycy” dla pielęgniarek i położnych przez Zespół programowy powołany przez Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (dalej „CKPPiP”) i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 19 sierpnia 2015 r. Zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego „Edukator w cukrzycy” otrzymuje pielęgniarka/położna, która:

- 1) w zakresie wiedzy posiada:

⁴ Dz. U. Nr 151, poz. 896.

- specjalistyczną wiedzę do koordynacji działań związanych z prowadzeniem edukacji terapeutycznej celem uzyskania przez chorego na cukrzycę normoglikemii przy zminimalizowaniu ryzyka hipoglikemii oraz polepszenia jakości życia,
 - specjalistyczną wiedzę w zakresie doboru właściwych metod, form i środków dydaktycznych w prowadzeniu edukacji terapeutycznej chorych na cukrzycę i ich rodzin;
- 2) w zakresie umiejętności potrafi:
- realizować zadania edukacyjne pielęgniarstwa, położnej wobec pacjentów z cukrzycą pediatrycznych, dorosłych i kobiet w ciąży,
 - korzystać z aktualnej wiedzy dla zapewnienia wysokiego poziomu edukacji terapeutycznej,
 - opracować strukturę programową oraz wdrożyć program edukacji chorego na cukrzycę i jego rodziny,
 - udzielać samodzielnie określonych świadczeń edukacyjnych wobec chorego na cukrzycę i jego rodziny, wykorzystując specjalistyczne zaawansowane umiejętności w zakresie metodyki edukacji dzieci oraz dorosłych chorych na cukrzycę oraz ich rodzin,
 - oceniać i monitorować wiedzę, motywację, możliwości oraz warunki pacjenta i jego rodziny w zakresie samoopieki,
 - doradzać członkom zespołu wielodyscyplinarnego w opiece nad pacjentem diabetologicznym;
- 3) w zakresie kompetencji społecznych:
- szanuje godność i autonomię pacjenta bez względu na jego wiek, płeć, niepełnosprawność, orientację seksualną oraz pochodzenie narodowe i etniczne,
 - kieruje się zasadami etycznymi i szanuje prawa pacjenta,
 - współpracuje z chorym, jego rodziną i członkami zespołu wielodyscyplinarnego w przygotowaniu oraz prowadzeniu edukacji terapeutycznej,
 - ponosi odpowiedzialność za przygotowanie programu edukacyjnego,
 - krytycznie analizuje własne kompetencje w zakresie edukacji terapeutycznej,
 - stale aktualizuje wiedzę i umiejętności w zakresie nowoczesnych metod edukacji,
 - chorego na cukrzycę.

Działanie to było także odpowiedzią na zapotrzebowanie środowiska diabetologów i przyczyniło się do poprawy jakości opieki nad pacjentami z cukrzycą w systemie opieki zdrowotnej (poziom leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej).

2. zmiany w kształceniu podyplomowym pielęgniarek polegające na likwidacji specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego jako odrębnej dziedziny specjalizacji i włączeniu treści kształcenia objętych tą dziedziną do programu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, co było zgodne z aktualnymi trendami europejskimi w obszarze kształcenia podyplomowego pielęgniarek, (nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne⁵ – weszło w życie z dniem 24 sierpnia 2015 r.) oraz utworzeniu nowego kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego dla pielęgniarek.

Uzasadnieniem dla tego działania była stosunkowo niewielka liczba absolwentów specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego (na przestrzeni lat 2002-2017 tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego uzyskały 432 pielęgniarki), do czego przyczyniło się m.in. zbyt długi czas kształcenia (2 lata) w dość wąskiej dziedzinie pielęgniarstwa. Dlatego zasadnym było włączenie modułu diabetologicznego do programu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego (jest to dziedzina specjalizacji o bardziej uniwersalnym charakterze i ciesząca się wysokim zainteresowaniem wśród pielęgniarek – liczba uczestników tej specjalizacji na przełomie 2016 i 2017 r. wynosiła 871 osób). Jak wynika z harmonogramów przedłożonych przez organizatorów kształcenia w 2017 r. (stan na dzień 8 sierpnia 2017 r.) szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie rozpoczęło 2 171 pielęgniarek. W tym miejscu należy podkreślić, iż osoby z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego będą posiadały specjalistyczną wiedzę i umiejętności pod kątem zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjentów chorych na cukrzycę. Dodatkowo zmiany te przyczyniły się do istotnego corocznego wzrostu w systemie opieki zdrowotnej (zarówno na poziomie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej) liczby pielęgniarek wyspecjalizowanych w opiece nad pacjentami z cukrzycą. Podkreślić

⁵ Dz. U. poz. 1562.

należy, że treści kształcenia dotyczące zasad opieki nad pacjentem z cukrzycą zawarte są również w programach specjalizacji dla innych dziedzin pielęgniarstwa (np. pielęgniarstwo neonatologiczne, pielęgniarstwo pediatryczne, pielęgniarstwo rodzinne).

