

## Walka z chorobą i edukacja zdrowotna

# Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2

**MARIA M. GOSTYŃSKA**

*Ze względu na rozpowszechnienie cukrzycy oraz szybko wzrastającą liczbę nowych zachorowań uważa się ją za chorobę cywilizacyjną. Stanowi to ważny problem społeczny, gdyż od momentu rozpoznania leczenie cukrzycy trwa całe życie, jest procesem złożonym i trudnym. Właściwie zaplanowana i prowadzona terapia przyczynia się do zmniejszenia ryzyka powikłań lub opóźnienia czasu ich wystąpienia. Narzędziem ograniczania negatywnych skutków cukrzycy jest edukacja zdrowotna, profilaktyka, wczesne wykrycie i podjęcie leczenia. Ustalenia NIK wskazują jednak, że w Polsce nie ma ogólnopolskiej strategii działań ukierunkowanych na zapobieganie i leczenie tej choroby oraz zapewnienie długofalowych efektów terapii. Większość podejmowanych inicjatyw ma jedynie charakter doraźny.*

Według danych NFZ, na koniec 2016 r. liczba pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 wynosiła 1657,7 tys. (wzrost o 1,14% w stosunku do roku 2015)<sup>1</sup>. Dane te są zaniżone, bowiem część osób cierpiących na to schorzenie nie wie, że choruje<sup>2</sup>.

Leczenie chorób przewlekłych – a w tym wypadku cukrzycy – stanowi duże obciążenie dla płatników świadczeń zdrowotnych. Ponadto cukrzyca i jej powikłania powodują powstanie negatywnych skutków

ekonomicznych – stanowią duże obciążenie dla bliskich chorego oraz mogą skutkować utratą możliwości wykonywania pracy.

Wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą typu 2 w 2016 r.<sup>3</sup> wyniosły 119,9 mln zł (w 2015 r. 130 mln zł), w tym na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 65,7%, tj. 78,8 mln zł (w 2015 r. – 68,7%, tj. 89,3 mln zł), a z tytułu absencji chorobowej – 29,9%,

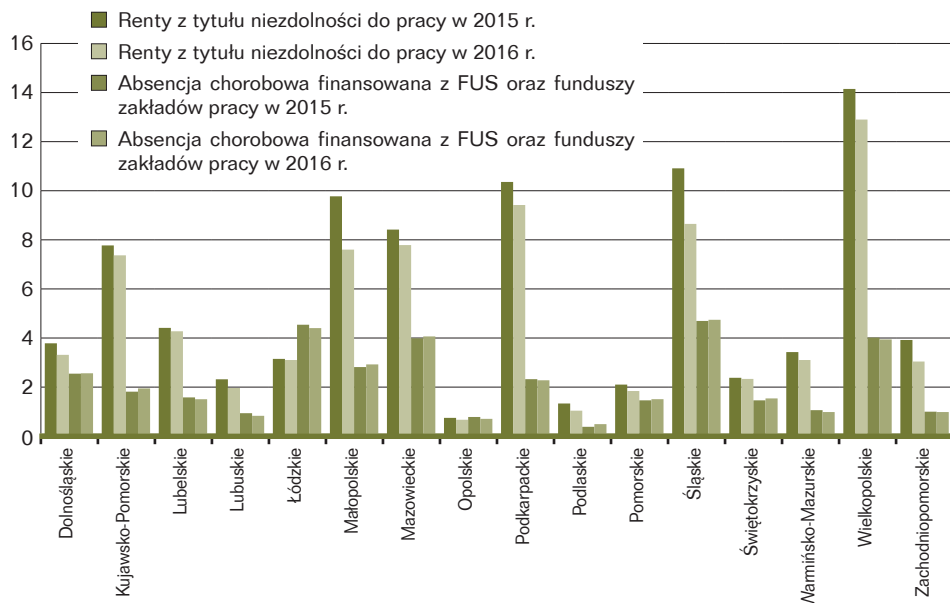
<sup>1</sup> Dane statystyczne dotyczące liczby chorych na cukrzycę typu 2 w 2017 r. będą dostępne w NFZ po zakończeniu III kwartału 2018 r.

<sup>2</sup> W 2015 r. w Polsce rozpoznano 41,2 tys. nowych przypadków zachorowań na cukrzycę, a w 2016 r. – 42 tys., a więc nastąpił wzrost o 1,9%

<sup>3</sup> Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowanej cukrzycą (w tym cukrzycą typu 2) w 2017 r. ZUS opracuje w III kwartale 2018 r.



Rysunek 1. Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą typu 2 (w tys. zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych ZUS.

tj. 35,9 mln zł (w 2015r. – 27,6%, tj. 35,9 mln zł)<sup>4</sup>.

Najwyższa Izba Kontroli podjęła kontrolę<sup>5</sup> mającą na celu ocenę działań polegających na wczesnym wykryciu osób zagrożonych i chorych na cukrzycę typu 2 oraz wdrażaniu skutecznych metod leczenia tego schorzenia. Kontrolę przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, Centrali NFZ oraz u 24 świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie

podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (9), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (3), kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (5), hospitalizacji (7).

Podkreślić należy, że nowoczesne leczenie cukrzycy wymaga przede wszystkim kompetencji, monitorowania skuteczności i prowadzenia edukacji chorych służącej także zmotywowaniu ich do realizacji zaleceń lekarskich.

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

<sup>5</sup> Artykuł opracowano na podstawie Informacji o wynikach kontroli: *Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2*, nr ewid. 193/2017/P/17/057/KZD, Departament Zdrowia NIK, marzec 2018 r.

