



Minister Zdrowia

DLG.050.99.2025.MT
Warszawa, 24 czerwca 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 9989 w sprawie trudnej sytuacji w diabetologii na przykładzie woj. lubuskiego, złożoną przez Panią Posel Katarzynę Osos, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Odnosząc się do pytania nr 1, uprzejmie informuję, że zgodnie z opinią konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii optymalna liczba diabetologów w Polsce powinna wynosić 1600 praktykujących specjalistów, a zgodnie z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce obecnie zawód wykonuje 1672 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie diabetologii (stan na 1.03.2025 r.), zatem wydaje się, że liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie diabetologii na terenie kraju powinna być wystarczająca. Należy jednak mieć na względzie, że zapewne nie wszyscy lekarze specjaliści w dziedzinie diabetologii wykonują zawód w ramach tej akurat dziedziny (mogą mieć więcej niż jedną specjalizację), ponadto mogą też wykonywać zawód w placówkach prywatnych.

Nierównomierne jest też rozłożenie specjalistów na terytorium kraju. Należy mieć jednak na uwadze, że w ostatnich latach dostęp do lekarzy specjalistów w dziedzinie diabetologii znacznie się poprawił. Pod koniec 2015 r. zawód wykonywało 1191 specjalistów w tej dziedzinie, zatem ich liczba w ostatnich 9 latach wzrosła o ponad 40%. Wzrosła również liczba lekarzy w trakcie specjalizacji. Pod koniec 2015 r. liczba lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie diabetologii wynosiła 195, a obecnie szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie odbywa 293 lekarzy, czyli o ponad 50% więcej. Jednocześnie informuję, że w ostatnich trzech postępowaniach kwalifikacyjnych Minister Zdrowia w dziedzinie diabetologii przyznał rezydentury w liczbie odpowiadającej w 100% zapotrzebowaniu na rezydentury zgłoszonemu przez wojewodów, a pozostałe wolne miejsca szkoleniowe w tej

dziedzinie zostały przyznane w trybie pozarezydenckim. W kolejnych postępowaniach praktyka ta będzie najprawdopodobniej utrzymana.

Dodatkowo informuję, że aktualnie nie wszystkie miejsca specjalizacyjne z dziedzin diabetologicznych są obsadzone. Pozostają zatem wolne miejsca specjalizacyjne dla lekarzy, którzy byliby chętni przystąpić do tych specjalizacji. Jednakże decyzja w tym zakresie pozostaje w wyłącznej gestii lekarzy.

Liczba miejsc specjalizacyjnych					
Dziedzina medycyny	Liczba miejsc akredytowanych	Liczba miejsc zajętych	W tym w trybie rezydenckim	W tym w trybie pozarezydenckim	Liczba miejsc wolnych
Diabetologia	388	282	155	127	106
Endokrynologia i diabetologia dziecięca	146	127	80	47	19
dane z systemu SMK 10.06.2025					

Warto również wskazać, że wprowadzono też zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne (tzw. Nabór Centralny), w tym możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz możliwość wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności. W przypadku niezakwalifikowania się przez lekarza do odbywania specjalizacji w preferowanym województwie lub w preferowanej dziedzinie może zostać zakwalifikowany na jeden z kolejnych „wyborów” wskazanych we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego. Powyższe rozwiązanie ma na celu zwiększenie liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach, które cieszą się mniejszym zainteresowaniem lekarzy, poprzez umożliwienie im zakwalifikowania się do odbywania danej specjalizacji w przypadku, jeżeli lekarz nie zakwalifikuje się na preferowaną przez niego dziedzinę.

W odniesieniu do pytania nr 2 informuję, że w celu zachęcenia młodych lekarzy do pracy w polskich podmiotach leczniczych, finansowanych ze środków publicznych, po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, wprowadzono rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury z zakresu diabetologii oraz endokrynologii dzieci i młodzieży mogą otrzymać wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej). Aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

Powyższy mechanizm pozwala z jednej strony uzyskać przez lekarza dodatkowe wynagrodzenie, a z drugiej strony uzyskuje płynność w pozyskiwaniu lekarzy specjalistów do publicznej opieki zdrowotnej.

W zakresie pytania nr 3 należy wskazać, że Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ aktualnie (wg stanu na 12.06.2025 r.) ma zwartych 56 umów w zakresie Budżetu Powierzonego Opieki Koordynowanej, w tym 23 podmioty realizują świadczenia w dziedzinie diagnostyki i leczenia cukrzycy. Zakres ten jest przez Lubuski OW NFZ stale rozszerzany o kolejne podmioty, które złożą odpowiedni wniosek i spełnią wymogi określone w obowiązujących przepisach.

