

Jak poprawić dostępność i wyniki leczenia?

Choroby układu oddechowego

PIOTR WASILEWSKI

Prognozy epidemiologiczne wskazują, że zapadalność i umieralność z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego będzie systematycznie rosnąć, między innymi ze względu na zwiększającą się liczbę ludzi powyżej 65. roku życia, zanieczyszczenie środowiska naturalnego i nałóg palenia tytoniu – w Polsce pali około 9 milionów dorosłych. Stanowi to wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia i polityki państwa. Wyniki pierwszej koordynowanej kontroli NIK poświęconej tej tematyce wskazują, że dostęp do profilaktyki, wczesnego diagnozowania oraz leczenia jest niewystarczający i stopniowo się pogorsza. Świadczą o tym wydłużające się kolejki oczekujących na świadczenia. Nie sposób też określić skuteczności leczenia i jego wpływu na umieralność z powodu braku rzetelnych danych.

Wiele osób bagatelizuje mało charakterystyczne objawy ze strony układu oddechowego. Pojawiające się okresowo duszności, uczucie braku tchu, czy nawracający kaszel nie zawsze skłaniają do udania się do lekarza. Niestety, takie objawy są niekiedy lekceważone także przez niektórych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy łączą je na przykład z objawami nerwicy. Tymczasem mogą one oznaczać bardzo poważne schorzenie układu oddechowego – przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP), na którą cierpią, jak się szacuje, nawet dwa miliony Polaków, a znaczna część z nich nie jest nawet tego świadoma.

Zagrożenie chorobami układu oddechowego wiąże się z rozwojem cywilizacyjnym,

którego negatywnym następstwem jest postępujące zanieczyszczenie środowiska naturalnego i rozpowszechniony nałóg palenia tytoniu. Stanowią one jedną z najczęstszych przyczyn zgonów mieszkańców Polski oraz istotną przyczynę niesprawności.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Najwyższa Izba Kontroli, z własnej inicjatywy przeprowadziła kontrolę dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego. Objęto nią dostępność i organizację leczenia wybranych schorzeń, tj. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), gruźlicy płuc oraz nowotworów złośliwych układu oddechowego, w tym płuc. Była to pierwsza koordynowana kontrola Najwyższej



Izby Kontroli poświęcona tematyce chorób układu oddechowego¹.

Sytuacja epidemiologiczna

POCHP jest jednym z najczęściej występujących schorzeń, związanych bezpośrednio z ekspozycją na dym tytoniowy. Charakteryzuje się obrazem klinicznym, w którym współistnieją cechy przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc, różnie nasilone u poszczególnych chorych. Głównym wyróżnikiem POChP jest ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, będące wynikiem rozlanego zwężenia oskrzeli lub utraty sprężystości płuc. POChP można zapobiegać i leczyć. Jej cechą jest niecałkowicie odwracalne ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Postępuje ono i jest związane z nieprawidłową reakcją zapalną płuc na szkodliwe gazy i pyły (najczęściej dym tytoniowy). POChP przez wiele lat rozwija się bezobjawowo. Pierwszym objawem jest lekceważony przez pacjentów kaszel.

W Polsce na POChP choruje co dziesiąta osoba powyżej 30 roku życia. Liczba chorych sięga 2 mln osób (około 5% kobiet i 10% mężczyzn w ogólnej populacji). Ocenia się, że tylko około 1/3 spośród tej liczby jest zdiagnozowana. Obecnie

z powodu POChP i jej powikłań umiera w Polsce około 15 tys. osób rocznie. Choroba ta stanowi ogromne obciążenie społeczne, ponieważ co roku przyznaje się z jej powodu około 20 tys. rent inwalidzkich, przy czym większość otrzymują osoby w wieku produkcyjnym, między 50. a 60. rokiem życia. Rozpoznanie POChP stawia się na podstawie badania spirometrycznego². Zgodnie z rekomendacjami dotyczącymi profilaktyki POChP, badanie takie zalecane jest wśród osób, u których występują określone czynniki ryzyka, jak np.: palenie tytoniu, przewlekły kaszel, odkrztuszanie płwociny, etc.

