

AKCEPTUJĘ

Z upoważnienia
MINISTRA
PODSEKRE

Katarzyna
Minister Zdrowia
2018 LUT. 02

Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej

Okres realizacji programu: 2016-2018

**Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.)**

**Warszawa 2016 r.
(aktualizacja – 2018)**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Spis treści

| | | |
|------|--|----|
| I. | STRESZCZENIE | 3 |
| 1. | SKRÓTOWY OPIS CELÓW I PODSTAWOWYCH ELEMENTÓW PROGRAMU | 3 |
| 2. | OKREŚLENIE WYSOKOŚCI ŚRODKÓW NIEZBĘDNYCH NA REALIZACJĘ PROGRAMU, W TYM ŚRODKÓW Z BUDŻETU MINISTRA WŁAŚCIWEGO DO SPRAW ZDROWIA, W KOLEJNYCH LATACH JEGO REALIZACJI..... | 4 |
| 3. | SPODZIEWANE EFEKTY I KORZYŚCI WYNIKAJĄCE Z POTENCJALNEGO WDROŻENIA PROGRAMU, W TYM OKREŚLENIE GŁÓWNYCH MIERZALNYCH/NIEMIERZALNYCH KORZYŚCI I KOSZTÓW | 4 |
| II. | ZDEFINIOWANIE PROBLEMU I OKREŚLENIE POTRZEB LECZENIA ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ W POLSCE..... | 5 |
| 1. | OPIS PROBLEMU. | 5 |
| 2. | PRZYCZYNY ISTNIENIA PROBLEMU | 6 |
| 3. | WAGA PROBLEMU ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ DLA SPOŁECZEŃSTWA..... | 7 |
| 4. | DOTYCHCZASOWE PRÓBY ROZWIĄZANIA PROBLEMU..... | 8 |
| 5. | TRUDNOŚCI W UZYSKANIU ŚWIADCZEŃ | 8 |
| III. | UZASADNIENIE..... | 8 |
| 1. | DLACZEGO REALIZACJA PROGRAMU POWINNA ZOSTAĆ SFINANSOWANA (DOFINANSOWANA) PRZEZ MINISTRA WŁAŚCIWEGO DO SPRAW ZDROWIA, W TYM NALEŻY WSKAZAĆ ODPOWIEDNIE WSKAŹNIKI I MIERNIK (W RELACJI Z INNYMI WAŻNYMI Z PUNKTU WIDZENIA POLITYKI ZDROWOTNEJ PROGRAMAMI)..... | 8 |
| 2. | ZDEFINIOWANIE POTRZEBY ZDROWOTNEJ, KTÓREJ ZASPOKOJENIU MA SŁUżyć REALIZACJA PROGRAMU..... | 9 |
| 3. | EFEKTYWNOŚĆ EKONOMICZNA | 9 |
| 4. | INNOWACYJNOŚĆ I WYKORZYSTANIE POSTĘPU NAUKOWO-TECHNICZNEGO W ZAPROPONOWANYCH ROZWIĄZANIACH | 10 |
| 5. | WYKORZYSTANIE DOTYCHCZASOWYCH DOŚWIADCZEŃ..... | 11 |
| 6. | PROMOWANIE WSPÓŁPRACY MIĘDZY RÓŻNYMI INSTYTUCJAMI I ORGANIZACJAMI..... | 12 |
| 7. | MOŻLIWOŚĆ PONOWNEGO WYKORZYSTANIA PROGRAMU W PRZYSZŁOŚCI LUB KONTYNUOWANIA JEGO REALIZACJI PRZEZ INNE JEDNOSTKI | 12 |
| IV. | OPIS PROGRAMU | 13 |
| 1. | OKREŚLENIE, CZY PROGRAM STANOWI KONTYNUACJĘ Z LAT UBIEGŁYCH..... | 13 |
| 2. | CELE GŁÓWNE I SZCZEGÓŁOWE..... | 13 |
| 3. | PLAN DZIAŁAŃ – OPIS DZIAŁAŃ, KTÓRE MAJĄ DOPROWADZIĆ DO OSIĄGNIĘCIA CELÓW:..... | 14 |
| A. | <i>Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną.....</i> | 14 |
| B. | <i>Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową.....</i> | 15 |
| C. | <i>Organizacja szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC;.....</i> | 19 |
| D. | <i>Przeprowadzenie kampanii edukacyjnej skierowanej do pacjentów z cukrzycą:.....</i> | 22 |
| 4. | SPOSÓB REALIZACJI ZADAŃ | 22 |
| 5. | ŹRÓDŁA FINANSOWANIA..... | 22 |
| 6. | SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM DZIAŁAŃ WYNIKAJĄCY Z FORMY OPISOWEJ: | 23 |
| 7. | WSKAŹNIKI MONITOROWANIA OCZEKIWANYCH EFEKTÓW: | 24 |
| V. | KOSZTORYS (WYDATKI BIEŻĄCE I MAJĄTKOWE)..... | 25 |
| VI. | REALIZATORZY PROGRAMU..... | 30 |
| VII. | KONTYNUACJA DZIAŁAŃ PODJĘTYCH W PROGRAMIE | 30 |
| | PIŚMIENNICTWO – WYBRANE POZYCJE | 32 |



I. Streszczenie

1. Skrótowy opis celów i podstawowych elementów programu

Zespół stopy cukrzycowej (ZSC) jest poważnym powikłaniem cukrzycy. Występuje u około 6-10% pacjentów z cukrzycą. Nieleczony ZSC prowadzi do nieodwracalnych zmian w kończynach dolnych, takich jak deformacje, utrata funkcji podporowych, przewlekłe i trudne do wyleczenia stany zapalne kości, zmiany martwicze i zgorzelinowe stopy. Przy braku odpowiedniej, nowoczesnej, wielodyscyplinarnej terapii prowadzi często do amputacji, a następnie do przedwczesnego zgonu chorego. Właściwa profilaktyka i wielodyscyplinarne postępowanie terapeutyczne (leczenie zachowawcze, wewnątrznaczyniowe, chirurgiczne, terapia podciśnieniowa) ZSC poprawiają zasadniczo rokowanie w tej grupie chorych z cukrzycą. Leczenie ZSC jest kosztowne, czasochłonne i wymaga interdyscyplinarnej opieki, jednak właściwie prowadzone zwykle przynosi dobre efekty. W szeregu krajów Unii Europejskiej właściwie funkcjonujący system opieki nad chorymi na cukrzycę z ZSC pozwolił na poprawę wyników klinicznych.

W Polsce istnieje pilna potrzeba wdrożenia kompleksowych działań, mających na celu wsparcie obecnego systemu ambulatoryjnego leczenia pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej.

Cel ogólny:

Redukcja amputacji i inwalidztwa, przedwczesnych zgonów oraz poprawa jakości życia pacjentów z Zespołem Stopy Cukrzycowej.

Cele szczegółowe:

- a) wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną w wybranych miastach wojewódzkich;
- b) wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową przy poradniach diabetologicznych;
- c) organizacja kursów i szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC;
- d) przeprowadzenie kampanii edukacyjnej skierowanej do pacjentów z cukrzycą dotyczącej zagadnień związanych z zespołem stopy cukrzycowej.



2. Określenie wysokości środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji

Źródła finansowania:

- 1) część budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) udział finansowy realizatorów w zakresie zakupu sprzętu i aparatury w wysokości nie mniej niż 15% wartości zadania.

Tabela 1. Planowana wysokość środków niezbędnych na realizację programu w latach 2016-2018 (w tys. złotych)

| Rok | 2016¹ | 2017² | 2018 | Razem |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|--------------|
| Planowane środki | 1 363 | 2 212 | 337 | 3 912 |

Zakres zadań oraz wysokość środków w latach 2016-2018 może ulec zmianie, gdyż budżet na programy polityki zdrowotnej, które są finansowane z rozdziału 85149-Programy Polityki Zdrowotnej jest planowany na okres jednego roku. W konsekwencji, wysokość środków finansowych przewidzianych do wydatkowania w ramach programu w latach 2016-2018 jest uzależniona od corocznych decyzji Ministra Zdrowia.

3. Spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia programu, w tym określenie głównych mierzalnych/niemierzalnych korzyści i kosztów

Głównymi spodziewanymi efektami programu polityki zdrowotnej pn. Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej będzie zmniejszenie nowych przypadków tego powikłania, redukcja liczby amputacji, poprawa jakości i wydłużenie życia pacjentów. Oczekiwany efektem będzie też ograniczenie bezpośrednich i pośrednich kosztów finansowych związanych z leczeniem ZSC. Przy realizacji Programu wykorzystane zostanie doświadczenie już istniejących ośrodków, w których istnieją gabinety leczenia zespołu stopy cukrzycowej, oraz doświadczenie pracujących w nich zespołów.

¹W roku 2016 plan finansowy programu po zmianach wynosił: 1 333 000,00 zł (stan na 31 grudnia 2016 r.).

² W roku 2017 plan finansowy programu po zmianach wynosił: 1 798 000,00 zł (stan na 31 grudnia 2017 r.).



II. Zdefiniowanie problemu i określenie potrzeb leczenia zespołu stopy cukrzycowej w Polsce

1. Opis problemu.

Cukrzyca jest częstą, przewlekłą chorobą, która dotyka prawie 400 milionów ludzi na świecie i 3 milionów w Polsce. Około 80-90% wszystkich przypadków choroby dotyczy pacjentów z cukrzycą typu 2, która rozwija się u osób w wieku średnim i starszym, współistniejąc z innymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego, np. nadciśnieniem tętniczym i zaburzeniami lipidowymi. Mniejszość, bo około 10% chorych, to pacjenci z cukrzycą typu 1. Cukrzyca wiąże się z rozwojem przewlekłych powikłań, takich jak choroba wieńcowa, udar mózgu, miażdżycza tętnic kończyn dolnych, cukrzycowa choroba nerek, neuropatia i retinopatia. Wiodą one do znacznego skrócenia oczekiwanego czasu przeżycia. Cukrzyca stanowi duże wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie, generując przy tym ogromne koszty ekonomiczne. W Polsce szacowany koszt ekonomiczny cukrzycy wynosi około 7 miliardów złotych³. Z tego połowa jest konsekwencją jej przewlekłych powikłań.

