



# Minister Zdrowia

ASG.050.85.2026.MK  
Warszawa, 17 kwietnia 2026

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację (nr 16143) z 25 marca 2026 r., Pani Poseł Katarzyny Osos w sprawie rekomendowanych zmian w opiece diabetologicznej na 2026 rok, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

**Rozwój i lepsze finansowanie opieki nad pacjentem z cukrzycą na poziomie świadczeń szpitalnych w diabetologii i AOS w celu wspierania skuteczności leczenia cukrzycy i ograniczania powikłań i hospitalizacji. Akceptację złożonych Kart Świadczenia Opieki Zdrowotnej dotyczących porad edukacyjnych, psychologicznej, dietetycznej, badanie dna oka za pomocą Fundus Camery, oceny ABI-wskaźnika kostka/ramię, wykonywanie badań – przeciwciała anti-GAD65 w diagnostyce cukrzycy typu 1 u dzieci oraz dorosłych.**

**Potrzeba wzmocnienia edukacji pacjentów z cukrzycą na każdym etapie opieki zdrowotnej.**

Ministerstwo Zdrowia w ramach projektu Odwrócona Piramida Świadczeń tworzy warunki prawno-organizacyjne do przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej, z dostosowaniem finansowania do złożoności przypadków oraz wzmocnieniem współpracy pomiędzy zakresami: POZ–AOS–LSZ. Oczekiwany efektem jest większa dostępność usług w trybie ambulatoryjnym, skrócenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej oraz lepsza sytuacja grup wrażliwych.

W zakresie diabetologii dorosłych trwają prace nad wybranymi świadczeniami, tj.:

- Pomiar wskaźnika kostka–ramię (ABI),
- Badanie genetyczne (NGS) w kierunku cukrzycy monogenowej,
- Autoprzeciwciała anti-GAD65,
- Autoprzeciwciała anti-IA2 oraz anti-ZnT8,
- UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu),
- Fotografia dna oka (funduskamera),
- Porady dla pacjentów z cukrzycą i otyłością.

Włączenie powyższych świadczeń ma na celu większą i szybszą dostępność do diagnostyki, prewencji powikłań oraz opieki edukacyjno-dietetycznej, co skraca ścieżkę pacjenta i odciąża szpitale – zgodnie z celami projektu Odwrócona Piramida Świadczeń. Należy jednak mieć na uwadze, że prace na projektem nie zostały jeszcze ukończone i włączenie poszczególnych świadczeń będzie zależne również od dostępnych środków finansowych.

**Dostęp pacjentów do nowoczesnego leczenia cukrzycy zgodny z zaleceniami PTD – w tym złagodzenie wskazań refundacyjnych dla analogów GLP-1 oraz udostępnienie nowych innowacyjnych klas leków.**

Na wstępie warto zauważyć, że od lipca 2024 roku dla produktów z grupy długodziałających analogów insuliny obowiązują wskazania refundacyjne, które nie posiadają dodatkowych obostrzeń dotyczących występowania hipoglikemii czy stosowania insuliny NPH. Jest to zmiana, o którą środowisko klinicystów zabiegało już od dłuższego

czasu i która umożliwi prowadzenie insulinoterapii zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Ponadto w 2025 r. rozszerzono zakres wskazań refundacyjnych dla empagliflozyny, dapagliflozyny, a także obniżono kryterium wiekowe dla insuliny glargine (lek Toujeo).

Aktualnie na zaawansowanym etapie postępowania są następujące wnioski o objęcie refundacją leków stosowanych w leczeniu cukrzycy:

Lek	Substancja czynna	Wskazanie	Doprecyzowanie wskazania
Mounjaro KwikPen	Tirzepatydum	Cukrzyca z otyłością	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym
			jako: 1) potwierdzona choroba sercowonaczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu
Ozempic	Semaglutidum	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c $\geq$ 7,0%, z BMI $\geq$ 27 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu	Złagodzenie kryteriów refundacyjnych
Diaflox	Dapagliflozinum	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	Leczenie niewystarczająco kontrolowanej cukrzycy typu 2 u pacjentów w wieku powyżej 10 lat, jako leczenie wspomagające dietę i ćwiczenia fizyczne: w onoterapii, gdy stosowanie metforminy nie jest właściwe ze względu na brak tolerancji lub w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi przyjmowanymi w leczeniu cukrzycy typu 2, Leczenie objawowej przewlekłej niewydolności serca

### Utrzymanie list leków bezpłatnych w celu zapewnienia dostępu do leczenia pacjentom senioralnym 65+ z cukrzycą, dzieciom do 18. roku życia i kobietom w ciąży.