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

### Działania Ministerstwa Zdrowia

W Ministerstwie Zdrowia oceniano działania związane z kształtowaniem polityki zdrowotnej państwa na rzecz profilaktyki i poprawy stanu zdrowia obywateli chorych na cukrzycę.

Pomimo uznania cukrzycy za chorobę cywilizacyjną, a jej leczenia za jeden z priorytetów zdrowotnych<sup>6</sup>, Minister Zdrowia nie opracował ogólnopolskiej strategii działań ukierunkowanych na prewencję i leczenie tej choroby oraz zapewnienie długofalowych efektów terapii (do opracowania krajowych programów przeciwdziałania cukrzycy wzywa kraje członkowskie Unii Europejskiej Rezolucja Parlamentu Europejskiego)<sup>7</sup>. Działania Ministra miały jedynie charakter doraźny. Za ustaleniem wieloletniej strategii zapobiegania oraz wczesnego wykrywania cukrzycy przemawiają wysokie koszty leczenia jej powikłań.

W 2015 r. Minister nie realizował żadnego programu polityki zdrowotnej dotyczącego cukrzycy typu 2, ani też nie wydatkował żadnych środków na realizację zadań związanych z profilaktyką i leczeniem tej choroby. Natomiast od 2016 r. realizowany jest jeden program polityki zdrowotnej: „Program wsparcia ambulatoryjnego leczenia zespołu stopy cukrzycowej na lata 2016–2018”<sup>8</sup>.

W okresie objętym kontrolą Minister nie współpracował z innymi instytucjami przy prowadzeniu działań edukacyjnych na temat zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych, sprzyjających powstawaniu i rozwojowi cukrzycy. W konsekwencji nie realizował zadania określonego w ustawie o świadczeniach zdrowotnych<sup>9</sup>.

Nie podjęto również skutecznych działań w zakresie upowszechnienia edukacji diabetologicznej, w tym również polegających na wydzieleniu świadczenia edukacyjnego jako procedury odrębnie kontraktowanej (mimo prowadzonych kursów specjalistycznych pn. „Edukator w cukrzycy”)<sup>10</sup>.

Edukacja zdrowotna jest procesem, który prowadzi do zmiany zachowań pacjenta oraz wpływa zarówno na wyniki leczenia, jak i na jakość jego życia.

<sup>6</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.8.2009 w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2009 r. nr 137 poz. 1126).

<sup>7</sup> Rezolucja Parlamentu Europejskiego z 14.3.2012 w sprawie działania w walce z epidemią cukrzycy w UE (2011/2911 RSP).

<sup>8</sup> Celem ogólnym Programu jest redukcja liczby amputacji i inwalidztwa, przedwczesnych zgonów oraz poprawa jakości życia pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej.

<sup>9</sup> Art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy z 27.8.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”.

<sup>10</sup> Według stanu na 30.6.2017 kurs specjalistyczny pn. *Edukator w cukrzycy* ukończyło 3687 osób (pielęgniarki i położne).



Na jej znaczenie dla chorego wskazuje m.in. to, że w wypadku części pacjentów wczesne wykrycie choroby pozwala na zahamowanie jej postępów jedynie w następstwie zmiany trybu życia, np. przez zwiększenie aktywności fizycznej lub zmianę diety, bez potrzeby podawania leków.

Minister nie podejmował także działań mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy do prowadzenia profilaktyki cukrzycy w ramach badań okresowych pracowników. Nie rozpoznał też w wystarczającym stopniu potrzeb zdrowotnych ludności i nie określił liczby lekarzy diabetologów niezbędnych do sprawowania opieki nad populacją chorych.

Wyniki kontroli wskazały, że zasoby kadrowe systemu były niewystarczające i nierównomiernie rozmieszczone, co utrudniało dostęp do świadczeń.

W okresie objętym kontrolą, pomimo wzrostu liczby czynnych zawodowo lekarzy diabetologów o 18,8%, tj. z 1119 do 1329, była ona niższa od wartości optymalnej (1585) określonej przez konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii.

Wskaźnik liczby diabetologów przypadających na 25 tys. mieszkańców Polski, według stanu na 30 sierpnia 2017 r., wyniósł 0,87, a w ocenie konsultanta krajowego

w dziedzinie diabetologii – powinien wynosić 1,0; tylko w czterech województwach wskaźnik ten miał wartość rekomendowaną, a w pozostałych – niższą, wynoszącą od 0,47 w województwie lubuskim do 0,93 – w zachodniopomorskim.

W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji z diabetologii o 14% (z 50 do 57), lecz miejsc szkoleniowych tylko o 12% (tj. z 266 do 298); były one ponadto nierównomiernie rozmieszczone na terenie kraju – od 3 w województwie świętokrzyskim do 55 w mazowieckim<sup>11</sup>.

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

### Nowe technologie w leczeniu cukrzycy

W latach 2015–2017 (I półrocze) na listę leków refundowanych Minister Zdrowia wprowadził 29 nowych stosowanych w leczeniu cukrzycy<sup>12</sup>. Do czasu zakończenia kontroli nie wprowadził natomiast na nią ani jednego leku z grupy leków inkretynowych<sup>13</sup> i grupy flozyn<sup>14</sup>, spośród których dziesięć uzyskało pozytywne rekomendacje prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji<sup>15</sup>. W efekcie

<sup>11</sup> Dla lekarzy, którzy rozpoczęli specjalizację na podstawie postępowań kwalifikacyjnych przeprowadzonych w okresie od 1.10.2014 do 31.3.2017 minister zdrowia przyznał 95 miejsc szkoleniowych w dziedzinie diabetologii w trybie rezydentury.

