

„Z perspektywy misji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia centralnym ogniwem jest perspektywa Pacjenta”

*Violetta Porowska
Przewodnicząca Parlamentarnego
Zespołu ds. Praw Pacjentów
Poseł na Sejm RP*

Redaktor naukowy i autor raportu

 **mgr Marzena Domańska – Sadynica, MBA**

Ekspert ochrony zdrowia, Prezes Fundacji Eksperci dla Zdrowia, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelnia Łazarskiego

Autor raportu

 **dr n med. Jakub Gierczyński, MBA**

Ekspert ochrony zdrowia, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelnia Łazarskiego

Konsultacja merytoryczna raportu

 **prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska – Ziółkiewicz**

Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytet im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Kierownik Oddziału Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Szpital im. F. Raszei w Poznaniu

 **prof. dr hab. n.med. Krzysztof Strojek**

Konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii, Kierownik Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometaabolicznych Śląski Uniwersytet Medyczny, Kierownik Oddziału Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

 **prof. dr hab. n.med. Leszek Czupryniak**

Kierownik Kliniki, Ordynator Oddziału Klinicznego Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawski Uniwersytet Medyczny

 **prof. dr hab.n. med. Agnieszka Mastalerz – Migas**

Konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

 **dr n. ekon. Małgorzata Gałązka – Sobotka**

Dziekan Studiów Podyplomowych Uczelnia Łazarskiego, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelnia Łazarskiego

SPIS TREŚCI

Wstęp/4

I. OPTIMALIZACJA OPIEKI NAD CHORYM NA CUKRZYCĘ W ŚWIELE DOKUMENTU MINISTERSTWA ZDROWIA „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. RAMY STRATEGICZNE DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021-2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R.” /7

1.1 Perspektywy dla cukrzycy w obszarze Pacjent/9

1.2 Perspektywy dla cukrzycy w obszarze Procesy/10

1.3 Perspektywy dla cukrzycy w obszarze Rozwój/11

1.4 Perspektywy dla cukrzycy w obszarze Finanse/12

1.5 Perspektywa dla cukrzycy w zakresie Kierunki Interwencji/13

II. MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH/ 16

III. KLUCZOWE ASPEKTY RAPORTU NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI Z 2018 ROKU PT.: PROFILAKTYKA I LECZENIE CUKRZYCY TYPU 2/24

IV. STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI ZDROWOTNEJ W DIABETOLOGII/33

V. KOMPLEKSOWA PORADA DIABETOLOGICZNA Z USTALENIEM PLANU LECZENIA/34

4.1. Cel i uzasadnienie/ 37

4.2. Kwalifikacja pacjentów do kompleksowej porady/ 37

4.3 Zakres kompleksowej porady diabetologiczne/37

4.4 Monitorowanie świadczenia/38

4.5 Warunki udzielania świadczenia/38

4.6 Krajowy Rejestr Pacjentów z Cukrzycą/38

4.7 Wdrożenie/39

VI. ZGODNOŚĆ PROPONOWANYCH ROZWIĄZAŃ Z DOKUMENTEM MINISTERSTWA ZDROWIA „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. RAMY STRATEGICZNE DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021-2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R.” /40

Spis tabel i wykresów/42

Bibliografia/43

Załącznik nr 1. Standard organizacyjny opieki w diabetologii - projekt/45

Załącznik nr 2. Kompleksowa porada diabetologiczna z ustaleniem planu leczenia - warunki prawne/65

WSTĘP

Cukrzyca w perspektywie populacji jest istotnym wyzwaniem dla każdego systemu ochrony zdrowia. W Polsce cukrzyca dotyka około 3 mln osób - w tym ok. 10% dorosłej populacji. Szacuje się, że ok. 20% osób nie wie o swojej chorobie. Wg. prognoz NFZ zachorowalność na cukrzycę w Polsce będzie stale wzrastać i w 2025 r. wzrośnie o 7% w stosunku do 2018 r. Jeśli utrzymana zostanie dynamika zachorowalności na cukrzycę – w 2030 r. w systemie NFZ będzie ok. 4,2 mln zdiagnozowanych chorych. Cukrzyca powoduje groźne następstwa w postaci ostrych i przewlekłych powikłań, które skracają oczekiwany czas życia, prowadzą do kalectwa i utraty produktywności, a także pogarszają jakość życia chorego. Na koszt całkowity cukrzycy w systemie opieki zdrowia składają się: koszty diagnostyki i leczenia cukrzycy – ok. 3 mld zł, oraz koszty diagnostyki i leczenia powikłań cukrzycy – ok. 3 mld. zł. Cukrzyca stanowi w ten sposób, poza oczywistymi problemami dla samych chorych i ich rodzin, także znaczący problem organizacyjny dla systemu ochrony zdrowia i obciążenie budżetu państwa. Poprawę jakości życia pacjentów z cukrzycą, a także racjonalizację wydatków przeznaczanych na opiekę nad nimi można uzyskać poprzez optymalizację opieki.

Cukrzyca znalazła się na liście krajowych priorytetów zdrowotnych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 lutego 2018 r. obok chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów i chorób układu oddechowego. W 2021 r. weszła w życie opłata cukrowa, która stanowi dodatkowy przychód Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczany na działania edukacyjne i profilaktyczne oraz świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia świadczeniobiorców z chorobami rozwiniętymi na tle niewłaściwych wyborów i zachowań zdrowotnych, w tym, cukrzycą.

W Raporcie pt.: „Ścieżka opieki nad chorym na cukrzycę. Kluczowe aspekty i rekomendacje zmian” przedstawiono rekomendacje wdrożenia w system ochrony zdrowia „Standardu organizacyjnego opieki w diabetologii” oraz nowego świadczenia „Kompleksowej porady diabetologicznej z ustaleniem planu leczenia”.

Rekomendacje powstały w oparciu o zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i są spójne z kierunkami zmian wyznaczonymi w dokumencie Ministerstwa Zdrowia pt.: „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”.

Raport zawiera analizę dokumentu „Zdrowa Przyszłość” z perspektywy szans dla optymalizacji opieki nad chorymi na cukrzycę w Polsce. Cukrzyca została ujęta w podstawowych obszarach i celach im przypisanych, oraz kluczowych kierunkach interwencji, co stwarza możliwości znaczącej poprawy opieki nad pacjentem z cukrzycą. Wśród wskazanych kierunków zmian jednoznacznie zalecono opracowywanie i implementację standardów organizacyjnych dla często występujących jednostek chorobowych.

„Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w diabetologii” przedstawiony w niniejszym raporcie powstał w efekcie prac Zespołu powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia w dniu 8 marca 2018 roku. Zawiera on zasady i wymagania dotyczące właściwej opieki diabetologicznej w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Diabetologicznej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, jak również leczenia szpitalnego, z uwzględnieniem szczególnych grup pacjentów, na przykład ciężarnych, dzieci i młodzieży, czy też osób dotkniętych zespołem stopy cukrzycowej. Zespół pod przewodnictwem prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Strojka zakończył swoją działalność z dniem 31 sierpnia 2018 roku, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, pozostawiając standard organizacyjny w formie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia.

W celu optymalizacji opieki nad pacjentem z cukrzycą zasadne jest wznowienie i kontynuacja prac nad wdrożeniem „Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w zakresie diabetologii” w system ochrony zdrowia.

Raport zawiera kluczowe aspekty dokumentu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2018 roku w zakresie profilaktyki i leczenia cukrzycy typu 2. W ocenie NIK zadania systemu ochrony zdrowia, związane z zapobieganiem, wczesnym wykrywaniem oraz leczeniem cukrzycy typu 2, nie były realizowane skutecznie. Najwyższa Izba Kontroli uznała za wskazane kierowanie pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne z częstotliwością zalecaną przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne.

W raporcie przedstawiono analizę danych dotyczących powikłań cukrzycowych wśród chorych na cukrzycę za lata 2013- 2018, ścieżkę leczenia pacjenta z cukrzycą typu 2 w systemie przepływu wizyt pomiędzy podstawową opieką zdrowotną - ambulatoryjną opieką zdrowotną i leczeniem szpitalnym za lata 2014-2018 oraz dane dotyczące liczby i struktury porad specjalistycznych udzielanych choremu na cukrzycą typu 2 za rok 2019.

Zgodnie z Zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego prowadzenie chorych na cukrzycę typu 2 leczonych behawioralnie (dieta, aktywność fizyczna) oraz za pomocą doustnych leków przeciwhiperglykemicznych, a także w razie potrzeby rozpoczęcie i prowadzenie insulinoterapii prostej, należy do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego precyzują, kiedy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien skierować chorego z cukrzycą typu 2 do konsultacji diabetologicznej, mianowicie: w przypadku, gdy cele terapeutyczne nie są osiągane; wystąpienia chorób współistniejących, utrudniających leczenie; wystąpienia powikłań cukrzycy; wystąpienia powikłań farmakoterapii; innych szczególnych sytuacji. Zalecenia określają także, że weryfikacja przez lekarzy diabetologów efektów i ustalenie celów leczenia chorych na cukrzycę typu 2 prowadzonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej powinna odbywać się w ramach corocznej kontroli.

Celem realizacji nowego projektu świadczenia „Kompleksowa porada diabetologiczna z ustaleniem planu leczenia” jest przede wszystkim zapobieganie powikłaniom cukrzycy. Do

leczenia w ramach kompleksowej porady kwalifikują się pacjenci z cukrzycą typu 2 u których cele terapeutyczne nie są osiąmane i wynik hemoglobiny glikowanej (HbA1C) wynosi powyżej 7,5% oraz w innych szczególnych sytuacjach utrudniających wyrównanie glikemii nie wyższej niż 7,5%. Każdy pacjent ma prawo raz na rok skorzystać z kompleksowej porady z ustaleniem planu leczenia dotyczącego w szczególności zapobieganiu powikłaniom. W ramach świadczenia zapewniona jest kompleksowa porada diabetologiczna w poradni diabetologicznej.

Ze względu na szczególny charakter porady specjalistycznej w ramach której będzie konieczne wykonanie wiele procedur związanych z rozszerzoną oceną kliniczną pacjenta, edukacją dietetyczną i terapeutyczną, konsultacjami z innymi specjalistami a także opracowaniem indywidualnego planu leczenia, należy opracować nową procedurę medyczną, która realizowana byłaby w poradni diabetologicznej w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia zawartą w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

W ramach kompleksowej porady, lekarz diabetolog dokonuje oceny klinicznej pacjenta, może zlecić pacjentowi dodatkowe badania i konsultacje specjalistyczne, prowadzi edukację dietetyczną i terapeutyczną. Porada zakończona jest indywidualnym planem leczenia zawierającym schemat leczenia farmakologicznego i inne zalecenia w szczególności z zakresu zachowań prozdrowotnych z wyznaczeniem celów leczenia. Druga wizyta może odbyć się w trybie teleporady, w przypadku braku możliwości ustalenia indywidualnego planu leczenia zawierającego schemat leczenia farmakologicznego na pierwszej wizycie.

Monitorowanie i ewaluacja programu obejmują zarówno wskaźniki dotyczące jakości opieki na poziomie ośrodka realizującego program jak i wskaźniki dotyczące efektów leczenia na podstawie powstałej Karty Pacjenta Diabetologicznego, będącej załącznikiem sprawozdawczym związanym z realizacją programu. Dane zawarte w Karcie Pacjenta Diabetologicznego powinny być obligatoryjnie sprawozdawane raz w roku do powstałego Krajowego Rejestru Pacjentów z Cukrzycą.

Wdrożenie w system ochrony zdrowia tj. „Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w diabetologii” oraz nowego świadczenia „Kompleksowa porada diabetologiczna z ustaleniem planu leczenia” przyczynią się do optymalizacji opieki nad osobami z cukrzycą, poprawią jakość ich życia oraz przełożą się na oszczędności w systemie opieki zdrowotnej (mniejsze koszty leczenia powikłań) i społecznej (zmniejszenie absencji chorobowej i niepełnosprawności).

1. OPTIMALIZACJA OPIEKI NAD CHORYM NA CUKRZYCĘ W ŚWIELE DOKUMENTU MINISTERSTWA ZDROWIA „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. RAMY STRATEGICZNE DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021-2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R.”

„Zdrowa Przyszłość” jest dokumentem strategicznym w ochronie zdrowia do 2027 roku z perspektywą do 2030 roku. Przedstawia główne działania oraz niezbędne kierunki zmian, które należy podjąć, aby zapewnić obywatelom dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Wyznaczone cele i narzędzia stanowią ramy strategiczne dla działań wszystkich instytucji w ochronie zdrowia. Skupia w sobie założenia ze społeczno-ekonomicznego programu „Polski Ład”, gdzie system ochrony zdrowia stanowi jeden z głównych obszarów oraz uwzględnia wytyczne Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności.

Odnosi się także do innych kluczowych dokumentów przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia, w szczególności do Narodowego Programu Zdrowia i Narodowej Strategii Onkologicznej. Dokument określa ramy strategiczne koniecznych do podjęcia działań w ramach systemu ochrony zdrowia. Identyfikuje on główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian.

Stanowi kompleksową odpowiedź na nowe wyzwania stojące przed szeroko definiowaną polityką społeczno-gospodarczą współczesnego państwa, w tym przede wszystkim w obszarze zdrowia. Jego uzupełnieniem na poziomie operacyjnym będą m.in. plany transformacji – krajowy i wojewódzkie, które zastąpią regionalne priorytety polityki zdrowotnej i stanowić będą istotny element operacjonalizacji wniosków z mapy potrzeb zdrowotnych.

Dokument w pierwszej części podsumowuje główne elementy demografii, epidemiologii oraz opisuje główne elementy systemu ochrony zdrowia. Przedstawia sytuację demograficzno-epidemiologiczną ludności oraz przegląd systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. W dalszej części wskazuje na najistotniejsze uwarunkowania strategiczne realizacji polityki w ochronie zdrowia. Następnie definiuje wizję oraz cele pogrupowane w obszary: pacjent, procesy, rozwój, finanse. Dla zrealizowania wizji w dokumencie wskazano 15 Celów, które będą realizowane poprzez sześć Kierunków interwencji wyznaczonych do realizacji tych Celów. Kierunki interwencji zostały podzielone na Narzędzia – jest ich 18. Zarówno cele, jak i kierunki interwencji są ze sobą związane i wynikają z diagnozy.

Cukrzyca w świetle strategicznego dokumentu w ochronie zdrowia została wymieniona w aspekcie epidemiologicznym. Razem z chorobą nerek zajęła siódme miejsce w rankingu DALY (wskaźniku określającym liczbę utraconych lat w zdrowiu) w 2019 roku i piątą pozycję w rankingu najczęstszych przyczyn zgonów – w 2019 r. odnotowano ich ok. 12,8 tys., w tym za 60% z nich odpowiedzialna była cukrzyca, dla której liczba zgonów wzrastała od 2002 r.

Szacuje się, że w 2028 r. liczba zgonów z powodu cukrzycy będzie wyższa o prawie 8% w porównaniu do sytuacji z 2019 r.

Ponadto, wśród najistotniejszych czynników ryzyka przyczyniających się do największej liczby zgonów w Polsce wysoki poziom cukru zajmuje czwarte miejsce w ogólnej liczbie zgonów w Polsce oraz w Unii Europejskiej (UE) i stanowi 14,4 % zgonów w Polsce i 12% w UE. Wysoki poziom cukru we krwi zajął piąte miejsce i wynosi 8,8 % w Polsce i 6,9 % w UE.

W dokumencie wskazano nierównomierny i ograniczony dostęp chorego na cukrzycę do świadczeń z zakresu opieki specjalistycznej. Według danych z map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z 2020 roku, ponad dwa miesiące (96 dni) wynosi czas oczekiwania na wizytę w poradni diabetologicznej, pacjenta zakwalifikowanego jako przypadek pilny.

Cukrzyca jako choroba przewlekła, została ujęta w dokumencie Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość” w podstawowych obszarach (Pacjent, Procesy, Rozwój, Finanse) i celach im przypisanych, oraz kluczowych kierunkach interwencji, co stwarza w perspektywie najbliższych lat możliwości znaczącej poprawy opieki nad pacjentem z cukrzycą i zarazem stanowi podstawę do wdrożenia zmian zgodnych z wyznaczonymi kierunkami.

1.1 Perspektywy dla cukrzycy w obszarze Pacjent

Pacjent jest ostatecznym beneficjentem świadczeń zdrowotnych, a długość jego życia w zdrowiu stanowi najlepszą miarę skuteczności systemu. Jakkolwiek na osiągnięcie tego efektu wpływają różnorakie czynniki. Wśród tych najistotniejszych charakterystyk związanych z udzielaniem pacjentowi świadczeń zdrowotnych należy wyróżnić **jakość, dostępność i przyjazność**. Nie można również zapominać o skutecznym zapobieganiu chorobom i pogorszeniu stanu zdrowia realizowanym poprzez działania w obszarze **zdrowia publicznego**.

Tabela 1. Kluczowe cele określone w „Obszarze Pacjent” w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie dostępności do świadczeń, poprawie bezpieczeństwa, zwiększenia zadowolenia i satysfakcji pacjenta oraz rozwoju profilaktyki i skutecznej promocji zdrowia oraz postaw prozdrowotnych.

OBSZAR PACJENT
Cel 1.1 [Dostępność] Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych <i>zniesienie limitów w wybranych grupach świadczeń</i> <i>działania zmierzające ku szerszemu wykorzystaniu rozwiązań telemedycznych</i> <i>prowadzenie serwisów opieki farmaceutycznej</i> <i>rozwój usług cyfrowych takich jak e-rejestracja</i> <i>dostępność farmakoterapii, w szczególności dostępność rynkowa oraz dostępność refundacyjna</i> <i>zwiększanie dostępności pacjentów do nowoczesnych technologii lekowych o udowodnionym działaniu, w tym szczególności technologii długodziałających</i>
Cel 1.2 [Jakość] Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych <i>rozwój akredytacji</i> <i>objęcie świadczeniodawców obowiązkowym systemem monitorowania i informowania o jakości leczenia</i> <i>rozwijanie przez płatnika mechanizmów płacenia za jakość</i> <i>utworzenie systemu monitorowania i wspierania skuteczności farmakoterapii</i>
Cel 1.3 [Przyjazność] Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej <i>rozwój narzędzi teleinformatycznych (e-usługi, infolinia, centra telemonitoringu)</i> <i>utworzenie systemu do monitorowania zadowolenia pacjenta</i> <i>zwiększenie roli pacjentów w kształtowaniu systemu ochrony zdrowia</i>
Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych <i>opracowanie, aktualizacja i realizacja narodowych programów zdrowotnych dla kluczowych chorób przewlekłych o charakterze cywilizacyjnym</i> <i>realizacja programów profilaktycznych, promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych</i> <i>okresowe profilaktyczne bilanse zdrowotne oraz programy badań przesiewowych w grupach podwyższonego ryzyka</i> <i>intensyfikacji działań z zakresu edukacji zdrowotnej</i>

Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość”. M. Domańska-Sadynica

1.2 Perspektywy dla cukrzycy w obszarze Procesy

Osiągnięcie celów perspektywy pacjenta jest możliwe tylko pod warunkiem skutecznej organizacji procesów. Właściwa organizacja systemu wspiera efektywną realizację celów zdrowotnych poprzez odpowiednią alokację i wykorzystanie ograniczonych zasobów. W tej perspektywie pięć obszarów zostało wytypowanych jako szczególnie kluczowe: przejrzystość, obsługa pacjenta, koordynacja opieki, piramida świadczeń oraz opieka społeczna.