W Polsce obowiązuje bardzo liberalne podejście do wykazów darmowych leków, które obejmują wszystkie leki z daną substancją czynną w danym wskazaniu, niezależnie od ceny. Aktualnie 95% leków z wykazu leków refundowanych dostępnych jest bezpłatnie dla seniorów, a 70% dla dzieci. Takiego rozwiązania nie ma w innych państwach Unii Europejskiej. O ile takie rozwiązanie zwiększyło dostępność pacjentów do leczenia, to ma również niestety wady, które są widoczne wyraźnie po kilku latach jego funkcjonowania.

Bardzo dynamicznie rosną wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia w tym obszarze, rośnie ilość wykupowanych (często na zapas) leków, a także zanika konkurencyjność cenowa między firmami farmaceutycznymi. W roku 2023 wartość refundacji leków w grupie pacjentów z uprawnieniem „S” w stosunku do wartości ogólnej dla leków aptecznych wynosiła ok. 36%, podczas gdy w roku 2025 na podstawie dostępnych aktualnie danych, stosunek ten wynosi ok. 62%. Zdecydowanie jest to obszar, który potrzebuje zmian. Aktualnie Minister Zdrowia analizuje jakie kroki można podjąć, aby zapewnić pacjentom bezpłatne leczenie, wykorzystać potencjał leków generycznych, ograniczyć nadmierną preskrypcję.

Idea bezpłatnych leków jest jak najbardziej słuszna i w tym miejscu należy podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia nie planuje wprowadzać radykalnych zmian, które mogłyby ograniczać pacjentom dostęp do leczenia. Nie można jednak zaprzeczyć, że potrzebna jest optymalizacja ponoszonych wydatków, przywrócenie konkurencyjności rynkowej. Należy przeprowadzić takie działania w myśl idei równoważenia interesów wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej.

Ministerstwo mając na uwadze utrzymanie podobnego tempa wdrażania nowych technologii w Polsce oraz wzmocnienie potencjału leków generycznych generujących środki, które mogą być do tego przeznaczone, rozważa wprowadzenie zmian na darmowych wykazach. Niemniej jednak, jak już wskazano powyżej, z perspektywy społecznej planowane modyfikacje nie będą stanowiły zmian o charakterze radykalnym, ponieważ głównym celem Ministerstwa nie jest ograniczenie dostępu do bezpłatnych leków, a wyłącznie zoptymalizowanie wydatków przeznaczanych na ten cel. Dzisiejsza konstrukcja bezpłatnych wykazów generuje sytuacje, w których płatnik publiczny pokrywa pełny koszt takich samych leków innych producentów, różniących się jednak kilkukrotnie pod względem warunków kosztowych.

Celem regulacji aktualnego stanu jest, aby żaden pacjent nie stracił dostępu do darmowej terapii rozumianej jako postępowanie terapeutyczne w danym stanie klinicznym, a jednocześnie koszty dalszego prowadzenia darmowych wykazów obniżyły się.

#### **Refundacja osobistych pomp insulinowych dla osób po 26. roku życia.**

Świadczenie gwarantowane „Leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej. Założenie pompy insulinowej” zostało ujęte w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357 z późn. zm.). Świadczenie to jest realizowane u pacjentów do ukończenia 26. roku życia, u których stwierdza się występowanie co najmniej jednego z poniższych stanów (kryteriów):