Dodatkowo utworzenie nowego kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego dla pielęgniarek pozytywnie wpływa na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów chorych na cukrzycę, poprzez umożliwienie podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarkom, które w krótkim czasie chcą uzyskać wiedzę i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres pielęgniarstwa diabetologicznego (kurs kwalifikacyjny trwa maksymalnie do 6 miesięcy). Według danych CKPPIP na dzień 31 grudnia 2016 r. liczba pielęgniarek, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego wynosi 40.

Jednocześnie, w ramach kształcenia podyplomowego realizowanego w formie krótkich kursów specjalistycznych, istnieje możliwość uzyskania przez pielęgniarkę, a także połączną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych skierowanych do pacjentów z cukrzycą. Aktualnie istnieje możliwość kształcenia na kursach specjalistycznych w następujących zakresach (oprócz ww. kursu specjalistycznego „Edukator w cukrzycy”):

- Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą,
- Opieka nad kobietą ciężarną z cukrzycą w okresie okołoporodowym/Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym,
- Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI.

3. zmiany w obszarze rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo połączną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego – nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo połączną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego⁶, obowiązujące od dnia 23 marca 2017 r., zgodnie z którym pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń

⁶ Dz. U. poz. 497.

zapobiegawczych obejmujących m.in. prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

W celu ustalenia minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, niezbędnej do zapewnienia właściwej opieki nad pacjentami w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁷. Powyższe rozporządzenie wskazuje sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Rozporządzenie jest narzędziem kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie służącym do określenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i położniczą oraz wskazania liczby pielęgniarek i położnych do sprawowania opieki nad pacjentami w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W odniesieniu do podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami, regulacje w zakresie stosowania minimalnych norm obowiązują każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą realizujący świadczenia gwarantowane finansowane przez NFZ ze środków publicznych zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁸.

Dodatkowo należy wskazać, iż w celu poprawy dostępności pacjentów z cukrzycą do specjalistycznej opieki pielęgniarskiej oraz podniesienia jakości tej opieki, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego w latach 2015-2016 podjął aktywne działania we współpracy z m.in. Konsultantem Krajowym w dziedzinie diabetologii, Ministerstwem Zdrowia (Departamentem Pielęgniarek i Położnych), Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, przedstawicielami środowisk pacjenckich, a także innych podmiotów zaangażowanych w organizację i sprawowanie opieki diabetologicznej w Polsce, oraz szereg inicjatyw, wśród których na uwagę zasługuje ta dotycząca powołania

⁷ Dz. U. poz. 1545.

⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.

zespołu do opracowania strategii rozwoju pielęgniarstwa diabetologicznego. Prace zespołu trwają, a zakładanym efektem tych prac jest m.in. opracowanie ogólnego standardu pielęgniarskiej praktyki klinicznej na stanowisku edukatora ds. diabetologii.

Strona 35, pkt 5.2.2. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej.

W Informacji o wynikach kontroli NIK wskazała, że NFZ nie przygotował rozwiązań zachęcających świadczeniodawców do tworzenia oddziałów diabetologicznych. Odnosząc się do powyższego należy podkreślić, iż warunki dla realizacji świadczeń z zakresu diabetologii określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w tym warunki wymagane dotyczące personelu.

Jeśli szpitale spełnią wszystkie wymagania wskazane przez Ministra Zdrowia i utworzą oddziały diabetologiczne, wówczas NFZ będzie mógł zawierać z nimi umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (po przeprowadzeniu postępowań w trybie przewidzianym ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Płatnik nie dysponuje narzędziami nacisku na szpitale w celu tworzenia odpowiednio przygotowanych oddziałów diabetologicznych ani tym bardziej możliwościami finansowania kształcenia odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów diabetologów, co stanowi istotną przeszkodę w tworzeniu takich oddziałów.