Tabela 2. Kluczowe cele w „Obszarze Proces” w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie zapewnienia przejrzystości procedur, rozwoju opieki koordynowanej, optymalizacji piramidy świadczeń innowacji, e-zdrowia.

OBSZAR PROCES
Cel 2.1 [Przejrzystość] Zapewnienie przejrzystości procedur <i>Opracowanie i wdrożenie standardów organizacyjnych opieki, standardów informatyki medycznej oraz udzielania świadczeń telemedycznych, jak również ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznych</i> <i>uporządkowanie standardów prowadzenia dokumentacji i sprawozdawczości (w szczególności rejestrów medycznych)</i>
Cel 2.2 [Obsługa pacjenta] Usprawnienie procesów obsługi pacjenta <i>rozwój narzędzi teleinformatycznych</i>
Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej <i>stworzenie i wdrożenie nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej m.in. kompleksowej opieki bariatrycznej, opieki nad pacjentem z chorobami układu krążenia, cukrzycą, POChP</i> <i>niezbędne jest ustanowienie koordynatora procesu leczenia tj. podmiotu odpowiedzialnego za koordynację opieki nad pacjentem i ciągłość leczenia umiejscowionego na adekwatnym poziomie (POZ, AOS, LS) w zależności od rozpoznania i stopnia zaawansowania choroby w chorobach przewlekłych</i> <i>wzmocnienie współpracy i więzi funkcjonalnych pomiędzy różnymi poziomami opieki m.in. poprzez wzmocnienie funkcji konsultacyjnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego dla podstawowej opieki zdrowotnej, wzmocnienie integracji POZ i AOS</i> <i>wdrożenie narzędzi teleinformatycznych wspomagających komunikację</i>
Cel 2.4 [Piramida świadczeń] Optymalizacja piramidy świadczeń <i>zwiększenie kompetencji AOS, wraz z optymalizacją wyceny świadczeń oraz rozszerzenie katalogu ambulatoryjnych diagnostycznych pakietów specjalistycznych w celu ograniczenia hospitalizacji zachowawczych</i>

Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość”. M. Domańska-Sadynica.

1.3 Perspektywy dla cukrzycy w obszarze Rozwój

Kluczowym elementem systemu ochrony zdrowia są zasoby stanowiące podstawę jego funkcjonowania. Dlatego też ich rozwój jest nieodłącznym warunkiem leżącym u podstawy poprawy systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji - dobrostanu społeczeństwa. W obszarze tym szczególne znaczenie mają: kadry, infrastruktura, e-zdrowie oraz innowacje.

Tabela 3. Kluczowe cele w „Obszarze Rozwój” w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie rozwoju i upowszechnianiu stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia.

OBSZAR ROZWÓJ
Cel 3.3 [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia: dostosowanie podmiotów leczniczych do udzielania świadczeń z zakresu telemedycyny skoordynowany rozwój rejestrów medycznych
Cel 3.4 [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-zdrowia <i>dalejszy rozwój e-usług m.in. poprzez wdrożenie centralnej e-rejestracji, Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, elektronicznej karty szczepień oraz rozwój i upowszechnienie istniejących rozwiązań – IKP, e-wizyty, e-skierowania</i> wdrożenie systemu do komunikacji i wymiany informacji pomiędzy uczestnikami systemu w tym narzędzi umożliwiających <i>konsultację procesu diagnostycznego i ułatwiających koordynację świadczeń</i>

Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość”. M. Domańska-Sadynica.

1.4 Perspektywy dla cukrzycy w obszarze Finanse

Warunkiem koniecznym realizacji celów postawionych w pozostałych obszarach jest zapewnienie ich finansowania. Mając na uwadze utrzymujący się od lat niski (w porównaniu do innych krajów UE/OECD) poziom finansowania systemu ochrony zdrowia oraz rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa niezbędny jest wzrost i dywersyfikacja finansowania przy równoczesnym zapewnieniu wzrostu efektywności wydatkowania.

Tabela 4. Kluczowe cele w „Obszarze Finanse” w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie wzrostu i dywersyfikacji finansowania i efektywności wydatkowania.

OBSZAR FINANSE
Cel 4.1 [Wzrost i dywersyfikacja finansowania] Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do poziomu co najmniej 6% PKB do roku 2023 oraz 7% do 2027 roku dywersyfikacja źródeł jego finansowania i uniezależnienie systemu od dotacji budżetowych, w tym kontekście ważnym elementem są <i>opłaty prozdrowotne takie jak tzw. „opłata cukrowa od napojów”, które z jednej strony zapewniają dodatkowe środki na ochronę zdrowia, a jednocześnie promują postawy prozdrowotne</i>
Cel 4.2 [Efektywność wydatkowania] Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania rozwój mechanizmów płacenia za jakość i/lub efekty zdrowotne w oparciu o obiektywne wskaźniki oraz realizację usług zgodnie z przyjętymi standardami weryfikacja koszyka świadczeń gwarantowanych, listy leków refundowanych, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego pod kątem ich efektywności zdrowotnej oraz stworzenie mechanizmów oceny interwencji w systemie ochrony zdrowia pod kątem wnoszonej przez nie innowacyjności i wartości zdrowotnej

Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość”. M. Domańska-Sadynica.

1.5 Perspektywy dla cukrzycy w zakresie Kierunki Interwencji

W dokumencie „Zdrowa Przyszłość” wskazano sześć kierunków interwencji mających służyć realizacji celów

Tabela 5. Kluczowe narzędzia Kierunku interwencji 1 w perspektywie szans dla cukrzycy w zakresie realizacji programów profilaktycznych, wdrożenia i realizacji działań służących wsparciu osób pracujących i wsparciu działań w kierunku kształtowania postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia.

KIERUNEK INTERWENCJI 1
Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych wypracowanie i wdrożenie w systemie opieki zdrowotnej rozwiązań <i>skoncentrowanych na kompleksowym zapobieganiu chorobom</i>, które wynikają z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnoszą się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowia, wynikających przede wszystkim z chorób cywilizacyjnych (w szczególności: uzależnienia, otyłość, choroby zawodowe, ChUK, POChP, <i>cukrzyca</i>, nowotwory, zaburzenia psychiczne, bóle kręgosłupa, choroby jamy ustnej). wdrażanie programów profilaktycznych obejmujących takie elementy, jak: czynniki ryzyka, wczesne wykrywanie chorób oraz rehabilitację. dla problemów zdrowotnych, dla których brak jest <i>kompleksowych programów zdrowotnych</i>, powinny zostać opracowane skuteczne rozwiązania.
Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących należy rozpocząć realizację projektów służących opracowaniu i wdrożeniu standardów kompleksowej opieki profilaktycznej nakierowanej na wszystkie aspekty zdrowia pracowników
Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia upowszechnienie zdrowego stylu życia, obejmującego także <i>aktywność fizyczną i właściwy sposób odżywiania</i> się powinno być efektem skoordynowanych i zakrojonych na szeroką skalę działań nie tylko organów władzy publicznej, podmiotów leczniczych, ale również organizacji działających na rzecz pacjentów w lokalnej społeczności niezwykle istotnym elementem powinien być <i>rozwój edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności</i> obywateli za swoje zdrowie niezwykle istotne jest również, aby realizowane projekty uwzględniały i wykorzystywały zakrojone na szeroką skalę kampanie świadomościowe, a także badania i analizy wspierające działania w zakresie kształtowania postaw prozdrowotnych

Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość”. M. Domańska-Sadynica.

Tabela 6. Kluczowe narzędzia Kierunku Interwencji 2 w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie poprawy jakości, przyjazności i efektywności systemu ochrony zdrowia, wsparcia i rozwoju opieki koordynowanej.

KIERUNEK INTERWENCJI 2
Narzędzie 2.1 Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej stałe monitorowanie zarówno wskaźników uzyskiwanych wyników leczenia, równości dostępu do świadczeń medycznych, jakości obsługi, a przypadku podmiotów publicznych również efektywności operacyjnej i finansowej konieczna optymalizacja (w opiece zdrowotnej), która może mieć największy wpływ na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia i zapewniające efektywniejsze wydawanie środków przeznaczanych na ochronę zdrowia, co pozwoli uniknąć zagrożenia rosnącymi wydatkami przy braku zmiany wydajności systemu konieczne jest kontynuowanie działań w zakresie upowszechnienia standardów w podmiotach leczniczych
Narzędzie 2.2 Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi <i>koordynowana opieka zdrowotna powinna być jednym z podstawowych kierunków zmian planowanych w najbliższych latach w systemie zarządzania opieką zdrowotną w Polsce</i> działania należy ukierunkować na wypracowanie, przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych

Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość”. M. Domańska-Sadynica.

Tabela 7. Kluczowe narzędzia Kierunku Interwencji 5 w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie poprawy rozwoju usług cyfrowych e-zdrowia.

Narzędzie 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia
stworzenie Centrum Obsługi Pacjenta - pacjent.gov.pl
wymiana Elektronicznej Dokumentacji Medycznej
dalszy rozwój usług e-zdrowia w oparciu o dotychczas uruchomione rozwiązania takie jak e-recepta, Internetowe Konto Pacjenta czy e-skierowanie
rozwiązania wspomagające nawigowanie pacjenta w systemie dostarczające informacji o dostępnych świadczeniach, przypominające o umówionych wizytach, jak i monitorujące i informujące o dostępności leków i ich możliwych brakach
utworzenie rozwiązań wspomagających komunikację (w tym konsultacje) i wymianę dokumentacji pomiędzy poszczególnymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia (pacjentami, pracownikami medycznymi, farmaceutami, świadczeniodawcami, płatnikiem)

Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość”. M. Domańska-Sadynica.

Tabela 8. Kluczowe narzędzia kierunku interwencji 6 w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie rozwoju i upowszechnienia rozwiązań telemedycznych.

KIERUNEK INTERWENCJI 6
Narzędzie 6.1 Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych
telemedycyna rozumiana jako zdalne dostarczanie świadczeń opieki zdrowotnej i informacji medycznej z wykorzystaniem technologii telekomunikacyjnych jest istotnym elementem rozwoju e-zdrowia w Polsce w perspektywie najbliższych lat
wykorzystanie telemedycyny będzie jednym z działań prowadzących do poprawy efektywności i dostępności systemu ochrony zdrowia, a zdalne sposoby udzielania świadczeń stanowią wymierną odpowiedź na potrzeby związane kryzysem epidemicznym oraz istotny element strategii wyjścia.
Narzędzie 6.2 Rozwój koncepcji wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia
wykorzystanie potencjału danych zawartych w systemie informacji medycznej oraz rejestrach medycznych. Przykładem działań tego typu może być utworzenie systemu do monitorowania i wspierania skuteczności farmakoterapii umożliwiającego monitorowanie działań niepożądanych, osiągania celów terapeutycznych i ciągłości leczenia, jak również przeciwdziałanie polipragmazji i antybiotykooporności

Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość”. M. Domańska-Sadynica.

II. MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH

Niniejsza analiza map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia przedstawia dane dotyczące powikłań cukrzycowych wśród chorych na cukrzycę za lata 2013- 2018, ścieżkę leczenia pacjenta z cukrzycą typu 2 w systemie przepływu wizyt pomiędzy podstawową opieką zdrowotną - ambulatoryjną opieką zdrowotną i leczeniem szpitalnym za lata 2014-2018 oraz dane dotyczące liczby i struktury porad specjalistycznych udzielanych choremu na cukrzycą typu 2 za rok 2019.

Analiza powikłań cukrzycowych wśród chorych na cukrzycę

W analizie powikłań cukrzycowych wśród chorych na cukrzycę wyróżniono 5 kategorii powikłań: sercowo-naczyniowe, neuropatie, oczne, nerkowe oraz stopę cukrzycową. Poprzez powikłanie rozumie się chorobę, której diagnoza pojawiła się po diagnozie cukrzycy. Pacjent, u którego pojawiło się powikłanie do końca życia uważany jest za pacjenta z powikłaniem.

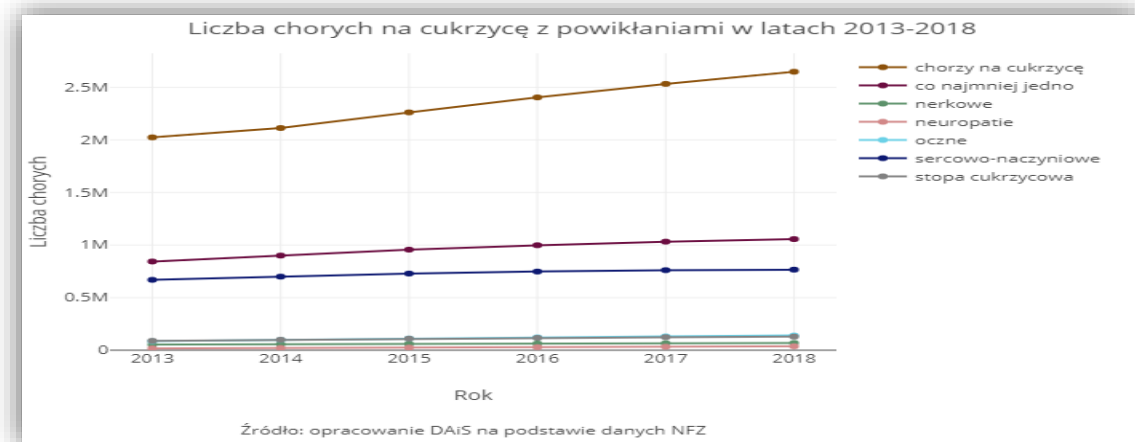
Analizę rozpoczęto od policzenia, jaki odsetek pacjentów cierpi na powikłania z danych kategorii oraz sprawdzenia dynamiki nowo rozpoznawanych powikłań.

Następnie opracowano współlistnienie powikłań oraz obciążenie pacjentów powikłaniami. Zbadano intensywność leczenia w oparciu o częstotliwość wizyt wśród ludzi z powikłaniami przed oraz po ich rozpoznaniu i porównano ją z częstotliwością wizyt wśród chorych na cukrzycę, którzy nie są obciążeni powikłaniami.

Wykonano analizę w wymiarze województw – sprawdzono, czy są różnice pomiędzy województwami w odsetku chorych z powikłaniami wśród chorych na cukrzycę. Porównano obciążenie powikłaniami pomiędzy chorymi na różne typy cukrzycy. Analiza chorych z powikłaniami cukrzycowymi jest istotna, ze względu na fakt, że są to zazwyczaj choroby mające znaczny wpływ na zdrowie pacjentów. Rozwinięte powikłania mogą świadczyć również o tym, że u pacjenta cukrzyca nie była dostatecznie leczona. Chorzy obciążeni powikłaniem wymagają zwiększonej opieki, a czasem również inwazyjnych zabiegów takich jak amputacja stopy cukrzycowej.

Poniższy wykres przedstawia liczbę chorych na cukrzycę w latach 2013-2018 z wyszczególnieniem pacjentów, którzy chorują na powikłanie cukrzycowe z danej kategorii. Przez powikłanie rozumie się chorobę z określonej przez Ekspertów listy powikłań cukrzycowych z obrębu pięciu kategorii, której diagnoza pojawiła się po diagnozie cukrzycy. Przyjmuje się, że pacjent, który raz rozwinięte powikłanie cukrzycowe do końca życia jest pacjentem z powikłaniem. Przykładowo, pacjent, który od 2013 roku choruje na jaskrę, w roku 2015 zdiagnozowaną miał cukrzycę, a od 2017 roku choruje na zaćmę jako pacjent z powikłaniem ocznym traktowany będzie od 2017 roku do śmierci.

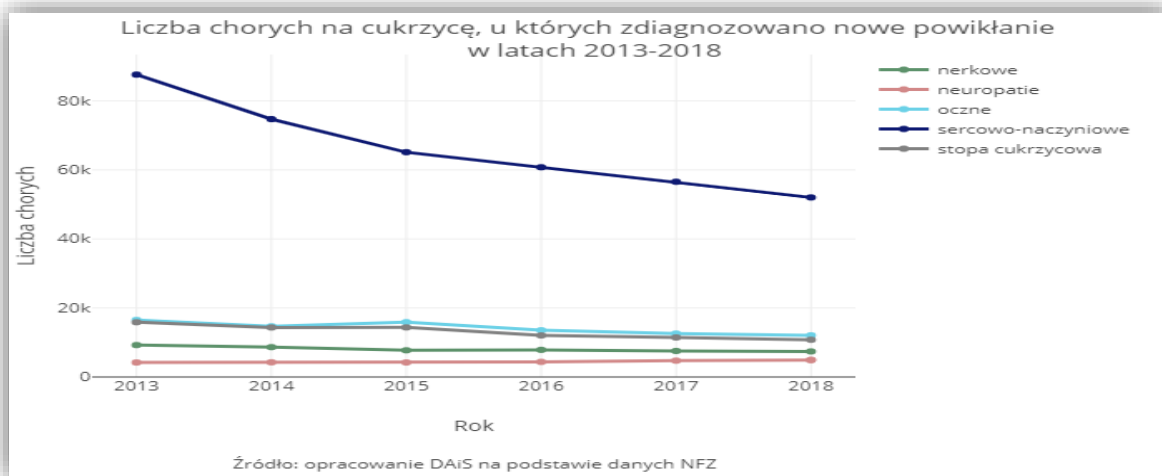
Wykres 1. Liczba chorych na cukrzycę w latach 2013-2018 z wyszczególnieniem pacjentów, którzy chorują na powikłanie cukrzycowe z danej kategorii.



Źródło: mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia.

Poniższy wykres przedstawia liczbę ludzi chorych na cukrzycę, którzy w danym roku po raz pierwszy zareportowane mieli powikłanie z danej kategorii, czyli stali się pacjentem z powikłaniem z tej kategorii. Jeśli pacjent przed diagnozą cukrzycy miał tętniaka, a już jako chory na cukrzycę miał ponownie rozpoznawanego tętniaka, to nie trafi do tej puli. Jeśli jednak będzie miał inne (z dokładnością do pierwszych trzech znaków kodu ICD10) rozpoznanie z kategorii powikłań sercowo-naczyniowych to zostanie uznany za pacjenta z nowo rozpoznanym powikłaniem z tej kategorii.

