Warszawa, dnia ..9..listopada 2016 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

RzPP-WIP.420.40.2016.JN.3

Pani
Prof. dr hab. Halina Batura-Gabryel
Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc
Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii
i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu
Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
ul. Szamarzewskiego 84
60-569 Poznań

Szanowna Pani Profesor

Najwyższa Izba Kontroli opublikowała wyniki działań kontrolnych w kierunku „Dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego". Kontrola ta dotyczyła obszaru o ogromnym znaczeniu ze względu na to, iż choroby układu oddechowego stanowią czwartą przyczynę zgonów mieszkańców Polski oraz istotną przyczynę niepełnosprawności.

NIK z własnej inicjatywy zbadała dostępność profilaktyki i leczenia wybranych chorób płuc - przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), złośliwych nowotworów układu oddechowego i gruźlicy płuc.

Ustalono, m. in. że nie zostały opracowane przez Ministra Zdrowia dwa bardzo istotne zadania, umieszczone w Narodowym Programie Zdrowie na lata 2007-2015, obejmujące swoim zakresem zwalczanie POChP oraz zmniejszenie umieralności poprzez tworzenie oddziałów leczących metodą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc. Minister Zdrowia nie zapewnił też koordynacji realizacji Narodowego Programu Zdrowia i nie przygotował informacji zbiorczych, dotyczących efektów realizacji zadań Programu, w tym ww. chorób płuc. Zakładane zmniejszenie liczby zgonów z powodu POChP okazało się niemożliwe do

rzetelnego zwymiarowania, gdyż okazało się, że żaden podmiot nie dysponuje wiarygodnymi danymi w tym zakresie.

Kontrola NIK wykazała również, iż pomimo, że zachorowalność na gruźlicę płuc w Polsce powoli się zmniejsza, niemożliwe jest zwymiarowanie efektów jej leczenia. Udokumentowane wyleczenia stanowią niecałe 30 proc., podczas gdy Światowa Organizacja Zdrowia zaleca osiągnięcie skuteczności na poziomie 85 proc. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest brak ustawowego obowiązku zgłaszania przez lekarzy wyników leczenia gruźlicy. Wyniki leczenia pogarsza także brak nadzoru nad przyjmowaniem leków przeciwprątkowych w leczeniu pozaszpitalnym. Jest to główna przyczyna przerywania leczenia przez co dziesiątego chorego. W kontrolowanych jednostkach 87 pacjentów przerwało leczenie przeciwprątkowe, stwarzając dla otoczenia zagrożenie zakażeniem.

Problem stanowi również dostęp do niektórych leków. Kontrola wykazała, że jeden z leków - Izoniazyd, nie został umieszczony na liście refundacyjnej w postaci samodzielnej, a jedynie jako w skojarzeniu z ryfampicyną, jako składnik produktu Rifamazid. Wobec wysokiej ceny leku pacjenci mogą zaprzestać kupowania go, co z kolei może prowadzić do wznowy gruźlicy. Ponadto narusza to ustawowe prawo pacjentów do bezpłatnego leczenia gruźlicy.

Niskie kontrakty z NFZ są kolejną przyczyną coraz dłuższych kolejek do specjalistów. W badanym okresie liczba osób czekających na poradę specjalisty w dziedzinie chorób płuc wzrosła ponad dwukrotnie, a w oddziałach chorób płuc i gruźlicy (dla dorosłych) - ponad czterokrotnie. Najdłużej pacjenci musieli czekać na poradę specjalistyczną w województwie kujawsko-pomorskim - 101 dni, a najkrócej w lubelskim - 14 dni.

NIK zaobserwowała również, że kadra specjalistyczna odpowiedzialna za leczenie przewlekłych chorób płuc coraz bardziej się starzeje, a napływ młodej kadry jest niedostateczny. Może to w przyszłości jeszcze bardziej ograniczyć dostępność do opieki lekarskiej w omawianym obszarze.

W ogólnej ocenie wyniki kontroli wskazują, że dostęp do profilaktyki, wczesnego diagnozowania i leczenia chorób układu oddechowego jest niewystarczający i ulega stopniowemu pogorszeniu.

Najwyższa Izba Kontroli wniosła do Ministra Zdrowia o:

- wprowadzenie do ustawy z dn. 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi obowiązku przekazywania przez lekarzy wyników leczenia chorych na gruźlicę państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu oraz regulacji zapewniających nadzór nad przyjmowaniem przez pacjentów leków przeciwprątkowych przez cały okres leczenia gruźlicy;

- wprowadzenie rozwiązań systemowych poprawiających dostępność poradni specjalistycznych udzielających świadczeń w zakresie chorób płuc dla osób z podejrzeniem gruźlicy;
- podjęcie działań ukierunkowanych na poprawę jakości danych epidemiologicznych gromadzonych w Krajowym Rejestrze Nowotworów, które stanowią podstawowe źródło informacji o zachorowaniach i umieralności na nowotwory złośliwe, w tym nowotwory układu oddechowego;
- rozważenie wprowadzenia profilaktycznych programów zdrowotnych, umożliwiających wykonywanie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia schorzeń układu oddechowego, które mogą przyczynić się do zmniejszenia umieralności;
- rozważenie wprowadzenia obowiązkowego szkolenia dla lekarzy w zakresie poprawnego wypełniania kart zgonów;
- ponadto NIK wnosi o podjęcie działań zmierzających do dokonania rzetelnej wyceny świadczenia gwarantowanego „Leczenie niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) w zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i innych przewlekłych niezakaźnych chorobach płuc".

Mając powyższe na uwadze, a także w związku z dokonaną analizą zgłaszanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta skarg dotyczących ograniczonej dostępności do poradni chorób zakaźnych i poradni chorób płuc (np. warszawscy pacjenci z podejrzeniem gruźlicy otrzymują propozycję udzielenia świadczenia z 3 - 9 miesięcznym okresem oczekiwania), działając na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r., poz. 126) zwracam się do Pani Profesor z uprzejmą prośbą o opinię, czy kompetencje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej powinny być rozszerzone o możliwość:

- wykonywania pacjentowi *badania spirometrycznego* - będącego podstawą diagnostyki POCHP oraz
- przeprowadzenia pacjentowi tzw. *próby tuberkulinowej*, dzięki której sprawdza się stan alergii na antygeny prątka gruźlicy.

Ponadto, jeżeli w Pani ocenie takie zmiany powinny mieć miejsce, czy powinny być wpisane w Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86).

Z poważaniem