



NIEBIESKA KSIĘGA CUKRZYCY

Warszawa, 21 listopada 2013

Co **10** sekund
na świecie diagnozuje się cukrzycę u kolejnej osoby.

Co **6** sekund
ktoś umiera z powodu jej powikłań.

Blisko **382** miliony
osób na świecie, w tym **3** miliony w Polsce,
choruje obecnie na cukrzycę.

Cukrzyca to pierwsza niezakaźna choroba
uznana przez **ONZ** za epidemię XXI wieku.

Szacuje się, że w 2035 roku
liczba chorych sięgnie **592** milionów¹.

¹ IDF Atlas, 6 edycja, 14. Listopada 2013

„Żaden kraj nie jest odporny na cukrzycę. Żaden kraj nie zna odpowiedzi na pytanie, jak wygrać z tym wspólnym wrogiem. Żadnemu z państw nie udało się zatrzymać galopującego wzrostu występowania choroby. Pokonanie cukrzycy będzie wymagało od nas wszystkich niebywalej pomysłowości i maksymalnego zaangażowania”.

Jean Claude Mbanya, Międzynarodowa Federacja Cukrzycy, listopad 2010



TYKAJĄCY ZEGAR CUKRZYCY ODMIERZA KOLEJNE SEKUNDY

Miliony ludzi na świecie choruje na cukrzycę. Jeśli nic nie zostanie zrobione, liczba ta podwoi się tylko w ciągu jednego pokolenia. Dzisiejsza bezczynność w sprawie cukrzycy skazuje nasze dzieci na zły stan zdrowia w przyszłości. To właśnie przyszłe pokolenia będą domagać się wyjaśnienia, dlaczego przespaliśmy jedną z największych epidemii, jaką jest cukrzyca.

Najnowsze dane Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF, International Diabetes Federation) opublikowane 14 listopada 2013 roku pokazują, że już **382 milionów** osób na świecie choruje na cukrzycę. Statystyki zachorowania na cukrzycę stale rosną. Jeszcze w 1985 roku z najbardziej wiarygodnych danych wynikało, że na cukrzycę choruje 30 milionów ludzi na całym świecie. 15 lat później liczbę chorych określano już na nieco ponad 150 milionów. W 2010 szacowano liczbę chorych na około 300 milionów. IDF szacuje, że liczba to **wzrośnie do 592 mln do 2035 roku**. Szczególnie wzrost liczby chorych na cukrzycę obserwuje się w krajach rozwijających się, co ma związek m.in. ze współczesnym, niezdrowym trybem życia i jego efektami w postaci otyłości czy nadciśnienia, a także starzejącym się społeczeństwem.²

Dziesiątki milionów ludzi z cukrzycą cierpi z powodu jej groźnych powikłań. Cukrzyca znajduje się w grupie **pierwszych 10 przyczyn niepełnosprawności ludzi na całym świecie**. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia **15 milionów ludzi niewidomych** utraciło wzrok w wyniku powikłań cukrzycy. Spośród czterech milionów osób, które każdego roku umierają z powodu cukrzycy, spora część to osoby w najbardziej produktywnym wieku (40-60 lat).³

² IDF Atlas, 6 edycja, op.cipit

³A call to action on diabetes, International Diabetes Federation, 2010





W Polsce co druga osoba, która umiera z powodu cukrzycy jest poniżej 60 roku życia. W dużej mierze choroba nadal pozostaje nierozpoznana lub jest rozpoznawana bardzo późno.

W wielu krajach, w tym w Polsce cukrzyca jest przyczyną groźnych powikłań, prowadzących do niepełnosprawności. W programach przewlekłego leczenia dializami, z powodu niewydolności nerek znajduje się na stałe ponad 3,5 tys. chorych na cukrzycę, u co drugiego chorego występuje choroba niedokrwienna serca, a 2/3 zgonów u diabetyków powodują powikłania sercowo-naczyniowe. Według Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, Polska należy do krajów, które mają najwięcej amputacji kończyn. Średnio, co drugi pacjent ze stopą cukrzycową traci nogę. W naszym kraju wykonuje się 14 tysięcy amputacji rocznie. Rośnie także odsetek osób umierających rocznie z powodu cukrzycy - w Polsce jest to niemal 30 000 osób.