Zgodnie z raportem Światowej Inicjatywy Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc³, właściwe leczenie farmakologiczne może złagodzić objawy choroby, zmniejszyć częstość i ciężkość zaostrzeń oraz poprawić stan zdrowia i wydolność wysiłkową. Rehabilitacja i zachowanie aktywności fizycznej przynosi korzystne efekty u wszystkich chorych, którzy odczuwają duszność podczas marszu po płaskim terenie we własnym tempie. U chorych na POChP często współistnieją inne choroby, które mogą mieć istotny wpływ na rokowania. POChP występuje u blisko 30-40% chorych na raka płuc.

¹ Por. Informacja o wynikach kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego*, nr ewid. 19/2016/P/15/062/KZD, Warszawa, lipiec 2016 r. Ustalenia tej kontroli posłużyły do napisania niniejszego artykułu.

² Spirometria to najczęstsze badanie czynnościowe płuc niezbędne do diagnozowania i kontrolowania leczenia chorób obturacyjnych, które powodują zwężenie dróg oddechowych i utrudniają oddychanie. Podczas badania spirometrycznego mierzy się pojemność życiową płuc (FVC), czyli największą ilość powietrza, którą można wydmuchiwać z płuc oraz ilość powietrza wydychanego podczas pierwszej sekundy (FEV1).

³ Światowa Inicjatywa Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – „GOLD”*) – „Podręczny Przewodnik Rozpoznawania, Leczenia i Prewencji POChP; Poradnik dla pracowników służby zdrowia”, aktualizacja 2015 r. Do głównych celów GOLD należą: zwiększenie w społeczeństwie wiedzy na temat POChP oraz pomoc chorym i umierającym przedwcześnie z powodu tej choroby.

Gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki kwasooporne z grupy *Mycobacterium tuberculosis*. Jest przenoszona drogą kropelkową, a najczęstszym źródłem zakażenia są osoby chore, w fazie prątkowania. Długotrwałe i kosztowne leczenie oraz dłuższa nieobecność w pracy osób leczonych, najczęściej w wieku produkcyjnym, powoduje straty finansowe.

Najpowszechniejszą postacią choroby jest gruźlica płuc⁴, a do grupy dużego ryzyka zakażenia prątkiem gruźlicy należą osoby zakażone wirusem HIV, a także te, które miały kontakt z chorymi wydalającymi prątki gruźlicy, nadużywające alkoholu lub zażywające narkotyki, bezdomni, imigranci z obszarów o dużej zapadalności na gruźlicę, chorzy na choroby przewlekłe (cukrzyca, nowotwory złośliwe, niewydolność serca, przewlekła niewydolność nerek i wątroby, niedobory odporności – również na skutek leczenia immunosupresyjnego)⁵.

Zachorowania na gruźlicę stanowiły poważny problem zdrowia publicznego w Polsce powojennej. W kolejnych dekadach liczba zachorowań stopniowo spadała, dzięki powszechnym szczepieniom, a także obowiązkowi leczenia i stosunkowo ścisłą obserwacją tej choroby. Obecnie nie ma w Polsce specjalnego systemu zwalczania gruźlicy,

a leczenie tej choroby prowadzone jest najczęściej przez ośrodki pulmonologiczne we współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Podstawową metodą wykrywania gruźlicy płuc u chorych jest tzw. „wykrywanie bierne”, tj. u osób, które zgłosiły się do lekarza z powodu objawów chorobowych. W 2014 r. tą metodą wykryto 59,3% przypadków gruźlicy płuc⁶, 3% ujawniono przy okazji badania osób mających kontakt z chorymi wydalającymi prątki gruźlicy, 5,2% w wyniku badań profilaktycznych, 32,5% w innych okolicznościach, np. w czasie hospitalizacji z różnych przyczyn, badań sekcyjnych.

W Polsce odnotowano spadek zachorowań na gruźlicę we wszystkich postaciach, w okresie objętym kontrolą, z 7542 w 2012 r. do 6698 w 2014 r.⁷. Liczba zachorowań na gruźlicę płuc, potwierdzoną bakteriologicznie, w latach 2011–2014, wynosiła odpowiednio: 5327, 4870, 4663, 4603⁸.