<sup>12</sup> Na 1.7. 2017 refundacją objętych było 165 leków stosowanych w leczeniu cukrzycy oraz 32 wyroby medyczne. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 27.6.2017 w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz. Min. Zdr. z 2017 r. poz. 71).

<sup>13</sup> Inkretyny – są to hormony przewodu pokarmowego, które zwiększają wydzielanie insuliny i zmniejszają wydzielanie glukagonu, czyli hormonu działającego przeciwstawnie do insuliny.

<sup>14</sup> Flozyny – są to leki, które wymuszają utratę glukozy wraz z moczem.

<sup>15</sup> W przedłożonych ministrowi zdrowia rekomendacjach (pozytywnych), prezes AOTMiT podkreślał znaczny wzrost wydatków płatnika publicznego, związanej z refundacją tych produktów leczniczych, wskazując

polscy pacjenci nie mają dostępu do innowacyjnego leczenia cukrzycy typu 2. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, refundacja niektórych z tych leków przez płatnika publicznego mogłaby wpłynąć na poprawę efektów leczenia, a tym samym zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań.

Nadmienić należy, że leki z tych grup są refundowane, w różnym stopniu, w krajach UE.

### Narodowy Fundusz Zdrowia

W Narodowym Funduszu Zdrowia oceniano działania na rzecz zapewnienia dostępności świadczeń w zakresie diabetologii oraz środków na leczenie cukrzycy i jej powikłań.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podejmował działania zmierzające do poprawy leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 i ograniczenia jej powikłań, ale nie doprowadziły one do poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów diabetologicznych.

Wyniki kontroli wskazały, że w badanym okresie liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia specjalistyczne, takie jak ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) dla pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2 zmniejszyła się (z 715 w 2015 r. do 701 w I półroczu 2017 r.), a tym samym liczba pacjentów chorych

na cukrzycę, oczekujących na świadczenia w poradni diabetologicznej, sukcesywnie zwiększała się i w przypadkach pilnych<sup>16</sup> wynosiła – odpowiednio w badanym okresie – 476, 563 i 777 osób, a w przypadkach stabilnych na świadczenia oczekiwało odpowiednio – 23 tys., 24,2 tys. i 26 tys. osób.

Na terenie 5 województw<sup>17</sup> (rysunek 2, s. 65) nie zapewniono natomiast w ogóle dostępu do świadczeń realizowanych w formie „kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą” (KAOS). Wprowadzono ją (w 2008 r.) w celu poprawy skuteczności leczenia, na podstawie aktualnie obowiązujących standardów opieki diabetologicznej, a w następstwie zmniejszenia liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy i jej powikłań.

Świadczenia w ramach KAOS odbywały się tylko na terenie 11 Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (OW NFZ), odpowiednio w latach 2015, 2016 i 2017 – 38, 35 i 34 świadczeniodawców.

Również świadczeń określonych jako „kompleksowe leczenie ran przewlekłych” (dalej KLRP), w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych (w zależności od ich stanu klinicznego), udzielano pacjentom z zespołem stopy cukrzycowej (będącej powikłaniem cukrzycy typu 2)

---

jednocześnie potrzebę podjęcia działań mających na celu wynegocjowanie warunków finansowania obniżających koszty terapii lub zastosowanie korzystnych instrumentów dzielenia ryzyka.

<sup>16</sup> „Przypadek pilny”, jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. „Przypadek stabilny” – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25.9.2005 w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 r. nr 200, poz. 1661).

<sup>17</sup> Województwo: lubuskie, łódzkie, podkarpackie, wielkopolskie, zachodniopomorskie.

Rysunek 2. Rozmieszczenie KAOS na terenie kraju (lata 2015–2016)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

tylko w czterech województwach<sup>18</sup> (rysunek 3, s. 66). Fundusz nie podjął natomiast skutecznych działań polegających na objęciu pacjentów z ranami przewlekłymi (z zespołem stopy cukrzycowej), z pozostałych województw, tą kompleksową opieką, o czym świadczy niezawarcie umów w tym zakresie ze świadczeniodawcami z terenu 12 OW NFZ.

W efekcie, w 2015 r. udzielono świadczeń w zakresie KLRP tylko 106 pacjentom

(wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 177,9 tys. zł), w 2016 r. – odpowiednio – 117 pacjentom (171,5 tys. zł), a w I półroczu 2017 r. – 75 pacjentom (66,9 tys. zł).

Zauważyć jednak należy, że w 2016 r. liczba pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej (leczonych w trybie ambulatoryjnym) wzrosła w stosunku do roku poprzedniego o 7,5% (z 6514 osób do 7000 osób), a wartość wykonanych świadczeń wzrosła w tym okresie o 6,6% (tj. z 1626,8 tys. zł do 1734,2 tys. zł).

<sup>18</sup> Województwo: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, mazowieckie, wielkopolskie.

Rysunek 3. Rozmieszczenie KLRP na terenie kraju (w latach 2015–2017)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Na koniec I kw. 2017 r. leczeniem objęto 3253 pacjentów z tym powikłaniem cukrzycy, a wartość wykonanych świadczeń wyniosła 459,8 tys. zł.

Fundusz nie przygotował również rozwiązań zachęcających świadczeniodawców do tworzenia oddziałów diabetologicznych, pomimo przewidywanego wzrostu liczby chorych na cukrzycę typu 2.

