



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Wojciech Kutyła

KZD.410.003.01.2017
P/17/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/057 – Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	1. Danuta Stępkowska, gł. specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr KZD/22/2017 z dnia 19 maja 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia (MZ), 00-923 Warszawa, ul. Miodowa 15
Kierownik jednostki kontrolowanej	Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia od 16 listopada 2015 r. ¹ (dowód: akta kontroli str. 2)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli³ działania Ministra Zdrowia w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa dotyczącej profilaktyki i leczenia cukrzycy typu 2 były niewystarczające.

- Nie opracowano ogólnokrajowej strategii działań ukierunkowanych na prewencję i leczenie oraz opiekę nad osobami chorymi na cukrzycę, pomimo że jednym z priorytetów zdrowotnych ustalonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁴, jest przeciwdziałanie cukrzycy. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż 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))⁵.
- Nie przygotowano rozwiązań prawnych i organizacyjnych mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy w profilaktykę cukrzycy, mimo iż mogłoby się to przyczynić do lepszej wykrywalności cukrzycy i wczesnego rozpoczęcia terapii.
- W ograniczonym zakresie upowszechniano edukację diabetologiczną.
- Nie zapewniono warunków dla przygotowania pożądanej liczby lekarzy diabetologów do sprawowania opieki nad pacjentami chorymi na cukrzycę,

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż polscy pacjenci nie mają dostępu do innowacyjnego leczenia cukrzycy typu 2. Nie wprowadzono bowiem na listy leków refundowanych ani jednego leku z grupy leków inkretynowych i grupy flozyn, pomimo że niektóre z nich uzyskały pozytywne rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

¹ Poprzednio Ministrem Zdrowia był: Marian Zembala od 16 czerwca 2015 r. do 16 listopada 2015 r.; Bartosz Arłukowicz od 18 listopada 2011 r. do 16 czerwca 2015 r.

² W latach 2015 – 2017 (I półrocze).

³ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

⁴ Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126.

⁵ Dz. U. UE.C.2013.251E.09.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Gromadzenie i wykorzystanie informacji o stanie zdrowia pacjentów cukrzycowych

Opis stanu faktycznego

1.1. W toku kontroli, Ministerstwo nie przedstawiło dokumentów, w których dokonana byłaby analiza i ocena dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych chorym na cukrzycę w latach 2015- 2017 (I półrocze). Natomiast dokumentami zawierającymi informacje i analizy epidemiologiczne dotyczące występowania cukrzycy, są – według Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii - mapy potrzeb zdrowotnych.

Zgodnie z § 10 Regulaminu organizacyjnego MZ⁶ do podstawowych zadań Departamentu Analiz i Strategii należy między innymi: opracowywanie strategii działań Ministerstwa oraz koordynowanie jej realizacji, jak również przygotowywanie sprawozdań i informacji w tym zakresie (pkt 1); przygotowywanie we współpracy z właściwymi merytorycznie komórkami organizacyjnymi diagnoz i ocen w ramach opracowywanych przez Ministerstwo dokumentów programowych, strategii i programów, z wyłączeniem dokumentów należących do właściwości Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia (pkt 2); określanie potrzeb oraz przygotowywanie propozycji działań w zakresie realizacji polityk istotnych z punktu widzenia długofalowego rozwoju kraju, w zakresie ochrony zdrowia (pkt 7); prowadzenie analiz dotyczących zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz opracowywanie map potrzeb zdrowotnych (pkt 16).

Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii wyjaśniła w sprawie systemu rozpoznawania potrzeb zdrowotnych⁷ związanych z profilaktyką i leczeniem cukrzycy na szczeblu krajowym i regionalnym, że *Mapy potrzeb zdrowotnych przedstawiają bieżące i prognozowane potrzeby zdrowotne Polaków. Analizy zawarte w mapach z założenia mają wspierać podejmowanie decyzji w ochronie zdrowia i wspomóc skuteczne działania na które składają się m. in. potrzeba wdrażania programów zdrowotnych, kreowania regionalnych polityk zdrowotnych, w tym również podejmowanie profilaktyk na terenach szczególnie narażonych na zachorowania.*

Dyrektor ww. Departamentu wyjaśniła również, że *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 Ministerstwa⁸ 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.⁹

(akta kontroli str. 8)

Ministerstwo opublikowało na stronie internetowej między innymi:

1) „Mapę potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski”, zawierającą m.in. analizę oddziałów szpitalnych (w tym oddziałów diabetologicznych) oraz mapy potrzeb

⁶ Wprowadzonego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2016 r. (Dz. Urz. Min. Zdrowia z 2016 r., poz. 32 ze zm.).

⁷ 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 (j.t. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm., zwanej dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”).

⁸ <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-dla-30-grup-chorob/>. Obowiązek publikacji map potrzeb zdrowotnych wynika z art. 95a ust.9 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

⁹ Na podstawie umowy nr ZZZ-31/16/1094/52 z dnia 24 marca 2016 r. MZ zleciło NIZP-PZH wykonanie 17 raportów dotyczących aktualnej i prognozowanej sytuacji demograficznej w 16 województwach i w całym kraju.

epidemiologicznej

zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla każdego województwa¹⁰, w których „oddziały diabetologiczne wyłączono z procesu diagnozy z powodu ich regionalnego charakteru i stosunkowo małej liczby łóżek”,

- 2) Posumowanie „Lecznictwo szpitalne w ujęciu ogólnopolskim”,
- 3) „Mapę potrzeb zdrowotnych dla Polski” obejmującą 30 grup chorób, w tym cukrzycę (w obszarze leczenia szpitalnego, AOS i POZ),
- 4) „Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa (...) w zakresie 30 grup chorób”, w tym cukrzycy (dla każdego województwa)¹¹,
- 5) „Mapę potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa (...)” (dla każdego województwa).

Mapy potrzeb zdrowotnych (ogólnopolska i dla każdego województwa) obejmują dane za rok 2014¹² i każda z nich składa się z trzech części: I „Aspekty demograficzne i epidemiologiczne”, II „Analiza stanu i wykorzystania zasobów”, III „Prognoza”.

W „Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski” dokonano między innymi analizy oddziałów szpitalnych, w tym oddziałów diabetologicznych¹³. Natomiast w podsumowaniu „Lecznictwo szpitalne w ujęciu ogólnopolskim” w części „Wnioski i rekomendacje dla szpitalnictwa” w odniesieniu do oddziałów diabetologicznych podano: *W Polsce świadczenia NFZ sprawozdawało 15 oddziałów diabetologicznych, z czego najwięcej znajdowało się w województwie mazowieckim (4), zachodniopomorskim (3), pomorskim (2), dolnośląskim (2), łódzkim (2). Znaczny odsetek świadczeń realizowanych na tym oddziale stanowią świadczenia z zakresu choroby wewnętrzne. Równocześnie obserwowana jest odwrotna relacja tj. zakres diabetologiczny stanowi istotny udział realizowany w oddziałach chorób wewnętrznych. (...) żaden z oddziałów nie miał charakteru ponadregionalnego (30% pacjentów spoza województwa), a tylko 1 miał charakter wojewódzki (powyżej 60% pacjentów spoza swojego powiatu). Pozostałe oddziały zabezpieczały potrzeby zdrowotne pacjentów z własnego powiatu. Wnioskowano rozważenie możliwości pozostawienia oddziałów diabetologicznych jedynie w szpitalach powiązanych z uczelniami medycznymi oraz rozważenie zwiększenia dostępności do diagnozowania i leczenia pacjentów w warunkach ambulatoryjnych lub jednodniowych.*

W „Mapie potrzeb zdrowotnych dla Polski” obejmującej 30 grup chorób w części I mapy 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 rejestrowana¹⁴ obliczana była dla roku 2014, na podstawie danych NFZ z lat 2009-2015¹⁵. Chorobowość rejestrowaną opublikowaną w mapie oszacowano na dzień 31 grudnia 2014 r.¹⁶

W „Podsumowaniach map potrzeb zdrowotnych dla województwa (...)” w zakresie 30 grup chorób”, w odniesieniu do cukrzycy, przedstawiono między innymi wskaźnik zapadalności i chorobowości rejestrowanej na 100 tysięcy ludności w 2014 r. w województwie, dokonano analiz dotyczących cukrzycy w obszarze leczenia szpitalnego, AOS, POZ oraz w części „Prognozy” zaprezentowano prognozy zapadalności rejestrowanej w danym województwie w latach 2020-2029.

¹⁰ Według art. 19 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) mapy tzw. szpitalne opracowano na okres od 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2018 r.

¹¹ Opublikowano dla każdego województwa 30 map potrzeb zdrowotnych, poświęconych 30 grupom chorób.

¹² Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 458), zwanym dalej „rozporządzeniem w sprawie map potrzeb zdrowotnych”.

¹³ W zakresie liczby oddziałów tej specjalności, liczby łóżek, liczby hospitalizacji, przyczyn hospitalizacji, trybu przyjęcia do oddziału.

¹⁴ Liczba nowych pacjentów z danym rozpoznaniem pojawiających się w systemie publicznej służby zdrowia.

