

**Wyniki czynności sprawdzających  
ordynacji pasków diagnostycznych do pomiaru  
poziomu glukozy,  
czyli co powinni wiedzieć lekarze  
wypisujący recepty na te wyroby medyczne**



**Narodowy Fundusz Zdrowia**

DEPARTAMENT KONTROLI

## Spis treści

I. Czego dotyczyły czynności sprawdzające .....	2
1. Cel i zakres czynności sprawdzających .....	2
2. Ogólne wyniki czynności sprawdzających .....	2
II. Jak być powinno .....	3
III. Jak unikać błędów .....	5

## I. Czego dotyczyły czynności sprawdzające

### 1. Cel i zakres czynności sprawdzających

Celem czynności sprawdzających była ocena zasadności wyboru poziomu odpłatności przy ordynacji pasków diagnostycznych do pomiaru glukozy, w związku z obowiązkiem przestrzegania wskazań refundacyjnych.

Czynności sprawdzające objęły swym zakresem okres od 1 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r.

Obszar wytypowano do czynności sprawdzających w związku z pismem z Ministerstwa Zdrowia informującym o dysproporcji między populacją pacjentów z cukrzycą, uprawnioną do otrzymania pasków diagnostycznych do pomiaru poziomu glukozy z odpłatnością ryczałtową a populacją, dla której są one refundowane.

### 2. Ogólne wyniki czynności sprawdzających

W ramach, przeprowadzonych przez pracowników Departamentu Kontroli NFZ, czynności sprawdzających u 16 świadczeniodawców<sup>1</sup> zweryfikowano 426 indywidualnych dokumentacji medycznych w zakresie zasadności wyboru poziomu odpłatności zastosowanego przy ordynacji 1046 opakowań pasków diagnostycznych do pomiaru poziomu glukozy.

**Tabela nr 1 – Dane ogólne dotyczące przeprowadzonych czynności sprawdzających.**

Liczba czynności sprawdzających	Wartość weryfikowanej refundacji (zł)	Liczba indywidualnych dokumentacji medycznych objętych czynnościami sprawdzającymi	Liczba recept objętych czynnościami sprawdzającymi	Liczba opakowań weryfikowanych pasków diagnostycznych
16	28 699,96	426	602	1046

**Tabela nr 2 – Wynik przeprowadzonych czynności sprawdzających.**

Liczba czynności sprawdzających w których stwierdzono nieprawidłowości	Wartość zakwestionowanej refundacji (zł)	Liczba indywidualnych dokumentacji medycznych w których stwierdzono nieprawidłowości	Liczba recept zakwestionowanych	Liczba opakowań pasków diagnostycznych względem których zakwestionowano naniesiony poziom odpłatności
16	24 531,91	365	513	897

<sup>1</sup> Czynności sprawdzające przeprowadzono u świadczeniodawców, którzy w okresie objętym kontrolą mieli zawartą z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Przedstawione wyżej dane potwierdzają zasadność przeprowadzonych czynności sprawdzających, wobec skali stwierdzonych nieprawidłowości, polegających na niezasadnej ordynacji w tej grupie wyrobów medycznych. Analiza wyników przeprowadzonych czynności sprawdzających wskazuje, że w zakresie ordynacji pasków diagnostycznych do pomiaru poziomu glukozy, obszarem w którym NFZ stwierdził nieprawidłowości, był brak zasadności wyboru odpowiedniego poziomu odpłatności dla określonego przez Ministra Zdrowia wskazania refundacyjnego:

1. Niezasadna ordynacja z naniesionym poziomem odpłatności: ryczałt i 30% w związku z brakiem rozpoznania:
  - cukrzyca.
2. Niezasadna ordynacja z naniesionym poziomem odpłatności ryczałt w związku z brakiem rozpoznania:
  - cukrzyca typu I,
  - pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę,
  - terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej.