Wyniki kontroli wskazały, że rosła zarówno liczba osób oczekujących, jak i wydłużał się czas oczekiwania na hospitalizację (w przypadkach pilnych liczba pacjentów wzrosła z 58 w 2015 r. do 105 w 2016 r. i 122 osób – w I połowie 2017 r.,

a czas oczekiwania – z 8 do 15 dni, natomiast w przypadkach stabilnych, liczba osób oczekujących i czas oczekiwania wynosił, w badanym okresie, odpowiednio – 1591, 1689 i 1555 osób oraz 74, 83 i 73 dni).

Liczba świadczeniodawców stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitali) udzielających świadczeń pacjentom z rozpoznaniem głównym „cukrzyca” zmniejszała się sukcesywnie (z 564 – w 2015 r. do 562 – w 2016 r. oraz do 552 – w I półroczu 2017 r.; tj. o 2,2%). Natomiast świadczenia w zakresie diabetologii zakontraktowane zostały tylko z 28 szpitalami (żadnego

Rysunek 4. Oddziały diabetologiczne funkcjonujące na terenie kraju (w latach 2015–2017)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

kontraktu nie zawarto w 3 województwach – lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim). Oddziały diabetologiczne

(ogółem 15) funkcjonowały tylko na terenie <sup>719</sup> spośród 16 OW NFZ (dolnośląskiego – 2, lubelskiego – 1, mazowieckiego – 4,

<sup>19</sup> W latach 2015–2017 (I półr.) w województwie dolnośląskim funkcjonował: Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego (we Wrocławiu) i Miedziowe Centrum Zdrowia S.A. w Lubinie; lubelskim – Instytut Medycyny Wsi w Lublinie; mazowieckim – Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy Attis Sp. z o.o., Mazowiecki Szpital Bródnowski, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny (3 jednostki z Warszawy) oraz Szpital Kolejowy w Pruszkowie; pomorskim – SPZOZ MSWIA w Gdańsku i Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku; wielkopolskim – Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu; zachodniopomorskim – Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie i Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie. W województwie łódzkim w 2015 r. funkcjonowały dwa oddziały, tj. w SP ZOZ Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów i w Szpitalu Wojewódzkim im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu. W 2016 r. oddział diabetologiczny funkcjonował ponadto w SPZOZ Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, z którym w 2017 r. (I kw.) nie zawarto umowy.



pomorskiego – 2, wielkopolskiego – 1, zachodniopomorskiego – 3, łódzkiego w 2015 r. – 2, w 2016 r. – 3 i w 2017 r. (I półrocze – 2).

W latach 2015–2017 (I półrocze) oddziały diabetologiczne nie funkcjonowały w szpitalach 9 województw: kujawsko-pomorskiego, lubuskiego, małopolskiego, opolskiego, podkarpackiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego (rysunek 4, s. 67).

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

### Koszty leczenia cukrzycy

W 2016 r. liczba pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 wzrosła w stosunku do 2015 r. o 1,14% (z 1639,1 tys. osób do 1657,7 tys. osób)<sup>20</sup>, zaś całkowite koszty leczenia tego schorzenia – w stosunku do 2015 r. – o 8,5% (z 1576,6 mln zł do 1710,1 mln zł); w I półroczu 2017 r. koszty te wyniosły 861,7 mln zł<sup>21</sup>.

W strukturze kosztów dominowały koszty refundacji leków i wyrobów

medycznych<sup>22</sup>, które stanowiły odpowiednio 72%, 73% i 76% całkowitych kosztów. Porady w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) stanowiły 15% całkowitych kosztów w 2015 i 2016 r. i 10% w 2017 r. (I półr.); leczenie szpitalne (LSP) 8% w 2015 r. oraz 7% w 2016 r. i w 2017 r. (I półr.), a leczenie ambulatoryjne (AOS) 5% w 2015 r. i 2016 r. oraz 7% w 2017 r. (I półr.).

Koszty refundacji leków i wyrobów medycznych wzrosły w 2016 r. w porównaniu z rokiem 2015 o 9,4% (tj. z 1141,8 mln zł do 1248,7 mln zł); refundacja doustnych leków przeciwcukrzycowych o 15,8%, insuliny i ich analogów – o 5,7%, a pasków do glukometrów – o 11,7%.

Koszty hospitalizacji (LSP) pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 wzrosły w tym okresie o 2,1%; zmniejszyła się natomiast – o 2,4% liczba hospitalizowanych osób i liczba udzielonych im świadczeń – o 1,6%.

Koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w zakresie AOS były w badanym okresie na tym samym poziomie, a liczba udzielonych im świadczeń również nie uległa zmianie. Wzrosła jednak o 3,3% liczba pacjentów oraz o 10,4% koszty świadczeń w POZ udzielonych na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2.

### Leczenie powikłań

W latach 2015–2016 koszty leczenia powikłań cukrzycy w ramach hospitali-

<sup>20</sup> Ogólna liczba chorych na cukrzycę (wszystkie rodzaje od E10 do E14) wyniosła 1796,9 tys. osób w 2015 r. i 1819,3 tys. osób w 2016 r. (wzrost o 1,25%).

<sup>21</sup> Kwoty nie uwzględniają kosztów leczenia powikłań cukrzycy oraz kosztów leków stosowanych w leczeniu powikłań.

<sup>22</sup> Na podstawie art. 37 ust 1 ustawy z 12.5.2011 o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.) zwanej dalej ustawą refundacyjną.