¹⁵ Możliwość analizy historii pacjenta co najmniej pięć lat wstecz. Pacjent pojawiający się w systemie sprawozdawczości NFZ w tym okresie był uznawany za nowego pacjenta (pacjenta pierwszorazowego), jeżeli wystąpił z danym rozpoznaniem po raz pierwszy w roku 2014. Rozważano trzy „drogi wejścia” do systemu przez pacjenta: szpital, AOS, i szpitalny oddział ratunkowy (SOR).

¹⁶ Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów, zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 roku i którzy nie zmarli do 31 grudnia 2014 r.

W mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla danego województwa w części:
I „Aspekty demograficzne i epidemiologiczne”, przedstawiono między innymi: wskaźniki epidemiologiczne dla cukrzycy (zapadalność rejestrowaną, wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy mieszkańców, strukturę zapadalności rejestrowanej według grup wiekowych¹⁷, 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 województwie¹⁸).
II „Analiza stanu i wykorzystania zasobów” zaprezentowano: leczenie szpitalne, AOS, POZ, wykorzystanie nagłej opieki medycznej, kadry medyczne¹⁹, zasoby sprzętowe²⁰.
III „Prognoza” podano prognozę zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029²¹.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych zapadalność rejestrowana dla rozpoznanych z grupy cukrzyca w roku 2014 wyniosła 143,7 tysięcy przypadków, natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 378,2.

W zakresie prognozy zapadalności rejestrowanej dla cukrzycy przyjęto 4 scenariusze²². Podano, że zapadalność rejestrowana dla cukrzycy wyniesie:

- 137 tysięcy w 2020 r. i do 2029 r. wzrośnie do 150 tysięcy, tj. o 9,5% (wariant demograficzny „minimalny”)
- 167 tysięcy w 2020 r. i do 2029 r. wzrośnie do 182 tysięcy, tj. o 9,0% (wariant demograficzny „maksymalny”)
- 153 tysiące w 2020 r. i do 2029 r. wzrośnie do 166 tysięcy, tj. o 8,5% (wariant demograficzny „zindywidualizowany”),
- 156 tysięcy w 2020 r. i do 2029 r. wzrośnie do 169 tysięcy, tj. o 8,3% (wariant demograficzny „uśredniony”.

(akta kontroli str. 6-146)

Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w sprawie szacowania przewidywanych kosztów związanych z leczeniem chorych na cukrzycę w następnych latach wyjaśniła, że „ww. zakres informacji nie jest wymagany zgodnie zapisami rozporządzenia w sprawie zakresu treści map”.

W wyjaśnieniach w sprawach: nieprzewodzenia analiz epidemiologicznych dotyczących występowania cukrzycy w latach 2015 – 2016; niedokonywania oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych chorym na cukrzycę w tych latach oraz nieszacowania kosztów związanych z leczeniem chorych na cukrzycę w latach następnych Sekretarz Stanu w wyjaśnieniach podała między innymi, że „... mapy potrzeb zdrowotnych są realizowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych. Zgodnie z treścią rozporządzenia mapa zawiera dane poprzedzające o dwa lata rok opublikowania mapy. Zakres czasowy uwzględniony w mapie wynika z dostępności danych - dane sprawozdawane do Narodowego Funduszu Zdrowia za dany rok są po zakończeniu roku kalendarzowego weryfikowane i uzupełniane przez NFZ, przez co przystąpienie do analizy danych (również wymagającej znaczących nakładów czasowych), jest możliwe dopiero po pewnym czasie od zakończenia roku kalendarzowego. Warto zauważyć, że zgodnie ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy

¹⁷ Grupa: 0-18, 19-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84 85+.

¹⁸ W zakresie sytuacji demograficznej województwa i jego powiatów, zawarto w tej części odesłanie do odpowiednich elementów tzw. map szpitalnych.

¹⁹ W zakresie kadr medycznych, zawarto w tej części odesłanie do odpowiednich elementów tzw. map szpitalnych.

²⁰ W zakresie zasobów sprzętowych, zawarto w tej części odesłanie do odpowiednich elementów tzw. map szpitalnych.

²¹ W zakresie prognozy stanu i struktury ludności oraz prognozy liczby łóżek zawarto w tej części odesłanie do odpowiednich elementów tzw. map szpitalnych.

²² W mapach potrzeb zdrowotnych podano: „ponieważ współczynniki zapadalności ... zostały określone na bazie danych rejestrowanych i nie jest możliwe pełne zweryfikowanie z jakiego powodu zapadalność rejestrowana różni się między województwami: mogą być to przyczyny stałe (np. prawdziwe czynniki ryzyka choroby), albo przejściowo-systemowe (tzw. up-coding, dostępność itp.). Z tego względu zasadne jest badanie scenariuszowe, które uwzględni niepewność co do przyszłej wartości współczynników zapadalności rejestrowanej i pokazuje jakiego zakresu wyników można się spodziewać w różnych scenariuszach”.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw w dniu 31 maja 2018 r. zostanie opublikowana kolejna edycja tzw. ustawowych map potrzeb, która zgodnie z przepisem przejściowym art. 19 ww. ustawy będzie uwzględniała analizę świadczeń zdrowotnych udzielanych w lecznictwie szpitalnym, w tym świadczeń udzielanych z powodu cukrzycy. Ponadto wskazania wymaga fakt, że zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zadaniem NFZ jest zawieranie umów o udzielanie świadczeń, które odbywa się na podstawie planów zakupu świadczeń przygotowywanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, z uwzględnieniem priorytetów zdrowotnych opracowywanych dla tego celu corocznie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, w szczególności na podstawie analizy danych z realizacji umów w poprzednich latach. Natomiast poza zakresem zadań Narodowego Funduszu Zdrowia jest określanie niezbędnej liczby specjalistów w danej dziedzinie medycyny celem zapewnienia dostępności do świadczeń, w odniesieniu do liczby mieszkańców.”

Ponadto Sekretarz Stanu wyjaśniła, że „mapy potrzeb zdrowotnych nie są elementem z góry zaplanowanym, a narzędziem wspomagającym podjęcie decyzji. Zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mapy mają być wykorzystywane do ustalania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, wydawania opinii o celowości inwestycji oraz powinny być uwzględniane przez oddział wojewódzki NFZ przy sporządzaniu planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo, zgodnie z zapisami dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” mapy potrzeb zdrowotnych będą wykorzystywane jako narzędzie dla koordynacji wydatkowania środków z EFSI w ramach prac Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI (Europejskiego Funduszu na rzecz Inwestycji Strategicznych) w sektorze zdrowia. Z map potrzeb zdrowotnych wynikają kryteria dla konkursów realizowanych ze środków unijnych.”

(akta kontroli str. 159-161)

1.2. W rocznych raportach za lata 2015 – 2016 Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii wskazywał między innymi na „tendencję wzrostową liczby znanych przypadków cukrzycy”, zbyt małe kontraktowanie liczby wizyt ambulatoryjnych, niewystarczająca liczba specjalistów, w związku z czym świadczenia są kontraktowane również wśród lekarzy chorób wewnętrznych i lekarzy endokrynologów, niewystarczająca liczba i nierównomierne rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń, niewielką liczbę miejsc specjalizacyjnych w województwach, wskazywał też gdzie nie funkcjonują ośrodki akademickie, zróżnicowanie dostępności do świadczeń z zakresu diabetologii ze względu na niedobór tych specjalistów w poszczególnych województwach, na problem nierównomiernego rozmieszczenia specjalistów pomiędzy oddziałami szpitalnymi i lecnictwem otwartym. Podkreślił też, 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.

Sekretarz Stanu wyjaśniła, że „Minister Zdrowia przy ustalaniu liczby rezydentur bierze również pod uwagę opinie konsultantów krajowych dotyczące oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych, które są składane przez konsultantów krajowych dwa razy do roku przed terminem rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji lekarskich ... informując, że Konsultanci Krajowi w dziedzinie diabetologii i medycyny rodzinnej przekazują do Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia raporty roczne oraz protokoły spotkań z konsultantami wojewódzkimi, które zgodnie z właściwością są przekazywane do innych komórek organizacyjnych w Ministerstwie Zdrowia celem zanalizowania oraz wykorzystania zawartych w nich informacji.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, Departamentem Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, 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 zespołu do opracowania strategii rozwoju pielęgniarstwa diabetologicznego. Prace zespołu trwają, a zakładanym efektem tych prac jest m.in. opracowanie projektu diabetologicznej porady edukacyjnej realizowanej przez pielęgniarkę/położną, edukatora ds. diabetologii, jako odrębnie kontraktowane świadczenie zdrowotne oraz ogólnego standardu pielęgniarstwa klinicznego na stanowisku edukatora ds. diabetologii."

(akta kontroli str. 220-293)

2. Działania na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2016 – 2017 (I półrocze)²³ z budżetu państwa z części 46 - Zdrowie na programy polityki zdrowotnej, dotyczące profilaktyki i leczenia cukrzycy, wydatkowano: w roku 2016 r. – 729,1 tys. zł; a w I półroczu 2017 r. – 65,7 tys. zł.