Do jednych z najczęściej występujących powikłań cukrzycy należy ZSC przebiegający zwykle z owrzodzeniami stopy, których występowanie wiąże się z częstymi hospitalizacjami i wzrostem liczby amputacji. Dane epidemiologiczne pokazują, że wystąpienie owrzodzeń stopy poprzedza ponad 85% amputacji kończyny dolnej u pacjentów z cukrzycą, które nie są związane z urazami. Stopa cukrzycowa jest definiowana jako infekcja, owrzodzenie lub destrukcja głębokich tkanek stopy z neuropatią i/lub chorobą naczyń obwodowych w kończynie dolnej u chorych na cukrzycę (wg. Międzynarodowej Grupy Roboczej dla Stopy Cukrzycowej - IWGDF guideline 2015). Z klinicznego punktu widzenia, możemy wyróżnić stopę cukrzycową neuropatyczną, naczyniową i o mieszanej etiologii. Wszystkie typy stopy cukrzycowej wiążą się z wysokim ryzykiem trwałego kalectwa i przedwczesnego zgonu.

Szacuje się, że w Polsce przeprowadza się rocznie ponad 4500 pierwszych amputacji powyżej kostki u pacjentów z cukrzycą i zespołem stopy cukrzycowej⁴. Są też dziesiątki tysięcy mniejszych obszarowo amputacji, które powodują inwalidztwo dotkniętych nimi osób. Najważniejszymi czynnikami ryzyka ZSC są: neuropatia cukrzycowa, miażdżycza tętnic kończyn dolnych, długi przebieg źle kontrolowanej cukrzycy, brak wiedzy na temat choroby⁵. ZSC ma

³ Raport „CUKRZYCA – Ukryta pandemia. Sytuacja w Polsce – Edycja 2014” Publikacja pod patronatem PTD.

⁴ Czeletko T i wsp., Medycyna Metaboliczna 2013.

⁵ Jeffcoate WJ i wsp., Lancet 2003.

różne postaci kliniczne, może przybierać różne formy i stopnie zaawansowania. Patomechanizm powstawania ZSC jest złożony i obejmuje neuropatię cukrzycową oraz lokalne niedokrwienie.

Pomimo nowych metod terapii cukrzycy typu 1 i typu 2, które stały się dostępne w ostatnich dekadach, u wielu pacjentów wciąż rozwija się ZSC. Amputacja, do której powinno dochodzić tylko w ostateczności po wykorzystaniu wcześniejszych, wszystkich możliwych zmierzających do uratowania kończyny metod, jest stosowana zbyt często. Przebyta amputacja wiąże się nie tylko z oczywistym inwalidztwem u chorych, którzy jej doświadczyli, ale jest ona także związana ze złym rokowaniem obejmującym rozwój dalszych powikłań, w tym kolejnych amputacji, oraz przedwczesny zgon. Zgodne z deklaracją z Saint Vincent z 1989 r.⁶, a także z najnowszymi danymi IWGDF z 2015 r. uważa się, że wczesne wdrożenie specjalistycznego i profesjonalnego leczenia zapobiega aż 75-90% przypadkom amputacji kończyn i zmniejsza liczbę hospitalizacji o 30% u chorych z cukrzycą z powodu ZSC. Poprawa rokowania u tych pacjentów może nastąpić jedynie w warunkach pełnej dostępności do multidyscyplinarnej terapii koordynowanej przez ośrodki diabetologiczne doświadczone w leczeniu tego zespołu.

2. Przyczyny istnienia problemu

Leczenie ZSC wymaga zaangażowania lekarzy wielu specjalności oraz wdrożenia szeregu metod terapeutycznych. W zależności od obrazu klinicznego różne metody terapeutyczne stosowane są kolejno lub jednocześnie. Należy do nich w szczególności optymalizacja kontroli glikemicznej, odciążenie chorej stopy, zabiegowe oczyszczenie i chirurgiczne opracowanie rany, systemowe podawanie antybiotyków o szerokim spektrum, kiedy pojawi się infekcja, leczenie choroby tętnic obwodowych, leczenie podciśnieniowe (NPWT – negative pressure wound therapy), stosowanie gipsowych opatrunków unieruchamiających/odciążających z gipsu lub tworzywa sztucznego typu Total Contact Cast (TCC) lub Scotch Cast w leczeniu owrzodzeń neuropatycznych i neuroosteoartropatii Charcot, stosowanie osocza bogatopłytkowego i płytkowych czynników wzrostu w leczeniu ran, przeszczepy skóry. W związku z tym, zespół medyczny sprawujący opiekę nad pacjentem z ZSC powinien dysponować odpowiednią wiedzą oraz zapleczem sprzętowym. W Polsce funkcjonuje obecnie jedynie kilka gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną, część z nich jest wydzielonych w ramach poradni diabetologicznych realizujących ambulatoryjną opiekę specjalistyczną przy ośrodkach klinicznych. W ramach poradni diabetologicznych opieka ta ma bardzo ograniczony charakter. Wynika to głównie z braku zaplecza sprzętowego oraz niepełnej wiedzy na temat kompleksowego, zintegrowanego

⁶ Publikacja wydana pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia i Międzynarodowej Federacji Cukrzycy



leczenia ZSC i niedostatecznego doświadczenia klinicznego personelu medycznego. Wobec obecnej skali problemu, a także prognoz epidemiologicznych, wskazane jest podjęcie przez system opieki zdrowotnej działań wspierających zmierzających do stworzenia zintegrowanej opieki nad chorymi ze stopą cukrzycową na różnych poziomach opieki medycznej.

3. Waga problemu zespołu stopy cukrzycowej dla społeczeństwa

W Polsce nie prowadzono dotychczas systematycznych rejestrów liczby pacjentów z ZSC. Wynika to zarówno z braku dedykowanych schorzeniu dla ZSC struktur opieki medycznej, jak i niepełnych regulacji legislacyjnych. Dane z innych krajów, gdzie rejestry takie są prowadzone, wskazują, że od kilku do kilkunastu procent pacjentów z cukrzycą rozwija to powikłanie⁷. Pilotażowe polskie szacunki mówią o częstotliwości występowania tego powikłania na poziomie prawie 4%⁸. ZSC przebiega często z owrzodzeniami stopy, wiąże się to z licznymi hospitalizacjami i 20-krotnym wzrostem liczby amputacji. Liczba około 4500 tzw. dużych amputacji u pacjentów z cukrzycą wydaje się być znacznie niedoszacowana, ponieważ chorzy podlegający tej procedurze wykazywani są w systemie NFZ z różnymi rozpoznaniem wg jednorodnych grup pacjentów. Większości tych amputacji można by uniknąć. ZSC generuje ogromne koszty dla systemu opieki zdrowotnej.

Warto wspomnieć również o uwarunkowaniach społecznych dotyczących osób z ZSC. Chorzy ci w porównaniu z pozostałą częścią społeczeństwa znajdują się zwykle w istotnie gorszej sytuacji materialnej. Co najmniej 2 razy więcej osób z cukrzycą w porównaniu z populacją społeczeństwa polskiego utrzymuje się wyłącznie z renty, zasiłków lub emerytury. W przypadku chorych z ZSC odsetki te są jeszcze większe, a dodatkowym czynnikiem ograniczającym społecznie jest trwałe inwalidztwo. Wynika to z ograniczenia ich konkurencyjności ekonomicznej, jak i z nierówności społecznych oraz konieczności nakładów własnych na trwające przez całe życie leczenie.

Problem wyrównania szans społecznych dla osób z cukrzycą, w tym także w dostępie do pracy podejmuje wiele programów międzynarodowych. Należą do nich: Ruch wdrażania Deklaracji z St. Vincent pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia, Międzynarodowa Federacja Cukrzycy oraz 172 krajowych stowarzyszeń ze 134 krajów świata, zajmujących się cukrzycą

⁷ Boulton AJ: The diabetic foot: grand overview, epidemiology and pathogenesis. *Diabetes Metab Res Rev* 24, Suppl 1, 3–6, 2008.

⁸ Witek P, Wolkow P, Stancel-Mozwillo J, Wojtyczek K, Sieradzki J, Małecki M: The Polish Diabetes Registry for Adults — a pilot study. *Diabetologia Kliniczna* 2012, tom 1, 1, 3–11.



i opieką diabetologiczną. Problematyka ta jest wyzwaniem dla diabetologii społecznej na świecie i w Polsce.

4. Dotychczasowe próby rozwiązania problemu

Nie stworzono dotychczas skutecznego programu dotyczącego kwestii związanych z leczeniem chorych z ZSC. Głównym powodem są ograniczenia w finansowaniu i organizacji opieki medycznej, w tym diabetologicznej. Utrudnia to dostęp do terapii standardowej oraz nowych technologii stosowanych w leczeniu ZSC. W ramach programu zdrowotnego pn. Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2006-2008 rozpoczęto jedynie realizację m.in. rejestru chorych na cukrzycę, kampanię społeczną problematyki związanej z cukrzycą oraz szkolenia personelu medycznego.

5. Trudności w uzyskaniu świadczeń

Zdaniem samych lekarzy diabetologów i pacjentów, największym problemem, na jaki napotykać chorzy jest ograniczenie dostępu do kompleksowej opieki specjalistycznej, w tym z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej. Brak jest zespołów, których kompetencje są ukierunkowane w zakresie opieki nad pacjentami z ZSC. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej infrastruktura potrzebna do leczenia pacjentów tej grupy jest niewystarczająca. W Polsce brak jest specjalistycznych ośrodków dla chorych z ZSC, toteż pacjenci ci mają ograniczony dostęp do nowoczesnych metod terapeutycznych.

Obecnie działa w Polsce kilka specjalistycznych gabinetów koordynujących multidyscyplinarne leczenie pacjentów ze stopą cukrzycową. Działają one zwykle w uniwersyteckich ośrodkach klinicznych. Biorąc pod uwagę skalę problemu ich możliwości są jednak nieadekwatne w stosunku do narastających potrzeb.