Wskazane powyżej nieprawidłowości, jak wynikało z wyjaśnień lekarzy, spowodowane były brakiem ich wiedzy o wskazaniach refundacyjnych dla poszczególnych poziomów odpłatności odnoszących się do pasków diagnostycznych do pomiaru poziomu glukozy. Osoby ordynujące ww. paski diagnostyczne postrzegały diagnostykę w kierunku cukrzycy jako wskazanie refundacyjne i podstawę do naniesienia poziomów odpłatności, które powodowały wydatkowanie środków publicznych przez NFZ, podczas gdy wskazanie refundacyjne dotyczy wyłącznie pacjentów z już rozpoznaną cukrzycą.

## II. Jak być powinno

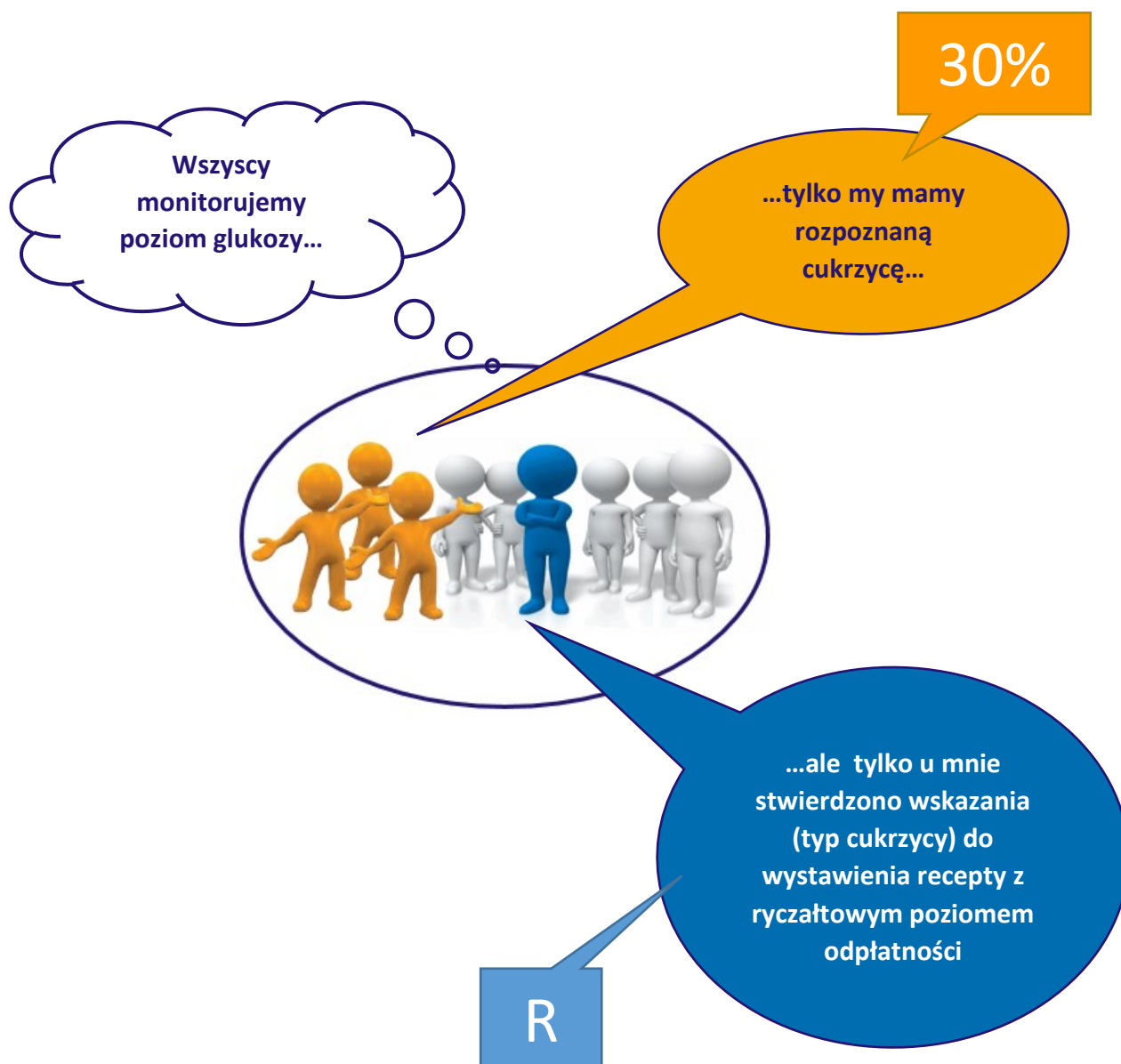
Wystawiając receptę z oznaczeniem poziomu odpłatności należy zweryfikować czy stan kliniczny pacjenta, będącego adresatem preskrypcji, wpisuje się w opis wskazania refundacyjnego ujętego w obwieszczeniach Ministra Zdrowia. Naniesiony przez lekarza poziom odpłatności wyznacza skalę redukcji kosztu wyrobu medycznego, który poniesie pacjent, stąd tak istotne jest zweryfikowanie wskazań do refundacji. Prawo do redukcji kosztów mają bowiem wyłącznie pacjenci opisani we wskazaniu refundacyjnym.