Należy mieć również na uwadze, że świadczenia z zakresu diabetologii realizowane są głównie w oddziałach chorób wewnętrznych, endokrynologii i pediatrii, a co za tym idzie, niezależnie od niewielkiej liczby umów realizowanych przez oddziały diabetologiczne, dostępność do świadczeń szpitalnych w zakresie diabetologii dla pacjentów z cukrzycą była zabezpieczona.

Biorąc pod uwagę powyższe oraz nowe regulacje prawne – wprowadzające system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (dalej „system zabezpieczenia”), na podstawie których, następuje kwalifikacja świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, tworzenie nowych oddziałów szpitalnych u świadczeniodawców pozostaje w kompetencjach podmiotów leczniczych.

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg
Krzysztof Krzyżanowski
19.12.18

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETAŹ STANU
Józefa Szczurek-Zelazko

Załączniki:

Załącznik 1 – kopia pisma z dnia 8 lutego 2018 r. do Pana prof. Mieczysława Walczaka;

Załącznik 2 – kopia pisma z dnia 7 lutego 2018 r. do Pana prof. Krzysztofa Strojka;

Załącznik 3 – kopia pisma z dnia 6 lutego 2018 r. do Departamentu Świadczeń Opieki
Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia;

Załącznik 4 – kopia pisma z dnia 6 lutego 2018 r. do Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Ministerstwa Zdrowia.

ZAŁĄCZNIKI

Zatwierdzam zgodność z oryginałem

SPECJALISTA

podpis

Piotr Czerwonka

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Zdrowotnej

PZP.404.1.2018. PCz

Warszawa, 07-02-2018 r.

KOPIA

Pan
Prof. dr hab. n med. Krzysztof Strojek
Konsultant krajowy
w dziedzinie diabetologii
III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii
ŚUM Oddział Kliniczny Chorób
Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń
Kardiometabolicznych Śląskiego Centrum
Chorób Serca
ul. M. Skłodowskiej – Curie 9
41-800 Zabrze

Szanowny Panie Profesorze,

Mając na względzie sformułowane uwagi pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli (dalej NIK) skierowanych do Ministra Zdrowia po kontroli P/17/057 **Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2**, w których uznano za zasadne (...) *opracowanie ogólnopolskiego, kompleksowego programu działań mających na celu zapobieganie, wczesną diagnozę i leczenie cukrzycy (...)*, Departament Polityki Zdrowotnej zwraca się z uprzejmą prośbą o wskazanie kierunków działań dla ewentualnego programu polityki zdrowotnej realizowanego na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który mógłby stanowić potencjalnie odpowiedź na ww. zalecenia NIK.

Mając na uwadze posiadane doświadczenie zawodowe oraz pełnienie funkcji konsultanta krajowego, prosimy również o przekazanie wszelkich innych istotnych w Pana opinii informacji, które mogłyby posłużyć opracowywaniu ww. programu.

Departament zwraca się z prośbą o udzielenie odpowiedzi w przedmiotowej sprawie do **2 marca br.**

Z poważaniem,

GŁÓWNY SPECJALISTA
p.o. Naczelnika Wydziału
Programów Polityki Zdrowotnej
Departament Polityki Zdrowotnej

Anna Chmielewska
Ministerstwo Zdrowia

SPECJALISTA
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Piotr Czerwonka
06.02.2018

DYREKTOR
Departament Polityki Zdrowotnej
Agnieszka Benik-Patela

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

ZAŁĄCZNIKI

Zatwierdzam zgodność z oryginałem

SPECJALISTA
podpis: *Czerwona*
Piotr Czerwona

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Zdrowotnej

Warszawa, 08-02-2018 r.

PZP.404.1.2018. PCz

KOPIA

Pan
Prof. dr hab. Mieczysław Walczak
Konsultant krajowy w dziedzinie
endokrynologii i diabetologii dziecięcej
Klinika Pediatrii, Endokrynologii,
Diabetologii, Chorób Metabolicznych i
Kardiologii Wieku Rozwojowego PUM
SPSK Nr 1
ul. Unii Lubelskiej 1
71-242 Szczecin

Szanowny Panie Profesorze,

Mając na względzie sformułowane uwagi pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli (dalej NIK) skierowanych do Ministra Zdrowia po kontroli P/17/057 **Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2**, w których uznano za zasadne (...) *opracowanie ogólnopolskiego, kompleksowego programu działań mających na celu zapobieganie, wczesną diagnozę i leczenie cukrzycy (...)*, Departament Polityki Zdrowotnej zwraca się z uprzejmą prośbą o wskazanie kierunków działań skierowanych do dzieci i młodzieży, które mogłyby zostać wdrożone w ramach ewentualnego programu polityki zdrowotnej realizowanego na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który stanowić mógłby ewentualną odpowiedź na ww. zalecenia NIK.