(akta kontroli str. 692)

Sekretarz Stanu wyjaśniła, że „...Profilaktyka cukrzycy, jako czynnika ryzyka chorób układu krążenia, realizowana jest w POZ, zgodnie z opisem zawartym w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁴.”

Ponadto Sekretarz Stanu w wyjaśnieniach podała, że w latach 2015-2017 zwiększone zostały nakłady na leczenie szpitalne w zakresie diabetologii.

W roku 2015 nakłady na leczenie szpitalne w zakresie diabetologii wyniosły – 33,3 mln zł (były wyższe o 8,5% w porównaniu do roku 2014 - 30,7 mln zł)²⁵, a w roku 2016 wyniosły 33,7 mln.

(akta kontroli str. 152)

2.2. Programy polityki zdrowotnej.

2.2.1. Od 2016 roku realizowany jest w MZ program polityki zdrowotnej pn. „Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej na lata 2016 – 2018” (dalej Program)²⁶.

Na realizację tego Programu zaplanowano środki w kwocie 3 293 tys. zł, w tym: na rok 2016 – 729 tys. zł; na rok 2017 - 2 227 tys. zł; na rok 2018 - 337 tys. zł.

Celem ogólnym Programu jest redukcja amputacji i inwalidztwa, przedwczesnych zgonów oraz poprawa jakości życia pacjentów z ZSC. Cel ten realizowany jest przez cztery zadania²⁷:

- 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.

Z harmonogramu określonego ww. Programem wynikają następujące działania:

1) na 2016 r:

- wyposażenie i doposażenie w sprzęt gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną (przyjęto że w ramach realizacji Programu wyłonionych zostanie 8 podmiotów, na bazie których zostaną wyposażone/doposażone gabinety mogące pełnić funkcję referencyjną),

²³ W roku 2015 r. w MZ nie wydatkowano żadnych środków finansowych na realizację zadań związanych z profilaktyką i leczeniem cukrzycy.

²⁴ Dz. U. z 2016 r., poz. 86.

²⁵ W roku 2013 wyniosły 30,9 mln zł.

²⁶ W roku 2015 r. w MZ nie realizowano programów polityki zdrowotnej dotyczących cukrzycy.

²⁷ 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.

- przygotowanie szczegółowego programu szkoleń i materiałów do przeprowadzenia szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC,

- przygotowanie kampanii edukacyjnej, skierowanej do pacjentów z cukrzycą, dotyczącej zagadnień związanych z ZSC,

2) na 2017 r.:

- wybór realizatora szkoleń dla regionu obejmującego województwa: mazowieckie, lubelskie, świętokrzyskie i podlaskie,

- wyposażenie i doposażenie w sprzęt gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową (przyjęto, że w ramach realizacji Programu wyłonionych zostanie 56 podmiotów, na bazie których zostaną wyposażone/doposażone gabinety mogące pełnić funkcję podstawową w zależności od liczby mieszkańców danego województwa),

- przeprowadzenie szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC,

- przeprowadzenie kampanii edukacyjnej, skierowanej do pacjentów z cukrzycą, dotyczącej zagadnień związanych z ZSC,

3) na 2018 r.:

- kontynuacja realizacji szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC,

- kontynuacja realizacji kampanii edukacyjnej, skierowanej do pacjentów z cukrzycą, dotyczącej zagadnień związanych z ZSC.

W ww. Programie wskazano oczekiwany efekt prowadzonych działań, którym jest ok. 30,0% spadek wykonywanych amputacji kończyn dolnych (głównie „wysokich”) oraz mniejszych zabiegów amputacyjnych w ciągu 5 lat od uruchomienia stworzonych w ramach Programu gabinetów stopy cukrzycowej.

W 2016 r. na realizację Programu wydatkowano 729,12 tys. zł, w tym:

- 388,2 tys. zł na zakup 106 sztuk sprzętu specjalistycznego²⁸ w ramach realizacji zadania „Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną”. Utworzonych zostało 8 gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję gabinetu referencyjnego. Gabinety powstały w województwach: mazowieckim (w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie, ul. Banacha 1a), lubelskim (w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie, ul. Kraśnicka 100), dolnośląskim (w Wojewódzkim Zespole specjalistycznej opieki Zdrowotnej we Wrocławiu, ul. Dobrzańska 21/23), małopolskim (w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, ul. Kopernika 36), wielkopolskim (w Szpitalu Miejskim im. Franciszka Raszei, ul. Mickiewicza 2), pomorskim (w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie, ul. Unii Lubelskiej 1), zachodniopomorskim (w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku, ul. Dębinki 7) oraz podlaskim (w Uniwersyteckim Szpitalu klinicznym w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A).

- 215,2 tys. zł na: przygotowanie wykładów wraz z ankietami ewaluacyjnymi, przygotowanie i wydruk materiałów edukacyjnych, uzyskanie wymaganych akceptacji programu szkoleń oraz przygotowanie platformy e-learningowej. Wybrano 3 realizatorów szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC, którzy odpowiadają za organizację szkoleń w różnych regionach kraju. Ponadto, jedna z tych jednostek odpowiada za organizację szkoleń w formie e-learningowej.

- 125,7 tys. zł na: materiały graficzne „Kampanii edukacyjnej skierowanej do pacjentów z cukrzycą”, na przygotowanie i przeprowadzenie badania poziomu wiedzy na temat występowania ZSC i związanych z nim zagrożeń, stworzenie strony internetowej kampanii *STOPacukrzycowa.org.pl*, przygotowanie kampanii on-line na portalu społecznościowym *Facebook*, nagranie jednego spotu radiowego, przygotowanie jednego spotu

²⁸ Zgodnie z zakresem rzeczowym określonym w załączniku nr 1 do Programu.

informacyjnego w formie krótkiego filmu, na temat kampanii²⁹.

W I półroczu 2017 r. na realizację Programu wydatkowano 65,7 tys. zł, w tym:

- 23,9 tys. zł na przeprowadzenie 2 szkoleń obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC (w ramach zadania „Organizacja szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC”),

- 41,8 tys. zł na przeprowadzenie kampanii edukacyjnej w internecie, skierowanej do pacjentów z cukrzycą (w ramach zadania „Kampania edukacyjna skierowana do pacjentów z cukrzycą”).

Aktualnie trwa procedura wyboru realizatorów zadania „Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową” oraz podpisywania z nimi umów o realizację tego zadania³⁰.

(akta kontroli str. 776-938)

2.2.2. Według art. 3 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym³¹ zadania z zakresu zdrowia publicznego, tj. zadania obejmujące między innymi edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, promocję zdrowia, profilaktykę chorób, realizują także jednostki samorządu terytorialnego³². Na podstawie art. 12 ust.6³³ tej ustawy wojewodowie przekazują Ministrowi Zdrowia, do dnia 30 września każdego roku, roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego przez niego oraz jednostki samorządu terytorialnego³⁴. W związku z tym, MZ dysponował informacjami o zrealizowanych w 2016 r. przez jednostki samorządu terytorialnego zadaniach, realizowanych przede wszystkim w ramach programów polityki zdrowotnej. Dane o zrealizowanych programach polityki zdrowotnej w roku 2015 były przekazywane przez wojewodów na podstawie art. 10 ust. 1 pkt 2³⁵ ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W roku 2015, w sześciu województwach, zrealizowano dziewięć programów polityki zdrowotnej dotyczących profilaktyki i prewencji cukrzycy oraz leczenia cukrzycy i jej powikłań³⁶. Łącznie na realizację tych programów osiem jednostek samorządu terytorialnego wydatkowało 227,9 tys. zł³⁷.

W roku 2016, w czterech województwach³⁸, było planowanych do realizacji pięć programów z tego zakresu. Planowana łączna kwota do wydatkowania na te programy, przez cztery jednostki samorządu terytorialnego, wynosiła 157,5 tys. zł³⁹.

Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej w wyjaśnieniach podała, że w przedstawionym kontroli NIK dokumencie wyszczególniono te programy, które wprost odnosiły się do problemu cukrzycy, a jakość przekazanych przez wojewodów informacji o zrealizowanych oraz planowanych do realizacji programach uniemożliwia przeprowadzenie ich rzetelnej analizy oraz że dodatkowo poziom ogólności nazw, jak i opisów programów, utrudnia precyzyjne wyodrębnienie z ogółu przekazanych danych tych odpowiadających tematowi prowadzonej kontroli⁴⁰.

²⁹ Dystrybucja materiałów graficznych kampanii, emisja spotu radiowego oraz pozostałych czynności kampanii została zaplanowana na 2017 r.

³⁰ Do dnia zakończenia kontroli nie wybrano jeszcze wszystkich 56 realizatorów tego zadania.

³¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 1916 ze zm.

³² Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej.

³³ Obowiązuje od 1 stycznia 2017 r.

³⁴ W zakresie określonym z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz. U. z 2016 r., poz. 2216).

³⁵ Uchylony przez art. 22 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015 r., poz. 1916 ze zm.) z dniem 1 stycznia 2017 r.