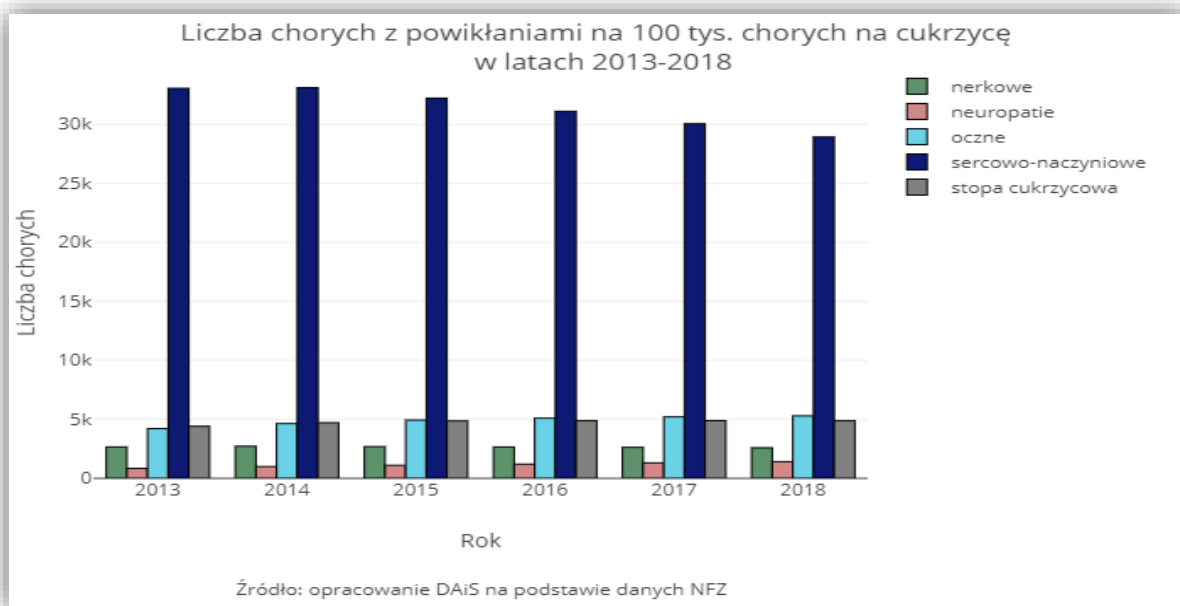
Wykres 2. Liczba chorych na cukrzycę, u których zdiagnozowano nowe powikłanie w latach 2013 – 2018.



Źródło: mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia.

Poniższy wykres przedstawia liczbę chorych na cukrzycę, którzy mają rozwinięte powikłanie z danej kategorii na 100 tysięcy chorych na cukrzycę w latach 2013-2018. Zauważyć można, że problem powikłań z kategorii innych niż sercowo-naczyniowe dotyka relatywnie niewielkiej liczby chorych.

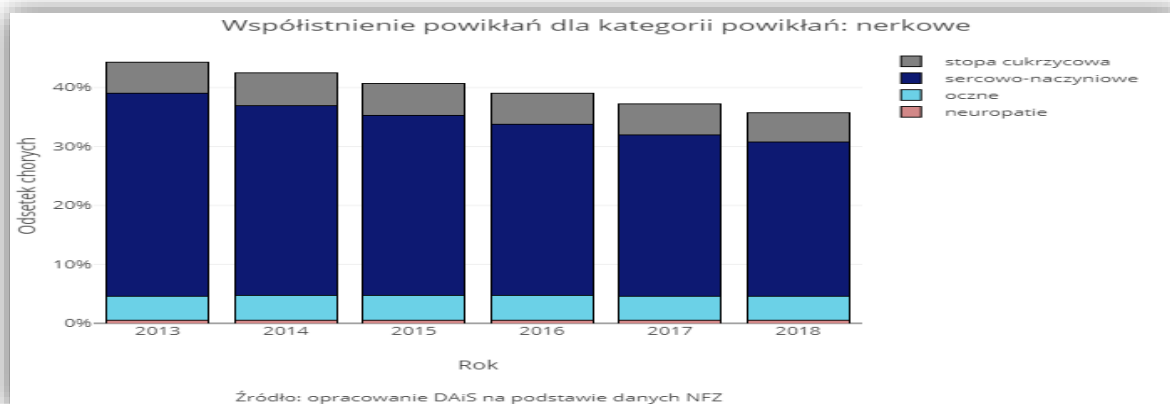
Wykres 3. Liczba chorych z powikłaniami na 100 tys. chorych na cukrzycę w latach 2013-2018.



Źródło: mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia.

Kolejny wykres przedstawia współlistnienie powikłań i dotyczy pacjentów, którzy mają powikłanie z więcej niż jednej kategorii chorób.

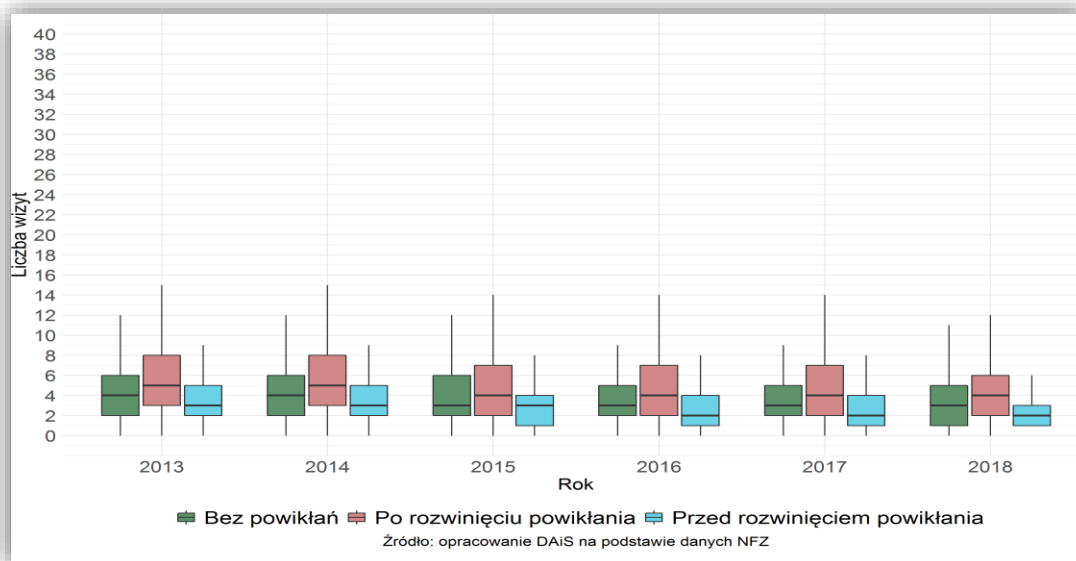
Wykres 4. Współlistnienie powikłań dla kategorii: nerkowe



Źródło: mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia.

Poniższy wykres przedstawia liczbę wizyt realizowanych rocznie przez pacjentów chorych na cukrzycę w podziale na trzy grupy: pacjentów, którzy nigdy w obserwowanej historii nie mieli zareportowanego powikłania (kolor zielony), pacjentów, którzy mają już rozwinięte powikłanie (kolor różowy) oraz pacjentów, którzy jeszcze nie mają rozwiniętego powikłania, ale w przyszłości mieli powikłanie zareportowane.

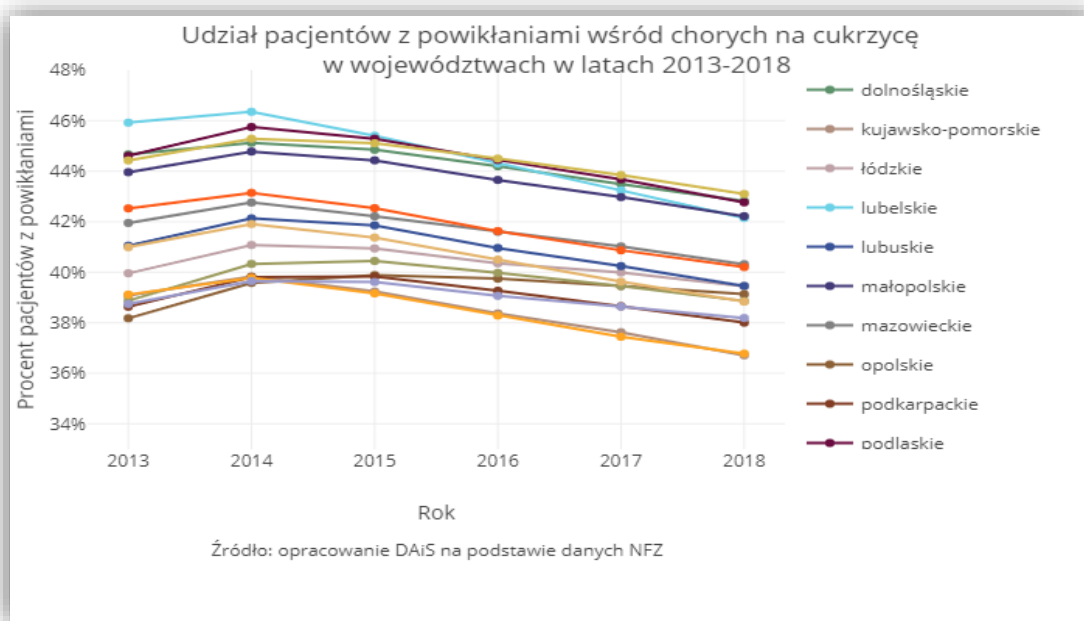
Wykres 5. Liczba wizyt cukrzycowych realizowanych w roku w zależności od wystąpienia powikłania.



Źródło: mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia

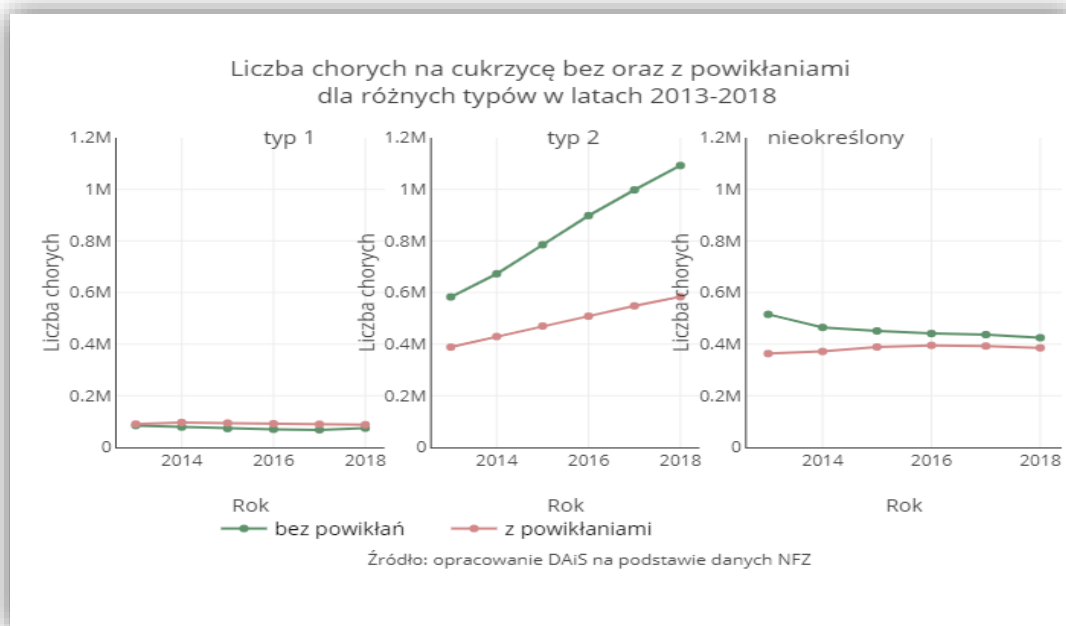
Poniższy wykres przedstawia udziały pacjentów z powikłaniami wśród chorych na cukrzycę w województwach. Zauważyć można, że udziały oscylują w granicach 40%, a różnice między województwami nie są bardzo duże. Udziały systematycznie maleją od roku 2014, przy czym w niektórych szybciej niż w innych.

Wykres 6. Udział pacjentów z powikłaniami wśród chorych na cukrzycę w województwach w latach 2013-2018.



Źródło: mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia.

Wykres 7. Liczba chorych na cukrzycę bez oraz z powikłaniami dla różnych typów w latach 2013-2018.

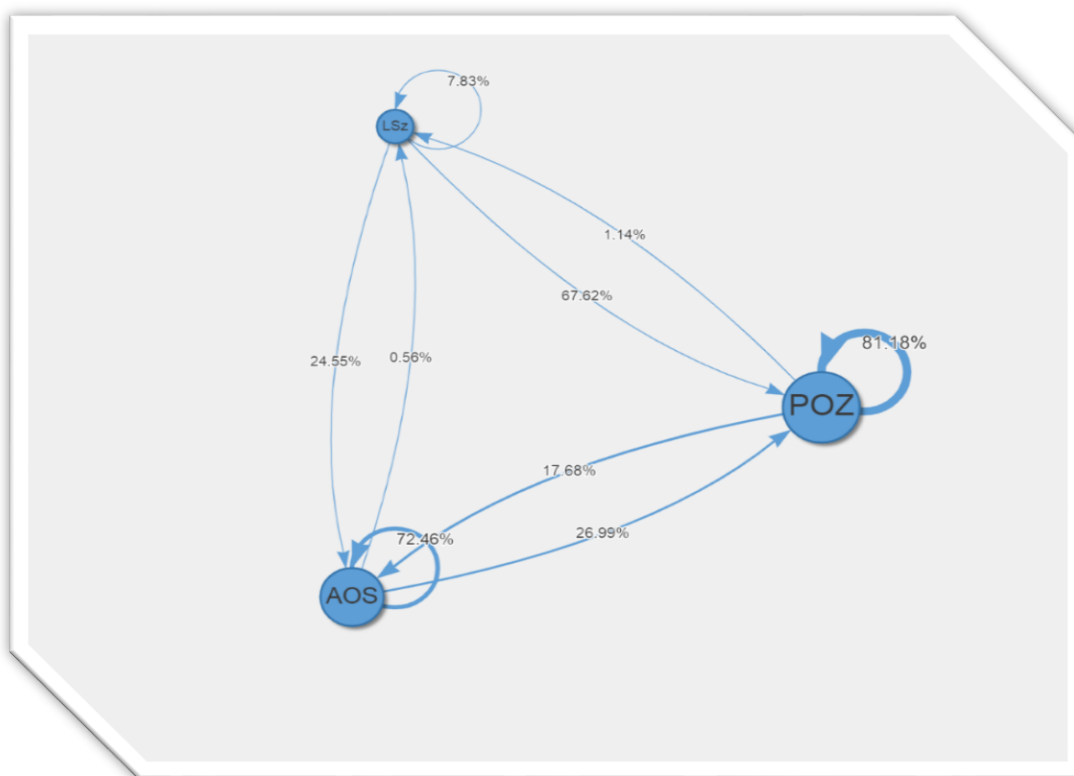


Źródło: mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia.

Ścieżka leczenia pacjenta z cukrzycą typu 2 w systemie ochrony zdrowia

Na poniższym wykresie przedstawiono ścieżki leczenia pacjentów wyznaczone przy użyciu łańcuchów Markowa. Na wykresie uwzględniano jedynie pacjentów nowo rozpoznanych w latach 2014-2018 z cukrzycą typu 2. W analizie uwzględniono trzy najważniejsze z punktu widzenia leczenia cukrzycy świadczenia - Podstawową Opiekę Zdrowotną, Ambulatoryjne Świadczenia Specjalistyczne oraz Leczenie szpitalne.

Wykres. 8. Ścieżka leczenia pacjentów chorych na cukrzycę z typem 2 dla pełnej populacji.



Źródło: mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia.

W powyższym wykresie przedstawiono przepływy pomiędzy placówkami wizyt pacjentów z cukrzycą typu 2.

Łączna liczba wizyt w POZ wynosi 3 419 346. Liczba przepływów wizyt pomiędzy POZ a POZ wynosi 2 869 420 (81,18%). Liczba przepływów z POZ do leczenia szpitalnego wynosi 40 152 (1,14%). Liczba przepływów z POZ do AOS wynosi 624 976 wizyt (17,68%). Liczba przepływów wizyt z AOS do POZ wynosi 498 378 (26,99 %).

Liczba wizyt w AOS wynosi 1 981 780. Liczba przepływów z AOS do AOS wynosi 1 338 091. Liczba przepływów z AOS do leczenia szpitalnego wynosi 10 321 (0,56%). Liczba przepływów z leczenia szpitalnego do AOS wynosi 18 713 (24,55%). Liczba wizyt w leczeniu szpitalnym wynosi 56 445. Liczba przepływów z leczenia szpitalnego do leczenia szpitalnego wynosi 5 972 (7,83%). Liczba przepływów z leczenia szpitalnego do POZ wynosi 51 550 (67,62%).

Struktura porad specjalistycznych udzielanych w cukrzycy typu 2 w 2019 roku

Przez porady wykazane w danych Narodowego Funduszu Zdrowia rozumie się każdy kontakt sprawozdany w ramach umowy dotyczącej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W roku 2019 udzielono łącznie 1 mln 829 tysięcy porad specjalistycznych według rozpoznania ICD -10 cukrzyca insulinozależna, (kod ICD-10 E11). Najwięcej porad udzielono w poradni diabetologicznej, gdzie liczba porad wyniosła 1 mln 717 tysięcy a udział poradni diabetologicznej w strukturze poradni specjalistycznych wyniósł ponad 93,88%. Szczegółowe dane dotyczące udzielania porad specjalistycznych pacjentom z cukrzycą typu 2 zawarto w tabeli poniżej. Kolejna tabela zawiera liczbę tych porad w odniesieniu do wieku i płci.

Tabela 9. Struktura porad udzielonych pacjentom z rozpoznaniem ICD-10 cukrzyca insulinozależna, (kod ICD-10 E11) w 2019 roku według typu poradni.

Poradnia	Liczba porad	Udział porad [%]
Poradnia diabetologiczna	1 717 164	93,88
Poradnia chirurgii ogólnej	49 029	2,68
Poradnia okulistyczna	13 495	0,74
Poradnia nefrologiczna	10 259	0,56
Poradnia endokrynologiczna	10 134	0,55
Poradnia chorób metabolicznych	7 844	0,43
Poradnia kardiologiczna	6 164	0,34
Poradnia chirurgii naczyniowej	5 180	0,28
Poradnia geriatryczna	2 988	0,16
Poradnia chorób naczyń	1 522	0,08
Poradnia neurologiczna	1 367	0,07
Pozostałe poradnie	3 897	0,21

Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia. M. Domańska-Sadynica.

Tabela 10. Liczba udzielonych porad pacjentom z rozpoznaniem ICD-10 cukrzyca insulinozależna, (kod ICD-10 E11) w poradniach specjalistycznych w 2019 roku w zależności od wieku i płci.