W grupie osób do 14 roku życia zdiagnozowano gruźlicę płuc u 52 dzieci w 2012 r., 62 w 2013 r. i u 44 dzieci w 2014 r., a gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie u 17 dzieci w 2012 r., u 13 w 2013 r. i u 14 dzieci w 2014 r.

W Polsce utrzymują się znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami.

⁴ Charakterystyka choroby według Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

⁵ Objawy podmiotowe i przedmiotowe gruźlicy płuc: kaszel trwający więcej niż trzy tygodnie, początkowo suchy, następnie wilgotny z wykrztuszaniem śluzowej lub ropnej wydzieliny; duszność występująca w zaawansowanych postaciach choroby – w tych przypadkach może dojść do niewydolności oddechowej.

⁶ W tym u 65% z nich gruźlica została potwierdzona wynikiem badań bakteriologicznych.

⁷ Dane Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę (KRZG).

⁸ Dane KRZG.



W 2014 r. najwyższą zapadalność na gruźlicę we wszystkich postaciach zarejestrowano w województwach: lubelskim – 26,5 na 100 tys. mieszkańców, w śląskim – 25,1, w świętokrzyskim – 23,4, łódzkim – 22,8. Najniższe współczynniki zapadalności odnotowano w czterech województwach: wielkopolskim – 9,3, podlaskim – 11,2, warmińsko-mazurskim – 11,5, lubuskim – 14⁹.

Zachorowania na gruźlicę dotyczą przede wszystkim osób starszych. Ryzyko wzrasta wraz z wiekiem i jest 30-krotnie wyższe u osób powyżej 65. roku życia, w porównaniu z dziećmi. Według PZH mieszkańcy Polski chorują na gruźlicę 2-krotnie częściej niż mieszkańcy Czech i Belgii, 3-krotnie częściej niż mieszkańcy Niemiec, Holandii, Francji i Danii oraz 4–5-krotnie częściej niż Szwedzi i Norwegowie. Na Ukrainie, Białorusi, Litwie i w Rosji gruźlica jest 2–3-krotnie częstsza niż w Polsce. W krajach tych częściej także występuje jej postać wielolekooporna. Ostatnio odnotowany w niektórych krajach wzrost zachorowań jest również związany z zakażeniem wirusem HIV¹⁰.

Nowotwory złośliwe płuca rozwijają się najczęściej po 50. roku życia (96% zachorowań u mężczyzn i 95% zachorowań u kobiet), przy czym około 50% zachorowań u obu płci przypada na populację osób po 65. roku życia.

W ostatniej dekadzie nastąpiły korzystne zmiany polegające na zmniejszeniu odsetka palących, co wpłynęło na utrzymujący się od prawie piętnastu lat spadek częstości zachorowań i zgonów na nowotwory płuca. Nadal jednak nowotwory złośliwe płuca są najczęściej występującymi u mężczyzn, powodującymi około jedną piątą zachorowań i jedną trzecią zgonów. Udział mężczyzn z rozpoznaniem nowotworu złośliwego płuca w ogólnej liczbie leczonych na nowotwory złośliwe, wynosił: 21,4% w 2009 r., 21,2% w 2010 r., 20,3% w 2011 r., 19,9% w 2012 r., 18,67% w 2013 r.¹¹

Wzrost zagrożenia nowotworami płuca u kobiet jest związany z wchodzeniem w wiek zwiększonego ryzyka występowania choroby nowotworowej u urodzonych w latach 1940–1960, które najczęściej paliły tytoń. Udział kobiet z rozpoznaniem nowotworu złośliwego płuca w ogólnej liczbie leczonych na nowotwory złośliwe, wynosił: 8,5% w 2010 r., 8,7% w 2011 r., 8,7% w 2012 r. i 8,8% w 2013 r.¹². W latach 2011 – 2012 ich zgony z powodu nowotworu złośliwego płuca stanowiły odpowiednio 15,4% i 15,3%, wyprzedzając nowotwór piersi, który stanowił w tym okresie 13,4% i 13,3% zgonów.

⁹ *Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2014 r.* pod red. dr n. med. M. Korzeniewskiej-Kosęła, kierownika Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc; Warszawa 2015.