W odniesieniu do pytania nr 4 informuję, że opiekę nad pacjentami we wskazanym obszarze mogą sprawować w ramach POZ lekarze rodzinni. Od kilku lat na terenie województwa rozwijana jest także opieka koordynowana, zapewniająca szerszy panel badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych bez konieczności kierowania pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W ramach tej opieki, pacjent ma zapewniony pakiet wizyt oraz badań diagnostycznych według koszyka badań diagnostycznych POZ oraz z budżetu powierzonego, porady dietetyczne, edukacyjne oraz konsultacje specjalistyczne diabetologa i leczenie farmakologiczne. Zatem już z poziomu POZ, pacjent ma dostęp do nowoczesnej diagnostyki, terapii i leków. Oprócz tego, na terenie działania Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, zawartych jest:

- 1) 14 umów w zakresie poradni diabetologicznych - w tym 16 miejsc udzielania świadczeń.
- 2) 2 umowy w zakresie poradni diabetologicznych dla dzieci.

W 2024 roku Lubuski OW NFZ ogłosił postępowanie konkursowe w całym rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W zakresach oraz obszarach kontraktowania, w których w sposób niewystarczający zapewniono dostęp do świadczeń, ogłaszano również uzupełniające konkursy ofert. W przypadku świadczeń w zakresie diabetologii wraz z zakresami skojarzonymi, ze wszystkimi oferentami spełniającymi wymagania określone w przepisach prawa, zawarto umowy na kolejne 5 lat. W obszarze kontraktowania, którym jest grupa powiatów – gorzowski, międzyrzecki, słubicki, strzelecko-drezdenecki, sulęciński, Gorzów Wielkopolski, dwukrotnie ogłaszano konkurs ofert. W pierwszym postępowaniu na ten obszar, pierwotnie zaplanowano zakontraktowanie 4 umów, wpłynęły 3 oferty i ze wszystkimi zawarto umowy. W postępowaniu uzupełniającym nie wpłynęła żadna oferta. Należy dodać, że w przypadku spełnienia określonych wymagań wynikających z przepisów prawa, wszystkie wnioski o zawarcie umowy na obszarze deficytowych powiatów w dziedzinie diabetologii, zostaną rozpatrzone przez lubuski OW NFZ.

Odnosząc się do pytania nr 5 należy wskazać, że zasady wykonywania zawodu lekarza określa ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn zm.), zwana dalej „ustawą”, Zgodnie z art. 4 ustawy każdy lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością. Wykonywanie zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oznacza opieranie się przez lekarza na znajomości aktualnej literatury medycznej, aktualizowanych doniesieniach oraz wytycznych towarzystw naukowych zwykle dbających o zgodny z obecnym stanem wiedzy charakter wytycznych i algorytmów postępowania. Przepisy te korespondują z przepisami Kodeksu Etyki Lekarskiej, zwanego dalej „KEL”. Art. 6 ust. 2 KEL nakazuje, że lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami niezwyfikowanymi naukowo lub uznanymi przez naukę za szkodliwe bądź bezwartościowe. Intencją tego artykułu jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentowi, uniknięcie niepożądanych powikłań, uszczerbku na zdrowiu czy utracie życia oraz zapobieganie dowolnemu eksperymentowaniu na pacjencie z lekami i procedurami niezwyfikowanymi naukowo, które nie poprawiają jakości zdrowia albo wprost mogą go bezpowrotnie zrujnować. Jednocześnie treść art. 6 ust. 1 KEL wskazuje, że lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych pacjentowi zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Lekarz uzupełnia swoją wiedzę poprzez różne formy kształcenia, w szczególności poprzez doskonalenie zawodowe. Art. 18 ust. 1 i 2 ustawy mówi, że lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego.

Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy okręgowa rada lekarska potwierdza przez dokonanie wpisu w rejestrze, o którym mowa w art. 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Potwierdzenia dokonuje okręgowa rada lekarska na podstawie przedłożonej przez lekarza dokumentacji potwierdzającej odbycie określonych form doskonalenia zawodowego. Powyższe zasady obowiązują zarówno lekarzy specjalistów transplantologii klinicznej prowadzących pacjentów bezpośrednio po zabiegu, jaki i innych lekarzy podtrzymujących dalsze leczenie. Należy wskazać, że każdy pacjent poddany zabiegowi transplantologii konsultowany jest z lekarzami różnych specjalności, w tym ze specjalistami w zakresie diabetologii. Każdy też pacjent po wyjściu ze szpitala ma przepisane w karcie informacyjnej zalecenia co do dalszej terapii lekowej.

Natomiast należy dodatkowo podkreślić, że tematyka diagnostyki, leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego stanów nagłych, przewlekłych oraz powikłań

cukrzycy typu 1 i typu 2 jest przedmiotem szkolenia specjalizacyjnego w przeważającej liczbie dziedzinach medycyny.