III. Uzasadnienie

1. Dlaczego realizacja programu powinna zostać sfinansowana (dofinansowana) przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym należy wskazać odpowiednie wskaźniki i miernik (w relacji z innymi ważnymi z punktu widzenia polityki zdrowotnej programami)

Dla realizacji Programu Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej potrzebne jest finansowanie z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, ze środków przeznaczonych na politykę zdrowotną. Finansowanie takie jest niezbędne, biorąc pod uwagę obecną organizację opieki medycznej nad pacjentami



z cukrzycą i ZSC oraz skalę wyzwań stojących przed systemem ochrony zdrowia. Tylko takie wsparcie może powstrzymać trendy dotyczące liczby amputacji, inwalidztwa, jakości życia oraz umieralności pacjentów z ZSC w Polsce. Docelowo, takie wsparcie powinno przynieść redukcję kosztów opieki medycznej, rehabilitacji oraz obciążenia systemu ubezpieczeń społecznych wynikających z braku dostępu do wyspecjalizowanego leczenia i opieki nad takim chorym. Badania naukowe pokazują, że brak dostępu do specjalistycznego leczenia zespołu stopy cukrzycowej skutkuje nadmierną liczbą wysokich nieurazowych amputacji kończyn dolnych, które mają istotny wpływ na skrócenie czasu życia chorych.⁹ Przeciętnie po tzw. wysokiej amputacji średnio ok. 50% chorych nie przeżywa 5 lat. Śmiertelność w ciągu 5 lat po amputacjach kończyn dolnych u osób z cukrzycą przeciętnie jest wyższa, niż śmiertelność w ciągu 5 lat w przypadku większości nowotworów złośliwych. Jednocześnie, zabiegi amputacji generują olbrzymie koszty dla chorego oraz systemu ochrony zdrowia i świadczeń socjalnych.

2. Zdefiniowanie potrzeby zdrowotnej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu

Realizacja Programu powinna przynieść istotne ograniczenie tzw. wysokich amputacji w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej w Polsce, a co za tym idzie zmniejszenie niepełnosprawności i inwalidztwa wśród osób z cukrzycą. Oczekiwać też należy skrócenia czasu leczenia owrzodzeń w obrębie stopy u osób z cukrzycą. Realizacja programu ma także podnieść skuteczność profilaktyki powstawania i nawrotów owrzodzeń w obrębie stopy u chorych z cukrzycą.

3. Efektywność ekonomiczna

Efektywność ekonomiczna związana z ograniczeniem liczby amputacji wynikać będzie z:

- 1) ograniczenia liczby pacjentów niezdolnych do pracy;
- 2) zmniejszenia kosztów rehabilitacji;
- 3) zmniejszenia kosztów zaopatrzenia ortopedycznego (wózki siedzące, protezy);
- 4) zmniejszenia kosztów systemu ubezpieczeń społecznych związanych z okresem niezdolności do pracy;
- 5) zmniejszenia tzw. kosztów „rodzinnych” wynikających z konieczności zorganizowania opieki przez rodzinę nad chorym niepełnosprawnymi;

⁹ Czeletko T, Śliwczyński A, Radziejewicz- Winnicki I, Marczak M, Nawrot I, Karnafel W: Występowanie dużych amputacji kończyn dolnych w przebiegu cukrzycy w Polsce w latach 2009–2012, na podstawie bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia. *Medycyna Metaboliczna* 17, 20–26, 2013.

- 6) zmniejszenia kosztów związanych z hospitalizacjami w celu amputacji;
- 7) redukcji kosztów leczenia związanych z tzw. reamputacjami lub hospitalizacjami spowodowanymi brakiem postępu gojenia kikuta;

Skrócenie czasu leczenia owrzodzeń pociągnie za sobą:

- 1) ograniczenie okresu niezdolności do pracy;
- 2) zmniejszenie kosztów hospitalizacji poprzez ograniczenie ich liczby dzięki wczesnemu wdrożeniu właściwego leczenia;
- 3) zmniejszenie wydatków związanych z refundacją stosowanych opatrunków (krótszy czas leczenia spowoduje zmniejszenie zużycia opatrunków).

4. Innowacyjność i wykorzystane postępy naukowo-technicznego w zaproponowanych rozwiązaniach

Nowatorstwo zaproponowanego Programu wynika przede wszystkim z faktu, że jest to pierwszy, kompleksowy, skoordynowany plan działań zorientowanych na tę grupę chorych. Zakłada on przyjęcie przez gabinet mogący pełnić funkcję referencyjną, działający przy klinice bądź oddziale diabetologicznym w roli koordynatora na terenie województwa. Koordynator będzie prowadził wielospecjalistyczne postępowanie organizującego współpracę i leczenie przez lekarzy i personel różnych specjalności medycznych (diabetologa, chirurga, chirurga naczyniowego, ortopedę, rehabilitanta, podologa, pielęgniarki edukacyjnej wyspecjalizowanej w zakresie leczenia ran w obrębie stopy, technika zaopatrzenia ortopedycznego, psychologa, asystenta społecznego). Program pozwoli na stworzenie sieci gabinetów działających przy poradniach diabetologicznych, tworząc podstawę zintegrowanej opieki nad chorymi na cukrzycę z ZSC. Jednocześnie, umożliwi obok zastosowania tzw. standardowych metod leczenia jak np. opracowanie chirurgiczne i antybiotykoterapia oraz odciążenie kończyny, wykorzystanie uznanych nowoczesnych technik stosowanych w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej, w szczególności takich jak np.:

- Podciśnieniowa Terapia Ran (NWPT);
- zastosowanie osocza bogatopłytkowego i płytkowych czynników wzrostu w leczeniu ran;
- zastosowanie specjalistycznych gipsowych opatrunków unieruchamiających/odciążających z gipsu lub z tworzywa sztucznego typu Total Contact Cast (TCC) lub Scotch Cast w leczeniu owrzodzeń neuropatycznych;
- kierowanie do ośrodków leczenia ran tlenem hiperbarycznym wtedy, gdy terapia ta ma uzasadnienie u chorego z ZSC.

Koordynująca rola umożliwi również wczesne wykrycie i szybkie wdrożenie postępowania naczyniowego – tzw. wczesnej rewaskularyzacji (często wewnątrznaczyniowej), bazującej na najnowocześniejszych osiągnięciach techniki. Stanowi to punkt wyjścia do leczenia ZSC na tle makroangiopatycznych powikłań cukrzycy. Zakłada się, że wybrane gabinety wojewódzkie będą pełnić funkcję ośrodków referencyjnych dla gabinetów pełniących funkcję podstawową, zlokalizowane przy poradniach diabetologicznych realizujących program ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Rolą gabinetów pełniących funkcję podstawową będzie przede wszystkim:

- szybka wstępna diagnostyka rany w przebiegu ZSC (etiologia neuropatyczna, angiopatyczna, mieszana);
- wczesne zastosowanie odciążenia stopy: kule łokciowe, wózek inwalidzki, obuwie specjalistyczne;
- wczesne wdrożenie antybiotykoterapii empirycznej;
- wstępne opracowanie rany, usunięcie zanieczyszczeń, ognisk hyperkeratozy (modzele) przez przeszkoloną pielęgniarkę;
- instruktaż dla chorego i wprowadzenie właściwego postępowania miejscowego – higiena rany, opatrunki;
- kwalifikacja chorego do dalszego leczenia pod kierunkiem gabinetu pełniącego funkcję podstawową bądź skierowanie do gabinetu pełniącego funkcję referencyjną zaawansowanych przypadkach ZSC;
- systematyczna kontrola pacjentów z przebytym ZSC – stała kontrola chorych po wyleczeniu, reedukacja, profilaktyka.

Realizacja Programu Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej umożliwi powstanie sieci współpracujących ze sobą gabinetów pełniących funkcję podstawowych oraz referencyjnych. Umożliwi to chorym zarówno szybki dostęp do fachowej opieki medycznej, często już na poziomie swojej macierzystej poradni diabetologicznej, jak i korzystanie z nowoczesnych metod terapii wtedy, kiedy będzie to uzasadnione, w ośrodku referencyjnym. Gabinety, obok wdrażania wysokospecjalistycznych metod terapeutycznych, będą w uzasadnionych przypadkach kierować do hospitalizacji chorych z ciężkimi przypadkami ZSC.

5. Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń

Do stworzenia obu modeli, w szczególności gabinetu pełniącego funkcję referencyjną, wykorzystano doświadczenia kilku istniejących w Polsce gabinetów działających w ramach Przyklinicznych Poradni Diabetologicznych przy uniwersyteckich ośrodkach diabetologicznych sprawujących opiekę nad pacjentami z ZSC. Jednakże, ograniczona ich liczba oraz ogromne

zapotrzebowanie zdrowotne i napływ pacjentów z innych regionów kraju stwarza potrzebę rozszerzenia ich działalności.

Należy przewidywać, że wyżej wymienione ośrodki w ramach przedstawianego Programu staną się także centrami edukacyjnymi dla lekarzy i pielęgniarek chcących specjalizować się w zakresie leczenia chorych z ZSC oraz organizujących gabinety w innych województwach jak i gabinety pełniące funkcję podstawową w mniejszych ośrodkach.

Zakłada się, że podstawowym źródłem finansowania będzie budżet Ministra Zdrowia przeznaczony na realizację programów polityki zdrowotnej. Warto dodać, że w Polsce praktykuje ponad 1000 diabetologów, a w ostatnich latach wykształcono ponad 1500 pielęgniarek-edukatorów w diabetologii. Ten potencjał zawodowy i intelektualny powinien pozwolić na realizację Programu.

6. Promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami

Warunkiem powodzenia niniejszego programu polityki zdrowotnej jest wielopłaszczyznowa współpraca różnych instytucji i środowisk. Po pierwsze, niezbędna jest koordynacja działań między Ministerstwem Zdrowia a szeroko rozumianym środowiskiem różnych dyscyplin medycznych zajmujących się leczeniem ZSC, w tym towarzystwami naukowymi oraz konsultantami krajowymi i wojewódzkimi w Polsce. Program promował będzie współpracę między jednostkami klinicznymi, uniwersyteckimi oraz poradniami. Niezbędne będzie także współdziałanie między lekarzami diabetologami, a środowiskiem edukatorów. Ponadto, program będzie zachęcał do współpracy między lekarzami różnych specjalności, na przykład diabetologami, angiologami, chirurgami. Będzie on również integrował środowisko medyczne i pacjentów. Działania w obszarze edukacji i profilaktyki dają także możliwość współpracy ze stowarzyszeniami chorych, instytucjami samorządowymi, mediami i innymi organizacjami społecznościami.