Grupa wiekowa	Płeć	Liczba porad
poniżej 18	K	190
poniżej 18	M	192
18-39	K	16 527
18-39	M	14 104
40-64	K	265 888
40-64	M	345 145
65+	K	665 224
65+	M	521 763

Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia. M. Domańska-Sadynica

W roku 2019 w 733 poradniach diabetologicznych udzielono łącznie 1 mln 717 tysięcy porad. Największą liczbę porad udzielonych w poradni diabetologicznej w przeliczeniu na liczbę mieszkańców odnotowano w województwie śląskim. Liczba ta wyniosła prawie 67 porad na tysiąc mieszkańców. Na drugim i trzecim miejscu znalazły się w kolejności, województwo podlaskie z liczbą 64 porad na tysiąc mieszkańców i województwo łódzkie z liczbą 61 porad na tysiąc mieszkańców. Najmniejszą liczbę porad odnotowano w województwie lubuskim, nieco ponad 26 porad na tysiąc mieszkańców.

Tabela 11. Liczba porad udzielonych w poradni diabetologicznej w 2019 roku według rozpoznania ICD-10 cukrzyca insulinozależna, (kod ICD-10 E11) przypadająca na tys. mieszkańców.

Lp.	Województwo	Liczba porad	Populacja	L. porad na tys. mieszkańców	Liczba poradni	L. poradni na 10 tys. mieszkańców
1	śląskie	302 645	4 517 635	66,99	126	0,28
2	podlaskie	75 588	1 178 353	64,15	121	1,03
3	łódzkie	150 760	2 454 779	61,41	309	1,26
4	małopolskie	189 886	3 410 901	55,67	403	1,18
5	podkarpackie	105 334	2 127 164	49,52	224	1,05
6	pomorskie	112 481	2 343 928	47,99	256	1,09
7	wielkopolskie	158 986	3 498 733	45,44	353	1,01
8	opolskie	43 728	982 626	44,5	116	1,18
9	świętokrzyskie	54 493	1 233 961	44,16	142	1,15
10	lubelskie	91 434	2 108 270	43,37	228	1,08
11	kujawsko-pomorskie	83 100	2 072 373	40,1	235	1,13
12	mazowieckie	209 130	5 423 168	38,56	652	1,2
13	warmińsko-mazurskie	53 016	1 422 737	37,26	135	0,95
14	dolnośląskie	96 709	2 900 163	33,35	349	1,2
15	zachodniopomorskie	54 608	1 696 193	32,19	137	0,81
16	lubuskie	26 628	1 011 592	26,32	103	1,02

Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia. M. Domańska-Sadynica.

III. KLUCZOWE ASPEKTY RAPORTU NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI Z 2018 ROKU PT.: PROFILAKTYKA I LECZENIE CUKRZYCY TYPU 2

W lutym 2018 roku Najwyższa Izba Kontroli (NIK) opublikowała wyniki kontroli Profilaktyka i Leczenie Cukrzycy Typu II (Nr ewid. 193/2017/P/17/057/KZD).

W przedstawionym dokumencie dokonano analizy między innymi udzielanych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z cukrzycą typu 2 w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, kompleksowej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz leczeniu szpitalnym.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, „zadania systemu ochrony zdrowia, związane z zapobieganiem, wczesnym wykrywaniem oraz leczeniem cukrzycy typu 2, nie były realizowane skutecznie”

Pomimo uznania cukrzycy za chorobę cywilizacyjną oraz wskazania, że jednym z priorytetów zdrowotnych ustalonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia jest przeciwdziałanie cukrzycy, działania Ministra, odpowiedzialnego za kształtowanie polityki zdrowotnej państwa, były niewystarczające. Nie opracowano ogólnokrajowej strategii ukierunkowanej na prewencję, leczenie oraz opiekę nad osobami chorymi na cukrzycę. Według Raportu NIK, Minister Zdrowia nie rozpoznał, w wystarczającym stopniu, potrzeb zdrowotnych ludności w badanym zakresie i nie określił liczby lekarzy diabetologów niezbędnych do sprawowania opieki nad populacją pacjentów chorych na cukrzycę.

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

W szczególności:

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

W ocenie NIK, „powyższe działania nie doprowadziły do poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów diabetologicznych”

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

Stwierdzono istotne nieprawidłowości u świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z cukrzycą typu 2 w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej

Brak odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej wskazuje, że lekarze nie stosowali zasad postępowania medycznego wobec osób zagrożonych cukrzycą i pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, wskazanych w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego lub nierzetelnie prowadzili dokumentację. Do stosowania wspomnianych zaleceń zobowiązywały umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przez świadczeniodawcę z NFZ na podstawie zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W szczególności:

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

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

Stwierdzono brak poprawy w dostępie do świadczeń zdrowotnych w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

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

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

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

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

Liczba pacjentów chorych na cukrzycę, oczekujących na świadczenia w poradni diabetologicznej, sukcesywnie zwiększała się w okresie objętym kontrolą i w przypadkach pilnych wynosiła - odpowiednio w badanym okresie - 476, 563 i 777 osób, a w przypadkach stabilnych na świadczenia oczekiwało odpowiednio - 23,0 tys., 24,2 tys. i 26,0 tys. osób.

Stwierdzono zmniejszenie udzielanych świadczeń w ramach leczenia szpitalnego dla pacjentów z cukrzycą typu 2

Liczba świadczeniodawców stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitali) udzielających świadczeń pacjentom z rozpoznaniem głównym „cukrzyca” ulegała sukcesywnemu zmniejszeniu (z 564 – w 2015 r. do 562 – w 2016 r. oraz do 552 – w I półroczu 2017 r.; tj. o 2,2%).

Natomiast świadczenia w zakresie diabetologii, zakontraktowane zostały tylko z 28 szpitalami (żadnego kontraktu nie zawarto w trzech województwach). Oddziały diabetologiczne (ogółem 15) funkcjonowały tylko na terenie siedmiu spośród 16 OW NFZ.

Wartość świadczeń udzielonych pacjentom z cukrzycą typu 2 (łącznie na wszystkich oddziałach) wzrosła o 3,4% w 2016 r. w porównaniu z rokiem 2015, przy czym na oddziałach diabetologicznych – utrzymała się prawie na tym samym poziomie (spadek o 0,3%), a na pozostałych oddziałach – była większa o 3,7% (w 2016 r. w porównaniu z 2015 r.).

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

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

Stwierdzono wzrost całkowitych kosztów leczenia cukrzycy

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

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

Stwierdzono wzrost kosztów leczenia powikłań cukrzycy typu 2

W latach 2015–2016 w strukturze kosztów leczenia powikłań cukrzycy w ramach hospitalizacji, największy udział miały choroby serca – 86% (odpowiednio w poszczególnych latach – 347,4 mln zł i 339,9 mln zł), udary – 11% (45,5 mln zł i 42,8 mln zł) i zespół stopy cukrzycowej – 2% (9,5 mln zł i 9,9 mln zł). W I półroczu 2017 roku struktura tych kosztów wynosiła odpowiednio – 88% (176,8 mln zł), 9% (18,8 mln zł) i 2% (4,3 mln zł). Szczególną uwagę zwraca fakt, że koszty leczenia powikłań cukrzycy typu 2 w ramach hospitalizacji były wyższe od kosztów hospitalizacji z powodu cukrzycy o 337,7% w roku 2015, o 322,9% – w roku 2016 i o 320,2% w I półroczu 2017 r.

Należy podkreślić, że w strukturze kosztów leczenia powikłań cukrzycy w ramach AOS dominowały powikłania powodujące choroby serca odpowiednio w latach 72% (4,7 mln zł), 74% (5,7 mln zł) i 76% (3,0 mln zł) oraz zespół stopy cukrzycowej – 25% (1,6 mln zł), 22% (1,7 mln zł) i 21,2% (0,9 mln zł).

W 2016 r. koszty leczenia powikłań, w ramach AOS (7,7 mln zł), były o 17,5% wyższe niż w roku 2015 (6,5 mln zł), a liczba leczonych pacjentów była wyższa o 17,0%. W I półroczu 2017 r. koszty leczenia powikłań wyniosły 4,0 mln zł. W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów z powikłaniem zespołu stopy cukrzycowej w AOS wzrosła z 6.514 do 7.000 osób (tj. o 7,5%).

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

Niepokojącym jest fakt, że liczba amputacji (z powodu tych powikłań) wzrosła w tym okresie o 16,2% (z 1.103 do 1.283) i wydatkowano na ten cel o 16% więcej w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. (wzrost z 6,2 mln zł w 2015 r. do 7,1 mln zł w 2016 r.). W I kwartale 2017 r. liczba amputacji wynosiła 324 i wydatkowano na ten cel 1,7 mln zł.

Odnotowano niepoprawne wyniki w przypadku udzielania świadczeń w zakresie prowadzenia profilaktyki cukrzycy typu 2 w ramach POZ

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

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

Nie przestrzegano także obowiązku rzetelnego prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta (art. 25 ust. 1 pkt 3) oraz rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej (§ 41 ust. 3 pkt 1–4 i ust. 4 pkt 4, 6–8), ponieważ nie odnotowywano w niej wszystkich niezbędnych informacji.

Analiza dokumentacji medycznej 165 pacjentów wykazała, że wszystkie wymagane i obowiązkowe informacje o stanie zdrowia odnotowane były w dokumentacji medycznej tylko 11 pacjentów (6,7% badanej dokumentacji), pełny wywiad pod kątem możliwości zaliczenia pacjenta do grupy ryzyka chorych na cukrzycę typu 2 odnotowano w dokumentacji medycznej tylko 24 pacjentów

(14,5%), a wykonanie oznaczenia glikemii przygodnej, czyli badania będącego podstawą do rozpoznania cukrzycy odnotowano w dokumentacji medycznej tylko 82 pacjentów (49,7%).

Stwierdzono niepoprawne wyniki leczenia cukrzycy typu 2, złe w przypadku udzielania świadczeń w ramach POZ i AOS

Braki odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej mogą wskazywać, że świadczeniodawcy nie przestrzegali obowiązku realizowania zaleceń PTD dotyczących zarówno kierowania pacjentów na badania diagnostyczne i na konsultacje specjalistyczne, jak i przestrzegania ich częstotliwości.

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

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

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

Natomiast analiza dokumentacji medycznej 269 pacjentów leczonych lub konsultowanych przez diabetologa wykazała, że w dokumentacji medycznej tylko siedmiu pacjentów (2,6%) odnotowano skierowanie ich raz w roku na wszystkie (5) badania diagnostyczne, a żadnego pacjenta nie skierowano raz w roku do pięciu specjalistów na konsultacje, a spośród 252 osób (93,7%) niektóre zostały skierowane do jednego specjalisty a niektóre do żadnego.

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

Stwierdzono niepoprawne wyniki leczenia cukrzycy typu 2 w przypadku udzielania świadczeń w ramach KAOS

W toku kontroli procesu leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 w ramach KAOS stwierdzono, że lekarze nie wywiązywali się z obowiązku kierowania pacjentów na wszystkie wymagane w ciągu roku badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne określone w zarządzeniu Prezesa NFZ (w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS).

Analiza dokumentacji medycznej 100 pacjentów wykazała., że tylko 51% pacjentów skierowanych zostało na wszystkie (5) zalecone badania diagnostyczne w wymaganym czasie.

W przypadku jednego świadczeniodawcy (spośród 5 objętych kontrolą, u których realizowane są świadczenia w ramach KAOS) stwierdzono nieprawidłowości dotyczące dni i godzin funkcjonowania poradni KAOS, a lekarze, którzy wg harmonogramu pracy winni udzielać świadczeń w tej poradni, pracowali w tym czasie w innej poradni (diabetologicznej) lub u innego świadczeniodawcy.

Oznacza to w praktyce, że wprowadzenie KAOS nie spełniło, w badanych podmiotach, podstawowego celu, tj. nie zapewniło kompleksowej opieki nad pacjentem diabetologicznym

Zlecanie przedmiotowych badań rzadziej niż raz w roku naruszało również warunki realizacji umowy z NFZ w tym zakresie.

Stwierdzono niepoprawne wyniki leczenia cukrzycy w przypadku udzielania świadczeń w stacjonarnej opiece zdrowotnej

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

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

Wnioski Najwyższej Izby Kontroli

Wnioski Najwyższej Izby Kontroli obejmują zalecenia do Ministra Zdrowia, wnioski do udzielanych świadczeń zdrowotnych pacjentom z cukrzycą typu 2 w odniesieniu do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wnioski do udzielanych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 w odniesieniu do POZ, AOS, KAOS, LSP

WNIOSKI NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI DO MINISTRA ZDROWIA

Najwyższa Izba Kontroli uznała za zasadne:

1. Przygotowanie przez Ministra Zdrowia ogólnopolskiego, kompleksowego programu działań mających na celu zapobieganie, wczesną diagnozę i leczenie cukrzycy.
2. Podjęcie działań w celu oszacowania populacji chorych niezdiagnozowanych, którzy nie wiedzą, że chorują na cukrzycę i wypracowanie metod dotarcia do tych osób z odpowiednią informacją o objawach i skutkach tej choroby, a także zachęcenia ich do wykonania odpowiedniej diagnostyki i rozpoczęcia terapii.
3. Zintensyfikowanie działań mających na celu opracowanie modelu planowania kadr medycznych.
4. Wzmocnienie systemu ochrony zdrowia poprzez zapewnienie skuteczniejszego nadzoru nad profilaktyką cukrzycy oraz opieką nad chorym na tę chorobę (m.in. w zakresie zapewnienia efektywnej współpracy lekarzy POZ, diabetologów i innych specjalistów), a także podjąć skoordynowane działania, w skali całego społeczeństwa, w celu ograniczenia dynamiki nowych przypadków cukrzycy.

WNIOSKI NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI WNIOSKI DO UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH DLA PACJENTÓW CHORYCH NA CUKRZYCĘ TYPU 2 W ODNIESIENIU DO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Najwyższa Izba Kontroli wnosi o podjęcie działań mających na celu:

1. Zapewnienie dostępu pacjentom z cukrzycą do świadczeń realizowanych w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą.
2. Kompleksowego leczenia ran przewlekłych na terenie wszystkich OW NFZ.

WNIOSKI NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI DO UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH DLA PACJENTÓW CHORYCH NA CUKRZYCĘ TYPU 2 W ODNIESIENIU DO POZ, AOS, KAOS, LSP

Najwyższa Izba Kontroli uznała za wskazane:

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

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

III. STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE DIABETOLOGII

W dniu 8 marca 2018 roku został powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia (z dnia 5 marca 2018 roku) **Zespół do spraw opracowania standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w zakresie diabetologii pod przewodnictwem prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Strojka – Konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii.**

W skład członków Zespołu weszli: Agnieszka Jankowska – Zduńczyk – ówczesna Konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, Alicja Szewczyk- Konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, Beata Ostrzycka- Konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, prof. dr. hab. n. med. Dorota Zozulińska- Ziółkiewicz - obecna Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, dr Beata Stepanow - Prezes Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej, Anna Śliwińska – Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, prof. dr. n. med. Leszek Czupryniak – Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, prof. dr. hab. n.med. Maciej T. Małecki - ówczesny Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz przedstawiciele Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia i Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia.

Zespół zakończył swoją działalność z dniem 31 sierpnia 2018 roku, zgodnie z zapisami Rozporządzenia. Zwieńczeniem pracy Zespołu było opracowanie Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w diabetologii i przygotowanie dokumentu w formie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w zakresie diabetologii jest dokumentem, w którym opisano zasady i wymagania dotyczące właściwej opieki diabetologicznej w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Diabetologicznej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej jak również leczenia szpitalnego, z uwzględnieniem szczególnych grup pacjentów, na przykład ciężarnych, dzieci i młodzieży, czy też osób dotkniętych zespołem stopy cukrzycowej.

Pełna treść projektu rozporządzenia zawarta jest w Załączniku nr 1.

IV. KOMPLEKSOWA PORADA DIABETOLOGICZNA Z USTALENIEM PLANU LECZENIA

Niezależnie od wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w zakresie diabetologii, pozostaje do rozwiązania pilna potrzeba podjęcia działań w kierunku zapobiegania powikłaniom w cukrzycy typu 2.

Istotnym problemem jest długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, co potwierdzają analizy wykonane w ramach mapy potrzeb zdrowotnych w 2020 r, przywołane w dokumencie Ministerstwa Zdrowia wskazujące, że ponad dwa miesiące musieli czekać pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne do poradni diabetologicznej (96 dni).

Wskazano, że jeśli przebieg choroby w przypadku cukrzycy nie jest odpowiednio kontrolowany, to wówczas może doprowadzić do wielu groźnych powikłań, mających wpływ na znaczne pogorszenie jakości życia pacjenta, a także przedwczesną śmierć.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w „Zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorych z cukrzycą 2021” wskazuje, że weryfikacja przez lekarzy diabetologów efektów i ustalenie celów leczenia chorych na cukrzycę prowadzonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej powinna odbywać się w ramach corocznej kontroli. Zalecenia precyzują, kiedy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien skierować chorego z cukrzycą typu 2 do konsultacji diabetologicznej, mianowicie w przypadku, gdy cele terapeutyczne nie są osiągane; wystąpienia chorób współistniejących, utrudniających leczenie; wystąpienia powikłań cukrzycy; wystąpienia powikłań farmakoterapii; innych szczególnych sytuacji.

Niski poziom finansowania świadczeń z zakresu diabetologii w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna a także brak możliwości porady psychologicznej i dietetycznej w ramach umów zawartych przez poradnie diabetologiczne z Narodowym Funduszem Zdrowia nie zapewnia udzielania świadczeń zgodnie z w/w stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Poniżej przedstawiono zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w ramach zadań podstawowej opieki zdrowotnej.

ZALECENIA POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO W RAMACH ZADAŃ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Promocja zdrowia, identyfikacja czynników ryzyka, profilaktyka zaburzeń gospodarki węglowodanowej, edukacja w zakresie stanów przedcukrzycowych i cukrzycy typu 2.

1. Diagnostyka zaburzeń gospodarki węglowodanowej.
2. Kierowanie do poradni diabetologicznej w celu przewlekłego leczenia w przypadku:

- + cukrzycy typu 1;
- + innych specyficznych typów cukrzycy;
- + trudności w ustaleniu typu cukrzycy;
- + każdego typu cukrzycy u dzieci i młodzieży oraz u kobiet planujących ciążę i kobiet w ciąży.