CUKRZYCA - SŁODKI ZABÓJCA

W ostatnich latach cukrzyca zyskała wysoką pozycję w hierarchii najważniejszych problemów zdrowotnych świata i jako jedyna choroba niezakaźna została uznana przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) za epidemię XXI wieku. ONZ uznała w 2011 roku cukrzycę za jedną z czterech chorób, które zabijają ludzkość⁴.

Ta sama organizacja podczas zjazdu w czerwcu 2011 roku ogłosiła że głównymi przyczynami większości zgonów na świecie są niezakaźne choroby takie jak rak, cukrzyca, zespoły chorób serca i płuc. Według ekspertów ONZ to właśnie choroby niezakaźne, w tym cukrzyca są odpowiedzialne za większość zgonów na świecie z rachunkiem 38 mln „ofiar śmiertelnych” tylko w 2008 roku.

Jeśli dynamika wzrostu zapadalności na te choroby zostanie utrzymana, w 2030 roku choroby niezakaźne pochłoną aż 58 mln osób. Eksperci wyjaśniają tę niepokojącą dynamikę czynnikami związanymi głównie ze stylem życia, takimi jak niezdrowy sposób odżywiania, niedostateczna aktywność fizyczna, otyłość, nadużywanie alkoholu.⁵

Liczba zgonów z powodu cukrzycy jest na świecie osiągnęła w 2013 roku 5,1 miliona osób. Liczba ta wzrosła o 11% w porównaniu z szacunkami z 2011 roku⁶.

⁴ UN High-level Summit Unite Draft, Czerwiec 2011

⁵ World Diabetes Foundation. Impact Brochure, 2007

⁶ IDF Atlas, 6 edycja, op.cipit





CUKRZYCA W POLSCE

AUTOR: PROF. DR HAB. N. MED. LESZEK CZUPRYNIAK, POLSKIE TOWARZYSTWO DIABETOLOGICZNE

Obecnie najbardziej wiarygodne dane dotyczące epidemiologii cukrzycy pochodzą z ogólnopolskiego badania NATPOL, realizowanego przez Uniwersytet Medyczny w Gdańsku od ponad 10 lat projektu naukowego oraz z zasobów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Według danych NFZ w 2011 leczonych farmakologicznie, czyli otrzymujących insulinę lub leki doustne było 1 994 994 osób. Oznacza, to że obecnie, w 2013 r., liczba pacjentów z cukrzycą wynosi ponad 2 mln, gdyż wyniki badania NATPOL wskazują, że roczny przyrost chorych na cukrzycę wynosi 2,5%. W 2013 roku leczonych z powodu cukrzycy jest zatem ok. 2,1 mln Polaków.

Około 10-12% tej liczby tj. 230 tys. osób jest leczonych niefarmakologicznie czyli dietą i wysiłkiem fizycznym, co łącznie daje 2,33 mln osób z rozpoznaną cukrzycą w naszym kraju. Biorąc dodatkowo pod uwagę, że obecnie jedna z trzech osób z cukrzycą nie jest świadoma swojej choroby (do niedawna o cukrzycy nie wiedziała połowa chorych), można aktualną liczbę osób z cukrzycą w Polsce szacować nawet na 3,5 mln. Częstkowe dane epidemiologiczne wskazują także, że najsilniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia cukrzycy jest wiek - u co czwartej powyżej 60 rż. stwierdza się cukrzycę.

Jak szybko rośnie liczba chorych na cukrzycę można także ocenić analizując dane NFZ na temat pacjentów leczonych insuliną. W 2009 roku było ich 595 252, w 2010 - 613 700, a w 2011 - 627 971, co oznacza wzrost w ciągu dwóch lat o 5,5%, wynik ten jest zbieżny z opisanymi wyżej wnioskami z badania NATPOL.





W tym samym okresie (2009-2011) wzrost kosztów leczenia insuliną wzrósł z 564 081 177 do 658 063 920 zł czyli aż o 17%.