W odniesieniu do pytania nr 6, należy zauważyć, że osoby, które spełniają kryteria przyznawania określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2024 r. poz. 500, z późn. zm.) już obecnie mają dostęp do refundacji przedmiotowych wyrobów medycznych, tj.:

- kod R.05.01 (czujnik do systemu monitorowania stężenia glukozy flash, FGM) – dzieci od ukończenia 4. do ukończenia 18. roku życia z cukrzycą typu 1 albo 3 z bardzo dobrze monitorowaną glikemią, tj. przy co najmniej 8-krotnych pomiarach glikemii na dobę lub z hiperinsulinizmem wrodzonym lub glikogenozą; kobiety w okresie ciąży i połogu z cukrzycą; dorośli z: 1) cukrzycą typu 1 albo 3 albo z innymi typami cukrzycy posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ze względu na stan wzroku, wymagający insulinoterapii albo 2) hiperinsulinizmem wrodzonym, albo 3) glikogenozą,
- kod R.05.02 (czujnik do systemu FGM) – dorośli z cukrzycą typu 1 albo 3, albo z innymi typami cukrzycy wymagającymi co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę (intensywna insulinoterapia).

Niemniej jednak, Minister Zdrowia uprzejmie informuje, że poruszone w interpelacji postulaty środowiska diabetologicznego dotyczące umożliwienia refundacji systemów monitorowania glikemii dla szerszej grupy pacjentów wpływają również do resortu zdrowia, gdzie są poddawane analizie pod kątem ewentualnych zmian zasad refundacji. W tym miejscu należy podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia sukcesywnie wprowadza rozwiązania w przepisach prawa wychodzące naprzeciw oczekiwaniom diabetyków. Od 2018 r. do refundacji w ramach rozporządzenia wprowadzono cztery nowe grupy wyrobów medycznych dedykowane diabetykom: zbiornik na insulinę do osobistej pompy insulinowej, sensor do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT), transmiter do CGM-RT oraz czujnik do systemu FGM, a następnie m.in. rozszerzano kryteria przyznawania (w tym w zakresie chorób rzadkich) oraz uwzględniano możliwość refundacji nowych technologii. Wprowadzenie ww. zmian w zakresie wyrobów medycznych dedykowanych diabetykom jest niewątpliwie wyjściem naprzeciw oczekiwaniom tej grupy pacjentów, podnosi możliwości terapeutyczne oraz obniża koszty ponoszone w związku z chorobą. Jednocześnie należy wskazać, że w związku z wprowadzanymi zmianami w ramach rozporządzenia koszty płatnika publicznego ponoszone na refundację zaopatrzenia pacjentów w wyroby diabetologiczne systematycznie rosną – tylko w przypadku systemów monitorowania glikemii odnotowano wzrost z niemal 8,8 mln zł w 2018 r. do ok. 418 mln zł

w 2024 r. (wg stanu na 1 kwietnia 2025 r.), co stanowi ponad 47-krotny wzrost wydatków na tę grupę wyrobów medycznych na przestrzeni ostatnich 6 lat. Należy jednak zaznaczyć, iż środki finansowe przeznaczone na refundację są ograniczone, zatem istotne jest racjonalne dokonywanie zmian w istniejących pozycjach wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

W związku z powyższym, mając na uwadze, że kierowane do resortu zdrowia postulaty dotyczą znacznego rozszerzenia obowiązujących kryteriów przyznawania dla systemów monitorowania glikemii (tj. ujednoczenia tych kryteriów pomiędzy systemami FGM i CGM-RT oraz uwzględnienia pacjentów stosujących co najmniej 1 wstrzyknięcie insuliny na dobę) oraz już obecnie istotny wpływ refundacji omawianych wyrobów medycznych na budżet płatnika publicznego, dokonanie jakichkolwiek potencjalnych zmian w ww. zakresie zostanie poprzedzone zleceniem do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) przygotowania stosownej opinii.

Odnosząc się do pytania nr 7 informuję, że kwestie związane z refundacją reguluje ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930, z późn. zm.). W kwestii możliwości obejmowania refundacją nowych leków, wyrobów medycznych albo środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, należy wskazać, że zgodnie z przepisami ww. ustawy jedynie wpłynięcie do Ministerstwa Zdrowia wniosku przedłożonego przez odpowiedni podmiot odpowiedzialny uruchamia procedurę refundacyjną. Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 1 ww. ustawy, Wnioskodawca może złożyć do ministra właściwego do spraw zdrowia wniosek o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto leku. Ww. ustawa definiuje wnioskodawcę jako: podmiot odpowiedzialny, przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego, podmiot uprawniony do importu równoległego, wytwórcę wyrobów medycznych, jego autoryzowanego przedstawiciela, dystrybutora albo importera, a także podmiot działający na rynku spożywczym.

Obecnie w Ministerstwie Zdrowia procedowane są wnioski refundacyjne w stosunku do jednego z leków stosowanych w leczeniu otyłości, jednakże na wniosek podmiotu odpowiedzialnego postępowania zawieszono na wczesnym etapie procedury.

Należy również podkreślić, że zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego Ozempic (semaglutyd) nie posiada zarejestrowanego wskazania do stosowania dot. kontroli masy ciała.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/