3. Leczenie stanów przedcukrzycowych.

4. Leczenie cukrzycy typu 2 w tym insulinoterapia prosta.

5. Kierowanie do konsultacji diabetologicznej (rzadziej do przewlekłego leczenia) w przypadku:

- + gdy cele terapeutyczne nie są osiąmane, skierowanie przede wszystkim w celu intensyfikacji leczenia insuliną;
- + wystąpienie chorób współistniejących, utrudniających leczenie;
- + wystąpienie powikłań cukrzycy;
- + wystąpienie powikłań farmakoterapii;
- + innych szczególnych sytuacji

ZALECENIA POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO W RAMACH ZADAŃ OPIEKI AMBULATORYJNEJ

weryfikacja efektów i ustalenie celów leczenia chorych na cukrzycę prowadzonych przez lekarzy POZ w ramach corocznej kontroli;

- + prowadzenie chorych na cukrzycę leczonych iniekcjami (insulina, agoniści receptora GLP-1);
- + prowadzenie osób z cukrzycą metodą ciągłego podskórnego wlewu insuliny (CSII, continuous subcutaneous insulin infusion) za pomocą osobistej pompy insulinowej (OPI);
- + prowadzenie diagnostyki różnicowej typów cukrzycy, w tym cukrzycy monogenowej i skojarzonej z innymi chorobami;
- + diagnostyka, prewencja i prowadzenie osób z cukrzycą w zakresie późnych powikłań;
- + edukacja diabetologiczna;
- + diagnostyka i prowadzenie cukrzycy u kobiet w okresie ciąży;
- + diagnostyka i leczenie schorzeń współistniejących z cukrzycą;
- + coroczna kontrola zgodnie z bieżącymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

ZALECENIA POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO W ZAKRESIE WYMOGÓW ORGANIZACYJNYCH DLA SPECJALISTYCZNYCH PORADNI DIABETOLOGICZNYCH

W skład zespołu opiekującego się osobą z cukrzycą w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) wchodzi;

A. Lekarz: specjalista diabetolog z zakresu diabetologii lub specjalista chorób wewnętrznych z co najmniej 2-letnim stażem zawodowym na oddziale lub w poradni diabetologicznej lub lekarz w trakcie 2. roku specjalizacji z diabetologii; w przypadku poradni specjalistycznej dla dzieci i młodzieży specjalista z zakresu diabetologii lub specjalista w zakresie diabetologii i endokrynologii dziecięcej, lub specjalista pediatra z co najmniej 2-letnim stażem zawodowym w poradni lub na oddziale diabetologii dziecięcej, bądź lekarz na 2. roku specjalizacji z diabetologii lub diabetologii i endokrynologii dziecięcej.

B. Pielęgniarka: pielęgniarka ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub ukończonym kursem „Edukator w Cukrzycy” lub pielęgniarka ze specjalizacją z pielęgniarstwa internistycznego, lub ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa., lub co najmniej 2 -letnim stażem na oddziale diabetologii lub specjalistycznej poradni diabetologicznej.

C. Dietetyk w pełnym wymiarze zatrudnienia desygnowany wyłącznie do edukacji dietetycznej.

D. Psycholog – dostęp do opieki psychologicznej w uzasadnionych indywidualnych przypadkach (*zatrudniony lub dostępny w ramach konsultacji*).

E. Dostęp do konsultacji specjalistycznych w celu cyklicznego monitorowania stanu powikłań, między innymi: okulista; nefrolog; neurolog; chirurg naczyniowy lub angiolog; kardiolog; ortopeda.

F. Pracownik socjalny

Zespół terapeutyczny, składający się z: 1 lekarza, 1 pielęgniarki mającej doświadczenie w opiece nad chorymi chorymi na cukrzycę, 1 dietetyka (zatrudniony w niepełnym wymiarze godzin) oraz z psychologa, zapewnia opiekę dla 800 dorosłych osób chorych na cukrzycę.

Dzieci i młodzież, kobiety w ciąży – patrz rozdziały tematyczne.

G. Wyposażenie poradni specjalistycznych:

- ✚ wymagane: waga lekarska, ciśnieniomierze, glukometry, widełki stroikowe 128 Hz, monofilament, waga spożywcza;
- ✚ zalecane (nieobowiązkowe): system podskórnego monitorowania glikemii, Holter RR, oftalmoskop, neurotesjometr, zestaw komputerowy do odczytu i wydruku danych pamięci glukometrów, osobistych pomp insulinowych oraz systemów ciągłego monitorowania glikemii. Jednakże posiadanie zestawu komputerowego pozwalającego

na odczyt danych z pompy oraz systemu ciągłego monitorowania glikemii jest niezbędnym warunkiem właściwego prowadzenia chorych z cukrzycą typu 1 leczonych za pomocą osobistej pompy insulinowej.

4.1 Cel i uzasadnienie

W celu zapewnienia właściwego postępowania terapeutycznego dla pacjentów z cukrzycą, a tym samym zapobieganiem powikłaniom u pacjentów z cukrzycą typu 2 należy rozważyć wprowadzenie jako nowego świadczenia realizowanego w ramach umowy z NFZ kompleksowej porady diabetologicznej z ustaleniem planu leczenia dla pacjenta z cukrzycą typu 2.

Nowe świadczenia poprawi dostępność do optymalnego leczenia cukrzycy typu 2 u pacjentów, w tym zapewni właściwe postępowanie terapeutyczne oraz monitorowanie wskaźników dotyczących jakości opieki.

Realizacja świadczenia może w szczególności wpłynąć na obniżenie odsetka śmiertelności odległej z powodu cukrzycy, jak również ma na celu przywrócenie zdolności do pracy osobom w wieku produkcyjnym, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności.

4.2 Kwalifikacja pacjentów do kompleksowej porady

Do leczenia w ramach kompleksowej porady diabetologicznej z ustaleniem planu leczenia kwalifikują się pacjenci:

- ✚ u których cele terapeutyczne nie są osiągane i wynik hemoglobiny glikowanej (wskaźnik HbA1c) wynosi powyżej 7,5 %
- ✚ oraz innych szczególnych sytuacjach utrudniających wyrównanie glikemii nie wyższej niż 7,5%

Każdy pacjent z cukrzycą typu 2 spełniający powyższe kryteria ma prawo raz na rok skorzystać z porady diabetologicznej z ustaleniem planu leczenia.

Pacjent jest zakwalifikowany do porady diabetologicznej ze skierowaniem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i kompletem badań: morfologia, lipidogram, wskaźnik HbA1c, badanie ogólne moczu, stężenie kreatyniny (wskaźnik GFR) oraz wynik badania dna oka.

4.3 Zakres kompleksowej porady

W ramach świadczenia zapewniona jest kompleksowa porada diabetologiczna. Porada odbywa się w ramach poradni diabetologicznej

1. W ramach kompleksowej porady, lekarz diabetolog dokonuje oceny klinicznej pacjenta.
2. W ramach kompleksowej porady, lekarz diabetolog może zlecić pacjentowi dodatkowe badania.

3. W ramach kompleksowej porady, lekarz diabetolog może zlecić pacjentowi konsultacje specjalistyczne.
4. W ramach kompleksowej porady, lekarz diabetolog prowadzi edukację dietetyczną i terapeutyczną.
5. W ramach kompleksowej porady odbywa się jedna wizyta zakończona indywidualnym planem leczenia zawierającym schemat leczenia farmakologicznego i inne zalecenia w szczególności z zakresu zachowań prozdrowotnych i wyznaczeniem celów leczenia.
6. Druga wizyta może odbyć się w trybie teleporady, w przypadku braku możliwości ustalenia indywidualnego planu leczenia zawierającego schemat leczenia farmakologicznego na pierwszej wizycie.

4.4 Monitorowanie świadczenia

Monitorowanie i ewaluacja programu obejmują zarówno wskaźniki dotyczące jakości opieki nad pacjentem na poziomie ośrodka realizującego program jak i wskaźniki dotyczące efektów leczenia na podstawie Karty Pacjenta Diabetologicznego będącej załącznikiem sprawozdawczym związanym z realizacją programu.

Dane zawarte w Karcie Pacjenta Diabetologicznego obligatoryjne sprawozdawane są raz w roku do Krajowy Rejestru Pacjentów z Cukrzycą.

4.5 Warunki udzielania świadczenia

Każda Poradnia diabetologiczna posiadające umowę z NFZ lub jeśli porada będzie wdrażana w trybie programu pilotażowego – poradnie diabetologiczne zakwalifikowane do realizacji pilotażu kompleksowej porady diabetologicznej.

4.6 Program pilotażowy

Optymalnym modelem wprowadzenia w/w świadczenia jest przeprowadzanie programu pilotażowego, którego celem jest sprawdzenie przedstawionych powyżej systemowych rozwiązań w zakresie organizacji, realizacji lub sposobu finansowania. Program powinien być realizowany na obszarze co najmniej dwóch województw.

4.7 Krajowy Rejestr Pacjentów z Cukrzycą

Utworzenie rejestrów medycznych następuje w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia, w którym muszą być określone:

- ✚ podmiot prowadzący rejestr,
- ✚ okres, na jaki utworzono rejestr – w przypadku rejestru tworzonego na czas oznaczony, usługodawców lub podmioty prowadzące rejestry publiczne i rejestry medyczne oraz sposób i terminy przekazywania przez nich danych,
- ✚ sposób prowadzenia rejestru,
- ✚ zakres i rodzaj danych przetwarzanych w rejestrze.

4.8 Wdrożenie

W przypadku programu pilotażowego – Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu kompleksowej porady diabetologicznej.

W przypadku jednoczesnego wdrożenia porady we wszystkich poradniach – Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Warunki prawne kompleksowej porady diabetologicznej zawarto w Załączniku nr. 2.

V. ZGODNOŚĆ PROPONOWANYCH ROZWIĄZAŃ Z DOKUMENTEM MINISTERSTWA ZDROWIA „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ”

Zgodność dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość” z wprowadzeniem „Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w diabetologii” występuje w następujących rekomendacjach:

- 1) Obszar Procesy, Cel 2.1 [Przejrzystość] Zapewnienie przejrzystości procedur **„Opracowanie i implementacja standardów organizacyjnych opieki i obsługi pacjenta oraz ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla często występujących jednostek chorobowych”**.
- 2) Kierunek Interwencji 2, Narzędzie 2.1 Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej **„Konieczne jest kontynuowanie działań w zakresie upowszechnienia standardów w podmiotach leczniczych”**

Zgodność dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość” z projektem nowego świadczenia „Kompleksowa porada diabetologiczna z ustaleniem planu leczenia” występuje w następujących rekomendacjach:

- 1) Kierunek Interwencji 2, Narzędzie 2.1 Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej **„Konieczne jest kontynuowanie działań w zakresie upowszechnienia standardów w podmiotach leczniczych”**.
- 2) Obszar Procesy, Celem 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej **„Wzmocnienie współpracy i więzi funkcjonalnych pomiędzy różnymi poziomami opieki m.in. poprzez wzmocnienie funkcji konsultacyjnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i lecznictwa szpitalnego dla podstawowej opieki zdrowotnej, wzmocnienie integracji POZ i AOS”**.
- 3) Obszar Procesy Cel 2.4 [Piramida świadczeń] Optymalizacja piramidy świadczeń **„Zwiększenie kompetencji AOS, wraz z optymalizacją wyceny świadczeń oraz rozszerzenie katalogu ambulatoryjnych diagnostycznych pakietów specjalistycznych w celu ograniczenia hospitalizacji zachowawczych”**.
- 4) Obszar Finanse Cel 4.1 [Wzrost i dywersyfikacja finansowania] Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia **„Dywersyfikacja źródeł jego finansowania i uniezależnienie systemu od dotacji budżetowych, w tym kontekście ważnym elementem są opłaty prozdrowotne takie jak tzw. „opłata cukrowa od napojów”, które z jednej strony zapewniają dodatkowe środki na ochronę zdrowia, a jednocześnie promują postawy prozdrowotne”**
- 5) Kierunek Interwencji 2, Narzędzie 2.1 Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej **„Działania należy ukierunkować na wypracowanie, przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych”**.

- 6) Kierunek Interwencji 6 Narzędzie 6.1 Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych „*telemedycyna będzie jednym z działań prowadzących do poprawy efektywności i dostępności systemu ochrony zdrowia.*”

BIORĄC POD UWAGĘ POWYŻSZĄ ANALIZĘ REKOMENDACJE ZAWARTE W RAPORCIE:

- 1. Wdrożenie w system ochrony zdrowia Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w zakresie diabetologii.**
- 2. Wdrożenie nowego świadczenia w opiece ambulatoryjnej Kompleksowa porada diabetologiczna z ustaleniem planu leczenia.**
- 3. Wdrożenie Karty Pacjenta Diabetologicznego.**
- 4. Powstanie Rejestru Pacjentów z Cukrzycą.**

SĄ ZGODNE ZE STRATEGICZNYM DOKUMENTEM „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. RAMY STRATEGICZNE DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021-2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R.”.

Spis tabel i wykresów

Tabela 1. Kluczowe cele określone w „Obszarze Pacjent” w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie dostępności do świadczeń, poprawie bezpieczeństwa, zwiększenia zadowolenia i satysfakcji pacjenta oraz rozwoju profilaktyki i skutecznej promocji zdrowia oraz postaw prozdrowotnych / 9

Tabela 2. Kluczowe cele w „Obszarze Proces” w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie zapewnienia przejrzystości procedur, rozwoju opieki koordynowanej, optymalizacji piramidy świadczeń innowacji, e-zdrowia/ 10

Tabela 3. Kluczowe cele w „Obszarze Rozwój” w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie rozwoju i upowszechnianiu stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia/11

Tabela 4. Kluczowe cele w „Obszarze Finanse” w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie wzrostu i dywersyfikacji finansowania i efektywności wydatkowania/11

Tabela 4. Kluczowe cele w „Obszarze Finanse” w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie wzrostu i dywersyfikacji finansowania i efektywności wydatkowania/12

Tabela 5. Kluczowe narzędzia Kierunku interwencji 1 w perspektywie szans dla cukrzycy w zakresie realizacji programów profilaktycznych, wdrożenia i realizacji działań służących wsparciu osób pracujących i wsparciu działań w kierunku kształtowania postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia/13

Tabela 6. Kluczowe narzędzia Kierunku Interwencji 2 w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie poprawy jakości, przyjazności i efektywności systemu ochrony zdrowia, wsparcia i rozwoju opieki koordynowanej/14

Tabela 7. Kluczowe narzędzia Kierunku Interwencji 5 w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie poprawy rozwoju usług cyfrowych e-zdrowia/15

Tabela 8. Kluczowe narzędzia kierunku interwencji 6 w perspektywie szans dla obszaru cukrzycy w zakresie rozwoju i upowszechnienia rozwiązań telemedycznych/15

Tabela 9. Struktura porad udzielonych pacjentom z rozpoznaniem ICD-10 cukrzyca insulinozależna, (kod ICD-10 E11) w 2019 roku według typu poradni/22

Tabela 10. Liczba udzielonych porad pacjentom z rozpoznaniem ICD-10 cukrzyca insulinozależna, (kod ICD-10 E11) w poradniach specjalistycznych w 2019 roku w zależności od wieku i płci/23

Tabela 11. Liczba porad udzielonych w poradni diabetologicznej w 2019 roku według rozpoznania ICD-10 cukrzyca insulinozależna, (kod ICD-10 E11) przypadająca na tys. mieszkańców/23

Wykres 1. Liczba chorych na cukrzycę w latach 2013-2018 z wyszczególnieniem pacjentów, którzy chorują na powikłanie cukrzycowe z danej kategorii/17

Wykres 2. Liczba chorych na cukrzycę, u których zdiagnozowano nowe powikłanie w latach 2013 – 2018/17

Wykres 3. Liczba chorych z powikłaniami na 100 tys. chorych na cukrzycę w latach 2013-2018/18

Wykres 4. Współistnienie powikłań dla kategorii: nerkowe/18

Wykres 5. Liczba wizyt cukrzycowych realizowanych w roku w zależności od wystąpienia powikłania/19

Wykres 6. Udział pacjentów z powikłaniami wśród chorych na cukrzycę w województwach w latach 2013-2018/20

Wykres. 7. Liczba chorych na cukrzycę bez oraz z powikłaniami dla różnych typów w latach 2013-2018/20

Wykres. 8. Ścieżka leczenia pacjentów chorych na cukrzycę z typem 2 dla pełnej populacji/21

Bibliografia:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dostępne: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/du/2018/469>
2. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych z cukrzycą 2021 — Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Dostępne: <https://cukrzyca.info.pl/artukul/zalecenia-kliniczne-dotyczace-postepowania-u-chorych-z-cukrzyca-2021-stanowisko-polskiego>
3. Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat>
4. NFZ o zdrowiu. Cukrzyca. NFZ 2019. Dostępne: <https://shiny.nfz.gov.pl/cukrzyca/>
5. Ustawa z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów (Dz.U. 2020 poz. 1492)
6. Pakiet cukrowy. Koncepcja alokacji środków z opłaty cukrowej na działania nakierowane na wzrost wartości zdrowotnej zgodnie z koncepcją VBHC. IZWOZ Uczelnia Łazarskiego 2021 Dostępne: https://www.researchgate.net/publication/349519504_Raport_pt_Koncepcja_alokacji_srodkow_z_oplaty_cukrowej_na_dzialania_nakierowane_na_wzrost_wartosci_zdrowotnej_zgodnie_z_koncepcja_VBHC_Report_The_concept_of_allocating_funds_from_the_sugar_tax_for_act
7. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w zakresie diabetologii. Dostępne: <http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2018/17/>
8. Cukrzyca tu i teraz. Badanie systemu monitorowania, leczenia i opieki nad pacjentem z cukrzycą z punktu widzenia potrzeb pacjenta, personelu medycznego oraz placówek ochrony zdrowia, Raport Fundacji Urszuli Jaworskiej, 2019. Dostępne: https://fundacjauij.pl/raport_cukrzyca/
9. Cukrzyca. Analiza problemów zdrowotnych i ocena stanu ochrony zdrowia przez osoby chorujące na cukrzycę, lekarzy diabetologów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Biostat 2019. Dostępne: https://www.researchgate.net/publication/334261158_Diabetes_-_analysis_of_health_problems_Cukrzyca_-_analiza_problemov_zdrowotnych
10. Zapobieganie i leczenie powikłań sercowo-naczyniowych cukrzycy typu 2 - perspektywa polskiego pacjenta. Serce dla Cukrzycy 2019 Dostępne: <https://www.pap.pl/centrum-prasowe/487729%2Cserce-dla-cukrzycy-zapobieganie-i-leczenie-powiklan-sercowo-naczyniowych>

11. Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2. NIK, 2018 Dostępne:
<https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/17/057/>
12. Programy polityki zdrowotnej w zakresie cukrzycy – kluczowe aspekty. Fundacja Eksperti dla Zdrowia, 2019. Dostępne: <https://ekspertidlazdrowia.pl/wp-content/uploads/2019/09/Raport-programy-polityki-zdrowotnej-w-zakresie-cukrzycy.pdf>
13. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025. Rada Ministrów, 2021 Dostępne:
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025>
14. Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020, Ministerstwo Zdrowia Dostępne:
<https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3304>

ZAŁĄCZNIK NR 1. STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI ZDROWOTNEJ W DIABETOLOGII - PROJEKT

PREAMBUŁA ROZPORZĄDZENIA

Cukrzyca zajmuje, podobnie jak we wszystkich rozwiniętych krajach świata, bardzo istotne miejsce wśród wyzwań stojących przed polskim systemem opieki zdrowotnej. Dotyka ona w naszym kraju około 3 mln osób i prawie 10% dorosłej populacji. Choroba ta często powoduje groźne następstwa w postaci ostrych i przewlekłych powikłań, które skracają oczekiwany życia, powodują kalectwo i absencję chorobową a także pogarszają jakość życia. Cukrzyca generuje w ten sposób, poza oczywistymi problemami dla samych chorych i ich rodzin, także znaczący problem organizacyjny i obciążenie budżetu państwa.