Dynamika wzrostu chorych dotyczy przede wszystkim osób dorosłych z cukrzycą typu 2. Zauważalny jest jednakże trend wzrostowy także w przypadku występowania cukrzycy typu 1 wśród dzieci i młodzieży. W latach 90. ub. wieku wskaźnik zapadalności na ten typ cukrzycy wynosił ok. 15 zachorowań na 100 tys. mieszkańców/rok, a obecnie - 20-25 zachorowań/100 tys./rok w zależności od regionu, przy czym najwyższa zapadalność występuje w Polsce północnej.

Oznacza to, że np. w aglomeracji stołecznej na cukrzycę typu 1 zachorowuje ok. 400-500 osób, głównie w populacji wieku rozwojowego. Aktualnie dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 jest w Polsce prawie 20 tys., a wszystkich chorych z tym typem choroby ok. 180 tys.

Warto podkreślić, że szczególnie znaczący wzrost zachorowań na cukrzycę odnotowano w ostatnich 10 latach, co m.in. jest skutkiem poprawy wykrywalności choroby w populacji ogólnej oraz coraz dłuższego okresu życia, zwłaszcza kobiet.





CUKRZYCA W POLSCE. PERSPEKTYWA REGIONALNA

Stan opieki diabetologicznej w regionach w zakresie prewencji, wczesnego rozpoznania cukrzycy oraz postępowania terapeutycznego nie kształtuje się równomiernie, niemej jednak można wyróżnić tendencje i zachowania wspólne dla wszystkich województw.

Większość regionów notuje systematyczny wzrost diagnozowanych przypadków cukrzycy typu 1 oraz 2. Największa chorobowość odnotowana została w województwach łódzkim (5,55 %.), lubelskim(5,52 %.) i lubuskim (5,08 %) ⁷.

Niepokojącym zjawiskiem jest malejąca liczba poradni diabetologicznych, co w konsekwencji powoduje, iż wiele szczególnie starszych osób nie korzysta z wizyt u diabetologa. Ponadto brakuje we wszystkich regionach dostatecznej liczby diabetologów. Generalnie chorzy na cukrzycę mają zapewnioną opiekę szpitalną wysokospecjalistyczną, jednak liczba łóżek na oddziałach diabetologicznych nie odpowiada na rosnące potrzeby chorych. Ponadto konieczna jest poprawa warunków lokalowych wymagających doposażania istniejących oddziałów diabetologicznych, poradni, lub wymaga wymiany zużytego sprzętu, aparatury diagnostycznej i terapeutycznej.

Lekarze podkreślają, że podstawą skutecznej walki z cukrzycą jest edukacja - integralny i kluczowy element kompleksowego leczenia cukrzycy, które obejmuje również: opiekę okulistyczną, nefrologiczną, kardiologiczną, neurologiczną, chirurgiczną, psychologiczną oraz wykwalifikowaną opiekę niemedyczną w tym porady dietetyków, a także opiekę pielęgniarską.

⁷ Chorobowość (liczba chorych /liczba mieszkańców)





PERSPEKTYWA LUBELSKA.

Epidemiologia w regionie. W województwie lubelskim cukrzycę rozpoznaną ma ponad 93 tys. osób, ponadto przyjmuje się, że ok 50 tys. ma cukrzycę jeszcze nierozpoznaną, a kolejne 100 tys. osób ma stan przedcukrzycowy. Na cukrzycę typu 1 choruje 1072 dzieci do lat 18 (zachorowalność w 2007 - 114 a w 2011- 155). Rocznie przybywa ok. 10 000 chorych na cukrzycę.

W województwie lubelskim pracuje 51 diabetologów, jednak 80% pacjentów z cukrzycą pozostaje pod opieką lekarza pierwszego kontaktu.

Główne problemy:

- Dynamika epidemiologii szczególnie cukrzycy typu 1, na którą choruje 1072 dzieci do lat 18, natomiast insuliną leczonych jest ponad 20 000 osób (22%) przy średniej ogólnopolskiej ok. 30%.
- Alarmujące dane dotyczące otyłości wśród dzieci, szczególnie w grupie 10-14 lat; szacuje się bowiem, że województwie jest 8000 otyłych dzieci.