 Tabela 1. **Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP (powikłań)**

Rodzaj powikłania	Wartość rozliczonych świadczeń w 2015 r (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń w 2016 r. (tys. zł)	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń (%)
Choroby serca	347 378,3	339 901,4	97,8
Udary	45 448,1	42 782,2	94,1
Stopa cukrzycowa	9 467,1	9 886,7	104,4
Choroby oczu	1 954,7	1 849,8	94,6
Choroby nerek	461,9	505,6	109,5
Pozostałe	304,8	293,3	96,2
Razem:	405 015,0	395 219,0	97,6

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

zacji (LSP) zmniejszyły się ogółem o 2,4%, tj. z 405,0 mln zł do 395,2 mln zł (w I półroczu 2017 r. koszty te wyniosły 201,4 mln zł), w tym zmniejszyły się koszty leczenia powikłań powodujących choroby serca – o 2,2%, udary – o 5,9%, choroby oczu – o 5,4%; wzrosły natomiast koszty leczenia zespołu stopy cukrzycowej (ZSC) – o 4,4% oraz chorób nerek – o 9,5%.

W strukturze kosztów leczenia powikłań największy udział miały choroby serca – 86% (ok. 345 mln zł), udary – 11% (ok. 45 mln zł), zespół stopy cukrzycowej – 2% (ok. 10 mln zł), choroby nerek, oczu i pozostałe schorzenia – 1% (ok. 2,8 mln zł).

Liczba pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej objętych leczeniem szpitalnym, jak i wartość udzielonych im świadczeń w latach 2015–2016 pozostawała

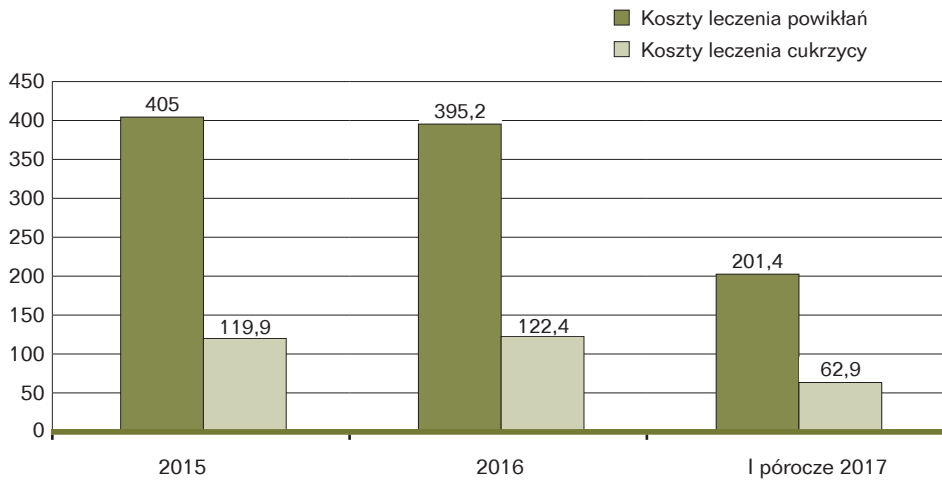
na zbliżonym poziomie i wynosiła: 3980 osób i 17,3 mln zł w 2015 r., 4049 osób i 17,5 mln zł w 2016 r. (1044 osób i 3,4 mln zł w I półroczu 2017 r.).

Natomiast liczba amputacji (z powodu tych powikłań)<sup>23</sup> wzrosła w tym okresie o 16,2% (z 1103 do 1283), a wydatkowano na ten cel o 16% więcej w 2016 r. w porównaniu z 2015 r. (wzrost z 6,2 mln zł w 2015 r. do 7,1 mln zł w 2016 r.). W I kwartale 2017 r. liczba amputacji wynosiła 324 i wydano na ten cel 1,7 mln zł.

Szczególną uwagę zwraca to, że koszty leczenia powikłań cukrzycy typu 2 w ramach hospitalizacji były wyższe od kosztów hospitalizacji z powodu cukrzycy: o 337,7% w roku 2015, o 322,9% – w roku 2016 i o 320,2% w I półroczu 2017 roku.

<sup>23</sup> Cukrzyca nasila znacznie zmiany miażdżycowe, które utrudniają dopływ krwi do stopy. Wczesne rozpoznanie i zastosowanie odpowiedniego leczenia, rehabilitacji lub operacji chirurgicznej może zdecydowanie poprawić ukrwienie stopy. Wtedy amputacja najprawdopodobniej nie będzie konieczna.

Rysunek 5. Koszty leczenia cukrzycy typu 2 w lecznictwie szpitalnym oraz koszty leczenia jej powikłań (w mln zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Natomiast w strukturze kosztów leczenia powikłań cukrzycy w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) dominowały powikłania powodujące choroby serca, odpowiednio w latach 2015–2017 (I półr.) 72% (4,7 mln zł), 74% (5,7 mln zł) i 76% (3 mln zł) oraz zespół stopy cukrzycowej (ZSC) – 25% (1,6 mln zł), 22% (1,7 mln zł) i 21,2% (0,9 mln zł).

W 2016 r. koszty leczenia powikłań, w ramach AOS (7,7 mln zł), były o 17,5% wyższe niż w roku 2015 (6,5 mln zł), a liczba leczonych pacjentów o 17%. W I półroczu 2017 roku koszty leczenia powikłań wyniosły 4 mln zł<sup>24</sup>.

W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów z powikłaniem zespołu stopy

cukrzycowej w AOS wzrosła z 6514 do 7000 osób (tj. o 7,5%).