7. Możliwość ponownego wykorzystania programu w przyszłości lub kontynuowania jego realizacji przez inne jednostki

Wyposażenie i doposażenie gabinetów mogących pełnić funkcję referencyjną w zakresie opieki nad ZSC wraz z siecią gabinetów mogących pełnić funkcję gabinetów podstawową będzie znaczącym krokiem do opracowania pełnej, kompleksowej opieki nad chorym z ZSC w Polsce. Wiedza zespołów medycznych oraz zakupiona infrastruktura będzie wykorzystana w przyszłości, a działania będą mogły być rozszerzane na inne ośrodki. Na dalszym etapie winny powstać nowe gabinety w miastach wojewódzkich, których liczba powinna być

uzależniona od liczby mieszkańców konkretnego regionu; nowe gabinety podstawowe zarówno w miastach wojewódzkich, jak i powiatowych.

Kolejnym, możliwym do zrealizowania w przyszłości etapem rozwoju omawianego systemu opieki powinno być stworzenie przez podmioty lecznicze oddziałów lub pododdziałów szpitalnych specjalizujących się w leczeniu chorych z zespołem stopy cukrzycowej, świadczących kompleksowe stacjonarne leczenie diabetologiczno-internistyczno-chirurgiczne. Leczenie, odbywać się będzie w ramach hospitalizacji niezbędnej w przypadku najtrudniejszych owrzodzeń powikłanych infekcją stanowiących realne zagrożenie wysoką amputacją. Należy mieć na uwadze, iż przedstawione rozwiązanie wykracza poza założenia Programu i powinno stanowić odrębny przedmiot zainteresowania oraz analizy w kierunku zmian systemowych w zakresie omawianego problemu zdrowotnego.

IV. Opis Programu

1. Określenie, czy program stanowi kontynuację z lat ubiegłych

Program będzie pierwszym programem polityki zdrowotnej dotyczącym problemu leczenia chorych z zespołem stopy cukrzycowej.

2. Cele główne i szczegółowe

Cel główny: Redukcja amputacji i inwalidztwa, przedwczesnych zgonów oraz poprawa jakości życia pacjentów z Zespołem Stopy Cukrzycowej.

Cele szczegółowe:

- a) wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną;
- b) wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową;
- c) organizacja szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC;
- d) kampania edukacyjna skierowana do pacjentów z cukrzycą.

Podsumowując sformułowane cele, zgodnie z zasadą **SMART: S (skonkretyzowany)** - redukcja amputacji i inwalidztwa, przedwczesnych zgonów pacjentów z cukrzycą, **M (motywujący)** – wielospecjalistyczne leczenie chorych z zespołem stopy cukrzycowej stanowi duże wyzwanie finansowe i organizacyjne dla systemów opieki zdrowotnej, wymagające specyficznego, niestandardowego podejścia, **A (osiągalny):** działania zawarte



w Programie Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej dają pierwszą realną szansę systemowej poprawy leczenia chorych z zespołem stopy cukrzycowej, **R (istotny)** – osiągnięciu głównego celu pozwoli zmniejszyć ilość przedwczesnych zgonów chorych z cukrzycą, zwiększy komfort i jakość ich życia, a także poprawi poczucie bezpieczeństwa dzięki zwiększeniu dostępności do wielospecjalistycznych gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej, **T (zaplanowany w czasie)** – realizacja programu rozłożona na lata 2016-2018, realny efekt programu w postaci redukcji wskaźników amputacji przewiduje się w 5. roku po rozpoczęciu wprowadzania programu.

3. Plan działań – opis działań, które mają doprowadzić do osiągnięcia celów:

A. Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną.

Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej zakłada wyposażenie i doposażenie w skali kraju gabinetów mogących pełnić funkcje referencyjne dla gabinetów podstawowych. **Gabinety te powinny być zlokalizowane przy dużych ośrodkach diabetologicznych prowadzących ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i mających zaplecze w postaci oddziałów szpitalnych (kliniki/oddziały diabetologii).** Takie umiejscowienie zwiększy możliwość kompleksowego podejścia do problemów zdrowotnych chorego z cukrzycą i ZSC. Oddziały stacjonarne będą stanowić zaplecze dla potrzeb hospitalizacji chorych tego wymagających, co zwiększy gwarancję ciągłości specjalistycznego leczenia.

W gabinetach mogących pełnić funkcję referencyjnych realizowana będzie opieka medyczna polegająca na diagnostyce i leczeniu oraz wtórnej profilaktyce owrzodzeń, zakażeń oraz neuroosteoartropatii Charcot w przebiegu ZSC. Ważnym działaniem gabinetów mogących pełnić funkcje referencyjnych będzie konsultowanie i leczenie trudnych przypadków klinicznych kierowanych z gabinetów mogących pełnić funkcję podstawową.

Gabinety te będą zobowiązane działać w oparciu o wypracowane i aktualizowane corocznie zalecenia kliniczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (Rozdział 21 Diagnostyka i leczenie zespołu stopy cukrzycowej)¹⁰.

Szczegółowa zalecana organizacja udzielania świadczeń w gabinecie leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogącym pełnić funkcję referencyjną stanowi Załącznik nr 3 do Programu.

¹⁰

https://cukrzyca.info.pl/zalecenia_kliniczne/zalecenia_kliniczne_dotyczace_postepowania_u_chorych_na_cukrzyce_2016



Podstawę funkcjonowania gabinetów mogących pełnić funkcję referencyjną stanowić będzie zespół leczący obejmujący odpowiednio przeszkolonych lekarzy diabetologów i lekarzy innych specjalności oraz pielęgniarki.

Po rozszerzeniu listy świadczeń gwarantowanych zamieszczonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dla procedur leczenia ZSC, gabinety te będą zobowiązane do wykonywania nowych procedur (zgodnie z zakresem swoich kompetencji oraz możliwościami technicznymi) tak, aby zapewnić kompleksowe leczenie pacjentów z ZSC.

Kryteria, których spełnienie będzie warunkiem koniecznym dla wyposażenia/doposażenia w danym ośrodku referencyjnego gabinetu leczenia zespołu stopy cukrzycowej:

- 1) kontrakt z NFZ na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną z diabetologii nieprzerwanie od co najmniej 3 lat;
- 2) 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;
- 3) posiadanie zaplecza do hospitalizacji w ramach tej samej jednostki na oddziale realizującym kontrakt NFZ z diabetologii lub chorób wewnętrznych;
- 4) zapewnienie ciągłego kontaktu telefonicznego pacjenta lub opiekunów ze świadczeniodawcą (24 h przez 7 dni w tygodniu);
- 5) dostęp do opieki wielospecjalistycznej, obejmujący chirurga, chirurga naczyniowego lub angiologa;
- 6) możliwość prowadzenia dożylniej antybiotykoterapii;
- 7) dostęp do podstawowej diagnostyki obrazowej tj. RTG, USG (w tym USG Doppler) oraz TK lub/i RM;
- 8) dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji KRDL;

B. Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową.

~~Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej zakłada też wyposażenie i doposażenie na terenie całego kraju przy Poradniach Diabetologicznych 56~~



gabinetów mogących pełnić funkcję podstawową. Zwiększy to dostęp do szybkiej diagnostyki oraz kompleksowego leczenia u chorych z ZSC.

Rolą tych gabinetów będzie diagnostyka i leczenie oraz profilaktyka owrzodzeń, infekcji oraz neuroosteoartropatii Charcot w przebiegu ZSC. Przypadki o cięższym przebiegu klinicznym będą konsultowane i ewentualnie przekazywane do leczenia do gabinetów pełniących funkcję referencyjną.

Gabinety te będą zobowiązane działać w oparciu o wypracowane i aktualizowane corocznie zalecenia kliniczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (Rozdział 21 Diagnostyka i leczenie zespołu stopy cukrzycowej)¹¹.

Szczegółowa zalecana organizacja udzielania świadczeń w gabinecie leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogącym pełnić funkcję podstawową stanowi Załącznik nr 4 do Programu.

Po rozszerzeniu listy świadczeń gwarantowanych zamieszczonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dla procedur leczenia ZSC, gabinety te będą zobowiązane do wykonywania nowych procedur (zgodnie z zakresem swoich kompetencji oraz możliwościami technicznymi) tak, aby zapewnić kompleksowe leczenie pacjentów z ZSC.

Kryteria, których spełnienie będzie warunkiem koniecznym dla wyposażenia/doposażenia w danym ośrodku gabinetu leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogącego pełnić funkcję podstawową:

- 1) kontrakt z NFZ na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną z diabetologii nieprzerwanie od co najmniej 2 lat;
- 2) 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 lub miejscowej terapii podciśnieniowej;
- 3) dostęp do opieki wielospecjalistycznej, obejmujący chirurga, chirurga naczyniowego lub angiologa;
- 4) dostęp do podstawowej diagnostyki obrazowej tj. RTG, USG (w tym USG Doppler);
- 5) dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji KRDL.

¹¹https://cukrzyca.info.pl/zalecenia_kliniczne/zalecenia_kliniczne_dotyczace_postepowania_u_chorych_na_cukrzyce_2016

Ponadto, do programu będą mogły się zgłosić jednostki spełniające ww. wymagania oraz będące:

- 1) podmiotem leczniczym utworzonym przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnią medyczną lub publiczną uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- 2) podmiotem leczniczym utworzonym przez jednostkę samorządu terytorialnego udostępniającym bazę szpitalną na rzecz publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych

Proponowana liczba gabinetów mogących pełnić funkcję podstawową w poszczególnych województwach stworzona na podstawie danych dotyczących liczby mieszkańców wg Głównego Urzędu Statystycznego z grudnia 2014 podana jest poniżej, w Tabeli 1.