Potrzeby i perspektywy rozwoju:

- Konieczność usprawnienia procedur, a także wprowadzenia ustaw regulujących emisję reklam niezdrowej żywności
- Zwiększenie roli pielęgniarek diabetologicznych w procesie terapeutycznym, szczególnie w prewencji wtórnej - wprowadzenie edukatorki diabetologicznej do systemu płatnych procedur, finansowych ze środków publicznych
- Opracowanie jednolitych narzędzi i procedur w ramach Narodowego Programu do walki z cukrzycą usprawniłoby system opieki diabetologicznej.
- Zintegrowanie wszystkich aktywności podejmowanych, szczególnie na poziomie edukacji, która stanowi podstawę systemu opieki diabetologicznej.





PERSPEKTYWA POMORSKA.

Epidemiologia w regionie. W województwie pomorskim jest 63 011 chorych na cukrzycę w tym około 800 dzieci oraz około 60 000 osób ze stanem przedcukrzycowym. W okresie od 1998 do 2006 roku wystąpił prawie 2-krotny wzrost wskaźnika zapadalności na cukrzycę typu 1 w grupie dzieci do 15 roku życia. W ciągu ostatnich 4 lat w województwie pomorskim nastąpił ponad 2,5-krotny wzrost zapadalności na cukrzycę typu 1 w grupie dzieci w wieku 0-4 lata. Największa zapadalność na cukrzycę typu 1 wśród dzieci i młodzieży występuje w województwie dolnośląskim i pomorskim

Główne problemy:

- Dynamika wzrostu epidemiologii szczególnie cukrzycy typu 1. Rocznie diagnozowanych jest około 100 nowych przypadków.
- Ograniczony dostęp chorych do specjalistów, bowiem w wyniku procesów przetargowych na terenie województwa zostały zamknięte poradnie diabetologiczne z długoletnimi tradycjami obsługujące znaczą liczbę pacjentów, co w konsekwencji może spowodować, iż wielu chorych nie będzie już korzystało z wizyt u diabetologia.
- Brak dostatecznej liczby kadry diabetologów, a także miejsc w szpitalach na oddziałach diabetologicznych.

Potrzeby i perspektywy rozwoju:

- Wdrożenie edukacji w system opieki diabetologicznej na zasadzie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
- Włączenie pracy pielęgniarki diabetologicznej do systemu opieki finansowanej ze środków publicznych
- Edukacja kluczem do skutecznej walki z chorobą, minimalizującą skutki powikłań cukrzycy





Program dla Pomorzan 2005-2013

Program „Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013” jest strategicznym planem rozwoju sektora ochrony zdrowia w województwie pomorskim. Powstał w celu zaspokojenia potrzeby prowadzenia w regionie spójnej polityki zdrowotnej. Obejmuje **dyscypliny, które ze względu na epidemiologię muszą być traktowane priorytetowo w zakresie organizacji świadczeń zdrowotnych, finansowania infrastruktury i sprzętu medycznego oraz zakupu usług medycznych.** Lokalne władze oraz środowisko diabetologiczne widząc zagrożenie, jakim jest cukrzyca stworzyli i wdrożyli program, którego zdaniem jest poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla chorych na cukrzycę mieszkańców województwa. **Jest wzorcowym modelem współpracy pomiędzy lokalnymi władzami i środowiskiem medycznym.**

W ramach Programu dla Pomorzan została opracowana **strategia Diagnostyki, Prewencji i Leczenia Cukrzycy.** Program diabetologiczny jest odpowiedzią na rosnącą liczbę zachorowań w województwie pomorskim, a jego celem jest usprawnienie leczenia cukrzycy i ograniczenia ilości powikłań. Pierwszym etapem prac twórców strategii była ocena stanu epidemiologicznego, kolejnym analiza i ocena aktualnego stanu organizacji opieki zdrowotnej w zakresie prewencji, rozpoznania i leczenia oraz kwalifikacji kadry medycznej zatrudnionej w przychodniach specjalistycznych i śródkach szpitalnych zajmujących się leczeniem cukrzycy. Ważnym elementem programu była weryfikacja jakości aparatury stosowanej w diagnostyce i terapii. Zebrane dane były weryfikowane w odniesieniu do odpowiednich norm krajowych i międzynarodowych, a także sytuacji w innych województwach. Program pozwolił zweryfikować sytuację diabetyków, określić słabe strony systemu opieki diabetologicznej i zdefiniować kierunek działań naprawczych.