### Świadczeniodawcy

U świadczeniodawców oceniano działania lekarzy w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 oraz jej leczenia oraz dostęp pacjentów z tym schorzeniem do świadczeń specjalistycznych (np. diabetologicznych, kardiologicznych, okulistycznych, chirurgicznych, endokrynologii.).

### Profilaktyka cukrzycy

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi pierwszy szczebel systemu ochrony zdrowia, a jej głównym zadaniem jest m.in. prowadzenie profilaktyki prozdrowotnej,

<sup>24</sup> Brak danych dotyczących liczby leczonych pacjentów z ZSC w AOS.



w tym eliminacja czynników ryzyka rozwoju choroby oraz możliwie wczesne jej wykrycie.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego<sup>25</sup> do zadań podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 należy m.in.: promocja zdrowego stylu życia, identyfikacja czynników ryzyka choroby, diagnostyka cukrzycy i stanów przedcukrzycowych.

Wyniki kontroli wskazały jednak, że świadczeniodawcy w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) nie przeprowadzali pełnych wywiadów o stanie zdrowia pacjenta i istotnych chorobach oraz problemach medycznych mających znaczenie przy diagnozowaniu cukrzycy.

Zgodnie z zakresem zadań lekarza POZ, wynikającym z rozporządzenia Ministra Zdrowia<sup>26</sup>, zajmuje się on identyfikacją czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych świadczeniobiorcy, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie, zaś z ustawy

o zawodach lekarza<sup>27</sup> wynika obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, co oznacza także obowiązek postępowania zgodnie ze standardami, wytycznymi, zaleceniami towarzystw naukowych w określonej dziedzinie medycyny, w tym również m.in. zaleceniami PTD.

Nie przestrzegano także obowiązku rzetelnego prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej (DM), zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta<sup>28</sup> oraz rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej<sup>29</sup>, ponieważ nie odnotowywano w niej wszystkich niezbędnych informacji o stanie zdrowia i istotnych chorobach oraz problemach medycznych (mających znaczenie przy diagnozowaniu cukrzycy)<sup>30</sup>, a także niewłaściwie dokumentowano wywiad dotyczący możliwości zaliczenia pacjenta do grupy ryzyka chorých na cukrzycę typu 2.

Analiza dokumentacji medycznej<sup>31</sup> 165 pacjentów<sup>32</sup> wykazała, że wszystkie

<sup>25</sup> „Diabetologia Kliniczna”. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę (stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego). Praca zbiorowa <www.dk.viamedica.pl> – zwane dalej również „zaleceniami PTD”.

<sup>26</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.9.2016 w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1567).

<sup>27</sup> Art. 4 ustawy z 5.12.1996 o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2017 r. poz. 125, ze zm.), zwanej dalej „ustawą o zawodach lekarza”.

<sup>28</sup> Ustawa z 6.11. 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.), zwana dalej „u.p.p.”.

<sup>29</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2010 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.) uchylone 23.12.2015 i z tym dniem weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9.11. 2015 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 2069); zwane dalej “rozporządzeniem w sprawie DM”.

<sup>30</sup> Pięć informacji o przeprowadzonym wywiadzie w zakresie: przebytych poważnych chorób (np. zawał, udar, nowotwór ...), chorób przewlekłych, obciążeń dziedzicznych, używek, wzrostu i masy ciała (BMI).

<sup>31</sup> Historia zdrowia i choroby – zwana dalej również „dokumentacją medyczną” lub „DM”.

<sup>32</sup> Dokumentacja medyczna spełniała następujące kryteria: pacjenci urodzili się w latach 1950–1965, korzystali ze świadczeń lekarza POZ w styczniu 2017 r., którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza POZ w tej jednostce w okresie od 1.1.2012 do 31.12.2012. Założono również, aby była to dokumentacja w 50% osób, u których rozpoznano cukrzycę typu 2 po 1.1.2015 i w 50% osób, u których nie rozpoznano cukrzycy.

wymagane i obowiązkowe informacje o stanie zdrowia odnotowane były w DM tylko 11 pacjentów (6,7% badanej dokumentacji), pełny wywiad pod kątem możliwości zaliczenia pacjenta do grupy ryzyka chorych na cukrzycę typu 2 odnotowano w DM tylko 24 pacjentów (14,5%), a wykonanie oznaczenia glikemii przygodnej<sup>33</sup>, czyli badania będącego podstawą do rozpoznania cukrzycy odnotowano w DM tylko 82 pacjentów (49,7%).

Nadmienić należy, że zgodnie z zaleceniami PTD badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz w ciągu 3 lat u każdej osoby powyżej 45 roku życia. Natomiast niezależnie od wieku badanie to należy wykonać co roku u osób z grup ryzyka<sup>34</sup>.

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

Ponadto w dokumentacji medycznej, w części dotyczącej porad ambulatoryj-

nych, nie odnotowywano informacji o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, wyników badań diagnostycznych wraz z opisem, wyników konsultacji, nie było opisu udzielonych świadczeń zdrowotnych.

W ocenie NIK brak wpisów w DM nie pozwala na dokonanie pełnej oceny prawidłowości przeprowadzonych czynności diagnostycznych.

### Leczenie cukrzycy

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

Wyniki kontroli wykazały, że lekarze POZ nie we wszystkich badanych przypadkach realizowali zalecenia PTD<sup>35</sup> dotyczące kierowania pacjentów na konieczne do wykonania (i to z określoną częstotliwością) badania diagnostyczne i na konsultacje specjalistyczne.