Mając na uwadze posiadane doświadczenie zawodowe oraz pełnienie funkcji konsultanta krajowego, prosimy również o przekazanie wszelkich innych istotnych w Pana opinii informacji, które mogłyby posłużyć opracowywaniu ww. programu.

Departament zwraca się z prośbą o udzielenie odpowiedzi w przedmiotowej sprawie do **2 marca br.**

Z poważaniem,

SPECJALISTA
Czerwona
Piotr Czerwona
08.02.2018

GŁÓWNY SPECJALISTA
p.o. Naczelnika Wydziału
Programów Polityki Zdrowotnej
Departament Polityki Zdrowotnej
Anna Chmielewska

DYREKTOR
Departament Polityki Zdrowotnej
Agnieszka Berlik-Patola

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

ZAŁĄCZNIKI

Zaświadczam zgodność z oryginałem

SPECJALISTA

podpis.....

Piotr Czerwonka

KOPIA

Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Zdrowotnej

Warszawa, 06-02-2018 r.

PZP.404.1.2018 PCz

Pan
Wojciech Zawalski
Dyrektor
Departamentu Świadczeń
Opieki Zdrowotnej
Narodowy Fundusz Zdrowia
ul. Grójecka 186
02-390 Warszawa

Szanowny Panie Dyrektorze,

Mając na względzie sformułowane uwagi pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli (dalej NIK) skierowane do Ministra Zdrowia po kontroli **P/17/057 Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2**, w których uznano za zasadne (...) *opracowanie ogólnopolskiego, kompleksowego programu działań mających na celu zapobieganie, wczesną diagnozę i leczenie cukrzycy* (...), Departament Polityki Zdrowotnej zwraca się z uprzejmą prośbą o przekazanie danych odnoszących się do udzielanych świadczeń gwarantowanych w zakresie profilaktyki i leczenia cukrzycy w ostatnich 3 latach. Prosimy m.in. o wskazanie rodzaju oraz liczby udzielonych świadczeń w poszczególnych latach, liczby podmiotów posiadających kontrakty na udzielanie świadczeń dotyczących cukrzycy, liczby osób dializowanych mających jednocześnie rozpoznane cukrzycę i wszelkie dane, które mogłyby przybliżyć obecną sytuację płatnika i koszty ponoszone w związku z leczeniem cukrzycy.

Ponadto, zwracamy się z prośbą o podanie liczby podmiotów udzielających świadczenia w zakresie diabetologii z podziałem na województwa i miejscowości.

Powyższe dane posłużą do analiz podczas opracowywania koncepcji dla nowego programu polityki zdrowotnej, którego ewentualna realizacja stanowić będzie odpowiedź na ww. wskazane uwagi NIK.

Departament zwraca się z prośbą o udzielenie odpowiedzi w przedmiotowej sprawie **do 2 marca br.**

Z poważaniem,

DYREKTOR
Departament Polityki Zdrowotnej

Agnieszka Bentuk-Pacola

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-652 Warszawa

GŁÓWNY SPECJALISTA (2) 634 96 00
p.o. Naczelnika Wydziału
Programów Polityki Zdrowotnej
Departament Polityki Zdrowotnej

Anna Chmielewska

SPECJALISTA

Piotr Czerwonka

176 01 7 000

ZAŁĄCZNIKI

Zatwierdzam zgodność z oryginałem

SPECJALISTA
podpis: *Czerwinka Piotr*
Piotr Czerwinka



Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Zdrowotnej

IK: 1223828 PCz

Warszawa, 06-02-2018 r.