¹⁰ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

¹¹ Na nowotwór złośliwy płuca zachorowało 14 735 mężczyzn w 2009 r., 14 845 w 2010 r., 14 573 w 2011 r., 15 196 w 2012 r., 14 609 mężczyzn w 2013 r.

¹² Na nowotwór złośliwy płuca zachorowało: 6066 kobiet w 2010 r., 6312 w 2011 r., 6655 w 2012 r., 6915 kobiet w 2013 r.

W 2013 r. liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w naszym kraju wynosiła 156,5 tys., a zgonów – 94,1 tys.¹³.

Dostępność profilaktyki i leczenia chorób płuc

Wyniki kontroli wskazują, że dostęp do profilaktyki, wczesnego diagnozowania i leczenia chorób układu oddechowego jest niewystarczający i ulega stopniowemu pogorszeniu. Świadczą o tym wydłużające się kolejki oczekujących na świadczenia. Na dzień 30 czerwca 2015 r. na poradę specjalisty w dziedzinie chorób płuc oczekiwało ponaddwukrotnie więcej osób niż na koniec 2012 r., a w oddziałach chorób płuc i gruźlicy (dla dorosłych) liczba potrzebujących wzrosła ponadczterokrotnie.

Łączna liczba oczekujących na udzielenie świadczeń w kontrolowanych 12 poradniach chorób gruźlicy i chorób płuc (dla dorosłych) wzrosła z 2372 osób na koniec 2012 r. do 4820 osób na koniec czerwca 2015 r., tj. o 103,2%. W porównaniu z 2012 r., średni czas oczekiwania na poradę specjalistyczną wydłużył się z 53,75 dni do 59 dni dla przypadków stabilnych, tj. o 9,8%. Tworzenie się kolejek w tych podmiotach wynikało m.in. ze zbyt niskich kontraktów z NFZ w porównaniu do potrzeb zdrowotnych mieszkańców.

Na utrudniony dostęp do ambulatoryjnych świadczeń z zakresu chorób płuc wskazują dane ogólnopolskie

przedstawione przez NFZ w informacji dla NIK¹⁴, z których wynika, że na koniec czerwca 2015 r. do poradni gruźlicy i chorób płuc łącznie oczekiwało 27 425 osób, w tym 479 osób zakwalifikowanych jako przypadek pilny (ze średnim rzeczywistym czasem oczekiwania cztery dni) i 26 946 osób jako przypadek stabilny ze średnim rzeczywistym czasem oczekiwania 39 dni. Najdłużej pacjenci¹⁵ musieli czekać na poradę specjalistyczną w województwie kujawsko-pomorskim – 101 dni, a najkrócej w woj. lubelskim – 14 dni.

W kontrolowanych podmiotach leczniczych¹⁶, na koniec 2014 r.¹⁷ odnotowano spadek liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc w wieku od 45–54 lat o 14,6% i zwiększenie liczby tych w wieku od 55 do 64 lat o 26,1%, a w wieku powyżej 64 lat o 25%. Wśród specjalistów w dziedzinie chorób płuc (dla dorosłych) nie było żadnego lekarza w wieku do 35 lat. Rosnąca liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób układu oddechowego, w wieku okołoemerytalnym może, w niedalekiej przyszłości, ograniczyć dostępność świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chorób płuc.

Działania ministra służące poprawie dostępności leczenia

Rada Ministrów nadała wysoką rangę profilaktyce i leczeniu chorób układu oddechowego uznając poprawę sytuacji

¹³ Dane na podstawie publikacji: *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku*, Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2015.

¹⁴ W trybie art. 29 ust.1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK (Dz.U. z 2015 poz.1096, ze zm.).

¹⁵ Zakwalifikowani jako „przypadek stabilny”.

¹⁶ Udzielających ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.

¹⁷ W porównaniu ze stanem na koniec 2012 r.



epidemiologicznej w tej dziedzinie za jeden z celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 (dalej również „NPZ”)¹⁸.