W ocenie NIK, był to jeden z czynników, który mógł przyczynić się do tego, że u żadnego pacjenta (którego DM badano w toku kontroli) nie osiągnięto pełnego

<sup>33</sup> Glikemia przygodna – jest to oznaczenie glukozy w osoczu krwi żyłnej o dowolnej porze dnia, niezależnie od pory ostatniego spożytego posiłku. Oznaczenie to wykonuje się, jeśli u pacjenta występują objawy, m.in. zmniejszenie masy ciała, wzmożone pragnienie, wielomocz, osłabienie i wzmożona senność.

<sup>34</sup> Według PTD do grupy ryzyka zaliczono osoby: z nadwagą lub otyłością (BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> i/lub obwód w tali > 80 cm (kobiety), > 94 cm (mężczyźni); z cukrzycą występująco rodzinnie (rodzice lub rodzeństwo); mało aktywnych fizycznie; u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy; z nadciśnieniem tętniczym ( $\geq 140/90$  mm Hg); z dyslipidemią (stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl i/lub trójglicerydów > 150 mg/dl); z chorobą układu sercowo-naczyniowego a w przypadku kobiet, które przeżyły cukrzycę ciążową, urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg, z zespołem policystycznych jajników.

<sup>35</sup> Zgodnie z zaleceniami PTD do zadań POZ w zakresie leczenia cukrzycy typu 2 należy: prowadzenie chorych na cukrzycę leczonych behawioralnie (dieta, aktywność fizyczna) oraz za pomocą leków doustnych, rozpoczęcie i prowadzenie insulinoaterapii w modelu terapii skojarzonej z lekami doustnymi, kierowanie leczonych chorych (co najmniej raz w roku) na konsultacje specjalistyczne (w celu: oceny wyrównania metabolicznego, oceny stopnia zaawansowania późnych powikłań i ewentualnego wdrożenia ich terapii, edukowania w zakresie modyfikacji stylu życia, ustalenia celów terapeutycznych i określenia sposobu ich realizacji).



wyrównania metabolicznego<sup>36</sup>. To z kolei przekłada się na wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań.

Lekarze nie przestrzegali również obowiązku prowadzenia indywidualnej DM zgodnie z przepisami (ustawy o prawach pacjenta i rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej). Nie odnotowywali i/lub nie włączali do niej wszystkich informacji i wyników badań diagnostycznych oraz konsultacji specjalistycznych związanych ze stanem zdrowia i choroby oraz procesem leczenia.

Analiza DM 128 pacjentów leczonych przez lekarza POZ wykazała, że w DM tylko 2 pacjentów (1,6%) odnotowano skierowanie ich raz w roku na wszystkie (tj. 5) badania diagnostyczne<sup>37</sup>; tylko jeden pacjent (0,8%) został skierowany raz w roku do 5 specjalistów na konsultacje<sup>38</sup>, a spośród 121 osób, niektórych skierowano do jednego specjalisty, a niektórych do żadnego.

Natomiast analiza DM 269 pacjentów leczonych lub konsultowanych przez diabetologa wykazała, że w DM tylko siedmiu pacjentów (2,6%) odnotowano skierowanie ich raz w roku na wszystkie (5) badania diagnostyczne i żadnego pacjenta nie skierowano raz w roku do pięciu specjalistów na konsultacje, a spośród

252 osób (93,7%) niektóre zostały skierowane do jednego specjalisty, a niektóre do żadnego.

W ocenie NIK dokumentacja medyczna, która jest źródłem wiedzy zarówno dla lekarza, jak i pacjenta, powinna rzetelnie odzwierciedlać sytuację zdrowotną leczonego i umożliwić dokonanie pełnej oceny stanu jego zdrowia z częstotliwością wynikającą z zaleceń PTD.

Wyniki kontroli (u trzech świadczeniodawców)<sup>39</sup> wskazały również, że 72,3% pacjentów, u których lekarze POZ zdiagnozowali cukrzycę typu 2, w ogóle nie leczyło się u tych lekarzy (brak wpisów w ich DM) natomiast już na wczesnym etapie choroby leczeni byli przez specjalistę diabetologa (tj. w ramach AOS).

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

<sup>36</sup> Parametry metaboliczne: HbA1c, glukoza na czczo, stężenie cholesterolu całkowitego, stężenie cholesterolu frakcji LDL, frakcji HDL, ciśnienie skurczowe, ciśnienie rozkurczowe, wskaźnik BMI. Istotną rolę w osiągnięciu tzw. wyrównania metabolicznego ma również „samodyscyplina pacjentów” i przestrzeganie przez nich zasad, np. prawidłowego żywienia, a także przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami itp.

<sup>37</sup> Badania diagnostyczne: HbA1c (hemoglobina glikowana), kreatynina w surowicy krwi, badanie ogólne moczu z osadem, cholesterol całkowity (z frakcją HDL, LDL i trójglicerydy w surowicy krwi), badanie dna oka przy rozszerzonych źrenicach.

<sup>38</sup> Konsultacje specjalistyczne u: okulisty, neurologa, kardiologa, diabetologa, chirurga.

<sup>39</sup> Wyniki kontroli u trzech świadczeniodawców spośród 10, u których analizowano DM pod kątem leczenia w POZ i AOS.

W ocenie NIK to lekarze – biorąc pod uwagę stan zaawansowania choroby i zalecenia PTD – winni podejmować decyzję, który z nich (lekarz POZ czy specjalista diabetolog) będzie prowadził leczenie pacjenta, tym bardziej, że zgodnie z zaleceniami PTD prowadzenie chorych z cukrzycą typu 2 należy do lekarza POZ (przy udziale lekarzy specjalistów)<sup>40</sup>.