PERSPEKTYWA DOLNOŚLĄSKA

Epidemiologia w regionie: Na terenie województwa funkcjonuje obecnie 58 poradni diabetologicznych. Szacuje się, że chorych na cukrzycę jest około 100- 140 tysięcy osób. Każdego roku cukrzyca typu 1 jest rozpoznawana u około 120 dzieci do 18 roku życia.

Główne problemy:

- Rosnąca liczba zachorowań na cukrzycę, szczególnie typu 1
- Rozporoszone działania podmiotów działających na rzecz chorych, nieskoordynowana współpraca
- Brak w każdej poradni diabetologicznej oraz w oddziale: edukatora i dietetyka.
- Brak Oddziału oraz Poradni Ginekologiczno- Położniczej dla kobiet z cukrzycą przedciążową planujących oraz będących w ciąży.
- Malejąca liczba poradni diabetologicznych, a w rezultacie utrudniony dostęp do diabetologów.

Potrzeby i perspektywy rozwoju:

- Utworzenie tzw. poradni przejściowych, które wspierałyby pacjentów młodych dorosłych.
- Uznanie porady edukacyjnej przez NFZ jako procedury medycznej.
- Konieczne jest zintegrowanie wszystkich aktywności podejmowanych przez poszczególnej podmioty systemu.
- Utworzenie Oddziału oraz Poradni Ginekologiczno- Położniczej dla kobiet z cukrzycą.





CUKRZYCA POTRZEBUJE REDEFINICJI

O cukrzycy mówi i myśli się w Polsce w sposób schematyczny i stereotypowy. Z badań przeprowadzonych przez Koalicję na rzecz walki z cukrzycą wynika, że większość osób nie kojarzy cukrzycy z ciężkimi powikłaniami, dlatego też specjalnie nie przykładają dużej wagi do regularnej kontroli glikemii. Wiele niedomówień i niezrozumienia samej specyfiki choroby powoduje, że cukrzycę traktują się jako „lepsze zło”, jedną z „tych” łżejszych, nieśmiertelnych chorób.

Potrzebujemy nowej definicji cukrzycy. Środowisko diabetologiczne jak i szeroka opinia publiczna potrzebuje poszerzenia szerokiego rozumienia pojęcia „cukrzycy”. Wyniki badań zebranych w tej publikacji, prowadzonych zarówno na całym świecie, jak i w Polsce, wyraźnie pokazują, że brak zrozumienia społecznego kontekstu cukrzycy, napędza spirale kolejnych milionów chorych, a także tysiące osób, które bagatelizują ich druzgoczące skutki ekonomiczne i społeczne.

Cukrzyca potrzebuje redefinicji, ponieważ dziś nie wystarczy już jej medyczny aspekt. Medycyna bowiem coraz lepiej radzi sobie z cukrzycą, w tyle pozostają rozwiązania systemowe i zrozumienie na poziomie indywidualnym.

W związku z tym Koalicja w ramach obchodów Światowego Dnia Walki z Cukrzycą podjęła się zadania „Redefinicji cukrzycy”, czyli zdefiniowania na nowo tej choroby w warstwie słownej i społecznej. Intencją organizatorów akcji „Redefinicja cukrzycy” jest otwarcie nowego rodzaju dialogu na temat cukrzycy w Polsce, a także próba zmiany języka w mówieniu o tej chorobie.





W dalszej perspektywie celem działań jest przełamanie schematu myślenia na temat cukrzycy w Polsce, a także podkreślenie jej społecznego wymiaru. Symbolicznym elementem akcji jest zmiana słownikowej definicji cukrzycy w Słowniku Języka Polskiego.