³⁶ Pomorskie (realizatorzy: 2 gminy, każda po 1 programie); kujawsko-pomorskie (1 gmina, 1 program); lubuskie (1 gmina, 1 program), małopolskie (miasto Kraków – 1 program, gmina miasta Tarnów – 1 program, powiat myślenicki – 1 program), opolskie (1 gmina – 1 program); śląskie (1 gmina – 1 program).

³⁷ Brak danych w przypadku gminy w województwie śląskim.

³⁸ Pomorskie (1 gmina), małopolskie (1 powiat i miasto Kraków), opolskie (1 gmina), śląskie (1 gmina).

³⁹ Brak danych o planowanych wydatkach przez 1 gminę w województwie śląskim.

⁴⁰ Dane dotyczące realizacji programów polityki zdrowotnej w roku 2015 były przekazywane przez wojewodów na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie przekazywania

2.3. Współpraca z urzędami i instytucjami oraz organizacjami pozarządowymi

W okresie kontrolowanym Ministerstwo nie współpracowało z urzędami i instytucjami przy prowadzeniu działań w obszarze edukacji na temat zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych⁴¹.

(akta kontroli str. 981)

Według art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych 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.

W ramach współpracy MZ 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”. Do dnia zakończenia kontroli zostały podpisane 2 umowy o realizację tego zadania: z Fundacją Badań i Rozwoju Nauki z siedzibą w Ostrołce⁴² (całkowity koszt zadania publicznego - 200,0 tys. zł, w tym dotacja MZ – 140,0 tys. zł) oraz ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków⁴³ (całkowity koszt zadania publicznego – 56,42 tys. zł, w tym dotacja MZ – 32,59 tys. zł).

Ponadto, w latach 2015 - 2017 (I półrocze), zrealizowano, we współpracy z innymi jednostkami, kilka zadań publicznych, które nie odnosiły się wprost do cukrzycy, natomiast dotyczyły eliminacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, tj.:

1) zadanie „Program edukacyjny odnoszący się do eliminacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych (nadciśnienia tętniczego, nadwagi i otyłości, niskiego poziomu aktywności fizycznej) skierowany do dzieci i młodzieży oraz osób prowadzących siedzący tryb życia”.

W latach 2015 – 2016 na realizację ww. Programu wydatkowano kwotę 518,0 tys. zł. W 2015 r. w ramach Programu: przygotowano materiały edukacyjne oraz cykl warsztatów skierowanych do dzieci, osób w wieku produkcyjnym oraz seniorów (wykonawca Polski Komitet Zwalczania Raka); prowadzono promocję zdrowia poprzez cykl audycji edukacyjnych (wykonawca Stowarzyszenie Polskie Telewizje Lokalne i Regionalne); przeprowadzono warsztaty kulinarno-dietetyczne dla osób z cukrzycą i otyłością w Warszawie, Koninie, Gdańsku, Krakowie oraz Poznaniu⁴⁴; zorganizowano 3-miesięczne bezpłatne poradnictwo dietetyczne, opracowano aplikację mobilną, która ułatwia dostosowanie terapii żywieniowej do prowadzonej już insulinoterapii oraz pozwala w szybki sposób przeliczyć wymienniki węglowodanowe oraz opracowano: ulotki i plakaty z tabelą produktów spożywczych zalecanych w codziennej diecie, zalecanych w ograniczonej ilości oraz przeciwwskazanych w cukrzycy; ulotki wkładki do menu w restauracjach; książkę kucharską z niezbędnymi informacjami na temat diety z ograniczoną ilością węglowodanów łatwo przyswajalnymi (wykonawca Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej).

W 2016 r., w ramach Programu, przeprowadzono warsztaty żywieniowe dla uczniów

informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz. U. poz. 1867). Dane te zawierały również informację o działaniach planowanych do podjęcia w roku 2016. Dane za 2016 r. o zrealizowanych programach zdrowotnych będą dostępne po 30 września 2017 r. ponieważ wojewoda, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz. U. poz. 2216) przekazuje tę informację Ministrowi Zdrowia do 30 września.

⁴¹ W dniu 23 listopada 2009 r. zostało zawarte Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży. Według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w ramach ww. dokumentu nie były realizowane celowe programy i projekty edukacyjne.

⁴² Umowa nr 1/6/org.pozarz./85195/3195/653 z dnia 13 lipca 2017 r.

⁴³ Umowa nr 1/5/org.pozarz./85195/3196/654 z dnia 12 lipca 2017 r.

⁴⁴ Uczestnikom spotkania przekazano również materiały edukacyjne w postaci ulotek z przepisami kulinarnymi wraz z informacją na temat diety diabetyka.

w wymiarze 200 godzin, a dla osób w wieku produkcyjnym oraz seniorów w wymiarze 300 godzin (wykonawca Polski Komitet Zwalczenia Raka).

2) w ramach realizacji NPZ na lata 2016 - 2020, celu operacyjnego 1 „Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa” w 2016 r. zrealizowano następujące zadania z zakresu zdrowia publicznego:

- „Podejmowanie inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie” - szkolenia i warsztaty dla osób odpowiedzialnych za realizację żywienia zbiorowego w jednostkach systemu oświaty (zadanie 1.2.1 – wykonawca Fundacja Szkoła na Widelcu),

- „Tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością” - utworzono grupy wsparcia dla osób ze zdiagnozowaną otyłością w Toruniu (zadanie 2.6 - wykonawca: Gmina Miasta Toruń),

- „Edukacja pracowników ochrony zdrowia w zakresie zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej” - rozpoczęto prace nad utworzeniem platformy e- learningowej dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej (zadanie 1.4.1 - wykonawca: Akademia Ochrony Zdrowia Edumetriq Sp. z o.o. Sopot),

- „Przeprowadzenie aktualizacji norm żywienia dla populacji, w tym norm żywienia zbiorowego służb mundurowych, w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną oraz badania naukowe krajowe i zagraniczne, w tym opracowanie i opublikowanie w formie cyfrowej i drukowanej oraz dystrybucję w 2017 r. oraz w 2020 r.” - rozpoczęto prace nad nowelizacją norm żywienia dla populacji polskiej (zadanie 3.1.6 - wykonawca: Instytut Żywności i Żywienia),

- „Działania edukacyjne dla przedstawicieli administracji rządowej i przemysłu spożywczego - upowszechnianie wiedzy na temat korzyści zdrowotnych i gospodarczych związanych ze zmniejszeniem zawartości soli, cukru i stosowaniem poszczególnych rodzajów tłuszczów w produktach spożywczych” (zadanie 1.4.3 - wykonawca: Instytut Żywności i Żywienia),

- „Działania edukacyjne dla pracodawców, kadry zakładów pracy, organizacji pracowniczych, specjalistów służby medycyny pracy w zakresie przygotowania i animacji programów promocji aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania w zakładach pracy” - rozpoczęto realizację (zadanie 1.4.4 - wykonawca: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi),

- „Realizacja badania COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) w latach 2016-2017” (zadanie 3.1.12 - wykonawca: Instytut Matki i Dziecka).

Według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w 2017 r. przeprowadzono kolejną procedurę konkursową i wśród zadań uwzględniono: opracowanie i wdrożenie programu monitorowania występowania, leczenia cukrzycy (w tym samokontroli) w populacji polskiej, z uwzględnieniem cukrzycy ciężkowej; prowadzenie edukacji żywieniowej pacjentów w specjalistycznych poradniach przyszpitalnych (m.in. diabetologicznej, chorób metabolicznych, endokrynologicznej, kardiologicznej); przeprowadzenie kompleksowych badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa polskiego ze szczególnym uwzględnieniem grup: małe dzieci, dzieci i młodzież w wieku szkolnym, kobiety ciężarne, osoby w podeszłym wieku, osoby przebywające w jednostkach całodobowego pobytu, wraz z identyfikacją czynników ryzyka zaburzeń odżywiania, oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu; tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością, podejmowanie inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie.

Po przeprowadzonych postępowaniach konkursowych zostało podpisanych⁴⁵ 6 umów o realizację ww. zadań publicznych.

(akta kontroli str. 949-950, 1043-1112)

2.3. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny pracy, w raporcie rocznym za 2016 r., wskazał, że: kształt standardów medycznych zapisanych w rozporządzeniu 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 pracy⁴⁶ nie przystaje

⁴⁵ W I półroczu 2017 r.

⁴⁶ Dz. U. z 2016 r., poz. 2067.

do dzisiejszych realiów i koncepcji lekarzy specjalistów medycyny pracy i wymaga pilnej zmiany; że obowiązujący dziś załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia „*utracił aktualność i nie ma już istotnej wartości merytorycznej w codziennej praktyce lekarza medycyny pracy*” i nie obejmuje ponadto profilaktyki chorób pośrednio związanych z pracą o przyczynach wieloczynnikowych, w tym związanych z czynnikami narażenia czy uciążliwościami środowiska pracy, takich jak choroby układu krążenia i cukrzyca; że powyższe choroby stanowią istotny problem epidemiologicznych i że włączając ich wczesne wykrywanie do badań profilaktycznych pracowników można by uzyskać lepsze efekty związane z wykrywalnością i rozpoczęciem wczesnej terapii.