Nieprawidłowości stwierdzono również w procesie leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 w ramach „kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”.

Stwierdzono, że lekarze nie wywiązywali się z obowiązku kierowania pacjentów na wszystkie wymagane w ciągu roku badania i konsultacje specjalistyczne (tylko 51% pacjentów skierowanych zostało na wszystkie (5) zalecone badania diagnostyczne w wymaganym czasie)<sup>41</sup>, nie zawsze odnotowywali lub załączali do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów informacje o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach oraz ich wyniki (co było niezgodne z przepisami ustawy o prawach pacjenta, a także rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).

W przypadku jednego świadczeniodawcy (spośród 5 objętych kontrolą, u których realizowane są świadczenia w ramach KAOS) stwierdzono również nieprawidłowości dotyczące dni i godzin funkcjonowania poradni KAOS, natomiast lekarze,

którzy zgodnie z harmonogramem pracy winni udzielać świadczeń w tej poradni, pracowali w tym czasie w innej poradni (diabetologicznej) lub u innego świadczeniodawcy.

Oznacza to w praktyce, że leczenie w ramach KAOS nie spełniło podstawowego celu, tj. nie zapewniło kompleksowej opieki nad pacjentem diabetologicznym.

Mimo iż głównymi celami w leczeniu cukrzycy jest m.in. prawidłowe wyrównanie metaboliczne (glikemii, hemoglobiny glikowanej HbA1c) oraz zapobieganie późnym powikłaniom narządowym, to jednak w ramach leczenia szpitalnego pacjentów z cukrzycą typu 2 nie jest możliwe, z klinicznego punktu widzenia, osiągnięcie zalecanych wskaźników parametrów wyrównania metabolicznego, zgodnie z zaleceniami PTD. Można jedynie uzyskać normalizację niektórych wyników badań, np. stężenia glukozy we krwi, czy obniżenia ciśnienia tętniczego krwi.

Celem hospitalizacji jest przede wszystkim modyfikacja stosowanego dotąd leczenia lub jego zapoczątkowanie. Do metabolicznego wyrównania cukrzycy, w odniesieniu do oczekiwanych kryteriów zgodnie z zaleceniami PTD, dochodzi w okresie od kilku tygodni do kilku miesięcy. Wstępnej oceny skuteczności leczenia można dokonać dopiero po upływie 2-3 tygodni, ale krótki czas pobytu chorego

<sup>40</sup> Wynika to również z § 10 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ, które stanowi, że przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zraszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny (w odniesieniu do niniejszej kontroli – w zaleceniach PTD).

<sup>41</sup> Zlecenie przedmiotowych badań rzadziej niż raz w roku naruszało warunki realizacji umowy z NFZ w tym zakresie.



na oddziale (średnio pięć dni) nie pozwala na taką ocenę.

### Dostępność świadczeń

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

W wypadku niektórych świadczeniodawców pacjenci ze skierowaniami z adnotacją „pilne” byli przyjmowani w dniu zgłoszenia, a u innych terminy wizyt wskazywane były przez lekarzy prowadzących lub w zależności od indywidualnych potrzeb, a czas oczekiwania na takie wizyty wynosił w badanym okresie średnio 4-12 miesięcy. Jak wyjaśniano w toku kontroli, wpływ na czas oczekiwania pacjentów na wizytę u specjalisty ma głównie wysokość środków przyznanych przez NFZ na działalność podmiotu leczniczego.

### Wnioski z kontroli

We wnioskach do Ministra Zdrowia Najwyższa Izba Kontroli uznała za zasadne.

- przygotowanie przez MZ ogólnopolskiego, kompleksowego programu działań mających na celu zapobieganie, wczesną diagnozę i leczenie cukrzycy;
- podjęcie działań w celu oszacowania populacji chorych niezdiagnozowanych, którzy nie wiedzą, że chorują na cukrzycę i wypracowanie metod dotarcia do nich z odpowiednią informacją o objawach i skutkach tej choroby, a także zachęcenia ich do wykonania odpowiedniej diagnostyki i rozpoczęcia terapii;

- zintensyfikowanie działań mających na celu opracowanie modelu planowania kadr medycznych.

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

We wnioskach do NFZ Izba wносиła o podjęcie działań mających na celu zapewnienie dostępu pacjentom z cukrzycą do świadczeń realizowanych w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz kompleksowego leczenia ran przewlekłych na terenie wszystkich OW NFZ.

Natomiast we wnioskach do świadczeniodawców (POZ, AOS, KAOS, LSP) Najwyższa Izba Kontroli uznała za wskazane:

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

W ocenie NIK efektem skoordynowanych działań, podejmowanych przez organy władzy publicznej we współpracy



z podmiotami leczniczymi, a także organizacjami działającymi na rzecz pacjentów, powinno być także upowszechnienie zdrowego stylu życia, obejmującego aktywność fizyczną i sposoby odżywiania się, co sprzyjałoby ograniczeniu występowania cukrzycy typu 2. Wszyscy pacjenci z cukrzycą powinni mieć równy dostęp do świadczeń na terenie kraju w ramach ambulatoryjnej

opieki specjalistycznej i kompleksowego leczenia ran przewlekłych finansowanych przez Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

**MARIA M. GOSTYŃSKA**  
Departament Zdrowia NIK

**Słowa kluczowe:** cukrzyca, insulina, stopa cukrzycowa, wyrównanie metaboliczne, powikłania cukrzycowe, czynniki ryzyka

**Key words:** diabetes, diabetic foot, metabolic control, diabetes complications, risk factors