Przyjęto, iż w ramach realizacji programu wyłonionych zostanie 8 podmiotów, na bazie których zostaną wyposażone/doposażone gabinety mogące pełnić funkcję referencyjną oraz łącznie w skali kraju 56 podmiotów, na bazie których zostaną wyposażone/ doposażone gabinety mogące pełnić funkcję podstawową w zależności od liczby mieszkańców danego województwa.



Tabela 1. Planowana liczba gabinetów mogących pełnić funkcję podstawową na terenie poszczególnych województw (przyjęto kryterium liczby gabinetów mogących pełnić funkcję podstawowych w postaci miary: 1 gabinet na ok. 686 tys. mieszkańców):

| L.p. | Województwo | Liczba mieszkańców mln | Liczba gabinetów mogących pełnić funkcję podstawową |
|------|---------------------|---------------------------|--|
| 1. | Mazowieckie | 5,3 | 8 |
| 2. | Śląskie | 4,6 | 7 |
| 3. | Wielkopolskie | 3,5 | 5 |
| 4. | Małopolskie | 3,4 | 5 |
| 5. | Dolnośląskie | 2,9 | 4 |
| 6. | Łódzkie | 2,5 | 4 |
| 7. | Pomorskie | 2,3 | 3 |
| 8. | Lubelskie | 2,1 | 3 |
| 9. | Podkarpackie | 2,1 | 3 |
| 10. | Kujawsko-Pomorskie | 2,1 | 3 |
| 11. | Zachodniopomorskie | 1,7 | 3 |
| 12. | Warmińsko-Mazurskie | 1,4 | 2 |
| 13. | Świętokrzyskie | 1,3 | 2 |
| 14. | Podlaskie | 1,2 | 2 |
| 15. | Lubuskie | 1,0 | 1 |
| 16. | Opolskie | 1,0 | 1 |
| | POLSKA | 38,4 | 56 |

C. Organizacja szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC;

Kursy i szkolenia edukacyjne dla lekarzy i pielęgniarek zostaną zorganizowane celem podniesienia kwalifikacji zespołów medycznych pracujących z pacjentami z ZSC, z preferencją osób pracujących w gabinetach leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną oraz gabinetach leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową. Ich celem będzie uzyskanie przez lekarzy diabetologów oraz innych specjalności i pielęgniarki, niezbędnych kwalifikacji, w tym umiejętności praktycznych, koniecznych do udzielania świadczeń leczniczych i pielęgnacyjnych w ramach gabinetów podstawowych i referencyjnych leczenia zespołu stopy cukrzycowej, których funkcjonowanie zakłada się w programie. Ponadto, celem zaznajomienia z zagadnieniami profilaktyki, diagnostyki i leczenia ZSC zostanie opracowane w formie e-learningu szkolenie dla lekarzy POZ. W ramach realizacji Programu planowane jest objęcie szkoleniem ok. 1000 lekarzy POZ. Kształcenie pielęgniarek powinno być prowadzone w oparciu o regulacje prawne określone w rozdziale 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2016 poz. 1251 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923). Zakłada się, że ukończenie kursu i szkoleń będzie rekomendowane dla osób, które pracować będą w gabinetach leczenia zespołu stopy cukrzycowej, mogących pełnić funkcję referencyjną i podstawową, wyposażonych i doposażonych w ramach Programu Wsparcia AmbulATORYJNEGO Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej. Szczegółowy program tych kursów i szkoleń będzie przedstawiony do akceptacji m.in. przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, konsultanta krajowego z diabetologii, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz przedstawicieli pozostałych towarzystw naukowych i konsultantów dyscyplin realizujących świadczenia zdrowotne u pacjentów z ZSC (chirurgii, chirurgii naczyniowej oraz angiologii). Ośrodki do przeprowadzenia tych kursów zostaną wybrane w drodze konkursu. Podstawowe kryterium wyboru stanowić będzie funkcjonujący od minimum 3 lat gabinet leczenia zespołu stopy cukrzycowej przyjmujący pacjentów w ramach specjalistycznej ambulatoryjnej opieki diabetologicznej.

Liczba osób objętych szkoleniem wynika z szacunkowej liczby gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową i referencyjną. Zakłada się przeszkolenie łącznie około 150 lekarzy i pielęgniarek (w doborze 1 lekarz i 1 pielęgniarka). Jednorazowo, w ośrodku szkolącym, planuje się udział nie więcej niż pięciu uczestników w ramach tygodniowego cyklu szkolenia (40 godz. dydaktycznych - w tym 8 godz. zajęć teoretycznych i 32 godz. zajęć praktycznych w ramach funkcjonowania gabinetu leczenia



zespołu stopy cukrzycowej mogącego pełnić funkcję referencyjnego). Mała liczba uczestników w trakcie jednego cyklu kształcenia wynika z konieczności nabycia praktycznych umiejętności przez kursanta. Łącznie planuje się po 7-8 tygodniowych cyklach kształcenia w 4 wybranych w drodze konkursu ośrodkach leczenia zespołu stopy cukrzycowej (w trzech ośrodkach po 7, a w jednym 8 kursów).

Wykaz umiejętności będących przedmiotem kształcenia ramowego programu jest dla organizatora i uczestnika kształcenia obowiązkowe do realizacji. Osiągnięcie wskazanych umiejętności gwarantuje, że każdy absolwent kursu i szkoleń będzie posiadać takie same kwalifikacje, niezależnie od miejsca ukończenia oraz trybu kształcenia. Poszczególne części ramowego programu powinny zawierać cel, treści nauczania oraz wykaz umiejętności, odnoszące się zarówno do zajęć teoretycznych jak i praktycznych.

Dokumentację zawierającą potwierdzenie zaliczenia poszczególnych świadczeń prowadzić będzie organizator kształcenia. Uczestnik kursu otrzyma po jego zakończeniu certyfikat potwierdzający odbycie kursu i nabycie umiejętności praktycznych będących przedmiotem kursu. Określona, w planie nauczania, liczba godzin poszczególnych modułów, odnosi się do realizacji programu w trybie dziennym. Z uwagi na lokalne preferencje i potrzeby, gdy realizacja programu odbywać się będzie w trybie innym niż dzienny, organizator kształcenia w porozumieniu z kierownikiem kursu i wykładowcami ma prawo dokonać modyfikacji czasu trwania zajęć teoretycznych w wymiarze nie większym niż 20%.

Za przebieg i organizację kursu specjalistycznego odpowiedzialny będzie organizator kształcenia. Odpowiadać on będzie za:

- 1) organizację, przestrzeganie programu kursu (zajęcia teoretyczne, praktyczne);
- 2) nabór uczestników, odbywający się według kolejności zgłoszeń z preferencją osób pracujących w gabinetach leczenia zespołu stopy cukrzycowej. Organizator będzie aktywnie kontaktował się w celach rekrutacyjnych z jednostkami wybranymi do wyposażenia lub doposażenia gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej. Nie przewiduje się pobierania żadnych odpłat za uczestnictwo w kursie. Całość finansowana będzie w ramach Programu Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej;
- 3) zakres obowiązków wykładowców i innych osób prowadzących nauczanie teoretyczne i szkolenie praktyczne;
- 4) zasady przeprowadzenia zaliczenia końcowego;
- 5) powołanie kierownika kursu i opiekunów szkolenia, rekrutowanych spośród pracowników referencyjnych gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej;
- 6) zbieranie i analizowanie opinii o kursie;



- 7) zapewnienie bazy dydaktycznej i środków dydaktycznych do celów realizacji programu kursu.

Warunki zaliczania końcowego ustali wykładowca/opiekun szkolenia, w porozumieniu z kierownikiem kursu. W wyniku realizacji programu kursu lekarz i pielęgniarka powinna potrafić:

- 1) scharakteryzować różne postaci kliniczne ZSC (stopa neuropatyczna, niedokrwienna, mieszana);
- 2) wykonać podstawowe zabiegi higieniczno – pielęgnacyjne i podiatryczne oraz drobne zabiegi chirurgiczne w obrębie chorej stopy;
- 3) przeszkolić pacjenta w zakresie samodzielnej pielęgnacji chorej stopy i stopy zdrowej w warunkach domowych;
- 4) zapoznać się z metodami diagnostycznymi i terapeutycznymi stosowanymi w leczeniu ZSC, w szczególności: badaniem neuropatii obwodowej - stopy, pomiar wskaźnika kostka ramię (ABI), interpretacją wyników badań obrazowych (RTG, USG, USG Doppler, KT, angioKT, MRI, angio-MRI), technikami odciążenia, antybiotykoterapią systemową, antybiotykoterapią miejscową, wstępnym opracowaniem rany, zastosowaniem podciśnieniowej terapii ran, wskazaniem do leczenia tlenem hiperbarycznym, użyciem lawaseptyków, antyseptyków oraz specjalistycznych opatrunków miejscowych, technikami odciążenia w neuroosteoartropatii Charcot'a.
- 5) monitorować proces gojenia się rany;
- 6) prowadzić działalność profilaktyczno – edukacyjną wobec pacjenta i jego rodziny.

Tabela 2. Proponowany Ramowy Program Nauczania

| Lp. | Zajęcia teoretyczne | Liczba godzin szkolenia |
|-----|---|-------------------------|
| 1. | Stopa neuropatyczna – etiologia, diagnostyka | 2 |
| 2. | Stopa naczyniowa i mieszana – etiologia, diagnostyka | 2 |
| 3. | Podstawowe metody terapeutyczne w leczeniu ZSC | 2 |
| 4. | Zaawansowane metody terapeutyczne w leczeniu ZSC | 2 |
| 5. | Zajęcia praktyczne w gabinecie referencyjnym leczenia ZSC | 32 |
| 6. | ŁĄCZNIE | 40 |

Ponadto, uruchomione zostanie szkolenie skierowane do lekarzy POZ w formie e-learningu celem zaznajomienia z problematyką ZSC w tym jego diagnostyką i multidyscyplinarnym leczeniem. Szkolenie zakończone będzie e-testem ze zdefiniowanym progiem zaliczenia. Zaliczenie wygeneruje na platformie e-learningowej odpowiedni certyfikat ukończenia kursu.