(akta kontroli str. 302-335)

Podsekretarz Stanu w wyjaśnieniach - w sprawie działań Ministerstwa Zdrowia w celu włączenia lekarzy medycyny pracy w profilaktykę i zwalczanie cukrzycy⁴⁷ - podała między innymi, że (...) *W ramach obowiązkowej opieki profilaktycznej nad pracownikami prowadzone są regularne kontrole zdrowia pracowników - badania profilaktyczne (wstępne, okresowe i kontrolne), podczas których pracownicy, uzyskują orzeczenie o braku przeciwwskazań do pracy lub istnieniu przeciwwskazań do pracy. Istniejący system opieki profilaktycznej nad pracownikami jest postrzegany z jednej strony jako restrykcyjny (konieczność poddania się badaniom przez pracownika), a z drugiej strony systematyczne kontrole stanu zdrowia pracowników dają możliwość oceny wpływu pracy na zdrowie pracownika, czy wdrożenia działań profilaktycznych lub interwencji. 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 zjawiska. Analiza dotyczy treści załącznika nr 1 do rozporządzenia 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, która ma na celu dopasowanie zakresu i częstotliwości badań do zmieniającego się środowiska pracy oraz zwiększenia działań w zakresie wczesnego wykrywania chorób układu krążenia czy cukrzycy, w oparciu o aktualną wiedzę medyczną. System opieki profilaktycznej powinien uwzględniać wszelkie aspekty zdrowia pracownika. Charakter badań profilaktycznych powinien być przede wszystkim ukierunkowany na aspekty zdrowia związane z pracą i prewencją wypadków przy pracy, jednocześnie jednak umożliwiać wczesne wykrywanie powszechnie występujących chorób cywilizacyjnych wpływających na aktywność zawodową. Planuje się, aby opracowanie nowej koncepcji ochrony zdrowia pracujących, pozwoliło na wypracowanie przepisów nie budzących dalszych wątpliwości pracodawców oraz odpowiednio zabezpieczających stan zdrowia osób pracujących, w tym poprzez ewentualne włączenia dodatkowych badań diagnostycznych celem identyfikacji chorób pośrednio związanych z pracą, jako badań niezbędnych z uwagi na duże rozpowszechnienie niektórych chorób cywilizacyjnych, takich jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca w populacji osób pracujących. Ponadto w ramach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. poz. 1492), w zakresie celu operacyjnego 4: Ograniczanie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych,- chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki” Instytut Medycyny Pracy im. J. Hoffera w Łodzi realizuje zadanie pn. Prowadzenie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służba żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących” (punkt 2.1 2), w którym w ramach działania 1 pn. „Zwiększenie zaangażowania służb medycyny pracy*

⁴⁷ W szczególności w sprawie: rozszerzenia listy badań, które mogą być zlecane w ramach medycyny pracy pod kątem skutecznego wykrywania cukrzycy; wypracowania modelu opieki profilaktycznej nakierowanej między innymi na skuteczne wykrywanie chorób cywilizacyjnych, w tym cukrzycy, wśród pracowników; stworzenia systemu szkoleń dla lekarzy medycyny pracy w zakresie diagnozowania cukrzycy.

w zadania profilaktyczne - profilaktyka chorób cywilizacyjnych" opracowano materiały informacyjne i edukacyjne dla lekarzy, pracowników i pracodawców dotyczące m. in. cukrzycy (wywiad lekarski, ulotka informacyjna dla pracowników i pracodawców).

(akta kontroli str. 751-753)

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

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, w *Raporcie z działalności za 2016 r.*, podała również, że dostosowanie liczby etatów pielęgniarstkich 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.

(akta kontroli str. 714-715, 731-732, 747-748)

Ponadto Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej, w piśmie z dnia 14 sierpnia 2015 r.⁴⁸, 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 diabetologii.

(akta kontroli str. 687-688)

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 przedsiębiorcami⁴⁹.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego⁵⁰, pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych obejmujących między innymi prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

W Polsce prowadzone są specjalistyczne kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, zatwierdzone przez Ministra Zdrowia. Wśród elementów omawianych w ramach tego kursu uwzględniono: rolę pielęgniarki w prewencji, diagnostyce i leczeniu stopy cukrzycowej, a także edukację pacjenta.

W latach 2011 – 2017 3 687 pielęgniarek i położnych ukończyło kurs specjalistyczny p.n. „Edukator w cukrzycy”, w tym w województwie: dolnośląskim – 378, kujawsko-pomorskim – 109, lubelskim – 133, lubuskim – 163, łódzkim – 242, małopolskim – 557, mazowieckim – 492, opolskie – 21, podkarpackim – 182, podlaskim – 300, pomorskim – 158, śląskim – 412, świętokrzyskie – 291, warmińsko-mazurskie – 42, wielkopolskie – 162, zachodniopomorskie – 45.

(akta kontroli str. 704)

Podsekretarz Stanu wyjaśniła w sprawie przyczyn nieuwzględnienia w wykazie świadczeń gwarantowanych „diabetologicznej porady edukacyjnej”, że (...) Nie można zgodzić się ze

⁴⁸ Skierowanym do Premiera Rzeczypospolitej Polskiej.

⁴⁹ Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.

⁵⁰ Dz. U. z 2017 r., poz. 497 – obowiązuje od dnia 23 marca 2017 r.

stwierdzeniem, iż nie uwzględniono w wykazie świadczeń gwarantowanych „diabetologicznej porady edukacyjnej”, z uwagi na fakt, iż przedmiotowy projekt poddawany jest kompleksowej analizie i przygotowywane są materiały niezbędne do podjęcia decyzji w ww. sprawie. Świadczenie opieki zdrowotnej „Diabetologiczna porada edukacyjna” nie jest świadczeniem gwarantowanym, a kwalifikacja świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego podlega procedurze określonej w przepisach rozdziału 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.). Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, uwzględniając kryteria określone w art. 31 a ust. 1 ww. ustawy. Minister właściwy do spraw zdrowia zleca Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w sprawie jego zakwalifikowania, jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania. Przedmiotowe zlecenie zawiera opis świadczenia opieki zdrowotnej oraz opis choroby stanu zdrowia, w których jest udzielane, i jego wpływu na poprawę zdrowia obywateli, a podstawą przygotowania zlecenia Ministra Zdrowia jest wspomniana powyżej karta problemu zdrowotnego. Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostały określone kryteria, którymi minister właściwy do spraw zdrowia posługuje się przy kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego i jednym z tych kryteriów są skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Celem zdefiniowania problemu decyzyjnego w Departamencie Analiz i Strategii przygotowana została Karta Problemu Zdrowotnego, zawierająca opis problemu zdrowotnego, wskazania oraz warunki realizacji wnioskowanej porady. Następnie przedmiotowa Karta przekazana została do Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii, z wnioskiem o przedstawienie opinii oraz zgłoszenie ewentualnych uwag. Należy także nadmienić, iż do Ministerstwa Zdrowia w tym samym czasie wpłynął inny wniosek zawierający propozycję nowej porady dla kobiet w ciąży rodziców dzieci w wieku 1-3 r. ż. Z uwagi na fakt, iż przedmiotowy wniosek dotyczył podobnej populacji, w Departamencie analizowano możliwość połączenia obu wniosków lub ewentualnego wyłonienia wspólnej populacji. Obecnie uzupełniona Karta Problemu Zdrowotnego jest poprawiana i przekazana zostanie do opiniowania właściwym merytorycznie Departamentom Ministerstwa Zdrowia. Niemniej jednak kwestia ewentualnej implementacji przedmiotowego świadczenia do katalogu świadczeń gwarantowanych poddawana jest kompleksowej analizie”.

(akta kontroli str. 753-754, 989-1042)

2.6. Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii, w wyjaśnieniach, podała między innymi, że (...) w celu poprawy opieki nad pacjentami z rozpoznaną cukrzycą, w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wyodrębniono, w załączniku nr 1 określającym „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji”, warunki dla świadczenia: „Opieka nad pacjentem z cukrzycą”. Wyodrębnienie warunków dla świadczenia „Opieka nad pacjentem z cukrzycą” wynika z konieczności ich dookreślenia. Dotychczas były one określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Wskazana zmiana wynika również ze zmiany ustalonej ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁵¹, zgodnie z którą od dnia 1 lipca 2016 r. kompetencja do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz kryteriów oceny ofert na mocy art. 146 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przestała spoczywać na Prezesie Narodowego Funduszu Zdrowia. Projekt omawianego rozporządzenia został przekazany do Rządowego Centrum Legislacji, celem rozpatrzenia przez Komisję Prawniczą.

⁵¹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1138, ze zm.

(akta kontroli str. 951)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W MZ nie opracowano ogólnopolskiej strategii działań ukierunkowanych na prewencję i leczenie cukrzycy oraz opiekę diabetologiczną. Do opracowania krajowych programów przeciwdziałania cukrzycą 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)).