Minister Zdrowia, odpowiedzialny za realizację celów, które dotyczyły m.in. zmniejszenia zapadalności i umieralności z powodu chorób układu oddechowego oraz nowotworów złośliwych, a także kierowanie pracami Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego NPZ (dalej „Zespół”), nie zapewnił jednak koordynacji działań dotyczących wykonania poszczególnych zadań Narodowego Planu Zdrowia, monitoringu osiągania celów strategicznych NPZ objętych kontrolą, a także prowadzenia okresowych ocen stopnia ich realizacji. Nie wyegzekwował także przygotowania informacji zbiorczych dotyczących efektów wykonywania zadań NPZ, niezbędnych do sporządzenia rocznych sprawozdań z działalności Zespołu.

Sprawozdania z realizacji NPZ, opracowane przez Zespół za lata 2012–2013, nie zawierały wyników monitorowania efektów wykonania zadań przez administrację rządową i samorządową, a jedynie opis realizacji programów polityki zdrowotnej przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego.

Ministerstwo Zdrowia nie podjęło prac służących realizacji zadania

przewidzianego w NPZ¹⁹, dotyczącego przygotowania „Narodowego Programu Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc”, mimo że analizy statystyczne wskazują, iż w 2020 r. POChP będzie jedną z najczęstszych przyczyn umieralności w Polsce. Realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP” przynosił niewielkie efekty zdrowotne, bowiem w latach 2012–2015 (I półrocze) objęto nim tylko 43 tys. osób, przy szacowanej na 2 miliony liczbie chorych. Malejące zainteresowanie lekarzy POZ realizacją Programu wynikało z wymogów, jakie musieli spełnić²⁰, co wiązało się z ponoszeniem dodatkowych kosztów.

Zmniejszenie umieralności z powodu niewydolności oddychania zamierzano osiągnąć m.in. poprzez stosowanie nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc²¹ w nowo utworzonych pododdziałach. W tym celu Minister Zdrowia poszerzył zakres świadczeń gwarantowanych, ale nie przygotował „Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji²²”. Nieprzygotowanie Programu uniemożliwiło wydanie 10 mln 200 tys. zł, którą zaplanowano na jego realizację w budżecie państwa w części 46 – Zdrowie,

¹⁸ Program stanowił załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z 15.5.2007.

¹⁹ W ramach celu strategicznego 6 NPZ – zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.

²⁰ Szkolenie w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu i posiadanie odpowiedniej jakości spirometru.

²¹ Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna to wspomaganie wentylacji, stosowane bez użycia rurki dotchawiczej. Jest ona uzupełnieniem standardowo prowadzonej farmakoterapii.

²² W ramach celu strategicznego 6 NPZ – zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego. Łączny koszt realizacji Programu oszacowano na 29 563,3 tys. zł.

oraz utworzenie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w oddziałach chorób płuc, co NIK oceniła negatywnie.

W I połowie 2015 r. tylko w jednym spośród kontrolowanych szpitali leczono niewydolność oddychania z zastosowaniem nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM). Wycena tej procedury przez NFZ nie pokryła nawet kosztów zatrudnienia personelu wymaganego rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²³ i była kolejną barierą ograniczającą wprowadzenie tej metody leczenia.

NIK oceniła pozytywnie uruchomienie przez Ministra Zdrowia „Programu wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej”, realizowanego w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” (NPZChN), pomimo nieprawidłowości stwierdzonych przy jego wdrażaniu. Jednak, w ocenie NIK, objęcie tym Programem jedynie 0,09% osób z 4,5-milionowej grupy ryzyka, nałogowo palących tytoń dłużej niż 20 lat²⁴, nie wystarczy do rozwiązania bardzo istotnego problemu onkologii, jakim jest wysoka umieralność na raka płuca, będąca następstwem późnego rozpoznania choroby.

Minister Zdrowia finansował koszty realizacji tego Programu z pominięciem procedury postępowania, określonej w zarządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych.