Tabela 3 . Nazwa szkolenia i wymiar e-learning

| Lp. | Zajęcia teoretyczne/ e-learning | Liczba godzin szkolenia |
|-----|--|-------------------------|
| 1. | Wielodyscyplinarne postępowanie z pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej | 2 |

Tworzenie szczegółowego programu wszystkich rodzajów edukacji personelu medycznego będzie zadaniem jednostek wybranych w drodze konkursów.

D. Przeprowadzenie kampanii edukacyjnej skierowanej do pacjentów z cukrzycą:

W ramach kampanii edukacyjnej i informacyjnej przeprowadzonych zostanie szereg działań skierowanych do pacjentów z cukrzycą, które ukierunkowane będą na profilaktykę (obejmującą właściwe wyrównanie cukrzycy, właściwe ćwiczenia fizyczne, unikanie nałogów, higienę stóp, dobór właściwego obuwia i inne) i leczenie zespołu stopy cukrzycowej. Wśród tych działań przewiduje się np. akcje: plakatową, telewizyjną, radiowe spoty informacyjne, utworzenie portali internetowych, które zawierać będą także narzędzia do oceny efektywności działań edukacyjnych wśród pacjentów (np. quizy sprawdzające wiedzę).

Tworzenie szczegółowego programu edukacji pacjentów będzie zadaniem realizatora/realizatorów wybranych w drodze konkursu.

4. Sposób realizacji zadań

Wybór wyposażanych i doposażanych gabinetów, które będą mogły pełnić funkcję referencyjną i podstawową w zakresie leczenia zespołu stopy cukrzycowej dokonany zostanie na podstawie postępowania konkursowego. Kryteria do konkursu dla gabinetów podstawowych oraz gabinetów referencyjnych leczenia zespołu stopy cukrzycowej zostały zaproponowane powyżej.

Wybór ośrodków realizujących kursy szkoleniowe zostanie dokonany w drodze konkursowej. Planuje się wybór 4 ośrodków prowadzących kursy w różnych geograficznie rejonach kraju dla określonych grup województw. Przeprowadzenie kampanii edukacyjnej powierzone zostanie wyspecjalizowanemu podmiotowi wyłonionemu na drodze postępowania konkursowego.

5. Źródła finansowania

- 1) Program zostanie sfinansowany z części budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia z części 46 – Zdrowie, działu – 851 – Ochrona Zdrowia, rozdziału 85149 – Program polityki zdrowotnej.



- 2) Udział własny realizatorów w zakresie zakupu sprzętu i aparatury w wysokości nie mniej niż 15% wartości zadania.
- 3) Inne – brak.

6. Szczegółowy harmonogram działań wynikający z formy opisowej:

- 1) Konkurs ofert w roku 2016 na wyłonienie podmiotów leczniczych, spełniających kryteria określone w programie, które zostaną wyposażone i doposażone w ramach programu w sprzęt do gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej, mogące pełnić funkcję referencyjną.
- 2) Konkursy ofert w roku 2017 na wyłonienie podmiotów leczniczych, spełniających kryteria określone w programie, które zostaną wyposażone i doposażone w ramach programu w sprzęt do gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej, mogące pełnić funkcję podstawową.
- 3) Konkurs ofert w latach 2016 oraz 2017, na wyłonienie realizatora/realizatorów szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC. W latach 2017-2018 przeprowadzenie szkoleń.
- 4) Konkurs ofert w roku 2016 na wyłonienie realizatora/realizatorów kampanii edukacyjnej, skierowanej do pacjentów z cukrzycą, dotyczącej zagadnień związanych z zespołem stopy cukrzycowej. W latach 2017-2018 realizacja kampanii.

2016:

- 1) wyposażenie i doposażenie w sprzęt gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną;
- 2) przygotowanie szczegółowego programu szkoleń i materiałów do przeprowadzenia szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC.
- 3) przygotowanie kampanii edukacyjnej, skierowanej do pacjentów z cukrzycą, dotyczącej zagadnień związanych z zespołem stopy cukrzycowej.

2017:

- 1) wybór realizatora szkoleń dla regionu obejmującego województwa: mazowieckie, lubelskie, świętokrzyskie i podlaskie;
- 2) wyposażenie i doposażenie w sprzęt gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową;
- 3) przeprowadzenie szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC;



- 4) przeprowadzenie kampanii edukacyjnej, skierowanej do pacjentów z cukrzycą, dotyczącej zagadnień związanych z zespołem stopy cukrzycowej.

2018:

- 1) kontynuacja realizacji szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC;
- 2) kontynuacja realizacji kampanii edukacyjnej, skierowanej do pacjentów z cukrzycą, dotyczącej zagadnień związanych z zespołem stopy cukrzycowej.

7. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów:

Podstawowym, oczekiwanym efektem wprowadzanego Programu będzie zmniejszenie liczby nieurazowych amputacji kończyn dolnych u pacjentów z cukrzycą, (głównie tzw. wysokich), ale także mniejszych zabiegów amputacyjnych (np. palców, części stopy).

Dane pochodzące z rejestrów Narodowego Funduszu Zdrowia z ostatnich lat wskazują, że w Polsce co roku przeprowadza się po raz pierwszy wysokie amputacje u ponad 4500 pacjentów na terenie całego kraju. Należy założyć, że przeprowadzenie programu zmniejszy tę liczbę o około 30% (do 3000/rok) w ciągu 5 lat po uruchomieniu, wyposażeniu i doposażeniu sieci gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej na terenie całego kraju, przeszkoleniu zespołów medycznych oraz przeprowadzeniu kampanii informacyjnej¹². Ponadto, oczekiwany jest podobny spadek wskaźnika wyrażającego liczbę nieurazowych wysokich amputacji u chorych z cukrzycą w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców. W 2012 roku wynosił on 11,97¹³. Program zakłada redukcję wskaźnika o 30% w podobnym okresie czasu.

Beneficjenci programu złożą deklarację, że co najmniej przez 5 lat po uzyskaniu wsparcia będą czynić starania o zachowanie ciągłości kontraktacji do udzielania świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie diabetologii.

Ponadto, przewiduje się, że wyposażone i doposażone ze środków Programu gabinety leczenia zespołu stopy cukrzycowej będą zobligowane do raportowania w cyklu kwartalnym informacji o udzielanych świadczeniach. Dotyczy to:

1. liczby pacjentów w aktywnym leczeniu;
2. odsetka uzyskanych wygojeń;
3. liczby amputacji.

¹² Czeletko T, Śliwczyński A, Radziejewicz- Winnicki I, Marczak M, Nawrot I, Karnafel W: Występowanie dużych amputacji kończyn dolnych w przebiegu cukrzycy w Polsce w latach 2009–2012, na podstawie bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia. *Medycyna Metaboliczna* 17, 20–26, 2013.

¹³ Czeletko T, Śliwczyński A, Radziejewicz- Winnicki I, Marczak M, Nawrot I, Karnafel W: Występowanie dużych amputacji kończyn dolnych w przebiegu cukrzycy w Polsce w latach 2009–2012, na podstawie bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia. *Medycyna Metaboliczna* 17, 20–26, 2013.



V. Kosztorys (wydatki bieżące i majątkowe)

Określenie poziomu finansowania Programu Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej oszacowano na podstawie dostępnych informacji dotyczących kosztów poszczególnych zakupów sprzętowych oraz wydatków osobowych i administracyjnych. Program będzie działaniem kilkietapowym i zaplanowanym w perspektywie lat 2016-2018. Struktura budżetu przewiduje podział środków na majątkowe i bieżące. Środki majątkowe przeznaczone są głównie na zakup aparatury i sprzętu dla gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej sprawującymi opiekę nad chorymi z ZSC. Natomiast środki bieżące będą wykorzystane do sfinansowania kursów podnoszących kwalifikacje personelu medycznego, oraz kampanii edukacyjnej skierowanej do pacjentów z cukrzycą, dotyczącej zagadnień związanych z zespołem stopy cukrzycowej.

Poniższa propozycja budżetowa realizacji Programu Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej została skonstruowana w łącznej kwocie 3 912 000,00 zł.

Tabela 4. Nazwa zadania wraz z szacowanym kosztem realizacji w latach 2016-2018 (w tys. złotych).

| Lp. | Zadanie | Koszt |
|-----|---|---------------------|
| 1. | Wyposażenie i doposażenie w sprzęt i aparaturę gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną | 910 ¹⁴ |
| 2. | Wyposażenie i doposażenie w sprzęt i aparaturę gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową | 1 613 ¹⁵ |
| 3. | Wyposażenie i doposażenie w sprzęt i aparaturę gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną i podstawową (drobny sprzęt) | 336 ¹⁶ |
| 3. | Organizacja szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC, w tym e-learning dla lekarzy POZ | 713 ¹⁷ |
| 4. | Przeprowadzenie kampanii edukacyjnej skierowanej do pacjentów z cukrzycą dotyczącej zagadnień związanych z zespołem stopy cukrzycowej | 340 ¹⁸ |
| | ŁĄCZNIE | 3 912 |

Środki zaplanowane na poszczególne lata realizacji zadań, w podziale na środki bieżące i majątkowe przedstawiono w tabelach na stronach 26-28.

¹⁴ W roku 2017 plan finansowy zadania po zmianach wynosił 903 900,00 zł.

¹⁵ W roku 2017 plan finansowy zadania po zmianach wynosił 813 000,00 zł.

¹⁶ W roku 2017 plan finansowy zadania po zmianach wynosił 239 000,00 zł.

¹⁷ W roku 2017 plan finansowy zadania po zmianach wynosił 701 000,00 zł.

¹⁸ W roku 2017 plan finansowy zadania po zmianach wynosił 811 000,00 zł.

Środki majątkowe

Środki majątkowe będą stanowić kapitał przeznaczony na zakup sprzętu i aparatury w ramach Programu Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Stopy Cukrzycowej. Ogólne wydatkowanie środków majątkowych zostało przedstawione w poniższej tabeli.