- 1) powtarzające się ciężkie hipoglikemie;
- 2) powtarzające się hiperglikemie o brzasku;
- 3) niestabilność glikemii wymagająca co najmniej 7 pomiarów na dobę;
- 4) obecność powikłań cukrzycy;
- 5) występowanie kwasicy ketonowej,

ma na celu zaopatrzenie pacjenta w pompę insulinową oraz edukację umożliwiającą w pełni samodzielne (przez pacjenta lub opiekuna) posługiwanie się pompą i wymianę osprzętu. Aktualnie trwają prace nad rozszerzeniem kryteriów kwalifikacji do świadczeń o osoby pow. 26 r.ż., jednak ze względu na wysoki koszt pojedynczej pompy oraz stan finansów publicznych, obecnie prowadzone prace analityczne skupiają się na ewentualnych możliwościach obniżenia kosztów świadczenia.

#### **Refundacja systemów ciągłego monitorowania glikemii (CGM) we wszystkich wskazaniach w celu lepszego wyrównania cukrzycy.**

Kwestię refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2025 r. poz. 1038), zwane dalej „rozporządzeniem”.

Rozporządzenie definiuje katalog wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wraz z określeniem limitów ich finansowania ze środków publicznych, wysokości udziału własnego

świadczeniobiorcy w tym limicie, kryteriów ich przyznawania oraz osób uprawnionych do wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby.

W załączniku do rozporządzenia znajduje się obecnie 231 grup wyrobów medycznych, z czego dziewięć pozycji jest dedykowanych wyłącznie wyrobom medycznym wspomagającym kontrolę glikemii, są to: zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej albo moduły infuzyjne do pomp insulinowych bezdrenowych (kod R.01.01), zbiornik na insulinę do osobistej pompy insulinowej (kod R.02.01), sensory do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT, kody R.03.01, R.03.02 i R.03.03), transmitters do CGM-RT (kody R.04.01 i R.04.02) oraz czujnik do systemu monitorowania stężenia glukozy flash (FGM, kody R.05.01 i R.05.02).

Warto dodać, że diabetycy w uzasadnionych klinicznie przypadkach są także uprawnieni do korzystania z innych wyrobów medycznych ujętych w rozporządzeniu.

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 CGM-RT, transmitter do CGM-RT oraz czujnik 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 zaznaczyć, że w związku z wprowadzanymi zmianami w ramach rozporządzenia koszty płatnika publicznego ponoszone na refundację zaopatrzenia pacjentów w wyroby diabetologiczne systematycznie rosną – z ok. 46,3 mln zł w 2016 r. do ponad 637,7 mln zł w 2025 r., co stanowi niemal 14krotny wzrost wydatków na tę grupę wyrobów medycznych na przestrzeni 10 lat. Ograniczając dane wyłącznie do refundacji systemów do monitorowania glikemii wydatki płatnika publicznego w latach 2021–2025 wzrosły z niemal 55 mln zł do ok. 542,2 mln zł, co stanowi prawie 10-krotny wzrost kosztów na przestrzeni 5 lat.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że całkowite wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na pokrycie kosztów refundacji wszystkich wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wyniosły niemal 3,47 mld zł w 2025 r. Co istotne, intencją wykazu jest zabezpieczenie potrzeb różnych grup pacjentów w jak największym stopniu, przy jednoczesnym uwzględnieniu możliwości finansowych NFZ.

W związku z powyższym, mając na uwadze, że aktualnie kierowane do resortu zdrowia postulaty zmian w zakresie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie dotyczą przede wszystkim 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 znaczący wpływ refundacji omawianych wyrobów na budżet płatnika publicznego istotne jest racjonalne dokonywanie zmian w rozporządzeniu. Z tego względu zwrócono się do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o przygotowanie stosownej opinii w przedmiotowym zakresie, a aktualnie w resorcie zdrowia prowadzone są analizy nad potencjalnymi zmianami w oparciu o otrzymane materiały.

**Włączenie do koszyka świadczeń gwarantowanych leczenia zespołu stopy cukrzycowej w oparciu o model szamotulski.**

Aktualnie trwają prace analityczne nad otrzymaną z Narodowego Funduszu Zdrowia informacją o przebiegu realizacji programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej w okresie sierpień 2023 r. - grudzień 2025 r. (data wpływu do Ministerstwa Zdrowia 26 marca br.), Po ich zakończeniu zostaną podjęte ewentualne dalsze decyzje w przedmiotowej sprawie.