KOPIA

Pani
Beata Cholewka
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek i
Położnych

Szanowna Pani Dyrektor,

Mając na względzie sformułowane w wystąpieniu pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli (dalej NIK) uwagi i wnioski skierowane do Ministra Zdrowia po kontroli **P/17/057 Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2**, w których uznano za zasadne (...) *opracowanie ogólnopolskiego, kompleksowego programu działań mających na celu zapobieganie, wczesną diagnozę i leczenie cukrzycy (...)*, Departament Polityki Zdrowotnej zwraca się z uprzejmą prośbą o wskazanie propozycji ewentualnych przedsięwzięć kierowanych do kadry pielęgniarskiej, które pomogły zwiększyć rolę tej grupy personelu medycznego w profilaktyce i leczeniu cukrzycy i zostać zawarte w ewentualnym nowym programie polityki zdrowotnej opracowanym na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto, zwracamy się z prośbą o przedstawienie działań ukierunkowanych na profilaktykę i leczenie cukrzycy, w które obecnie zaangażowana jest kadra pielęgniarska. Mając na uwadze właściwość merytoryczną Departamentu Pielęgniarek i Położnych prosimy również o przekazanie wszelkich innych istotnych w Państwa opinii informacji, które mogłyby posłużyć opracowywaniu ww. programu. Departament zwraca się z prośbą o udzielenie odpowiedzi w przedmiotowej sprawie **do 2 marca br.**

Z poważaniem

Agnieszka Beniuk-Patoła

Dyrektor

Departamentu Polityki Zdrowotnej

/dokument podpisany elektronicznie/

ZAŁĄCZNIKI

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Zatwierdzam zgodność z oryginałem
SPECJALISTA
podpis... *Czerwonka Piotr*
Piotr Czerwonka

Identyfikator dokumentu	1223828.2828238.2159933
Nazwa dokumentu	DPiP ws. programu polityki zdrowotnej dot. cukrzycy.pdf
Tytuł dokumentu	DPiP ws. programu polityki zdrowotnej dot. cukrzycy
Sygnatura dokumentu	PZP.404.1.2018
Data dokumentu	2018-02-06
Skrót dokumentu	F69DB9F9B70362DA952187CE23F21C6BFF9BA5C6
Wersja dokumentu	1.8
Data podpisu	2018-02-06 10:36:18
Podpisane przez	Agnieszka Monika Beniuk-Patoła Dyrektor

EZD 3.18.2453.2932.8127

Data wydruku: 2018-02-07

Autor wydruku: Czerwonka Piotr (Specjalista)



Minister Zdrowia

DNM.073.25.2017.17.KCZ



00798218

Warszawa, 26-02-2018

Pan
Wojciech Kutyla
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa

Szanowny Panie Prezese

w nawiązaniu do Informacji o wynikach kontroli **P/17/057 „Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2”** z dnia 5 lutego 2018 r. i stanowiska przekazanego Panu Prezesowi pismem z dnia 19 lutego 2018 r. o znaku: DNM.073.25.2017.15.KCZ, poniżej przekazuję uzupełnienie ww. stanowiska w oparciu o informacje o działaniach edukacyjnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Na wstępie zauważyć należy, że cukrzyca jest jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych na całym świecie. Ze względu na swoje rozpowszechnienie choroba ta stanowi dziś także bardzo poważny problem epidemiologiczny. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2014 r. liczba chorych na cukrzycę w skali świata wynosiła 422 miliony. Prognozy przewidują, że do 2040 r. liczba ta wzrośnie do 642 mln, a w Europie do 71,1 mln. Również w Polsce od kilkadziesiąt lat obserwuje się dynamiczny wzrost częstości występowania cukrzycy. Rozpowszechnienie cukrzycy sięga w Polsce 9,5% populacji. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w 2016 r. liczba chorych wyniosła ok. 1,7 mln, w tym rozpoznano aż 42 tys. nowych przypadków zachorowań na cukrzycę. Niepokojącym jest również fakt, że duża liczba osób jest wciąż niezdiagnozowana i nieświadoma zagrożeń związanych z cukrzycą. 90% przypadków tej choroby stanowi cukrzyca typu 2, która uważana jest za chorobę osób dorosłych, ale w ostatnich latach rośnie liczba chorych na ten typ cukrzycy wśród dzieci i młodzieży. Niewłaściwy styl życia, w tym

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl



nieprawidłowe zachowania żywieniowe, mogą prowadzić do utrwalenia się złych nawyków, co w konsekwencji może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia oraz obniżenia kondycji fizycznej i psychicznej w przyszłości. Powyższe dane epidemiologiczne nie pozostawiają wątpliwości, że konieczne jest uświadamianie społeczeństwu znaczącej roli prozdrowotnego stylu życia. Stąd też ograniczenie występowania cukrzycy typu 2 jest jednym z priorytetów zdrowotnych.