Wyniki leczenia gruźlicy

NIK ustaliła, że w Polsce niemożliwe jest zwymiarowanie efektów leczenia gruźlicy. Główną przyczyną tego stanu jest brak ustawowego obowiązku zgłaszania wyników leczenia tej choroby przez lekarzy. Udokumentowane leczenie zakończone sukcesem dotyczyło tylko 28,7% przypadków w 2014 r. Tymczasem Rada Ministrów, w ramach realizacji celu strategicznego NPZ „Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom”, zaplanowała zwiększenie skuteczności leczenia gruźlicy do poziomu 90%, a Światowa Organizacja Zdrowia zaleciła osiągnięcie „sukcesu leczenia” w przypadku 85% wszystkich chorych, u których w danym roku rozpoznano tę chorobę. Pomimo tego, Minister Zdrowia nie podjął prac nad zmianami legislacyjnymi wprowadzającymi obowiązek zgłaszania wyników leczenia. Z propozycjami uregulowania tej kwestii nie wystąpił także Główny Inspektor Sanitarny (GIS), chociaż Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc wielokrotnie zwracał się bezpośrednio do GIS o wprowadzenie obowiązku raportowania w tej sprawie.

Wyniki leczenia w naszym kraju pogarsza także brak nadzoru nad przyjmowaniem leków przeciwpłatkowych w leczeniu pozaszpitalnym, co narusza standardy postępowania w zwalczaniu gruźlicy rekomendowane przez WHO i stanowi główną przyczynę przerywania leczenia przez co dziesiątego chorego.

²³ Poz. 29 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

²⁴ W latach 2012–2014 wykonano łącznie 12 430 badań przesiewowych.



Nadzór jest zapewniony w leczeniu szpitalnym, ale jak wykazała kontrola, nie jest w pełni efektywny. W badanych podmiotach 87 pacjentów samowolnie przerwało leczenie, co stanowiło zagrożenie zakażeniem gruźlicą ich otoczenia. Kierownicy trzech z 12 podmiotów leczniczych, w których miały miejsce takie przypadki, nie wywiązywali się z ustawowego obowiązku powiadomienia o tym państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla siedziby szpitala²⁵.

Leki przeciwprątkowe używane w leczeniu gruźlicy, w tym również gruźlicy wielolekoopornej, są wydawane pacjentom bezpłatnie. Kontrola NIK ustalił jednak, iż wystąpił przypadek ograniczenia dostępu pacjentów do leków stosowanych w tym zakresie. Jeden z leków – Isoniazyd (INH, Isoniazidum), nie był wymieniony na liście refundacyjnej w postaci samodzielnej, a jedynie jako produkt złożony w skojarzeniu z Ryfampicyną, jako składnik produktu Rifamazid. Gdy ze względu na nietolerancję rymfampicyny, Rifamazid nie mógł być stosowany, konieczne było wtedy stosowanie Isoniazylu w samodzielnej postaci (jako produkt Nidrazid), który był dostępny tylko w imporcie docelowym. Wiązało się to jednak z ponoszeniem częściowej odpłatności przez pacjenta i z tego względu pacjenci mogli nie kupować tego leku, co stwarzało ryzyko wznowy procesu chorobowego.

Zachorowalność i umieralność z powodu chorób układu oddechowego

Sprawozdania z realizacji NPZ nie zawierały informacji o osiągniętych wartościach mierników celu strategicznego, dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego oraz wartości wskaźników realizacji celów operacyjnych. Zmniejszenie liczby zgonów okazało się niemożliwe do rzetelnej oceny, gdyż żaden podmiot nie dysponował wiarygodnymi danymi w tym zakresie. Ponadto Światowa Organizacja Zdrowia w swym Raporcie z 2013 r. po raz kolejny wykluczyła Polskę z analiz porównawczych dotyczących umieralności według przyczyn. Powodem był ponad 25% udział zgonów o niedokładnie określonych przyczynach. Wraz z Polską analizą nie zostały objęte m.in. dane z Argentyny, Azerbejdżanu, Bułgarii, Grecji, Gwatemali czy Kataru.