**Równy dostęp do badań diagnostycznych dla pacjentów z cukrzycą i wczesne wykrywanie powikłań/chorób współistniejących w POZ w celu wdrażania wczesnych interwencji.**

## **Wyrównanie dostępu do badania UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu) dla placówek POZ niebędących w opiece koordynowanej.**

### **Włączenie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy typu 1 do bilansu 6-latka.**

W odniesieniu do kwestii oznaczania wskaźnika UACR - należy wskazać, że badanie to obecnie jest zabezpieczone na poziomie POZ dla pacjentów objętych opieką koordynowaną.

Wprowadzenie opieki koordynowanej w 2022 r. w podstawowej opiece zdrowotnej umożliwiło rozszerzenie listy badań diagnostycznych zlecanych przez lekarza POZ. Świadczenia opieki koordynowanej są realizowane przez świadczeniodawców na podstawie dodatkowej umowy z NFZ w co najmniej jednym z następujących zakresów: kardiologia, diabetologia, choroby płuc, endokrynologia, nefrologia.

W modelu opieki koordynowanej oznaczenie wskaźnika albumina/kreatynina w moczu (UACR) wykonywane jest u pacjentów w zakresach: kardiologia – obejmująca diagnostykę i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków; diabetologia – obejmująca diagnostykę i leczenie stanów przedcukrzycowych oraz cukrzycy; nefrologia – obejmująca diagnostykę i leczenie przewlekłej choroby nerek.

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia, w latach 2023-2025 w ramach opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, w celu diagnostyki i weryfikacji prawidłowości leczenia, u pacjentów wykonano łącznie 309 056 badań UACR.

Liczba ww. badań sukcesywnie wzrasta. W 2023 r. wykonano ich 41 762, a w 2025 r. -155 763, czyli czterokrotnie więcej.

Należy także zauważyć, że sukcesywnie poszerzany jest panel badań dla dzieci, i tak w 2025 r. zakres badań bilansowych wykonywanych w czasie rocznego przygotowania przedszkolnego został poszerzony o badanie hipercholesterolemii rodzinnej, która stanowi poważne wyzwanie zdrowotne, a diagnozowana zbyt późno prowadzi do poważnych powikłań, takich jak: wczesny rozwój miażdżycy, choroba niedokrwienna serca i powiązane z nią zdarzenia sercowo-naczyniowe, w tym zawał mięśnia sercowego i udar mózgu, a nawet przedwczesny zgon.

### **Poprawa zarządzania środkami z opłaty cukrowej poprzez odpowiednie znaczenie i wydatkowanie wpływów na działania prewencyjne, diagnostyczne i terapeutyczne. Postulat powołania Rady ds. wydatkowania podatku cukrowego przy Ministerstwie Zdrowia.**

W 2025 r. w resorcie zdrowia prowadzono intensywne prace analityczne oraz koncepcyjne związane z przygotowaniem projektu zmian ustawy o zdrowiu publicznym, między innymi w ramach powołanego przez Radę ds. Zdrowia Publicznego - Zespołu roboczego ds. nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym. Obejmowały one dogłębną analizę aktualnych rozwiązań prawnych oraz identyfikację obszarów wymagających modyfikacji, również w zakresie poboru i wydatkowania opłat od środków spożywczych. Zespół w ramach swojej pracy zidentyfikował następujące potrzeby systemowe:

- 1) podniesienie rangi zdrowia publicznego na tle międzyresortowym i usprawnienie koordynacji na poziomie centralnym;
- 2) usprawnienie koordynacji i zarządzania na poziomie lokalnym i regionalnym;
- 3) ustalenie definicji zdrowia publicznego oraz priorytetów profilaktyki;
- 4) usprawnienie i uporządkowanie systemu finansowania zadań;
- 5) usprawnienie i uporządkowanie systemu sprawozdawczego zadań.

Aktualnie trwają intensywne prace nad przygotowaniem projektu nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym odpowiadającej na zidentyfikowane potrzeby.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Tomasz Maciejewski  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/