

Dokument wydany przez *International Diabetes Federation* dotyczący sytuacji diabetologicznej w Europie w 2008 roku — Polska

Według: *International Diabetes Atlas*. Wyd. 3. IDF, Bruksela 2006

„Są świetne pomysły, tylko potrzeba więcej pieniędzy”

Prof. dr hab. med. Krzysztof Strojek
Krajowy Konsultant w dziedzinie Diabetologii

Kluczowe dane

	Atlas IDF	
	2003	2006
Szacunkowe występowanie cukrzycy (odsetek całkowitej populacji w wieku 20–79 lat)	9,0%	9,1%
Szacunkowa liczba chorych na cukrzycę	2 506 500	2 607 700
Szacunkowy koszt cukrzycy	655 mln euro (8,1% budżetu służby zdrowia, 2002 r.)	

Struktura polityki diabetologicznej

Narodowy plan

Tak — Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2006–2008

Wytyczne

Tak — Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę (2007) Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Postęp (od 2005 r.)

- 2006 r.: przyjęcie narodowego programu przeciwdziałania cukrzycy
- 2007 r.: trzecie wydanie zaleceń dotyczących leczenia cukrzycy

Planowane działania

Wdrożenie narodowego programu przeciwdziałania cukrzycy

Występowanie cukrzycy

W „Atlasie cukrzycowym” Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF, *International Diabetes Federation*) z 2006 roku podano, że w Polsce na cukrzycę choruje 9,1% dorosłej populacji, czyli 2 607 700 osób, a do roku 2025 przewiduje się wzrost tego odsetka do 11%.

Ministerstwo Zdrowia informuje, że w Polsce żyją ponad 2 miliony osób chorych na cukrzycę, czyli około 5% społeczeństwa.

Według Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków występowanie cukrzycy u osób dorosłych w Polsce wzrosło z 6,3% w latach 70. XX wieku do około 9,3% obecnie. Według niektórych prognoz wartość ta może wynosić 10% w 2015 roku. Cukrzyca pozostaje niezdiagnozowana w około 30–40% przypadków.

Koszt cukrzycy

Ostatnie pełne badanie szacunkowych kosztów cukrzycy w Polsce — *Cost of Diabetes in Poland* (CODIP) z 2002 roku — bazowało na badaniu *Cost of Type 2 Diabetes in Europe* (CODE-2; Koszt Cukrzycy Typu 2 w Europie). W 2002 roku całkowity bezpośredni koszt cukrzycy typu 2 w Polsce wynosił niemal 655 milionów euro, co odpowiada 8,1% całkowitych wydatków służby zdrowia. W badaniu wykazano, że pośrednie koszty cukrzycy (np. wcześniejsze emerytury, nieobecności w pracy, transport) są znacznie wyższe niż koszty bezpośrednie (wizyty lekarskie, diagnoza, terapia, hospitalizacja). Koszt

leków stanowił główną część nakładów bezpośrednich (insulina pochłaniała 2/3 całości sumy, kolejne miejsce zajęła hospitalizacja).

Od 2002 roku nie przeprowadzono żadnego badania dotyczącego kosztów cukrzycy. Jednak Narodowy Fundusz Zdrowia szacuje, że jego wydatki na cukrzycę wzrosły o 10–15% przez ostatnie 2 lata.

Priorytety zdrowotne rządu

Mimo przyjęcia narodowego programu przeciwdziałania cukrzycy w maju 2006 roku, choroby tej nie uznano za jeden ze strategicznych priorytetów w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015. Do najważniejszych zaliczono schorzenia nowotworowe, układu sercowo-naczyniowego i psychiatryczne.

W Narodowym Programie Zdrowia, którego generalnym celem jest „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”, o cukrzycy wspomniano tylko pobieżnie, wzywając do poprawy:

- nawyków żywieniowych — jako jednego z operatywnych sposobów zwalczania takich chorób jak cukrzyca;
- wcześniejszej diagnozy i opieki nad pacjentami zagrożonymi powikłaniami.

Narodowy program przeciwdziałania cukrzycy

W maju 2006 roku Polska przyjęła Program Leczenia i Prewencji Cukrzycy w Polsce na lata 2006–2008. Został on stworzony przez grupę ekspertów (radę) pod przewodnictwem profesora Krzysztofa Strojka, Krajowego Konsultanta w dziedzinie Diabetologii. Program jest uznawany za pilotowy, choć na cukrzycę mają nadzieję, że jego wdrożenie i pozytywna ewaluacja przyczynią się do silniejszego zaangażowania polskich decydentów.