Przekładając to na poziom odpłatności – pacjenci niemający wskazań refundacyjnych powinni mieć naniesiony na recepcie poziom odpłatności „100%”, a pacjenci objęci wskazaniami refundacyjnymi - „R” lub „30%”.

Zakres wskazań refundacyjnych dla pasków diagnostycznych do pomiaru poziomu glukozy, zawartych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia przedstawia tabela nr 3.

**Tabela nr 3** – Wskazania refundacyjne dla pasków diagnostycznych do pomiaru poziomu glukozy.

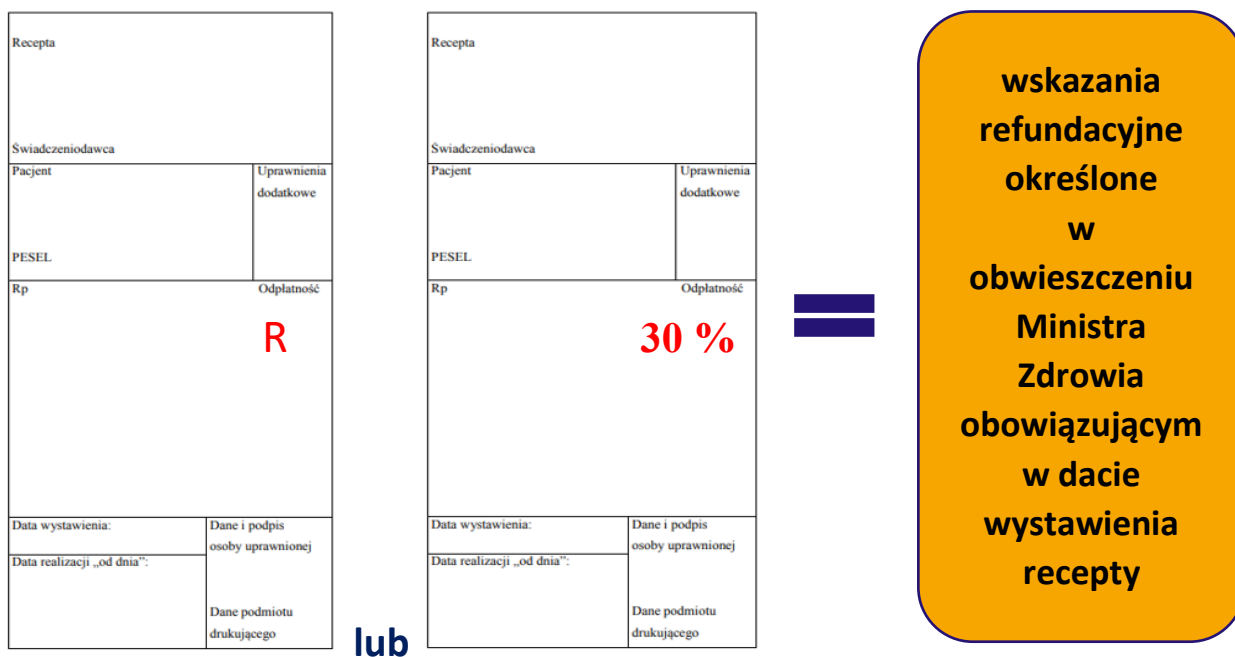
ryczałt	30% limitu finansowania
<ul style="list-style-type: none"> <li>– cukrzyca typu I;</li> <li>– pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę;</li> <li>– terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– rozpoznanie cukrzycy</li> </ul>