W profilaktyce cukrzycy typu 2 kluczowe znaczenie mają działania prewencyjne oraz edukacja zdrowotna. Wskazuje się na potrzebę wielokierunkowych działań profilaktycznych zmierzających do promocji zdrowia i edukacji na temat prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej, które są podstawą prawidłowego rozwoju i dobrego stanu zdrowia. Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje wiele inicjatyw na rzecz upowszechniania zdrowego stylu życia. Podstawę prawną działań pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowi art. 6 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej¹: „*Państwowa Inspekcja Sanitarna inicjuje, organizuje, prowadzi, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo-zdrowotną (...)*”. Głównym celem działań jest kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych poprzez promowanie zdrowego stylu życia oraz pogłębienie świadomości w zakresie konsekwencji zachowań ryzykownych dla zdrowia. Dlatego też jednym z priorytetów edukacji zdrowotnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej są działania, które mają na celu zwiększenie świadomości dotyczącej wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie.

W ramach upowszechniania zdrowego stylu życia Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje obecnie już XII edycję Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego pt.: „Trzymaj Formę!”. Głównym celem programu jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. Rokrocznie program „Trzymaj Formę!” docierał do ponad 8.800 gimnazjów i szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie całej Polski. Działaniami programowymi objęci byli uczniowie V i VI klas szkół podstawowych oraz I-III klas gimnazjalnych na terenie całego kraju. Ogółem dotychczas, w trakcie jedenastu edycji, działaniami programowymi objętych zostało ponad 8,5 mln uczniów. Zarówno zasięg programu, jak i liczba szkół oraz dzieci

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 1261, z późn. zm.

biorących w nim udział, pozwala na stwierdzenie, że „Trzymaj Formę!” jest największym tego typu programem w Unii Europejskiej.

Kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych zarówno dzieci oraz młodzieży, jak i dorosłych odbywa się głównie poprzez organizację spotkań edukacyjnych prowadzonych w formie pogadanek, prelekcji, wykładów, zajęć warsztatowych, a także poprzez organizację szkoleń, narad i konferencji oraz opracowywanie i upowszechnianie zdrowego stylu życia. Zajęcia z uczniami realizowane są metodą projektu, za pomocą zróżnicowanych metod aktywizujących, mających na celu stymulowanie kreatywności i aktywności. Także w ramach działań programowych organizowane są konkursy wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, w szczególności uwzględniającej tematykę zbilansowanej diety i aktywności fizycznej. Ponadto w ramach realizowanych działań podejmowana jest współpraca z instytucjami, partnerami oraz przedstawicielami samorządów lokalnych, w celu skutecznej realizacji przedsięwzięć prozdrowotnych. Program cieszy się stałym zainteresowaniem i zaangażowaniem w szkołach oraz środowiskach lokalnych, daje możliwość dzieciom i młodzieży zdobycia wiedzy oraz umiejętności dotyczących zasad prawidłowo zbilansowanej diety i znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia człowieka, angażuje również rodziców i opiekunów dzieci do aktywnego spędzania czasu wolnego, co przekłada się na kształtowanie korzystnych dla zdrowia nawyków. Reasumując, realizacja wszelkich przedsięwzięć w placówkach oświatowych ma wpływ na wzmocnienie działań w zakresie promocji zdrowia, wychowania i profilaktyki.

Przykładem działań obejmujących upowszechnianie zdrowego stylu życia przez Państwową Inspekcję Sanitarną były również liczne inicjatywy podejmowane w 2016 r. na terenie całego kraju w ramach Światowego Dnia Zdrowia. Ich celem była popularyzacja wiedzy na temat cukrzycy, jak również zainteresowania sprawami zdrowia, warunkami jak najdłuższego utrzymania zdrowia w dobrym stanie oraz możliwościami jego poprawy.

Potwierdzeniem potrzeby podejmowania działań profilaktycznych w zakresie edukacji zdrowotnej, które mają na celu ograniczenie występowania cukrzycy typu 2, są badania epidemiologiczne. Jednocześnie badania wskazują na korzystny wpływ prawidłowego odżywiania i regularnej aktywności fizycznej na ograniczenie występowania cukrzycy typu 2. Z kolei analiza inicjatyw upowszechniających zdrowy styl życia podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną także pokazuje

ZAŁĄCZNIKI

zasadność kontynuacji działalności profilaktycznej i promocji zdrowia, której istotą jest edukacja zdrowotna społeczeństwa.

Z pozdrowieniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Zelazko