Polska jest krajem o 100% kompletności rejestracji zgonów, przy jednoczesnej niskiej jakości informacji na temat ich przyczyn. Z danych dotyczących 2013 r. wynika, że w wypadku 29,5% zgonów (ponad 114 tys.) lekarze orzekający nieprawidłowo opisali ich przyczyny. Podstawowym problemem było pominięcie chronologicznego opisu łańcucha wydarzeń/chorób, które przyczyniły się do śmierci chorego lub nieprawidłowe jego przedstawienie, a w konsekwencji niewłaściwe

²⁵ Stosownie do postanowień art. 34 ust. 1c ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę, o której mowa w ust. 1, przed zakończeniem badań diagnostycznych lub leczenia, kierownik szpitala jest obowiązany do niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania informacji o samowolnym opuszczeniu szpitala, powiadomienia o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla siedziby szpitala.

lub nieprecyzyjne wskazanie wyjściowej przyczyny zgonu²⁶. Problem ten znany jest od bardzo dawna. Już w 1840 r. Wiliam Farr²⁷ zwracał uwagę na te kwestie, krytykując spotykane w owym czasie określenia: „nagła śmierć”, „naturalna śmierć” czy „podeszły wiek”.

Podsumowanie

Ustalenia kontroli wskazują na konieczność wprowadzenia systemowych rozwiązań ukierunkowanych na poprawę sytuacji epidemiologicznej w dziedzinie chorób układu oddechowego, zwłaszcza jeśli chodzi o gruźlicę. Najwyższa Izba Kontroli uznała również za wskazane sformułowanie wniosków *de lege ferenda* w tej sprawie. Za istotne uznano wprowadzenie do ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi obowiązku przekazywania przez lekarzy wyników leczenia chorych na gruźlicę państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, a także regulacji zapewniających nadzór nad przyjmowaniem przez pacjentów leków przeciwpłatkowych przez cały okres leczenia.

Wskazany w informacji problem wydłużających się kolejek oczekujących na świadczenia uzasadnia wprowadzenie rozwiązań systemowych poprawiających dostępność poradni specjalistycznych udzielających świadczeń w zakresie chorób płuc dla osób z podejrzeniem gruźlicy.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła się również o podjęcie działań ukierunkowanych na poprawę jakości danych epidemiologicznych gromadzonych w Krajowym Rejestrze Nowotworów, które stanowią podstawowe źródło informacji o zachorowaniach i umieralności na nowotwory złośliwe, w tym układu oddechowego.

Przemyślenia, w ocenie NIK, wymaga kwestia wprowadzenia profilaktycznych programów zdrowotnych, umożliwiających wykonywanie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia schorzeń układu oddechowego, które mogą przyczynić się do zmniejszenia umieralności. Z kolei uwagi formułowane pod adresem Polski przez Światową Organizację Zdrowia, dotyczące jakości danych pozyskiwanych z naszego kraju, uzasadniają rozważenie wprowadzenia obowiązkowego szkolenia dla lekarzy na temat poprawnego wypełniania kart zgonów.

Ponadto, NIK zwróciła się o podjęcie przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia działań służących rzetelnej wycenie świadczenia gwarantowanego „Leczenie niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) w zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i innych przewlekłych niezakaźnych chorobach płuc”, ujętego w poz. 29 załącznika nr 4 do rozporządzenia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

²⁶ M. Cierniak-Piotrowska, G. Marciniak, J. Stańczak: *Statystyka zgonów i umieralności z powodu chorób układu krążenia*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

²⁷ W. Farr: *Letter to the Registrar General. In Second Annual Report of the Registrar General of births, deaths, and marriages in England*, London, Printed by W.Clowes for H.M.S.O, 1840.



gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz rozważenie weryfikacji wyceny świadczeń realizowanych w ramach „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”.

Za pozytywne NIK uznaje, że po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego Minister Zdrowia poinformował o opracowaniu Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji, dysponuje też środkami na jego realizację.

Ponadto Minister rozpoczął prace mające na celu urealnienie wyceny świadczeń związanych z leczeniem chorób układu oddechowego. Rozpoczęto również przygotowanie projektu nowelizacji ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, która nałoży na lekarzy obowiązek przedstawiania wyników leczenia chorych na gruźlicę.

PIOTR WASILEWSKI
dyrektor Departamentu Zdrowia NIK

Słowa kluczowe: choroby układu oddechowego, przewlekłe choroby płuc, wyniki leczenia, nałóg palenia tytoniu, system ochrony zdrowia

Key words: Key words: diseases of the respiratory system, chronic lung diseases, respiratory tract, smoking, healthcare