Głównymi celami programu są: zintensyfikowanie działań prewencyjnych, optymalizacja leczenia cukrzycy i jej powikłań oraz zmniejszenie obciążenia finansowego chorych i budżetu państwa. Szczegółowe cele obejmują:

- ograniczenie najpoważniejszych powikłań cukrzycowych;
- wdrożenie działań w zakresie prewencji pierwotnej, odnoszących się do wczesnego rozpoznania metabolicznych czynników ryzyka w grupach wysokiego zagrożenia;
- wdrożenie działań w zakresie prewencji wtórnej w grupach pacjentów z rozpoznanymi problemami sercowo-naczyniowymi;

- zapewnienie pomocy diagnostycznych i wsparcia w organizowaniu interwencji prewencyjnych;
- opracowanie standardów profilaktyki i leczenia cukrzycy;
- stworzenie systemu gwarantującego pacjentom dostęp do odpowiedniego sprzętu i leków;
- edukację i informację.

W programie podkreślono potrzebę całościowej i skoordynowanej opieki diabetologicznej oraz położono szczególny nacisk na promocję zdrowia i zapobieganie cukrzycy typu 2.

Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za zarządzanie programem, jednak rada, będąca ciałem doradczym, odgrywa ważną rolę w jego wdrażaniu.

Program rozpoczął się w listopadzie 2006 roku i przydzielono 250 000 euro na pierwsze pilotowe zadania, które obejmowały przygotowanie do:

- utworzenia Rejestru Chorych na Cukrzycę (zawierającego informacje o powikłaniach cukrzycowych);
- utworzenia Rejestru Wieku Rozwojowego (rejestru dzieci chorych na cukrzycę);
- programów szkoleniowych dla lekarzy rodzinnych.

Chociaż realizację tych pierwotnych zadań z powodzeniem podjęły odpowiednie instytucje, cały Program na 2007 rok otrzymał tylko połowę przydzielonych funduszy (125 000 euro), co oznaczało, że jego wdrożenie ograniczono wyłącznie do utworzenia Rejestru Chorych na Cukrzycę i Rejestru Wieku Rozwojowego.

Plany na 2008 rok są nadal ustalane. Jednak pod koniec listopada 2007 roku zdecydowano, że zamiast oczekiwanej sumy 1 miliona euro na wdrożenie narodowego programu w 2008 roku przewiduje się tylko 150 000 euro. Według Krajowego Konsultanta w dziedzinie Diabetologii z pewnością ograniczy to właściwe wdrożenie Programu.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne wydało już 3. edycję zaleceń dotyczących leczenia cukrzycy. Zalecenia te są skierowane do specjalistów stosujących je w codziennej praktyce lekarskiej. Wytyczne są uznawane i wdrażane w całym kraju, jak również stanowią przedmiot corocznej rewizji i uaktualnienia. Zalecenia obejmują między innymi: kryteria diagnostyczne cukrzycy, docelowe wartości glikemii i hemoglobiny glikowanej, metody prewencji oraz opóźniania rozwoju cukrzycy typu 1 i 2, postępowanie w przypadku cukrzycy ciążowej, opiekę medyczną nad chorymi na cukrzycę, rekomendacje żywieniowe, stosowanie leków doustnych i insuliny, a także powikłania cukrzycowe.

Ponadto w 2006 roku Polska Federacja Edukacji w Diabetologii wraz z Krajowym Konsultantem w dziedzinie Pielęgniarstwa opublikowała na swojej stronie internetowej zestaw wytycznych adresowanych głównie do pielęgniarek i położnych.

Polityka pod lupą

Potrzeby szczególnych grup pacjentów, takich jak dzieci i młodzież oraz kobiety ciężarne, są uznawane zarówno przez narodowy program, jak i w codziennej praktyce. Obecnie grupy te mają uprzywilejowany dostęp do leczenia i opieki diabetologicznej, obejmuje je tak zwane „leczenie zintegrowane” i korzystają ze specjalnych zasad refundacji.

Ze względu na małą liczbę imigrantów w Polsce nie utworzono specjalnego zestawu zabezpieczeniowego dla tej grupy.

Dostępność leczenia dla pacjentów

Refundacja leczenia cukrzycy waha się od pełnej, przez ryczałt, do 50-procentowego wkładu pacjenta. Wszystkie standardowe metody terapii są w pełni refundowane. Duża część kosztów analogów insuliny krótkodziałających i pasków do mierzenia stężeń glukozy we krwi i glukometrów jest również refundowana. Analogi długodziałające i GLP-1 nie są refundowane.

Dzieci i kobiety ciężarne korzystają z bezpłatnego dostępu do osprzętu do pomp insulinowych (igieł i zestawów infuzyjnych), chociaż istnieje ustalony limit miesięczny. Podczas gdy pompy insulinowe nie są refundowane przez rząd, większość dzieci otrzymuje je nieodpłatnie za pośrednictwem poradni pediatrycznych lub narodowych kampanii czy fundacji, takich jak Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy.

Standardowe postępowanie u chorych na cukrzycę obejmuje wykonanie raz w roku następujących badań: profilu lipidowego, mikro- i makroalbuminurii oraz w kierunku retinopatii. Jednak ściśle

roczne limity finansowe oznaczają, że jego wdrażanie jest raczej mało satysfakcjonujące. Z tych samych powodów bardzo ograniczony jest również dostęp do psychologów.