Poprawę losów pacjentów, a także racjonalizację wydatków przeznaczanych na opiekę nad nimi można uzyskać podnosząc kompetencje zespołów opiekujących się chorymi, a także optymalizując organizację opieki nad pacjentami z cukrzycą. Publikowane Rozporządzenie jest dokumentem, w którym opisano zasady i wymagania dotyczące właściwej opieki diabetologicznej w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Diabetologicznej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej jak również leczenia szpitalnego, z uwzględnieniem szczególnych grup pacjentów, na przykład ciężarnych, dzieci i młodzieży, czy też osób dotkniętych zespołem stopy cukrzycowej.

Spis rozdziałów

1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)
2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)
3. Leczenie szpitalne
4. Ciąża
5. Stopa cukrzycowa
6. Leczenie osobistymi pompami insulinowymi (OPI)
7. Zalecenia dotyczące opieki diabetologicznej dla dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają

AOS- ambulatoryjna opieka specjalistyczna

CGM- continuous glucose monitoring- ciągły pomiar glikemii

OPI- osobista pompa insulinowa

PGDM- pregestational diabetes mellitus – cukrzyca przedciążowa

POZ- podstawowa opieka zdrowotna

ZSC- zespół stopy cukrzycowej

ABI- wskaźnik kostka-ramię

Ambulatoryjna opieka w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) oraz Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) ma na celu prowadzenie chorych na cukrzycę, które pozwoli na uzyskanie wyrównania glikemii oraz osiągnięcia innych celów terapeutycznych, a tym samym zmniejszenie ryzyka ostrych i przewlekłych powikłań choroby, a w przypadku ich wystąpienia właściwe leczenie.

I. Podstawowa Opieka Zdrowotna POZ

Zadania podstawowej opieki zdrowotnej

- Promocja zdrowia, identyfikacja czynników ryzyka, profilaktyka zaburzeń gospodarki węglowodanowej, edukacja w zakresie stanów przedcukrzycowych i cukrzycy typu 2.
- Diagnostyka zaburzeń gospodarki węglowodanowej
- Kierowanie do poradni diabetologicznej celem przewlekłego leczenia w przypadku:

I. cukrzycy typu 1

II. innych specyficznych typów cukrzycy

III. trudności w ustaleniu typu cukrzycy

IV. każdego typu cukrzycy u dzieci i młodzieży, oraz u kobiet planujących ciążę i kobiet w ciąży

- Leczenie stanów przedcukrzycowych
- Leczenie cukrzycy typu 2, w tym insulinoterapia prosta
- W zakresie monitorowania leczenia cukrzycy i zaburzeń gospodarki węglowodanowej u pacjentów leczonych w POZ, rekomendowane jest, aby co najmniej raz w roku ocenić:
 - a) BMI, aktywność fizyczną, uzależnienie od nikotyny, skuteczność edukacji
 - b) wartość ciśnienia tętniczego
 - c) wyrównanie metaboliczne w zakresie glikemii (badanie HbA1c)
 - d) wyrównanie metaboliczne w zakresie lipidów (badania: stężenie cholesterolu całkowitego, frakcji HDL i LDL, triglicerydów)
- a) występowanie powikłań cukrzycy na podstawie badań i wyników konsultacji, w szczególności

1. badania ogólnego moczu, stężenia kreatyniny, eGFR
2. konsultacji okulistycznej - przy rozpoznaniu choroby, następnie przy dobrym wyrównaniu metabolicznym i braku zmian na dnie oka co 3 lata lub zgodnie z zaleceniem okulisty
- Kierowanie do konsultacji diabetologicznej (rzadziej do przewlekłego leczenia), w przypadku:
 - gdy cele terapeutyczne nie są osiąmane, skierowanie przede wszystkim w celu intensyfikacji leczenia insuliną;
 - wystąpienia chorób współistniejących, utrudniających leczenie;
 - wystąpienia powikłań cukrzycy;
 - wystąpienia powikłań farmakoterapii;
 - innych szczególnych sytuacji.

Lekarz rodzinny kierując pacjenta do konsultacji innych specjalistów w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wskazuje tryb skierowania: konsultacja lub leczenie przewlekłe oraz dołącza do skierowania kopie wyników przeprowadzonych badań diagnostycznych uzasadniających skierowanie.

- Kierowanie do innych konsultacji specjalistycznych (np. kardiologicznej, chirurgii naczyniowej, nefrologicznej, neurologicznej) w przypadku podejrzenia powikłań cukrzycy, w zależności od indywidualnych wskazań.
- Koordynowanie opieki specjalistycznej i leczenie chorób współistniejących, w tym w przypadku kontynuacji terapii zaleconej przez innych specjalistów ocena jej skuteczności, wprowadzanie koniecznych zmian oraz kierowanie do pilnych konsultacji celem aktualizacji procesu terapii.

10. Kierowanie do leczenia szpitalnego w następujących sytuacjach:

1. przypadki nowo wykrytej cukrzycy typu 1 oraz cukrzycy typu 2 z klinicznymi objawami hiperglikemii przy braku możliwości zaopatrzenia w ramach AOS.
2. ostre powikłania cukrzycy przebiegające z hiperglikemią lub hipoglikemią.
3. zaostrzenie przewlekłych powikłań.
4. modyfikacja terapii chorych, u których nie ma możliwości uzyskania efektów terapeutycznych w warunkach leczenia ambulatoryjnego.
5. trudności w ambulatoryjnym przygotowaniu pacjenta niewyrównanego metabolicznie do dużych zabiegów operacyjnych.

Personel - lekarz POZ, docelowo specjalista medycyny rodzinnej, pielęgniarka POZ, położna POZ.

Niezbędne wyposażenie gabinetu lekarza / pielęgniarki POZ:

- waga lekarska, wzrostomierz, centymetr
- aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi
- glukometr
- wstrzykiwacze insulinowe
- materiały edukacyjne dla pacjentów: broszury edukacyjne, przykładowe diety, książeczki samokontroli;

II. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

W Polsce ambulatoryjna opieka specjalistyczna opiera się na sieci poradni diabetologicznych na obszarze całego kraju. Na terenie każdego województwa powinna funkcjonować przynajmniej jedna poradnia diabetologiczna o charakterze referencyjnym. W ramach takiej poradni obok zadań standardowych zapewnione jest funkcjonowanie gabinetu stopy cukrzycowej, prowadzenie opieki nad ciężarnymi z cukrzycą przedciążową, diagnostyka i leczenie cukrzycy monogenowej oraz terapia nowoczesnymi technologiami dostępnymi w diabetologii. Zapewniona jest także ciągłość leczenia specjalistycznego w warunkach szpitalnych.

Personel

W skład zespołu opiekującego się chorymi na cukrzycę w ramach AOS wchodzi:

- specjalista w dziedzinie diabetologii lub specjalista chorób wewnętrznych z co najmniej 2-letnim stażem zawodowym w oddziale lub poradni diabetologicznej lub lekarz w trakcie 2 roku specjalizacji z diabetologii
- w przypadku poradni specjalistycznej dla dzieci i młodzieży specjalista z zakresu diabetologii lub specjalista w zakresie diabetologii i endokrynologii dziecięcej lub specjalista pediatra z co najmniej 2-letnim stażem zawodowym w poradni lub oddziale diabetologii dziecięcej, bądź lekarz w 2 roku specjalizacji z diabetologii lub diabetologii i endokrynologii dziecięcej
- pielęgniarka ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub z ukończonym kursem „Edukator w Cukrzycy” lub pielęgniarka ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa internistycznego lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub z co najmniej 2-letnim stażem na oddziale diabetologii lub w Specjalistycznej Poradni Diabetologicznej

- dietetyk w pełnym wymiarze zatrudnienia desygnowany wyłącznie do edukacji dietetycznej
- dostęp do opieki psychologicznej w uzasadnionych, indywidualnych przypadkach klinicznych

Zadania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

- weryfikacja efektów i ustalenie celów leczenia chorych na cukrzycę prowadzonych w POZ w ramach dorocznej kontroli
- prowadzenie chorych na cukrzycę leczonych iniekcjami (insulina, agoniści receptora GLP-1)
- prowadzenie chorych na cukrzycę metodą ciągłego podskórnego wlewu insuliny (OPI)
- prowadzenie diagnostyki różnicowej typów cukrzycy, w tym cukrzycy monogenowej i skojarzonej z innymi chorobami
- diagnostyka, prewencja i prowadzenie chorych w zakresie późnych powikłań
- edukacja diabetologiczna
- diagnostyka i prowadzenie cukrzycy u kobiet w okresie ciąży
- diagnostyka i leczenie schorzeń współistniejących z cukrzycą
- doroczna kontrola zgodnie z bieżącymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Referencyjna Poradnia Diabetologiczna w stosunku do Poradni Podstawowej powinna zapewniać dodatkowo:

- 1 Dostępność: 5 dni w tygodniu, w tym dostępność min. 1 dnia w godzinach popołudniowych
- 2 Kwalifikacje osobowo-sprzętowo-organizacyjne umożliwiające opiekę nad ciężarną z cukrzycą przedciążową (edukacja/leczenie)
- 3 Kwalifikacje osobowo-sprzętowo-organizacyjne umożliwiające opiekę nad chorym leczonym przy użyciu wszystkich dostępnych w kraju technologii- osobiste pompy insulinowe, systemy ciągłego monitorowania glikemii (CGM), systemy zintegrowane pompa-CGM, aplikacje mobilne dla intensywnej czynnościowej insulinoterapii (edukacja/leczenie) oraz telemedycyna.
- 4 Możliwość diagnostyki genetycznej w kierunku cukrzycy monogenowej lub współpraca z ośrodkiem prowadzącym taką diagnostykę oraz opieka nad pacjentami z cukrzycą monogenową.
- 5 Dostęp do zaplecza szpitalnego w postaci specjalistycznego oddziału diabetologicznego
- 6 Opiekę nad chorym na cukrzycę uprawiającym wyczynowo sport

Konsultujący diabetolog przekazuje lekarzowi rodzinnemu wynik konsultacji zawierający wszystkie wymagane prawem elementy indywidualne cele terapeutyczne.

W przypadku przejęcia leczenia i opieki przez specjalistę diabetologa ordynacja leków oraz badania diagnostyczne, konsultacje innych specjalistów lub skierowanie do szpitala powinny być realizowane głównie przez lekarza prowadzącego terapię. Wyjątkiem są sytuacje szczególne na przykład u osób, które ukończyły 75 r.ż. i posiadają uprawnienia do leków bezpłatnych.

Pacjentowi stale leczonemu w poradni diabetologicznej lekarz rodzinny wystawia recepty na leki kontynuując terapię, na podstawie pisemnej informacji od lekarza diabetologa nie starszej niż 12 miesięcy.

Rekomendowane jest przekazywanie ww. informacji lekarz – lekarz w każdej sytuacji zmiany stanu klinicznego i zmiany leczenia cukrzycy.

Wyposażenie Poradni Specjalistycznej

- gabinety lekarskie
- gabinet zabiegowy z wydzieloną częścią do pobierania prób i analiz
- pokój pielęgniarstwa-edukacyjny z częścią dietetyczną
- możliwość odczytu i analizy danych z glukometrów, pomp insulinowych i urządzeń do ciągłego pomiaru glikemii przy użyciu systemów informatycznych
- zestaw do badania w kierunku zespołu stopy cukrzycowej (termotip, widełki stroikowe-kamerton 128 Hz, monofilament 5g, młotek neurologiczny)
- aparat do oceny przepływów naczyniowych m. Dopplera

Ponadto powinien być zapewniony dostęp do konsultacji specjalistycznych, celem cyklicznego monitorowania stanu powikłań.

Cukrzyca monogenowa

Definitywna diagnoza cukrzycy monogenowej jest wynikiem badania genetycznego, do którego należy dążyć docelowo u wszystkich chorych z tymi formami choroby. Właściwa diagnoza etiologiczna takiej cukrzycy przyczynia się do optymalizacji leczenia oraz ustalenia właściwego rokowania u pacjenta i u członków jego rodziny. Kwalifikacja i przeprowadzenie badań genetycznych w kierunku cukrzycy monogenowej, powinny być prowadzone w referencyjnych diabetologicznych klinicznych ośrodkach uniwersyteckich posiadających odpowiednie doświadczenie kliniczne i naukowe w tej dziedzinie.

Zakres i metodyka badań genetycznych w kierunku cukrzycy monogenowych

Rekomenduje się w pierwszej kolejności wykonywanie badań genetycznych w kierunku najczęstszych form cukrzycy MODY (HNF1A-MODY, GCK-MODY, następnie HNF4A-MODY, HNF1B-MODY), mitochondrialnej (w szczególności mutacja A3243G genu tRNA^{Leu}) oraz noworodkowej (formy związane z mutacjami w genach KCNJ11, ABCC8, GCK). Kwalifikacja do badań genetycznych przez lekarza diabetologia powinna mieć miejsce na podstawie obrazu klinicznego, w tym fenotypów towarzyszących oraz wywiadu rodzinnego typowego dla tych form cukrzycy monogenowej. W dalszej kolejności należy rozważać przeprowadzenia badań w kierunku rzadszych form cukrzycy monogenowej, w zależności od obrazu klinicznego choroby i możliwości ich wykonania.

Konieczne jest badanie techniką NGS obejmujące geny związane z cukrzycą monogenową lub/i sekwencjonowanie DNA metodą Sanger, w wybranych przypadkach techniki MLPA lub innej identyfikującej delecje genów. Badanie genetyczne powinno obejmować probanta, a następnie w sposób kaskadowy inne osoby dotknięte cukrzycą w rodzinie oraz potencjalnych bezobjawowych nosicieli mutacji.

Organizacja badań genetycznych w kierunku cukrzycy monogenowej.

Jednostką koordynującą prowadzenie diagnostyki genetycznej w kierunku cukrzycy monogenowej oraz opiekę nad pacjentami z taką diagnozą jest referencyjna specjalistyczna poradnia diabetologiczna lub referencyjna poradnia diabetologiczna dla dzieci. Poradnia koordynująca leczenie powinna dysponować zapleczem w postaci oddziału diabetologicznego/oddziału diabetologicznego dla dzieci, a także możliwością konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie genetyki klinicznej.

Ośrodek, w którym znajduje się prowadząca diagnostykę jednostka, powinien dysponować dostępem do laboratorium genetycznego spełniającego następujące wymogi:

- 1) wpis do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych
- 2) posiada niezbędne certyfikaty jakości oraz zatrudnia minimum 1 diagnostę laboratoryjnego ze specjalizacją genetyki laboratoryjnej.

Diagnostyka molekularna powinna kończyć się wydaniem wyniku badania spełniającego wszystkie standardy wyniku genetycznego oraz konsultacją specjalistyczną pacjenta i ewentualnie pozostałych członków rodziny. W przypadku uzyskania wyniku badania potwierdzającego defekt genetyczny konieczne jest przeprowadzenie wdrożenia postępowania mającego na celu optymalizację leczenia.

III Diabetologiczna referencyjna opieka szpitalna u dorosłych

Hospitalizacja u chorych na cukrzycę jest konieczna w przypadku braku dostępu do kwalifikowanej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia przy dekompensacji metabolicznej choroby, nasilenia powikłań bądź wystąpienia

schorzeń dodatkowych. W każdym województwie powinien funkcjonować co najmniej 1 oddział specjalistyczny o profilu diabetologicznym dla dorosłych oraz 1 oddział o profilu diabetologicznym dla dzieci

Kwalifikacja do hospitalizacji

-chorzy z nowo rozpoznaną cukrzycą z nasilonymi objawami hiperglikemii w sytuacji braku możliwości pełnego zaopatrzenia w warunkach ambulatoryjnych

-chorzy z ostrymi powikłaniami związanymi z hiperglikemią (kwasica ketonowa, stan hiperglikemiczno-hipermolalny, kwasica mleczanowa)

-chorzy z zaburzeniami świadomości w przebiegu hipoglikemii niemożliwej do opanowania w warunkach ambulatoryjnych lub z ryzykiem nawrotu

- chorzy z zaostrzeniem późnych powikłań

-chorzy wymagający korekty leczenia przy braku możliwości wyrównania w warunkach ambulatoryjnych

Ciężarne przy braku uzyskania celów terapeutycznych właściwych dla okresu ciąży, zmianach modelu terapeutycznego niemożliwych do uzyskania w warunkach ambulatoryjnych, wymiotów ciężarnych i innych

Personel

Lekarski

-dwóch specjalistów z zakresu diabetologii zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin, ewentualnie oprócz 1 specjalisty diabetologa, specjalista z chorób wewnętrznych z min. jednorocznym doświadczeniem z zakresu pracy na oddziale lub poradni diabetologicznej lub lekarz w trakcie 2 roku stażu specjalizacyjnego w zakresie diabetologii

Personel pielęgniarski

Pielęgniarka ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pielęgniarstwa internistycznego lub po ukończonym kursie specjalistycznym „Edukator w Cukrzycy” lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub z co najmniej 2-letnim doświadczeniem zawodowym na oddziale/poradni diabetologicznej

-1 pielęgniarka na 10 łóżek diabetologicznych, której zakres obowiązków jest ograniczony do edukacji i opieki nad chorymi na cukrzycę

- dietetyk, 1 etat, z zakresem obowiązków ograniczonymi do opieki diabetologicznej

- dostęp do konsultacji psychologicznej

- dostęp do konsultacji specjalistycznych

Wyposażenie

- co najmniej 2 stanowiska przeznaczone do leczenia pacjenta w ostrym stanie metabolicznym, wyposażone w monitor EKG, monitor ciśnienia tętniczego, pompę infuzyjną pulsoksymetr, dostęp do tlenoterapii
- sala edukacyjna
- dożylne pompy infuzyjne
- sprzęt do diagnostyki i leczenia zespołu stopy cukrzycowej
- dostęp do diagnostyki kardiologicznej (próba wysiłkowa, Ekg, UKG, Holter Ekg i RR) i naczyniowej (badanie tętnic m. Dopplera)

Opieka nad kobietami ciężarnymi z cukrzycą

Ciąża jest szczególnym problemem klinicznym w diabetologii ze względu na ryzyko niepowodzeń ciąży i zagrożenia dla zdrowia i życia matki i dziecka. Prowadzenie ciężarnych z cukrzycą musi podlegać koordynacji działań położnika i specjalisty diabetologa oraz lekarzy innych specjalności.

IV. Cukrzyca w ciąży może występować jako:

1. Cukrzyca przedciążowa (PGDM, *pregestational diabetes mellitus*) — gdy w ciążę zachodzi kobieta chorująca już na cukrzycę (niezależnie od typu choroby).
2. Hiperglikemia po raz pierwszy rozpoznana w trakcie ciąży.

Cukrzyca przedciążowa

Wszystkie kobiety chore z cukrzycą przedciążową w okresie planowania ciąży, w czasie ciąży i podczas porodu powinny pozostawać pod opieką zespołu diabetologiczno-położniczego mającego doświadczenie w tej dziedzinie.