W wyjaśnieniach w sprawie przyczyn nieopracowania „krajowej strategii działań” związanych ze zwalczaniem cukrzycy i jej powikłań Sekretarz Stanu podała w wyjaśnieniach, że (...) *w ramach realizacji rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2015 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 ...w celu operacyjnym 1 pn. Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywiania oraz aktywności fizycznej społeczeństwa uwzględniono szereg działań edukacyjnych, które przyczynią się do zwiększenia odsetka świadomych i zdrowych konsumentów w naszym społeczeństwie. Konsekwencją podjętych działań będzie spadek obciążenia populacji przewlekłymi chorobami niezakaźnymi oraz ograniczenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu tych chorób.*

NIK podziela pogląd, że zapowiadane przedsięwzięcia edukacyjne mają znaczenie dla zapobiegania rozwojowi cukrzycy w naszym kraju. Nie stanowią one jednak kompleksowej strategii przeciwdziałania tej chorobie obejmującej działania wspierające zapobieganie, wczesną diagnozę i skuteczne leczenie cukrzycy.

(akta kontroli str. 157)

3. Zasoby kadrowe

Opis stanu
faktycznego

3.1. W okresie od 31 grudnia 2014 r. do 30 czerwca 2017 r. liczba diabetologów czynnych zawodowo wzrosła, z 1 119⁵² do 1 329⁵³ osób (tj. o 18,8%)⁵⁴.

W latach 2015 – 2017 (I półrocze) 182 lekarzy⁵⁵ uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie diabetologii⁵⁶.

Liczba lekarzy diabetologów zatrudnionych w ambulatoryjnej oraz stacjonarnej opiece zdrowotnej na dzień 31 grudnia 2016 r. wynosiła 636⁵⁷ i była wyższa o 9% w porównaniu do stanu na dzień 31 grudnia 2014 r. (581)⁵⁸.

Wskaźnik liczby lekarzy diabetologów na 25 tysięcy mieszkańców Polski, według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r., wynosił 0,87⁵⁹. Rekomendowany przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii wskaźnik ten powinien wynosić 1,0 (wskaźnik liczby diabetologów na 10 tysięcy mieszkańców – 0,4).

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.

⁵² Liczba diabetologów ogółem według stanu na dzień 31 grudnia 2014 r. – 1 128.

⁵³ Liczba diabetologów ogółem według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r. – 1 339.

⁵⁴ W okresie od 31 grudnia 2012 r. do 31 grudnia 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.

⁵⁵ W roku 2015 – 74, w roku 2016 – 78, w roku 2017 (I półrocze) – 30.

⁵⁶ 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.

⁵⁷ MZ nie posiadało danych w tym zakresie na dzień 30 czerwca 2017 r.

⁵⁸ Dane pozyskane przez MZ z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Prowadzona przez CSIOZ statystyka dotycząca lekarzy nie uwzględnia lekarzy wykonujących działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej.

⁵⁹ W przypadku lekarzy chorób wewnętrznych – 8,1.

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.

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

(akta kontroli str. 301, 343-347)

3.2. Szkolenie specjalizacyjne prowadzone jest przez jednostki organizacyjne, które uzyskały akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Potwierdzeniem akredytacji jest wpis na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie.

Po wprowadzeniu szkolenia w modułowym systemie specjalizacji lekarskich⁶⁰, według stanu na dzień 1 października 2014 r., liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji z diabetologii w systemie modułowym oraz w systemie poprzednio obowiązującym wynosiła 50 (liczba miejsc szkoleniowych – 266), a według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r. wynosiła 57 (liczba miejsc szkoleniowych – 298), w tym liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia w systemie modułowym – 52 (liczba miejsc szkoleniowych – 280).

Według stanu na dzień 23 sierpnia 2017 r. rozmieszczenie miejsc szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie diabetologii (298), 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.

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., w tym: na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzone w dniach:

- od 1 do 31 października 2014 r. – 23 miejsca (zapotrzebowanie⁶¹ – 23),
- od 1 do 31 marca 2015 r. – 19 miejsc (zapotrzebowanie – 19),
- od 1 do 30 31 października 2015 r. – 28 miejsc (zapotrzebowanie – 18),
- od 1 do 31 marca 2016 r. – 10 miejsc (zapotrzebowanie 16),
- od 1 do 31 października 2016 r. – 15 miejsc (zapotrzebowanie – 24),
- od 1 do 31 marca 2017 r. – 0 miejsc (zapotrzebowanie – 22).

(akta kontroli str. 337-338, 355)

Program specjalizacji w dziedzinie diabetologii obejmuje moduły: trzyletni moduł podstawowy w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz dwuletni moduł specjalizacyjny w dziedzinie diabetologii.

(akta kontroli str. 363-388)

⁶⁰ Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U z 2013 r., poz. 26).

⁶¹ Zapotrzebowanie na miejsca rezydenturki zgłoszone przez wojewodów.

W sprawie analiz potrzeb kadrowych na specjalistów diabetologów, endokrynologów z uwzględnieniem prognozowanych zmian demograficznych i związanym z tym przyznawaniem miejsc szkoleniowych w trybie rezydentury Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w wyjaśnieniach podała, że obecnie trwają prace nad opracowaniem metodologii, która miałaby posłużyć oszacowaniu potrzebnej liczby lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz że dotychczas przy ustalaniu liczby miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim uwzględnia się zapotrzebowanie zgłaszane przez wojewodów opracowane w oparciu o wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa, a Dyrektor ww. Departamentu podała również, że Minister Zdrowia przy ustalaniu liczby rezydentur bierze także pod uwagę opinie konsultantów krajowych dotyczące oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych, które są składane przez konsultantów krajowych dwa razy do roku przed terminem rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji lekarskich.

Ponadto Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że (...) *przy ustalaniu ogólnej liczby miejsc rezydenckich bierze się pod uwagę liczbę lekarzy, którzy w danym roku będą kończyć staż podyplomowy. Jednakże ustalone przez resort zdrowia limity miejsc rezydenckich co do zasady mają na celu stymulować wzrost liczby specjalistów w dziedzinach najbardziej deficytowych, w których występuje największe zapotrzebowanie na specjalistów. Do takich dziedzin należą między innymi medycyna rodzinna i choroby wewnętrzne, oraz dziedziny określone jako dziedziny priorytetowe. Środki wydawane na etaty rezydenckie są jednym z istotnych narzędzi wspierania polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia między innymi w zakresie budowania systemu opartego na podstawowej opiece zdrowotnej.*

(akta kontroli str. 359-360, 389-394)

W mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy nie odniesiono się do kadry medycznej. Dane dotyczące liczby lekarzy i pielęgniarek, w tym lekarzy diabetologów oraz medianę ich wieku przedstawiono w „Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski”. W mapie tej, w zakresie zasobów kadrowych lekarzy specjalistów stwierdzono między innymi, że istnieje znaczny niedobór wśród specjalistów oraz, że istnieje konieczność szybkiego „odmłodzenia” kadry lekarskiej. Wśród dziedzin medycyny z potencjalnie zbyt małym zapleczem kadrowych nie wymieniono ani diabetologii ani: endokrynologii, chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej.

Podobnie w zakresie zasobów kadrowych pielęgniarek podkreślono, że z uwagi na wysoki wiek prawie połowy pielęgniarek i położnych, istnieje konieczność szybkiego zwiększenia ogólnej liczby pielęgniarek i położnych, kładąc nacisk na „odmłodzenie” tej grupy zawodowej. Podano również że, zbyt mała liczba pielęgniarek i położnych „*wykwaliłowała się w poszczególnych dziedzinach kształcenia*”, gdyż jest to zaledwie ok. 10% ogólnej liczby pielęgniarek i położnych.

(akta kontroli str. 389-390, 394-395)

W sprawie wskaźników kadry medycznej (lekarzy, pielęgniarek) dla pacjentów cukrzycowych w POZ oraz AOS oraz założeń przyjętych do ich określenia Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w wyjaśnieniach podała, że *W opublikowanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne „Zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorych na cukrzycę 2017” (Diabetologia Praktyczna, 2017, tom 3, suplement A⁶², rozdział 5: „Organizacja opieki medycznej nad dorosłym chorym na cukrzycę”, określono m.in. wymogi personalne dla specjalistycznych oddziałów diabetologicznych, specjalistycznych poradni diabetologicznych oraz referencyjnych gabinetów stopy cukrzycowej. W świetle ww. dokumentu, w specjalistycznych oddziałach diabetologicznych, na każde 15-20 łóżek diabetologicznych dla osób dorosłych zaleca się następujący skład zespołu terapeutycznego: 2-3 lekarzy, 2 pielęgniarki mające doświadczenie w opiece nad chorym na cukrzycę, dietetyk oraz psycholog (zatrudniony lub dostępny w ramach konsultacji), a także pracownik socjalny. W specjalistycznych*

⁶² https://cukrzyca.info.pl/zalecenia_kliniczne_dotyczace_postepowania_u_chorych_na_cukrzycę_2017.

poradniach diabetologicznych zespół terapeutyczny, składający się z: 1 lekarza, 1 pielęgniarki mającej doświadczenie w opiece nad chorymi na cukrzycę, 1 dietetyka (zatrudnionego w niepełnym wymiarze godzin) oraz z psychologa, zapewnia opiekę dla 800 dorosłych osób chorych na cukrzycę. Natomiast w referencyjnych gabinetach stopy cukrzycowej wymogi personalne dla pielęgniarek zalecono na poziomie równoważnika 2 etatów — pielęgniarki posiadające udokumentowane, co najmniej roczne doświadczenie w zakresie: leczenia i pielęgnacji chorych z zespołem stopy cukrzycowej lub leczenia i pielęgnacji pacjentów z raną przewlekłą. Zgodnie z regulacjami Prezesa NFZ zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę POZ nie powinna przekraczać 2500 osób. Nie wyodrębnia się wskaźników opieki pielęgniarskiej dla pacjentów z cukrzycą na poziomie POZ. Ponadto informujemy, że procedowany projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej również nie reguluje kwestii dotyczących wskaźników kadry medycznej”.