Wprowadzenie nowych zasad kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia w styczniu 2008 roku stworzy niektórym diabetykom możliwość pełnego i darmowego zabezpieczenia w tak zwanej „opiece kompleksowej”, w placówkach specjalistycznych. Ta nowa forma opieki będzie skierowana do chorych na cukrzycę typu 1 i 2, którzy stosują insulinoterapię, oraz do kobiet, u których cukrzycę zdiagnozowano po raz pierwszy podczas ciąży.

Perspektywa

Przyjęcie narodowego programu przeciwdziałania cukrzycy w 2006 roku jest uznawane za wielki postęp w stosunku do poprzedniej polityki. Jednak jego wdrożenie jest fragmentaryczne, dlatego określono je jako „małe światełko w tunelu”. Społeczność chorych na cukrzycę podkreśla zwłaszcza potrzebę zwiększenia nakładów finansowych.

Spośród sugerowanych obszarów wymagających poprawy należy wymienić: potrzebę zwiększenia liczby specjalistów diabetologów, zintegrowaną opiekę i lepszą koordynację, większe konsultacje ze społecznością chorych na cukrzycę dotyczące zasad refundacji i dodatkowych funduszy na działania edukacyjne (np. szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu i stworzenie stanowiska pielęgniarki edukacyjnej). W ramach refundacji stanowczo zaleca się zwiększenie dostępu do pomp insulinowych i analogów długodziałających.

Sukcesywne wdrażanie narodowego programu przeciwdziałania cukrzycy jest wstępnym warunkiem dalszego i silnego zaangażowania w walkę z tą chorobą. Polska społeczność chorych na cukrzycę ma nadzieję, że wdrażanie programu będzie prowadziło do klasyfikacji tego schorzenia jako jednego z priorytetów zdrowotnych kraju.

Komentarz do Raportu

Prof. zwyczaj. dr hab. med. Jacek Sieradzki

Redaktor Naczelny „Diabetologii Praktycznej”

Przedstawiony raport IDF jest ostatnim opracowaniem dotyczącym sytuacji diabetologicznej na świecie wydanym przez tę instytucję. Przedrukowano fragment odnoszący się do Polski. Dane zawarte w tym raporcie dotyczą sytuacji w 2006 roku; można by się spodziewać, że są one już nieaktualne, bo powinna nastąpić poprawa. Niestety, od podania informacji przedstawionych przez IDF sytuacja w zakresie leczenia cukrzycy w Polsce w ogóle się nie poprawiła, a więc można powiedzieć, że w zestawieniu z krajami, w których uległa polepszeniu, jest jeszcze gorsza niż poprzednio. Powołany Narodowy Program Leczenia i Prewencji Cukrzycy (o szumnej nazwie) wegetuje na podstawie kwot nieprzekraczających miliona złotych rocznie, podczas gdy analogiczne programy kardiologiczne czy onkologiczne dysponują sumami kilkudziesięciu lub kilkuset milionów złotych. Nie nastąpiła żadna poprawa w zakresie refundacji leków diabetologicznych, przy czym refundacja długodziałających analogów insuliny po raz kolejny jest odkładana z zupełnie żenujących przyczyn pozamerytorycznych. To samo dotyczy refundacji leków z grupy inkretynowej — tak dynamicznej i nowoczesnej formy terapii. Również zaopatrzenie w pompy insulinowe, gdyby nie działalność Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, niewiele

by się poprawiło, bowiem obietnice dotyczące refundacji tego sprzętu utykają w gąszczu biurokracji. Żałośnie wygląda dyskusja nad utworzeniem zawodu edukatora diabetologicznego, wdrażania zespołowych form terapii (np. stopy cukrzycowej) czy oceny i refundacji rzeczywistych kosztów tego powikłania.

W sumie raport z 2006 roku przeraża swoją aktualnością i wskazuje na dramatyczny brak odzewu ze strony decydentów, czyli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, na ponawiane apele i wezwania do poprawy finansowania opieki diabetologicznej, jakie kierują środowiska profesjonalne, czyli Polskie Towarzystwo Diabetologiczne czy też stowarzyszenia chorych na cukrzycę. Wbrew różnym deklaracjom kierowanym do tych środowisk w ostatnim 10-leciu nie zauważono żadnego postępu w rozumieniu społecznego znaczenia cukrzycy i jej roli w wywoływaniu schorzeń sercowo-naczyniowych. Opieka diabetologiczna w Polsce, opierająca się wyłącznie na entuzjazmie i profesjonalizmie lekarzy i pielęgniarek diabetologicznych, mimo ich niezwyklej ofiarności i starań, „zsuwa się po równi pochyłej” i plasuje się na szarym końcu nie tylko w Unii Europejskiej, ale w całej Europie. Powstaje zatem pytanie: kiedy będziemy porównywani z krajami Afryki czy Azji Południowej?