Pacjentki te powinny być prowadzone przez specjalistę z zakresu diabetologii w referencyjnych specjalistycznych ośrodkach diabetologicznych. Takie ośrodki diabetologiczne sprawujące opiekę nad kobietą z cukrzycą powinny znajdować się w każdym województwie i zapewniać możliwość odpowiednio częstych wizyt lekarskich i edukacji dla pacjentek oraz wizyt i konsultacji ginekologiczno-położniczych w ośrodkach referencyjnych. Wizyty lekarskie u diabetologa w czasie planowania ciąży powinny odbywać się co 4-6 tygodni, natomiast w czasie ciąży co 2-4 tygodnie lub w razie potrzeby częściej.

W skład personelu ambulatoryjnego ośrodka referencyjnego sprawującego opiekę nad ciężarnymi z cukrzycą przedciążową powinni wchodzić:

- specjalista w zakresie diabetologii

- pielęgniarka ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa diabetologicznego lub z ukończonym kursem „Edukator w Cukrzycy” lub z ukończonym kursem w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego z co najmniej 2-letnim stażem na oddziale diabetologii lub w poradni diabetologicznej lub położna z ukończonym kursem „Edukator w Cukrzycy” lub z co najmniej 2-letnim stażem na oddziale diabetologii lub w poradni diabetologicznej
- dietetyk
- psycholog, przynajmniej w formie dostępu do konsultacji

Wyposażenie i zadania ośrodków referencyjnych

Standardowe wyposażenie specjalistycznej poradni diabetologicznej w tym zestawy do informatycznej obsługi i interpretacji danych z pomp insulinowych, glukometrów, mierników do ciągłego pomiaru glikemii metodą bezpośrednią i innych urządzeń pomiarowych.

Referencyjne ośrodki diabetologiczne powinny prowadzić szeroką wielokierunkową edukację w zakresie antykoncepcji i planowania ciąży oraz postępowania w tym okresie i w czasie samej ciąży. Specjalistyczny ośrodek diabetologiczny powinien mieć w szczególności możliwość współpracy interdyscyplinarnej ze specjalistami ginekologiem-położnikiem, okulistą, neurologiem, kardiologiem.

Edukacja diabetologiczna na etapie planowania ciąży i na etapie cukrzycy pojawiającej się w ciąży powinna być prowadzona przez wykwalifikowany personel:

- diabetologa – cele terapeutyczne, zagrożenia, korzyści z dobrego wyrównania cukrzycy, modyfikacje leczenia, ocena powikłań, wdrożenia systemów monitorowania glikemii oraz terapii osobistą pompą insulinową,
- pielęgniarkę – cele glikemii w okresie koncepcji i ciąży oraz samokontrola, monitorowanie leczenia insuliną pod względem technicznym, w tym obsługa pompy insulinowej,
- dietetyczkę – prawidłowe żywienie.

Ośrodek referencyjny powinien dysponować zapleczem szpitalnym w razie konieczności hospitalizacji ciężarnej.

W ośrodku powinna być możliwość wdrożenia i prowadzenia terapii osobistą pompą insulinową (OPI).

Każda wizyta lekarska pacjentki ciężarnej powinna obejmować ocenę stanu zdrowia kobiety, w tym wagę, przyrost masy ciała w ciąży, glikemię udokumentowaną zapisem z pamięci glukometru, pompy lub systemu monitorowania glikemii, ciśnienie tętnicze oraz wykonywanie niezbędnych badań laboratoryjnych i konsultacji specjalistycznych.

Hiperglikemia po raz pierwszy rozpoznawana w ciąży (cukrzyca ciążowa i cukrzyca w ciąży)

W Polsce diagnostyka w kierunku hiperglikemii rozwijającej się w ciąży ma charakter powszechny. Oznacza to, że wszystkie ciężarne powinny być diagnozowane w kierunku zaburzeń metabolizmu glukozy. Diagnostyka w kierunku hiperglikemii ciążyowej powinna być zainicjowana na początku ciąży, podczas pierwszej wizyty u ginekologa (zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego). Zainicjowanie tej diagnostyki należy do obowiązków lekarzy ginekologów i położników.

Pacjentki z hiperglikemią ciążową pozostają pod opieką w ramach diabetologicznej AOS. Poradnie sprawujące nadzór na tych kobietami powinny spełniać typowe wymogi dla AOS oraz dysponować dostępem do konsultacji ginekologicznych i innych niezbędnych porad specjalistycznych. W ramach Poradni AOS prowadzi się także szkolenie pacjentki w zakresie samokontroli i postępowania żywieniowego, wydaje glukometr oraz w razie potrzeby wprowadza insulinoterapię. W przypadkach trudności w uzyskaniu wyrównania metabolicznego, podejrzenia przedcukrzycowego charakteru hiperglikemii oraz innych trudnych sytuacji klinicznych kobiety z hiperglikemią ciążową powinny być kierowane do diabetologicznych ośrodków referencyjnych. W ramach AOS należy także przeprowadzić weryfikację obecności zaburzeń gospodarki węglowodanowej po porodzie.

V. Opieka nad chorymi z zespołem stopy cukrzycowej (zsc)

Opieka nad chorymi z ZSC realizowana jest ambulatoryjnie oraz w ramach hospitalizacji. Podstawą leczenia chorych z ZSC jest corocznie uaktualniane stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

I. OPIEKA AMBULATORYJNA

Opieka ambulatoryjna jest realizowana na poziomie Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) oraz Ambulatoryjnego Lecznictwa Specjalistycznego (AOS):

1. POZ

A. Zadania:

- profilaktyka pierwotna oparta na edukacji pacjenta oraz jego rodziny a także leczeniu chorych na cukrzycę (postępowanie behawioralnie, dieta, farmakoterapia).
- aktywny wywiad lekarski (w uzasadnionych przypadkach badanie lekarskie) dotyczący rany na stopie u każdego chorego na cukrzycę zgłaszającego się również powodu innego schorzenia.
- wstępna diagnostyka różnicowa (wywiad, badanie lekarskie) owrzodzeń neuropatycznych oraz ran i zmian martwiczych stopy w przebiegu krytycznego niedokrwienia kończyny oraz kierowanie do właściwych podmiotów leczniczych.

-zalecanie wczesnego odciążenia i kierowanie do poradni specjalistycznej lub hospitalizacji każdego chorego na cukrzycę z obecnością owrzodzenia lub martwicy w obrębie stopy a także świeżo rozpoznanej lub aktywnej neuropatycznej osteoartropatii Charcota.

-rozpoczynanie wczesnej antybiotykoterapii przed skierowaniem do leczenia specjalistycznego w przypadku obecności cech infekcji w obrębie stopy u chorego na cukrzycę

-wtórna profilaktyka i edukacji chorych po przebytych owrzodzeniach w przebiegu ZSC

B. Wyposażenie

- zgodnie z rozporządzeniem dotyczącym funkcjonowania POZ

C: Personel

- zgodnie z rozporządzeniem dotyczącym funkcjonowania POZ

2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Podstawowy Gabinet Stopy Cukrzycowej.

Podstawowy gabinet Stopy Cukrzycowej jest definiowany zgodnie z wytycznymi Programu MZ p.n. Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenie Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018. Podstawowe Gabinety Stopy Cukrzycowej zostały utworzone przy Poradniach Diabetologicznych w ramach tego programu lub poza nim przy spełnieniu opisanych tam wytycznych.

Zadania:

- diagnostyka różnicowa ZSC: stopa neuropatyczna, naczyniowa i mieszana;
- wykonywanie opracowania owrzodzeń w przebiegu ZSC;
- zabiegi podiatryczne (usunięcie modzelei, hyperkeratozy) u chorych z ranami w przebiegu ZSC;
- stosowaniu metod podstawowych (odciążenie, antybiotykoterapia, opracowanie rany) oraz w razie możliwości zaawansowanych metod leczniczych w leczeniu ran, w szczególności takich jak: podciśnieniowa terapia ran (NWPT), osocze bogatopłytkowe i płytkowe czynników wzrostu, larwoterapia
- zastosowanie specjalistycznych opatrunków unieruchamiających i odciążających z gipsu albo z tworzywa sztucznego typu Total Contact Cast (TCC) lub Scotch Cast w leczeniu owrzodzeń neuropatycznych;
- koordynowanie postępowania z chorym z neuroosteoartropatią Charcota
- kierowanie do ośrodków leczenia ran tlenem hiperbarycznym wtedy, gdy terapia ta ma uzasadnienie u chorego z ZSC;

- w uzasadnionych sytuacjach kierowanie do innych poradni specjalistycznych lub kwalifikacja i kierowanie chorych do szpitala celem hospitalizacji;
- edukacja i wtórna profilaktyka pacjenta oraz jego rodziny w zakresie zsc
- kierowanie chorych z ZSC o ciężkim przebiegu do Referencyjnych Gabinetów Leczenia ZSC.
- poprawa metabolicznego wyrównania cukrzycy

Rekomendowane wyposażenie:

- Podologiczny fotel zabiegowy
- Lampa zabiegowa bezcieniowa
- 1 zestaw do badania neuropatii
- Komplet podstawowych narzędzi chirurgicznych (do sterylizacji): peany, pęsety chirurgiczne, igły "z kulką", łyżeczki kostne, nożyczki, nożyczki "kostne"
- Taboret zabiegowy dla lekarza
- Frezarka do modeli
- Aparat fotograficzny do dokumentacji
- Myjka ultradźwiękowa do narzędzi
- Sprzęt do oceny ABI
- Komputer wraz z oprogramowaniem, drukarką i kserokopiarką

C. Personel:

-lekarze: równoważnik co najmniej 1 etatu - specjalista w dziedzinie diabetologii z udokumentowanym, co najmniej rocznym doświadczeniem w leczeniu chorych z zespołem stopy cukrzycowej; pielęgniarki, równoważnik 1 etatu - posiadające udokumentowane, co najmniej roczne doświadczenie w zakresie: leczenia i pielęgnacji chorych z zespołem stopy cukrzycowej lub leczenia i pielęgnacji pacjentów z raną przewlekłą.

Wymogi formalne:

- kontrakt z NFZ na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną z diabetologii
- dostęp do opieki wielospecjalistycznej, obejmujący chirurga, chirurga naczyniowego lub angiologa;
- dostęp do podstawowej diagnostyki obrazowej tj. RTG, USG (w tym USG Doppler);
- dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych

Referencyjny Gabinet Stopy Cukrzycowej.

Referencyjny gabinet stopy cukrzycowej jest definiowany zgodnie z wytycznymi Programu MZ p.n. Program Wsparcia AmbulATORYJNEGO Leczenia Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018. Referencyjne Gabinety Stopy Cukrzycowej zostały utworzone przy klinikach/oddziałach diabetologicznych w ramach tego programu lub poza tym Programem przy spełnieniu opisanych tam wytycznych. W szczególności dotyczy to dostępności do zaplecza umożliwiającego hospitalizację chorego z ZSC. Gabinet Referencyjny zapewnia opiekę ambulatoryjną 5 dni w tygodniu, prowadzi najtrudniejsze przypadki, ma bezpośredni dostęp do leczenia szpitalnego.

Zadania:

- koordynowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego chorych z ZSC, współpraca z Podstawowymi Gabinetaми Leczenia ZSC
- diagnostyka różnicowa ZSC: stopa neuropatyczna, naczyniowa i mieszana;
- wykonywanie opracowania owrzodzeń w przebiegu ZSC;
- zabiegi podiatryczne (usunięcie modzeli, hyperkeratozy) u chorych z ranami w przebiegu ZSC;
- stosowaniu metod podstawowych (odciążenie, antybiotykoterapia, opracowanie rany) oraz zaawansowanych metod leczniczych w leczeniu ran, w szczególności takich jak: podciśnieniowa terapia ran (NWPT), osocze bogatopłytkowe i płytkowe czynników wzrostu, larwoterapia
- zastosowanie specjalistycznych opatrunków unieruchamiających i odciążających z gipsu albo z tworzywa sztucznego typu Total Contact Cast (TCC) lub Scotch Cast w leczeniu owrzodzeń neuropatycznych;
- koordynowanie postępowania z chorym z neuroosteoartropatią Charcota
- kierowanie do ośrodków leczenia ran tlenem hiperbarycznym wtedy, gdy terapia ta ma uzasadnienie u chorego z ZSC;
- w uzasadnionych sytuacjach kierowanie do innych poradni specjalistycznych lub kwalifikacja i kierowanie chorych do szpitala celem hospitalizacji;
- edukacja i wtórna profilaktyka pacjenta oraz jego rodziny w zakresie zsc
- poprawa metabolicznego wyrównania cukrzycy

Rekomendowane wyposażenie:

- Podologiczny fotel zabiegowy
- Lampa zabiegowa bezcieniowa
- 3 zestawy do badania neuropatii

- Komplet podstawowych narzędzi chirurgicznych (do sterylizacji): peany, pęsety chirurgiczne, igły "z kulką", łyżeczki kostne, nożyczki, nożyczki "kostne"
- Taboret zabiegowy dla lekarza
- Frezarka do modeli
- Aparat fotograficzny do dokumentacji
- Myjka ultradźwiękowa do narzędzi
- urządzenia do podciśnieniowej terapii ran
- Sprzęt do oceny ABI x 2
- Komputer wraz z oprogramowaniem, drukarką i kserokopiarką

Personel:

lekarze: równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista w dziedzinie diabetologii z udokumentowanym, co najmniej rocznym doświadczeniem w leczeniu chorych z zespołem stopy cukrzycowej; pielęgniarki, równoważnik 2 etatów - posiadające udokumentowane, co najmniej roczne doświadczenie w zakresie: leczenia i pielęgnacji chorych z zespołem stopy cukrzycowej lub leczenia i pielęgnacji pacjentów z raną przewlekłą lub miejscowej terapii podciśnieniowej.

Wymogi formalne:

- kontrakt z NFZ na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną z diabetologii
- posiadanie zaplecza do hospitalizacji w ramach tej samej jednostki na oddziale realizującym kontrakt NFZ z diabetologii lub chorób wewnętrznych;
- zapewnienie ciągłego kontaktu telefonicznego pacjenta lub opiekunów ze świadczeniodawcą (24 h przez 7 dni w tygodniu);
- dostęp do opieki wielospecjalistycznej, obejmujący chirurga, chirurga naczyniowego lub angiologa;
- możliwość prowadzenia dożylniej antybiotykoterapii;
- dostęp do podstawowej diagnostyki obrazowej tj. RTG, USG (w tym USG Doppler) oraz TK lub/i RM;

Leczenie szpitalne ZSC

Chory z ZSC w określonych sytuacjach klinicznych (opisanych szczegółowo w Zaleceniach PTD) może wymagać hospitalizacji. Oddział szpitalny sprawujący opiekę nad pacjentem musi zapewnić kompleksowe, wielospecjalistyczne postępowanie terapeutyczne dostęp do niezbędnych procedur

(na przykład terapia podciśnieniowa lub zabiegi angiologiczne), które umożliwią jego kontynuację leczenia w trybie ambulatoryjnym.

Oddziały, na których jest najczęściej realizowane leczenie chorych z ZSC:

- Oddział Diabetologii - zakres leczenia: terapia umiarkowanych i ciężkich infekcji, oszczędzające resekcje w obrębie stopy, postępowanie z wykorzystaniem miejscowej terapii podciśnieniowej, poprawa metabolicznego wyrównania cukrzycy,
- Oddział Angiologii – zakres leczenia: rewaskularyzacja wewnątrznaczyniowa,
- Oddział Chirurgii Ogólnej – zakres leczenia: oszczędzające resekcje w obrębie stopy oraz leczenie umiarkowanych i ciężkich infekcji z wykorzystaniem miejscowej terapii podciśnieniowej, w przypadku wyczerpania wszystkich możliwości bardziej oszczędzającego leczenia wysoka amputacja (poziom amputacji powinien zostać określony w zależności od stopnia ukrwienia kończyny dolnej),
- Oddział Chirurgii Naczyniowej – zakres leczenia: rewaskularyzacja wewnątrznaczyniowa, pomostowanie naczyniowe, oszczędzające resekcje w obrębie stopy oraz leczenie umiarkowanych i ciężkich infekcji z wykorzystaniem miejscowej terapii podciśnieniowej, w przypadku wyczerpania wszystkich możliwości bardziej oszczędzającego leczenia wysoka amputacja (poziom amputacji powinien zostać określony w zależności od stopnia ukrwienia kończyny dolnej),
- Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – zakres leczenia: operacje korekcyjne w zakresie stopy, w tym także zabiegi u chorych z neuroosteoartropatią Charcota,
- Oddział Rehabilitacji – zakres leczenia: wskazanie zasad właściwego zaopatrzenia ortopedycznego (wkładki do obuwia, buty), lub właściwego protezowania u chorych po wysokiej amputacji; przywracanie sprawności chorego u chorych z trwałymi deformacjami stóp oraz po amputacji z powodu ZSC.

VI. Leczenie za pomocą osobistych pomp insulinowych (OPI)

Terapia osobistymi pompami insulinowymi powinna być prowadzona przez zespoły terapeutyczne w ośrodkach posiadających doświadczenie i umiejętności w zakresie tego rodzaju leczenia, potwierdzone certyfikatem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego posiadanym przez personel lekarski.

Integralnym elementem terapii za pomocą osobistej pompy insulinowej jest wstępne oraz ustawiczne szkolenie pacjenta realizowane przez wykwalifikowany personel, którego zasady zostały omówione w Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Personel

Lekarz zgodnie z wymogami dla AOS dodatkowo posiadający certyfikat Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Pielęgniarka zgodnie z wymogami dla AOS dodatkowo po ukończonym kursie specjalistycznym „Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny”

Obowiązkowym elementem wyposażenia poradni prowadzącej leczenie przy użyciu OPI muszą być zestawy komputerowe umożliwiające (z zastosowaniem dedykowanych programów) czytanie i analizę zapisów z pamięci pompy.

Każda wizyta lekarska pacjenta leczonego za pomocą OPI powinna zostać udokumentowana zapisem z pamięci pompy, chyba że w wyjątkowych przypadkach (awaria pompy, komputera itp.) uniemożliwiają to względy techniczne.

Referencyjne ośrodki leczenia za pomocą OPI dla dzieci i dorosłych powinny znajdować się w każdym województwie.

Systemy monitorowania glikemii

Każdy diabetolog powinien mieć wiedzę dotyczącą systemów monitorowania glikemii dostępnych na rynku Polskim, ich zalet, ograniczeń, kosztów użytkowania, systemu refundacji.

W każdej poradni diabetologicznej powinny być możliwości techniczne czytania zapisu pamięci dostępnych w Polsce pomp insulinowych i systemów do monitorowania glikemii.

W przypadku systemów do ciągłego (lub opartego na skanowaniu) monitorowania glikemii obowiązkiem lekarza diabetologa lub pielęgniarki powinno być przeszkolenie pacjenta zarówno co do interpretacji wyników w czasie rzeczywistym jak i retrospektywnej analizy zapisu.

Telemedycyna

W przypadku pacjentów leczonych w oparciu o zaawansowane technologie diabetologiczne (OPI, systemy do ciągłego monitorowania glikemii) niezbędne jest rozwijanie technologicznych, prawnych, opartych o właściwe finansowanie warunków do leczenia pacjenta przy zastosowaniu telemedycyny.