Ponadto Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego we współpracy z konsultantami wojewódzkimi w tej dziedzinie aktualnie diagnozują potrzeby kadrowe w opiece diabetologicznej zarówno na poziomie AOS jak i opieki szpitalnej, celem przygotowania raportu, w którym zostaną zawarte m.in. ewentualne rekomendacje w zakresie zwiększenia w systemie opieki zdrowotnej liczby pielęgniarek przygotowanych do pracy z pacjentami z cukrzycą.

(akta kontroli str. 360-361)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że Minister Zdrowia nie określił wskaźników określających liczbę lekarzy, niezbędną dla zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej chorym na cukrzycę, w odniesieniu do liczby mieszkańców.

Z wyjaśnień Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wynika, że potrzeby w zakresie kadr medycznych były szacowane w oparciu o opinie konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

(akta kontroli str. 402)

W sprawie wskaźników pożądanej liczby lekarzy niezbędnej dla zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych chorym na cukrzycę Sekretarz Stanu wyjaśniła, że (...) ze względu na ważność problemu, Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, w ramach realizowanego projektu „Mapy Potrzeb Zdrowotnych - Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”, podjął działania zmierzające do opracowania modelu popytowego oraz podaźowego dotyczącego kadr medycznych (lekarzy), który będzie uwzględniał, ilu lekarzy specjalistów będzie potrzebnych w przyszłości, żeby przy uwzględnieniu zmian demograficznych zapewnione były odpowiednie zasoby kadrowe w ochronie zdrowia ... w procesie opracowywania map potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy czynny udział brali konsultanci w dziedzinie diabetologii. Mapy potrzeb zdrowotnych były opracowywane w ramach grup roboczych, w skład których weszli eksperci medyczni, eksperci zdrowia publicznego i pracownicy Ministerstwa Zdrowia. W przypadku cukrzycy w spotkaniach regularnie uczestniczył Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii, członkiem zespołu jest również Konsultant Wojewódzki województwa śląskiego w dziedzinie diabetologii oraz Konsultant Wojewódzki województwa pomorskiego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej. Dodatkowo, przed publikacją map organizowane były przez Ministerstwo Zdrowia konsultacje dotyczące map z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi, zarówno w dziedzinie diabetologii, jak i endokrynologii i diabetologii dziecięcej. Oddzielne konsultacje organizowane były z pozostałymi konsultantami, w tym z konsultantami w dziedzinie endokrynologii, czy endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości..... Do chwili obecnej analizie poddano liczbę zarejestrowanych lekarzy specjalistów w podziale na województwa, przeanalizowano wiek oraz wyliczono wskaźnik specjalistów w poszczególnych specjalizacjach na 100 tys. ludności. W wyniku tej analizy otrzymano obraz kadry specjalistów pod względem liczby, wieku i wskaźnika na 100 tys. ludności w skali kraju oraz w poszczególnych województwach. Powyższa analiza stanowi początek pracy nad opracowaniem modelu zapotrzebowania na lekarzy specjalistów, która będzie kontynuowana w ramach projektu przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Warto podkreślić, że określenie wskaźników pożądanej liczby lekarzy specjalistów w odniesieniu do liczby mieszkańców jest

procesem bardzo złożonym i wymaga uwzględnienia wielu czynników, w tym głównie czynników demograficzno-epidemiologicznych. Odnosząc się do kwestii przeprowadzania analiz dotyczących zapotrzebowania na lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny i związanym z tym przyznawaniem miejsc szkoleniowych w trybie rezydentury, informuję, że obecnie trwają prace nad opracowaniem metodologii, która miałaby posłużyć oszacowaniu liczby lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny. Dotychczas przy ustalaniu liczby miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim uwzględnia się zapotrzebowanie zgłaszane przez wojewodów opracowane w oparciu o wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa”.

(akta kontroli str.159-162)

W maju 2016 r. zakończyły się prace prowadzone w ramach projektu Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (Wspólne działania na rzecz planowania zapotrzebowania na kadrę medyczną)⁶³.

W sprawie systemu planowania i prognozowania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów, w tym diabetologów Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że „... Ministerstwo Zdrowia jest w trakcie prac nad wypracowaniem szczegółowej metodologii zapotrzebowania na kadrę medyczną. W dniu 22 czerwca 2016 r. Ministerstwo Zdrowia zawarło Porozumienie o Współpracy Partnerskiej z Fundacją im. Leśława Pagi przy realizacji zadania: analiza merytoryczna wraz z komentarzem eksperckim do dokumentu pn. "Handbook on Health Workforce Planning Methodologies Across EU" – wypracowanego w ramach jednej z grup Joint Action. Dokument ten liczy 343 strony w języku angielskim. Fundacja podjęła się tłumaczenia tego dokumentu na język polski i przedstawiła na spotkaniu w dniu 4 stycznia 2017 r. wstępną analizę merytoryczną. Następnie podjęła się napisania komentarza do powyższego dokumentu. Część opisowa komentarza przedstawia wyniki analizy dostępnych danych na temat poszczególnych zawodów medycznych, mapuje interesariuszy oraz zawiera rekomendacje co do możliwych kierunków rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia pod kątem zapewnienia dostępu do świadczeń. Poruszane są w nim takie zagadnienia jak szybka ścieżka przekwalifikowania się personelu, rola absolwentów kierunku Zdrowie Publiczne, wzmocnienie pozycji Medycyny Rodzinnej w systemie oraz określenie długofalowej polityki Państwa w zakresie zapewnienia obywatelom dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej mogącej sprostać wyzwaniom demograficznym. Dalsze prace umożliwią opracowanie modelu planowania kadr medycznych dostosowanego do polskich potrzeb. Możliwość określenia zapotrzebowania na kadrę medyczną, w oparciu o algorytm wykorzystujący obiektywne dane liczbowe, epidemiologiczne i demograficzne, jest jednym z ważnych aspektów systemowego podejścia do kształcenia lekarzy i stanowi priorytetowe zadanie resortu”.

(akta kontroli str. 402-403)

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.

Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁶⁴, na dzień 1 lipca 2017 r., wśród leków objętych refundacją w ramach leczenia cukrzycy typu 2. było 165 leków oraz 32 wyroby medyczne.

W roku 2016 do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły wnioski o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla preparatów: Tresiba Penfill, Tresiba Flex Touc (Insulinum deglicid), Abasaglar (Insulinum glargine) we wskazaniu cukrzyca typu 2, które uzyskały

⁶³ Którego założeniem było wsparcie organów właściwych w zakresie planowania kadr medycznych w Unii Europejskiej w odniesieniu do zdefiniowania minimalnego zestawu danych dotyczących kadr medycznych niezbędnych do planowania i prognozowania zapotrzebowania na kadry medyczne oraz gromadzenia danych dotyczących kadr medycznych w związku z planowaniem i prognozowaniem zapotrzebowania na kadry medyczne.

⁶⁴ Dz. Urz. Min. Zdr. z 2017 r. poz. 71.

negatywne rekomendacje Prezesa AOTMiT⁶⁵. Komisja Ekonomiczna, po negocjacjach z wnioskodawcami wydała uchwały, w których ustalone ceny zbytu wraz z zaproponowanym instrumentem dzielenia ryzyka dla tych leków, uznała za nieodpowiednie. Przed wydaniem decyzji przez Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu tych leków, postępowania ich dotyczące zostały zawieszono⁶⁶.

(akta kontroli str. 449, 453-454)

4.2. W latach 2013 – 2017 (I półrocze) do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 12 wniosków o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leków inkretynowych z grupy agonistów peptydu glukagonopodobnego typu 1 (GLP-1) i z grupy inhibitorów dipeptydylopeptydazy-4 (DPP-IV) oraz 3 wnioski, które dotyczyły leków z grupy flozyn (glikoflozyn) z grupy inhibitorów kotransportera 2 glukozy zależnego od jonów sodowych (SGLT-2). Wskazaniem do stosowania leków wymienionych we wnioskach była „cukrzyca typu 2”.