Tabela 5. Ogólny podział środków majątkowych (w tys. złotych)

| ŚRODKI MAJĄTKOWE | Kwota |
|--|--------------|
| Wyposażenie i doposażenie w sprzęt gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną | 910 |
| Wyposażenie i doposażenie w sprzęt gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową | 1 613 |
| ŁĄCZNIE | 2 523 |

Środki bieżące

Środki bieżące będą przeznaczone na zakup drobnego sprzętu w ramach Programu Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Stopy Cukrzycowej i prowadzenie kursów szkoleniowych, w tym e-learningu dla personelu medycznego w ramach Programu Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej oraz przeprowadzenie edukacyjnej kampanii.

Tabela 6. Ogólny podział środków bieżących (w tys. złotych)

| ŚRODKI BIEŻĄCE | Kwota |
|--|--------------|
| Organizacja kursów i szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC, w tym e-learning | 713 |
| Przeprowadzenie kampanii edukacyjnej skierowanej do pacjentów z cukrzycą dotyczącej zagadnień związanych z zespołem stopy cukrzycowej | 340 |
| Wyposażenie i doposażenie w sprzęt gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną | 74 |
| Wyposażenie i doposażenie w sprzęt gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową | 262 |
| ŁĄCZNIE | 1 389 |

Struktura kosztów w podziale na lata realizacji programu (w tys. złotych):



2016 r.

| Środki majątkowe w zł | Środki bieżące w zł | ŁĄCZNIE |
|-----------------------|---------------------|----------------|
| 910 | 453 | 1 363 |

2017 r.

| Środki majątkowe | Środki bieżące | ŁĄCZNIE |
|------------------|----------------|----------------|
| 1 613 | 599 | 2 212 |

2018 r.

| Środki majątkowe | Środki bieżące | ŁĄCZNIE |
|------------------|----------------|----------------|
| 0 | 337 | 337 |

Szczegółowy podział kosztów wraz z podziałem na zadania (w tys. złotych):

2016 r.

Środki majątkowe w zł.

| | |
|---|-----|
| Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną | 910 |
|---|-----|

Środki bieżące w zł.

| | |
|---|-----|
| Przygotowanie szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek oraz e-learningu | 253 |
| Przygotowanie kampanii edukacyjnej dla pacjentów | 126 |
| Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną | 74 |



2017 r.

Środki majątkowe w zł.

| | |
|---|-------|
| Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową | 1 613 |
|---|-------|

Środki bieżące w zł.

| | |
|---|-----|
| Przeprowadzenie szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek oraz e-learning | 230 |
| Rozpoczęcie realizacji kampanii edukacyjnej dla pacjentów | 107 |
| Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową | 262 |

2018 r.

Środki bieżące w zł.

| | |
|--|-----|
| Kontynuacja szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek oraz e-learning | 230 |
| Kontynuacja kampanii edukacyjnej dla pacjentów | 107 |

Realizacja zadania Organizacja kursów i szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC.

Tabela 7. Szczegółowy przybliżony kosztorys organizacji kursów doskonalących dla lekarzy i pielęgniarek w ramach Programu Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej.

| Lp. | Rodzaj wydatku | Jednostka | Koszt jednostki w zł | Planowana liczba | Suma w zł |
|-----|--|---------------|----------------------|------------------|-----------|
| 1. | Wygłoszenie wykładu | 1 godzina | 150 | 233 | 34 950 |
| 2. | Przygotowanie wykładów (w tym przeniesienie autorskich praw majątkowych) | wykład | 300 | 233 | 69 900 |
| 3. | Przeprowadzenie ćwiczeń praktycznych (w tym przeniesienie autorskich praw majątkowych) | 1 godzina | 150 | 928 | 139 200 |
| 4. | Wynajęcie pomieszczeń dla potrzeb wykładów i ćwiczeń | 1 kurs | 2500 | 29 | 72 500 |
| 5. | Przygotowanie wydruku materiałów i certyfikatów | 1 kurs | 500 | 29 | 14 500 |
| 6. | Catering | 1 kurs | 750 | 29 | 21 750 |
| 7. | Zakwaterowanie | Doba hotelowa | 250 | 589 | 147 250 |
| | ŁĄCZNIE | | | | 500 050 |

Tabela 8. Przybliżony kosztorys szkolenia teoretycznego w formie e-learningu dla lekarzy POZ

| Lp. | Rodzaj wydatku | Koszty wdrożenia platformy oraz przeprowadzenia szkolenia: Suma w zł: |
|-----|----------------------------|--|
| 1. | e-learning dla lekarzy POZ | 212 700 |

VI. Realizatorzy Programu

Przepisy właściwe dotyczące wyboru realizatorów Programu określa art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.).

Realizatorzy programu finansowanego z części budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, będą wyłaniani w trybie przepisów zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2014 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 84, z późn. zm.).

Realizatorzy zadań programu będą wyłaniani w drodze konkursu ofert dla poszczególnych zadań – na podstawie kryteriów określonych w Programie oraz ogłoszeniach o konkursie ofert.

Informacja o postępowaniu konkursowym będzie ogłoszona na tablicy ogłoszeń w siedzibie oraz na stronie internetowej ministra właściwego do spraw zdrowia i na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej.

VII. Kontynuacja działań podjętych w programie

Wyposażenie i doposażenie w ramach przedstawionego programu polityki zdrowotnej gabinetów mogących pełnić funkcję referencyjną leczenia chorych z zespołem stopy cukrzycowej oraz gabinetów mogących pełnić funkcję podstawową daje po raz pierwszy w Polsce szansę na wyraźną poprawę dostępności do specjalistycznej opieki diabetologicznej dedykowanej ambulatoryjnemu leczeniu pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej. Umożliwi to ograniczenie ilości nieurazowych amputacji (w szczególności tzw. wysokich) kończyn dolnych u chorych z cukrzycą. Dzięki programowi, chorzy z cukrzycą, u których pojawia się rana na stopie, uzyskają szybką pomoc specjalistyczną. Proces tworzenia nowych gabinetów, zarówno mogących pełnić funkcję referencyjną, jak i podstawową powinien być kontynuowany, jednak określenie ich docelowej liczby jest obecnie trudne do ustalenia. Zależać to będzie między innymi od efektywności funkcjonowania gabinetów stworzonych w ramach obecnego programu.

Kolejnym krokiem, wykraczającym już poza ramy programu i pozostającym w zakresie decyzyjnym kierujących podmiotami leczniczymi, powinno stać się utworzenie odpowiednich zabiegowych pododdziałów leczenia stopy cukrzycowej, które stałyby się swoistym stacjonarnym zapleczem dla doposażonych w ramach programu jednostek ambulatoryjnych.

Ich zadaniem byłoby prowadzenie kompleksowych diabetologiczno-internistyczno-zabiegowych hospitalizacji chorych zagrożonych (z powodu zaawansowania zmian w obrębie



stóp) tzw. wysoką amputacją kończyny dolnej. Takie ośrodki są w stanie uzyskać nawet w tej najtrudniejszej podgrupie chorych pełne wygojenia w obrębie stóp na poziomie 70%, chroniąc przed wysokimi amputacjami większość pacjentów z tej podgrupy. W kraju jest obecnie kilka specjalistycznych jednostek diabetologicznych funkcjonujących w ten sposób, jednakże jest to dalece niewystarczające w stosunku do potrzeb.

Niezbędna też będzie kontynuacja działań edukacyjnych wśród personelu medycznego oraz pacjentów, zarówno w poradniach diabetologicznych, jak i przychodniach POZ.

Po zakończeniu realizacji Programu możliwe jest wdrożenie nowego programu polityki zdrowotnej, który będzie związany z dalszym leczeniem powikłań cukrzycy, oraz pozostanie zgodny z założeniami Narodowego Programu Zdrowia, w zakresie prewencji chorób, które rozwijają się na tle wadliwego żywienia.



Piśmiennictwo – wybrane pozycje:

1. Abbott CA, Carrington AL, Ashe H, Bath S, Every LC, Griffiths J, Hann AW, Hussein A, Jackson N, Johnson KE, Ryder CH, Torkington R, Van Ross ER, Whalley AM, Widdows P, Williamson S, Boulton AJ: The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. *Diabet Med* 19, 377–384, 2002.
2. Andel M, Grzeszczak W, Michalek J, Medvescek M, Norkus A, Rasa I, Niewada M, Kamiński B, Kraml P, Madacsy L; DEPAC Group: A multinational, multi-centre, observational, cross-sectional survey assessing diabetes secondary care in Central and Eastern Europe (DEPAC Survey). *Diabet Med* 25, 1195–1203, 2008.
3. Boulton AJ: The diabetic foot: grand overview, epidemiology and pathogenesis. *Diabetes Metab Res Rev* 24, Suppl 1, 3–6, 2008.
4. Czeletko T, Śliwczyński A, Radziejewicz- Winnicki I, Marczak M, Nawrot I, Karnafel W: Występowanie dużych amputacji kończyn dolnych w przebiegu cukrzycy w Polsce w latach 2009–2012, na podstawie bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia. *Medycyna Metaboliczna* 17, 20–26, 2013.
5. Frykberg RG, Arora S, Pomposelli FB Jr, LoGerfo F; Functional outcome in the elderly following lower extremity amputation. *J Foot Ankle Surg*, 37,181-185, 1998.
6. Isaac AL, Armstrong DG: Negative pressure wound therapy and other new therapies for diabetic foot ulceration: the current state of play. *Med Clin North Am* 97:899–909, 2013.
7. Jeffcoate WJ, Harding KG; Diabetic foot ulcers. *Lancet* 361: 1545-1551, 2003.
8. LeRoith D, Fonseca V, Vinik A: Metabolic memory in diabetes--focus on insulin. *Diabetes Metab Res Rev* 21, 85–90, 2005.
9. McAdam Marx C: Economic implications of type 2 diabetes management. *Am J Manag Care* 19, Suppl 8, 143–148, 2013.
10. Ortegon MM, Redekop WK, Niessen LW: Cost-effectiveness of prevention and treatment of the diabetic foot: a Markov analysis. *Diabetes Care* 27:901-907, 2004.
11. Reiber GE, Boyko EJ, Smith DG: Lower extremity foot ulcers and amputations in diabetes. *Diabetes in America*. Bethesda, Md, National Diabetes Data Group, National Institutes of Health, 2nd Ed, NIH Publication 409–429, 1995.
12. Ricco JB, Thanh Phong L, Schneider F, Illuminati G, Belmonte R, Valagier A, Régnault De 13. La Mothe G: The diabetic foot: a review. *J Cardiovasc Surg* 54:755–762, 2013.
13. Robbins JM1, Strauss G, Aron D, Long J, Kuba J, Kaplan Y: Mortality rates and diabetic foot ulcers: is it time to communicate mortality risk to patients with diabetic foot ulceration? *J Am Podiatr Med Assoc* 98:489-493, 2008.
14. Smyth S, Heron A: Diabetes and obesity: the twin epidemics. *Nat Med* 12, 75–80, 2006.
15. Turner RC, Holman RR: Lessons from UK prospective diabetes study; *Diabetes Res Clin Pract* 28, suppl. 7; 151–157, 1995.
16. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J: IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 94, 311–21, 2011.
17. Vig S, Dowsett C, Berg L, Caravaggi C, Rome P, Birke-Sorensen H, Bruhin A, Chariker M, Depoorter M, Dunn R, Duteille F, Ferreira F, Martínez JM, Grudzien G, Hudson D, Ichioka S, Ingemansson R, Jeffery S, Krug E, Lee C, Malmso M, Runkel N; International Expert Panel on Negative Pressure Wound Therapy [NPWT-EP], Martin R, Smith J: Evidence-based recommendations for the use of negative pressure wound therapy in chronic wounds: steps towards an international consensus. *J Tissue Viability* 29, suppl. 1, 1–18, 2011.
18. Neto MA, Zantut-Wittmann DE, Fernandes TD, Nery M, Parisi MC: Risk factors for ulceration and amputation in diabetic foot: study in a cohort of 496 patients. *Endocrine* 44, 119–124, 2013.
19. Nowak WN, Borys S, Kusińska K, Bukowska-Strakova K, Witek P, Koblik T, Józkwicz A, Małecki MT, Dulak J: Number of circulating pro-angiogenic cells, growth factor and anti-oxidative gene profiles might be altered in type 2 diabetes with and without diabetic foot syndrome. *J Diabetes Investig.* ;5:99-107, 2014.
20. Schaper NC: Diabetic foot ulcer classification system for research purposes: a progress report on criteria for including patients in research studies. *Diabetes Metab Res Rev* 20, Suppl 1:S90–95, 2004.
21. Witek P, Wołkow P, Stancel-Możwiłło J, Wojtyczek K, Sieradzki J, Małecki M: The Polish Diabetes Registry for Adults — a pilot study. *Diabetologia Kliniczna* 2012, tom 1, 1, 3–11.
22. Vuorisalo S, Venermo M, Lepäntalo M: Treatment of diabetic foot ulcers. *J Cardiovasc Surg* 50, 275–291, 2009.
23. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Kliniczna, suplement A*, 2015.



**Wykaz sprzętu do sfinansowania w ramach Programu Wsparcia
Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej**

| SPRZĘT DO REFERENCYJNEGO GABINETU LECZENIA ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ |
|--|
| Podologiczny fotel zabiegowy dla pacjenta |
| 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 |
| 4 urządzenia do podciśnieniowej terapii ran |
| Sprzęt do oceny ABI x 2 |
| Komputer wraz z oprogramowaniem, drukarką i kserokopiarką |

**Wykaz sprzętu do sfinansowania w ramach Programu Wsparcia
Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej**

| SPRZĘT DO PODSTAWOWEGO GABINETU LECZENIA ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ |
|--|
| Podologiczny fotel zabiegowy dla pacjenta |
| Lampa zabiegowa bezcieniowa |
| 3 zestawy do badania neuropatii |
| Komplet podstawowych narzędzi chirurgicznych: peany, pęsety chirurgiczne, igły "z kulką", łyżeczki kostne |
| Taboret zabiegowy dla lekarza |
| Frezarka (do modzeli) |
| Aparat fotograficzny do dokumentacji |
| Myjka ultradźwiękowa do narzędzi |
| Komputer wraz z oprogramowaniem, drukarką oraz kserokopiarką |

Proponowana (zalecana) organizacja udzielania świadczeń w referencyjnym gabinecie leczenia zespołu stopy cukrzycowej

W czasie wizyty pierwszorazowej:

1. diagnostyka różnicowa ZSC: stopa neuropatyczna, naczyniowa i mieszana;
2. zaplanowanie i koordynowanie całości wielospecjalistycznego procesu diagnostyczno-terapeutycznego i profilaktyki ZSC, w uzasadnionych sytuacjach kierowanie do innych poradni specjalistycznych; w szczególności w przypadku stopy niedokrwiennej ustalenie planu diagnostyki i terapii zmierzającej do skutecznej rewaskularyzacji stopy, umożliwiającej jej skuteczne leczenie miejscowe;
3. wykonywanie opracowania owrzodzeń w przebiegu ZSC poprzez przeszkolonego lekarza, wykonywanie drobnych resekcji kostnych, usuwanie zakażonych luźnych fragmentów kostnych, w tym martwiaków kostnych widocznych lub wyczuwalnych w dnie rany;
4. zabiegi podiatryczne (usunięcie modzeli, hyperkeratozy) u chorych z ranami w przebiegu ZSC. Zabiegi takie, z powodu współistnienia rany, nie są wykonywane w gabinetach podiatrycznych i kosmetycznych;
5. stosowanie metod podstawowych (wczesne odciążenie, antybiotykoterapia, opracowanie rany) oraz kwalifikacja do zastosowania zaawansowanych metod leczniczych w leczeniu ran, w szczególności takich jak: podciśnieniowa terapia ran (NWPT), osocze bogatopłytkowe i płytkowe czynników wzrostu, oraz kwalifikacja do zastosowania zaawansowanych technik odciążania takich jak Total Contact Cast lub Scotch Cast;
6. kwalifikacja do zastosowanie specjalistycznych opatrunków unieruchamiających i odciążających z gipsu albo z tworzywa sztucznego typu Total Contact Cast (TCC) lub Scotch Cast w leczeniu owrzodzeń neuropatycznych;
7. wprowadzenie właściwego postępowania miejscowego i edukacja chorego oraz jego rodziny - higiena rany, postępowanie miejscowe;
8. kierowanie do ośrodków leczenia ran tlenem hiperbarycznym wtedy, gdy terapia ta ma uzasadnienie u chorego z ZSC;
9. w uzasadnionych przypadkach antybiotykoterapia, w tym także dożylna, lub kierowanie na hospitalizację na oddział, przy którym funkcjonuje gabinet.

W czasie kolejnych wizyt:

1. analiza zleconych wcześniej badań;
2. ocena postępu gojenia;



3. weryfikacja zmian w dotychczasowym leczeniu;
4. dalsze opracowanie rany, kontynuacja leczenia z użyciem metod podstawowych oraz zaawansowanych jw.;
5. dalsza edukacja pacjenta i rodziny.

Po zagojeniu:

Prowadzenie wtórnej profilaktyki i powtarzanej edukacji u chorych z przebyłym owrzodzeniem w przebiegu ZSC lub po amputacji kończyny, np. wskazanie zasad właściwego zaopatrzenia ortopedycznego (wkładki do obuwia, buty, lub indywidualnie wykonywane ortezy stopowo-goleniowe), a u chorych po amputacji protezy kończyn.

Organizacja udzielanych świadczeń może ulec zmianie w zależności od uznania nowych procedur medycznych jako świadczeń gwarantowanych zamieszczonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które jednostka wybrana w drodze konkursu zobowiązana będzie wprowadzać w swoim gabinecie, zgodnie ze swoimi możliwościami technicznymi, od momentu uznania procedury jako świadczenia gwarantowanego.



Proponowana (zalecana) organizacja udzielania świadczeń w gabinecie podstawowym leczenia zespołu stopy cukrzycowej

W czasie wizyty pierwszorazowej:

1. szybka wstępna diagnostyka genezy ZSC oraz rany w jego przebiegu (etiologia neuropatyczna, angiopatyczna, mieszana);
2. wstępne opracowanie rany, usunięcie zanieczyszczeń, ognisk hyperkeratozy (modzele) przez przeszkoloną pielęgniarkę;
3. wczesne zastosowanie odciążenia stopy - na przykład kule łokciowe, wózek inwalidzki, obuwiu specjalistyczne;
4. wczesne wdrożenie antybiotykoterapii empirycznej w przypadku infekcji;
5. wprowadzenie właściwego postępowania miejscowego i edukacja chorego w tym zakresie - higiena rany, opatrunki miejscowe;
6. decyzja odnośnie kontynuacji leczenia pacjenta na miejscu bądź - w ciężkich klinicznie przypadkach ZSC - skierowanie do gabinetu mogącego pełnić funkcję referencyjną albo na hospitalizację.

W czasie kolejnych wizyt:

1. analiza zleconych wcześniej badań;
2. ocena postępu gojenia;
3. weryfikacja zmian w dotychczasowym leczeniu;
4. dalsze opracowanie rany, kontynuacja leczenia z użyciem metod podstawowych oraz zaawansowanych jw.;
5. dalsza edukacja pacjenta i rodziny.

Po zagojeniu:

Prowadzenie wtórnej profilaktyki i powtarzanej edukacji u chorych z przebyłym owrzodzeniem w przebiegu ZSC lub po amputacji kończyny, np. wskazanie zasad właściwego zaopatrzenia ortopedycznego (wkładki do obuwia, buty, lub indywidualnie wykonywane ortezy stopowo-goleniowe), a u chorych po amputacji protezy kończyn.

Organizacja udzielanych świadczeń może ulec zmianie w zależności od uznania nowych procedur medycznych jako świadczeń gwarantowanych zamieszczonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które jednostka wybrana w drodze konkursu zobowiązana będzie



wprowadzać w swoim gabinecie, zgodnie ze swoimi możliwościami technicznymi, od momentu uznania procedury jako świadczenia gwarantowanego.