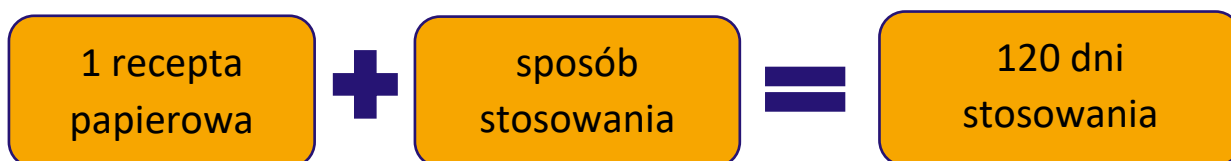
### III. Jak unikać błędów

W celu poprawnego wystawiania recept refundowanych na paski diagnostyczne do pomiaru poziomu glukozy należy pamiętać o następujących zasadach:

1. Respektowanie wskazań refundacyjnych zamieszczonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia i przypisanych do określonego tam poziomu odpłatności – zakładka A3 w wykazie publikowanym na stronie:  
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>
2. Wskazania do stosowania przez pacjenta wyrobu medycznego refundowanego muszą być zgodne ze wskazaniami refundacyjnymi określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia obowiązującym w dniu wystawienia recepty.

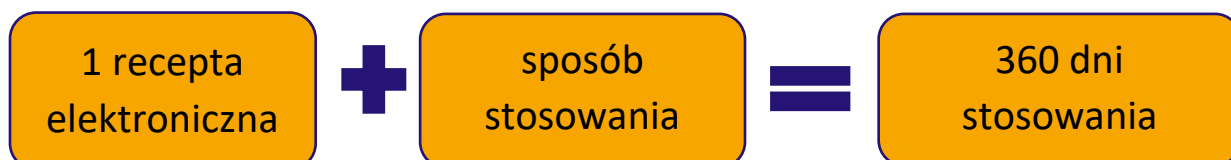


3. Maksymalna ilość wyrobu medycznego, jaką można przepisać pacjentowi na jednej receptce papierowej, nie może być większa niż ilość wynikająca z podanego na receptce sposobu stosowania, przeznaczona na 120 dni stosowania.



4. Maksymalna ilość wyrobu medycznego, jaką można przepisać pacjentowi na jednej receptce elektronicznej nie może być większa niż ilość wynikająca z podanego na receptce sposobu

stosowania, przeznaczona na 360 dni stosowania. Jednorazowo pacjent otrzyma wyrób medyczny w ilości na 180 dni stosowania.



5. Informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz udzielanych mu świadczeń, w tym dokładne informacje dotyczące przepisywanych wyrobów medycznych powinny zostać opisane w indywidualnej dokumentacji medycznej w trakcie odbywanej porady lub niezwłocznie po jej zakończeniu.



6. Niewpisanie na receptycie częstotliwości stosowania będzie skutkowało wydaniem dwóch najmniejszych opakowań określonych w wykazach.
7. Jeżeli wyrób medyczny jest przepisywany poza zakresem refundacji, osoba wystawiająca receptę wpisuje symbol „X” albo 100%. Niewpisanie na receptycie poziomu odpłatności 100% w przypadku, gdy wyrób medyczny występuje w dwóch odpłatnościach, a jest ordynowany poza wskazaniami refundacyjnymi, skutkuje wydaniem tego produktu za najwyższą odpłatnością określoną w obwieszczeniach Ministra Zdrowia.

Recepta	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Uprawnienia dodatkowe
PESEL	
Rp	Odpłatność
Accu-Chek Active 50 pasków Ds. 3 x dziennie	
Data wystawienia:	Dane i podpis osoby uprawnionej
Data realizacji „od dnia”:	
	Dane podmiotu drukującego



Poziom odpłatności  
30%

8. Pacjenci o uprawnieniach dodatkowych (np. IB, IW, ZK, S) otrzymują wyroby medyczne na ogólnych zasadach.