Wnioskowano o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla następujących leków przeciwcukrzycowych:

- 1) leki inkretynowe: 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)
- 2) flozyny (glikoflozyny): Invokana (Canagliflozinum), Forxiga (Dapagliflozinum), Jardiance (Empagliflozinum),

Wyżej wymienione wnioski (poza wnioskiem dotyczącym leku Vipidia⁶⁷), wraz z dokumentacją, zostały ocenione w MZ pod względem formalno-prawnym i przekazane do AOTMiT, celem uzyskania rekomendacji odnośnie zasadności ich finansowania ze środków publicznych.

Spośród 14 ww. leków, 10 leków uzyskało pozytywne rekomendacje Prezesa AOTMiT o objęciu ich refundacją:

- w 2013 r. – 3 leki: Victoza (Liraglutidum)⁶⁸, Galvus (Wildagliptinum)⁶⁹, Eucreas (Wildagliptinum + Metforminum)⁷⁰;
- w 2014 r. – 6 leków: Bydureon (Exenatidum)⁷¹, Januvia (Sitagliptinum)⁷², Ristfor (Sitagliptinum + Metforminum)⁷³, Ristaben (Sitagliptinum)⁷⁴, Janumet (Sitagliptinum + Metforminum)⁷⁵, Onglyza (Saxagliptinum)⁷⁶;
- w 2017 r. – 1 lek: Jardiance (Empagliflozinum)⁷⁷.

⁶⁵ 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 I u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c >8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii; cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO).

⁶⁶ Zawieszenie postępowania wstrzymuje bieg terminów przewidzianych w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r., poz. 1257). Do czasu podjęcia postępowań na wnioski stron, Minister Zdrowia nie podejmuje żadnych czynności w przedmiotowych sprawach.

⁶⁷ Postępowanie zawieszono przed złożeniem wniosku w AOTMiT.

⁶⁸ Lek zarejestrowany i finansowany w 6 krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB (Czechy, Estonia, Łotwa, Słowacja, Słowenia, Węgry).

⁶⁹ Lek finansowany w 2 krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB (Czechy, Węgry).

⁷⁰ Lek zarejestrowany i finansowany w 4 krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB (Czechy, Łotwa, Słowacja, Węgry).

⁷¹ Lek zarejestrowany i finansowany w 1 kraju (Węgry) o zbliżonym do Polski poziomie PKB.

⁷² Lek jest finansowany we wszystkich krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB.

⁷³ Lek nie jest finansowany w krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB.

⁷⁴ Lek nie jest finansowany w krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB.

⁷⁵ Lek jest finansowany we wszystkich krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB.

⁷⁶ Lek jest finansowany w 5 krajach o zbliżonym do Polski poziomie PKB (Estonia, Litwa, Łotwa, Słowacja, Węgry).

⁷⁷ Lek finansowany w 1 kraju (Słowacja) o zbliżonym do Polski poziomie PKB.

Pozostałe leki: z grupy leków inkretynowych: Komboglyze (Saxagliptinum + Metforminum), Trajenta (Linagliptinum) oraz z grupy flozyn: Invokana (Canagliflozinum), Forxiga (Dapagliflozinum) zostały ocenione negatywnie przez Prezesa AOTMiT⁷⁸.

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 poprzez obniżenie ceny leku do spełniającej warunki ustawy o refundacji w zakresie odpłatności lub zastosowanie korzystnych instrumentów dzielenia ryzyka.

Wnioski pozytywnie ocenione przez AOTMiT zostały przekazane Komisji Ekonomicznej, która dla dziewięciu⁷⁹ z nich przeprowadziła negocjacje warunków finansowania.

W wyniku negocjacji ustalono urzędowe ceny zbytu wraz z zaproponowanym instrumentem dzielenia ryzyka dla danego leku⁸⁰. 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 (...)⁸¹.

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

⁷⁸ 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).

⁷⁹ Do dnia 7 lipca 2017 r. nie było uchwały Komisji Ekonomicznej dotyczącej leku Jardiance (Empagliflozinum), który uzyskał pozytywną rekomendację Prezesa AOTM z dnia 5 maja 2017 r.

⁸⁰ 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 2016 r., poz. 1536 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.

⁸¹ Skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, o którym mowa a art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 2000 r, o sposobie obliczani 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.

Minister Zdrowia odmówił objęcia refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu następujących leków:

- Eucreas (Wildagliptynum + Metforminum) – 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.

- Victoza (Liraglutidum) - 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.

W przypadku leku Jardiance (Empagliflozinum)⁸² nie było uchwały Komisji Ekonomicznej w sprawie refundacji tego leku.

Na wnioski podmiotów odpowiedzialnych nastąpiło zawieszenie postępowania⁸³:

- przed podjęciem uchwały przez Komisję Ekonomiczną - dotyczy leku: Bydureon (Exenatidum),
- przed wydaniem decyzji Ministra Zdrowia – dotyczy leków - Galvus (Wildagliptynum), Januvia (Sitagliptinum), Ristfor (Sitagliptinum + Metforminum), Ristaben (Sitagliptinum), Janumet (Sitagliptinum + Metforminum), Onglyza (Saxagliptinum).

W przypadku leku Victoza, w dniu 27 czerwca 2017 r. do MZ wpłynął kolejny wniosek o objęcie tego leku refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu⁸⁴.

(akta kontroli str. 455-592, 622-661)

W wyjaśnieniach w sprawie nier 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 Sekretarz Stanu w wyjaśnieniach podała między innymi, 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 i Victoza, wskazując w nich na niespełnienie części kryteriów wymienionych w art. 12 ustawy o refundacji.

(akta kontroli str.152-156)

⁸² Do dnia 7 lipca 2017 r. Według wyjaśnień Podsekretarza Stanu 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.

⁸³Zawieszenie 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.

⁸⁴ Do dnia 7 lipca 2017 r. nie zostały jeszcze sporządzone dokumenty opracowywane przez AOTMiT, tj. analiza weryfikacyjna, stanowisko Rady Przejrzystości, rekomendacja Prezesa.

Z wyjaśnień Naczelnika Wydziału Refundacyjno-Analitycznego w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji⁸⁵ wynika, że Departament Polityki Lekowej i Farmacji nie posiadał wiedzy, które państwa Unii Europejskiej nie refundują leków inkretynowych i flozyn.

(akta kontroli str. 449)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że dostępność, w ramach refundacji, leków inkretynowych, czy filozyn, dla wybranej grupy 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.

5. Wnioski, skargi i petycje kierowane do Ministra Zdrowia

W kontrolowanym okresie odnotowano wpływ czterech skarg od osób fizycznych, których tematyka związana była z problemami w uzyskaniu dostępu do właściwego leczenia cukrzycy i zostały one, zgodnie z art. 231 K p a., przekazane do rozpoznania właściwym kompetencyjnie organom i podmiotom:

1) skarga nadesłana w dniu 12 stycznia 2015 r. drogą elektroniczną w sprawie zastrzeżeń do leczenia pacjenta w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, w tym braku właściwej opieki diabetologicznej. Skarga została przekazana do Dyrektora Dolnośląskiego OW NFZ we Wrocławiu, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego we Wrocławiu oraz Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu,

2) skarga nadesłana w dniu 18 maja 2015 r. przez osadzonego w Areszcie Śledczym w Gdańsku w sprawie zastrzeżeń do opieki zdrowotnej w zakładzie penitencjarnym w zakresie opieki diabetologicznej. Skarga została przekazana do Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Gdańsku;

3) skarga nadesłana w dniu 17 czerwca 2016 r. w sprawie trudności w uzyskaniu dostępu do wizyty lekarskiej u diabetologa. Skarga ta została przekazana do Dyrektora Wielkopolskiego OW NFZ w Poznaniu;

4) skarga nadesłana w dniu 16 lutego 2017 r. w sprawie trudności w uzyskaniu pilnego dostępu do leczenia tzw. „stopy cukrzycowej”. Skarga ta została przekazana do Dyrektora Śląskiego OW NFZ w Katowicach.

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

W dniu 26 sierpnia 2015 wpłynęła do MZ petycja „Cukrzyca bez powikłań” Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej⁸⁶ 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.

Ponadto Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej w piśmie z dnia 14 sierpnia 2015 r.⁸⁷, które wpłynęło również do MZ 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 diabetologii, którego kwalifikacje określa załącznik rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

⁸⁵ Z upoważnienia Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji.

⁸⁶ Skierowana do Prezesa Rady Ministrów.

⁸⁷ Skierowanym do Premiera Rzeczypospolitej Polskiej.

20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁸⁸.

W odpowiedzi na petycję⁸⁹ 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.

(akta kontroli str. 662-690)

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi

W związku z wyżej opisanymi ustaleniami, Najwyższa Izba Kontroli za zasadne uznaje opracowanie ogólnopolskiego, kompleksowego programu działań mających na celu zapobieganie, wczesną diagnozę i leczenie cukrzycy, a także podjęcie działań legislacyjnych mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy w profilaktykę i wczesną diagnostykę cukrzycy. Ponadto w ocenie NIK należy zintensyfikować działania mające na celu opracowanie modelu planowania kadr medycznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia 2 października 2017 r.

Dyrektor
Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

.....
podpis

⁸⁸ Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.

⁸⁹ Pismo z dnia 23 września 2015 r.