8. Zalecenia dotyczące opieki diabetologicznej dla dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę

Zalecenia ogólne:

1. w przypadku każdego nowego zachorowania na cukrzycę dziecko należy hospitalizować na specjalistycznym oddziale diabetologii dziecięcej, a następnie powinno ono pozostawać pod regularną, specjalistyczną opieką w poradniach diabetologicznych dla dzieci i młodzieży, do momentu przekazania pacjenta do poradni diabetologicznej dla dorosłych.
2. konieczne jest zapewnienie 24-godzinnego dostępu do specjalistycznej konsultacji diabetologicznej.

3. hospitalizację na oddziale diabetologicznym należy zawsze rozważyć przy dekompensacji choroby.
4. Zespół terapeutyczny:

OPIEKA SZPITALNA — na 10 łóżek pediatryczno-diabetologicznych powinno przypadać:

5. 2 pełne etaty lub dwa równoważniki dwóch etatów lekarskich (specjalista pediatra ze specjalizacją z diabetologii lub specjalista endokrynologii i diabetologii dziecięcej, a w przypadku ich braku: specjalista pediatrii z 2-letnim stażem na oddziale lub poradni diabetologii dziecięcej lub specjalista endokrynolog z 2-letnim stażem na oddziale lub poradni diabetologii dziecięcej)
6. Co najmniej 1 etat pielęgniarki edukacyjnej delegowanej wyłącznie do edukacji diabetologicznej
7. dietetyk i psycholog zatrudnieni co najmniej na 0.25 etatu każdy
8. dostęp do nadzoru pracownika socjalnego
9. OPIEKA AMBULATORYJNA — zespół terapeutyczny obejmujący opieką 300 chorych
10. 1 etat lekarza specjalisty pediatrii ze specjalizacją w zakresie diabetologii lub specjalista pediatrii z 2-letnim stażem w poradni diabetologii dziecięcej lub na oddziale diabetologii dziecięcej) lub specjalista endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub specjalista endokrynolog z 2-letnim stażem w poradni diabetologii dziecięcej lub na oddziale diabetologii dziecięcej.
11. pielęgniarka ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa diabetologicznego lub z ukończonym kursem „Edukator w Cukrzycy” lub z ukończonym kursem w zakresie pielęgniarstwa diabetologicznego lub z co najmniej 2-letnim stażem na oddziale diabetologii lub w Specjalistycznej Poradni Diabetologicznej,
12. 1/2 etatu dietetyka
13. 1/2 etatu psychologa

ZASADY OGÓLNE

14. częstość wizyt diabetologicznych nielimitowana, rekomendowana co 6–8 tygodni, nie mniej niż 4 razy w roku;
15. dodatkowo do zadań zespołu terapeutycznego powinna należeć: organizacja edukacji dotyczącej opieki nad dziećmi chorymi na cukrzycę w placówkach oświatowych, organizacja obozów/warsztatów edukacyjnych oraz przygotowywanie materiałów informacyjnych.

16. Wyposażenie poradni:

17. wymagany sprzęt w poradni: osobiste pompy insulinowe, glukometry, urządzenia do ciągłego monitorowania glikemii, waga spożywcza, zestaw komputerowy do odczytu i wydruku danych z pamięci systemów terapeutycznych, na terenie poradni powinno być osobne pomieszczenie do edukacji i niezbędne pomoce dydaktyczne do prowadzenia edukacji;

Wyposażenie oddziału:

Co najmniej 1 stanowisko przeznaczone do leczenia pacjenta w ostrym stanie metabolicznym, wyposażone w monitor EKG, monitor ciśnienia tętniczego, pompę infuzyjną, pulsoksymetr, dostęp do tlenoterapii

18. sala edukacyjna

19. dożylna pompa infuzyjna.

Opieka nad dziećmi chorymi na cukrzycę w szkole

1. W celu zapewnienia właściwej opieki nad uczniem z cukrzycą w szkole pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z Poradnią Diabetologii Dziecięcej.

Współpraca ta obejmuje wspólne określenie sposobu opieki nad uczniem, dostosowanego do stanu jego zdrowia, w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania innych czynności podczas pobytu dziecka w szkole, również w sytuacji nieobecności w szkole pielęgniarki. Plan opieki nad uczniem z cukrzycą w szkole powinien uwzględniać zalecenia i wytyczne postępowania opracowane przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów w dziedzinie diabetologii dziecięcej oraz pielęgniarstwa diabetologicznego.

2. Opieka nad uczniem chorym na cukrzycę w szkole jest sprawowana i koordynowana przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną i polega na:

- planowej i systematycznej kontroli stanu zdrowia;
- udzielaniu uczniowi i jego rodzicom albo innym opiekunom prawnym porad i zaleceń;
- podawaniu insuliny lub nadzorowaniu jej samodzielnego podawania insuliny lub kontroli paramentów pompy insulinowej, zgodnie z zaleceniami i informacjami na piśmie uzyskanymi od lekarza opiekującego się dzieckiem oraz od rodziców;
- wykonywaniu lub nadzorowaniu samodzielnego wykonania kontroli poziomu glukozy za pomocą urządzeń pomiarowych.

- rozpoznawaniu i podejmowaniu działań w sytuacjach nagłych wynikających z choroby zasadniczej (hipo- i hiperglikemia).
3. Zapewnienie dziecku z cukrzycą właściwych warunków pobytu w placówce wymaga przygotowania personelu szkoły. W tym celu dyrektor szkoły, we współpracy z podmiotami sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniem z cukrzycą, zapewnia szkolenia dla pracowników szkoły dotyczące sposobu postępowania z uczniem, rozpoznawania niepokojących objawów oraz udzielania pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia hipo- i hiperglikemii. Ugruntowaniu wiedzy pracowników szkoły mogą służyć poradniki, opracowania oraz materiały edukacyjne „Dziecko z cukrzycą” dostępne na stronie <https://www.gov.pl/zdrowie/dziecko-z-cukrzyca>.

Personel: pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna, o których mowa w przepisach o organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

ZAŁĄCZNIK NR 2. Projekt nowego świadczenia „Kompleksowa porada diabetologiczna” - warunki prawne

Kompleksowa porada diabetologiczna wymaga zmian w Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zmiany dotyczą rozdziału pierwszego „Postanowienia ogólne” gdzie w § 2. punkcie 32 zaproponowano definicję świadczenia oraz w rozdziale trzecim „Szczegółowe warunki umów” gdzie określono w § 11 określono wymagania sprawozdawcze dotyczące porady.

Projekt ZARZĄDZENIE

PREZESA

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **ASDK** — ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, określone w **załączniku nr 1 część b** do zarządzenia, wykonywane u świadczeniobiorców, którym świadczenia

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552 i 1669. 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 391, 447, 730, 752 i 1078.

udzielane są w trybie ambulatoryjnym, realizowane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

- 2) **charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych** — zbiór parametrów służących do wyznaczenia ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych, określonych w **załączniku nr 7** do zarządzenia;
- 3) **decyzja diagnostyczna** — ustalenie rozpoznania na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego, określonego zgodnie z klasyfikacją ICD-10;
- 4) **decyzja terapeutyczna** — ustalenie postępowania zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy – określenie procedury medycznej zgodnie z klasyfikacją ICD-9, zalecenia, wskazówki, instrukcje udzielone świadczeniobiorcy, wystawienie recepty, a także określenie zasad przyjmowania leków, wskazanie konieczności realizowania leczenia w szczególności w innych poradniach specjalistycznych lub u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 5) **diagnostyczny pakiet onkologiczny** — zestaw finansowanych ryczałtowo badań diagnostycznych, w szczególności spośród wskazanych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, które powinny być wykonane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami klinicznymi, w celu przeprowadzenia wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej;
- 6) **diagnostyka onkologiczna** — diagnostykę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 7) **Fundusz** — Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 8) **KAOS** — kompleksową ambulatoryjną opiekę specjalistyczną nad świadczeniobiorcą z chorobą przewlekłą, rozliczaną przy pomocy kapitałowej stawki rocznej, odrębnie kontraktowaną, wykonywaną w trybie ambulatoryjnym; kompleksowa opieka zdrowotna nad świadczeniobiorcą realizowana jest zgodnie z kryteriami określonymi w rozporządzeniu AOS, o którym mowa w pkt 21;
- 9) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** — dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 10) **katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych** — zbiór kategorii specjalistycznych świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym, określonych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia;
- 11) **katalog diagnostycznych pakietów onkologicznych** — zbiór diagnostycznych pakietów onkologicznych, wykonywanych w ramach wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, wykazywanych do rozliczania ryczałtowo za dany pakiet, określony w **załączniku nr 5c** do zarządzenia;
- 12) **katalog specjalistycznych świadczeń odrębnych** — zbiór specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, określony w **załączniku nr 5b** do zarządzenia;

- 13) **koordynowana opieka nad kobietą w ciąży** — zakres świadczeń (KOC I, KOC II/III) w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka dla kobiet w ciąży, obejmująca specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje. Pod pojęciem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży rozumie się również realizację tych świadczeń w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 14) **Oddział Funduszu** — oddział wojewódzki Funduszu;
- 15) **ogólne warunki umów** — ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 16) **pacjent pierwszorazowy** — świadczeniobiorcę, który w ciągu 730 dni poprzedzających udzielenie świadczenia nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie, spośród wymienionych w **załączniku nr 1a** do zarządzenia i otrzymuje świadczenie w oparciu o przepisy art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach;
- 17) **pogłębiona diagnostyka onkologiczna** — świadczenia, o których mowa w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego;
- 18) **porada początkowa** — pierwszą poradę, rozpoczynającą proces diagnostyczno-terapeutyczny w ramach wstępnej diagnostyki onkologicznej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, lub u pacjenta pierwszorazowego, która nie jest wskazywana do rozliczenia, a jej data sprawozdawana jest w raporcie statystycznym dla świadczeń skojarzonych z zakresu diagnostyki onkologicznej lub świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych;
- 19) **porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy** — poradę udzielaną w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy albo miejscu jego czasowego pobytu;
- 20) **rodzaj świadczeń** — rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 21) **rozporządzenie AOS** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 22) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 429, 730 i 959);
- 23) **rozporządzenie Programy** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 24) **skojarzony zakres świadczeń** — zakres wyodrębniony w umowie w danym zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w ramach którego udzielane są określone

świadczenia wraz z wyodrębnioną w ramach umowy kwotą zobowiązania, przeznaczona wyłącznie na ich finansowanie, wskazany w **załączniku nr 1a** do zarządzenia;

- 25) **specjalistyczne świadczenie zabiegowe** — procedurę zabiegową rozumianą jako czynność realizowaną na narządach lub tkankach ciała z naruszeniem ciągłości tkanek, procedurę diagnostyczną lub terapeutyczną wraz z koniecznymi czynnościami uzupełniającymi, realizowanymi komplementarnie w stosunku do procedur: zabiegowych, diagnostycznych, terapeutycznych, obejmującą w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach;
- 26) **świadczenie pohospitalizacyjne** — świadczenie realizowane w poradni przyszpitalnej, w okresie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia zakończenia hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo świadczenia udzielonego w ramach „leczenia jednego dnia” w rozumieniu przepisów w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przez tego świadczeniodawcę, który udzielił danemu świadczeniobiorcy świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego, związane z nim przyczynowo, obejmujące ocenę przebiegu procesu leczenia po zakończeniu hospitalizacji w zakresie z niej wynikającym, w oparciu o badanie i posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych, uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:
 - a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych) lub terapeutycznych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją procedur rozpoczętych wcześniej lub
 - b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych lub
 - c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa, do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach;
- 27) **świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne** – świadczenie kontrolne wykonywane po zakończeniu hospitalizacji w oddziale o profilu: choroby wewnętrzne lub pediatria, realizowane zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia AOS lp.66 lub 67, rozliczane w okresie nie dłuższym niż 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji;
- 28) **świadczenie specjalistyczne** — świadczenie obejmujące ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocenę przebiegu leczenia w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych oraz uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:
 - a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej lub

- b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych lub
 - c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa, do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach, lub
 - d) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach;
- 29) **świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe** — świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego, polegające na kompleksowej ocenie stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmujące łącznie:
- a) podjęcie decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 oraz podjęcie decyzji terapeutycznej, w tym określenie dalszego schematu opieki nad świadczeniobiorcą, oraz wskazanie dalszego trybu opieki w odniesieniu do podjętej decyzji spośród następujących trybów:
 - dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
 - pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej,
 - skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny,
 - skierowanie do szpitala,
 - zakończenie leczenia specjalistycznego,
 - b) przekazanie *Informacji dla lekarza kierującego/POZ*, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 6** do zarządzenia,
 - c) w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach;
- 30) **świadczenie specjalistyczne receptowe** — świadczenie, o którym mowa w art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577 i 730);
- 31) **wstępna diagnostyka onkologiczna** — świadczenia, o których mowa w rozporządzeniu AOS, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego odpowiadającego wstępnemu rozpoznaniu;
- 32) **kompleksowa porada diabetologiczna - świadczenie** realizowane w poradni diabetologicznej, obejmujące opracowanie indywidualnego planu leczenia dla pacjenta, konsultacje specjalistyczne w tym poradnictwo specjalistyczne i dietetyczne, niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych oraz przekazanie danych sprawozdawczych do Krajowego Rejestru Pacjentów Chorych na Cukrzycę;
- 33) **zakres świadczeń** — zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów.

1. Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe, świadczenia specjalistyczne, specjalistyczne świadczenia zabiegowe, świadczenie pohospitalizacyjne, specjalistyczne świadczenie odrębne oraz porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, obejmują ponadto:

1) zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne gwarantowane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784) oraz dokumentowanie w historii choroby stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego uzyskanie świadczenia; zlecenie na realizację tego świadczenia gwarantowanego wystawia się w sposób określony w odrębnych przepisach oraz w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne;

2) kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą;

3) niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych;

4) wykonywanie badań profilaktycznych.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu AOS oraz w ogólnych warunkach umów.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności realizacja świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmujących odpowiednio świadczenia w poradniach specjalistycznych lub ASDK, lub KAOS udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1 część a-c** do zarządzenia.

2. Wzory umów określone są w **załączniku nr 2 w części a-c** do zarządzenia.

3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu AOS.

2. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

§ 7. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach określonych **w załącznikach nr 1 część a-c** mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 6.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

§ 8. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Przy udzielaniu świadczeń profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii, w ramach porad o kodzie: 5.05.00.0000060 zdefiniowanych **w załączniku nr 5b** do zarządzenia, świadczeniodawca przed pobraniem skryningowego rozmazu cytologicznego obowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami określonymi w tym załączniku.

3. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 5, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

8. W przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 2, konieczne jest posiadanie dostępu do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

9. W przypadku udzielania, w zakresie położnictwo i ginekologia, świadczeń o profilu położniczym, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji objęcia świadczeniobiorcy koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży, w oparciu o system informatyczny udostępniany przez Fundusz.

10. W przypadku udzielania świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawdzenia terminu i miejsca hospitalizacji, poprzedzającej świadczenie.

§ 9. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

3. W przypadku nieobecności lekarza, logopedy lub ortoptysty, realizującego świadczenia zgodnie z umową, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w okresie nieobecności tych osób. Informacja, o której mowa w zdaniu pierwszym, udostępniana jest w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

§ 10. 1. Warunki rozliczania świadczeń będących przedmiotem umowy określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo — finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

3. Podstawą do rozliczania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punkt), a w odniesieniu do świadczeń określonych w **załączniku nr 1 część c** do zarządzenia — kapitacyjna stawka roczna.

4. Liczba punktów odpowiadająca poszczególnym świadczeniom określona jest w **załącznikach nr 5a - 5c** do zarządzenia.

5. Wartość punktowa odpowiadająca poszczególnym świadczeniom ASDK określona jest w **załączniku nr 1 część b** do zarządzenia.

6. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

7. Przy rozliczaniu świadczeń profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii, w ramach porad o kodzie: 5.05.00.0000060 zdefiniowanych w **załączniku nr 5b**, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

8. Przy rozliczaniu ASDK w zakresach: świadczenia w zakresie tomografii komputerowej oraz świadczenia w zakresie rezonansu magnetycznego, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

§ 11. 1. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

2. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania, według klasyfikacji ICD-10, ustalony po przeprowadzeniu odpowiednio wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej;
- 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9, z obowiązkowym wskazaniem tych badań spośród wymienionych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, które zostały wykonane u świadczeniobiorcy;
- 3) porada początkowa o kodzie: 5.01.28.0000002 (WP2 porada początkowa — diagnostyka onkologiczna) wraz z datą jej wykonania, odpowiednio w ramach wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej;

4) numer karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

3. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym danych, o których mowa w ust. 1, oraz dodatkowo porady początkowej o kodzie: 5.01.28.0000001 (WP1 porada początkowa — świadczenia pierwszorazowe) wraz z datą jej wykonania.

4. Świadczeniodawca realizujący badania cytologicznego materiału z szyjki macicy, obowiązany jest do sprawozdawania przedmiotowej procedury z wykorzystaniem świadczenia o kodzie: 5.05.00.0000060 w sytuacji, gdy spełnione są kryteria kwalifikacji do udziału w programie profilaktyki raka szyjki macicy.

5. Świadczeniodawca realizujący świadczenia kontrolne pohospitalizacyjne obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym danych, o których mowa w ust. 1, oraz dodatkowo daty zakończenia hospitalizacji poprzedzającej poradę.

6. Przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów, w przypadku świadczeń o kodzie: 5.05.00.0000060, określonych w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, polega na wypełnieniu i zatwierdzeniu odpowiednich pól aplikacji w SIMP.

7. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń, świadczeń z *Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych* określonego w **załączniku nr 5a** do zarządzenia lub świadczeń z *Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych* określonego w **załączniku nr 5b** do zarządzenia lub świadczeń z *Katalogu diagnostycznych pakietów onkologicznych* określonego w **załączniku nr 5c** do zarządzenia.

8. Świadczeniodawca, przy rozliczaniu KAOS, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym oprócz zakresu świadczeń, także:

- 1) kodu rozpoznania według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kodów procedur medycznych według aktualnej wersji ICD-9;
- 3) porady w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą — 5.01.26.0000001 albo porady w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem zakażonym wirusem HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV) — 5.02.26.0000062.

9. Świadczeniodawca, przy rozliczaniu kompleksowej porady diabetologicznej obowiązany jest do sprawozdania w raporcie sprawozdawczym oprócz zakresu

danych świadczeń także danych określonych w Krajowym Rejestrze Pacjentów Chorych na Cukrzycę

10. Dane, o których mowa w ust. 1-8, winny pozostawać w zgodności z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej.

11. W raporcie statystycznym nie wykazuje się procedur (badań), które nie zostały zlecone i sfinansowane przez świadczeniodawcę w ramach świadczenia.