Przez cały listopad trwa akcja zbierania propozycji zmian w definicji, które można wpisywać na stronie akcji www.nie-cukrzycy.pl. Propozycja tej zmiany zostanie przedłożona Radzie Języka Polskiego końcem listopada b.r.





CUKRZYCY OBRAZ SPOŁECZNY

Wiedza społeczeństwa na temat cukrzycy i jej profilaktyki nie jest duża. Co piąty Polak nigdy nie wykonał badania sprawdzającego stężenie glukozy we krwi, a tylko 26% badanych deklaruje, że wykonuje to badanie corocznie. Według jednej trzeciej badanych cukrzycy nie można zapobiec. A to przecież my sami, bez względu na wiek, poprzez niezbilansowaną, zbyt wysokokaloryczną dietę i brak aktywności fizycznej zapracowujemy sobie na cukrzycę.

W 2010 roku Koalicja na rzecz Walki z Cukrzycą wspólnie z TNS OBOP przeprowadziła ogólnopolskie badanie epidemiologiczne poświęcone epidemii cukrzycy w Polsce. Jest to pierwsze tego typu badanie, które nie tylko określa sytuację epidemiologiczną, ale także dostarcza szczegółowych informacji na temat faktycznej kondycji i potrzeb osób chorych na cukrzycę w Polsce.

Projekt miał na celu zbadanie percepcji problemu cukrzycy i osób chorych wśród szerokiej opinii publicznej, a także osób będących blisko choroby - lekarzy specjalistów, pielęgniarek i samych pacjentów.



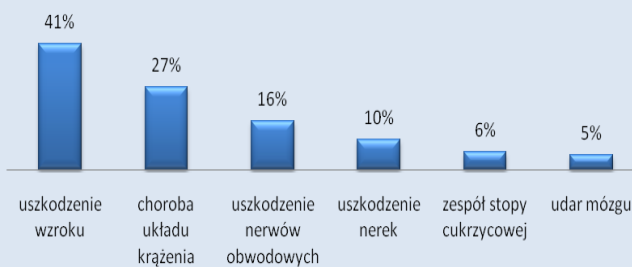


Statystyczny chory na cukrzycę w naszym kraju to osoba między 50. a 70. rokiem życia posiadająca wykształcenie średnie, będąca rencistą lub emerytem, mieszkająca w małym mieście (do 50 tysięcy mieszkańców). Częściej jest to kobieta niż mężczyzna. Połowa pacjentów, którzy wzięli udział w badaniach, to osoby chorujące na cukrzycę dłużej niż 10 lat.

Które osoby są najbardziej zagrożone zachorowaniem na cukrzycę?



Jaki rodzaj powikłań zdrowotnych pojawił się u Pana/Pani w związku z cukrzycą?



Podejście do powikłań jest stopniowalne: dla niektórych są to możliwe „problemy”, dla innych - pewny, czarny scenariusz. Najczęstsze powikłania zdrowotne, które pojawiły się u badanych pacjentów to uszkodzenie wzroku (41%), choroby układu krążenia (27%) i uszkodzenia układu nerwowego (16%). Większość badanych (91%) deklaruje, że stara się zapobiegać powstawaniu powikłań, wiedząc czym zaniedbanie leczenia cukrzycy może skutkować.





W większości wypadków rozpoznanie cukrzycy u badanych było przypadkowe i następowało podczas rutynowej bądź kontrolnej wizyty u lekarza (36%) oraz pobytu w szpitalu związanego z inną dolegliwością (21%). Wiedza społeczeństwa na temat cukrzycy i jej profilaktyki nie jest duża.

- Co piąty Polak nigdy nie wykonał badania sprawdzającego stężenie glukozy we krwi, a tylko 26% badanych deklaruje, że wykonuje to badanie corocznie.
- Według jednej trzeciej badanych cukrzycy nie można zapobiec. A to przecież my sami, bez względu na wiek, poprzez niebilansowaną, zbyt wysokokaloryczną dietę i brak aktywności fizycznej zapracowujemy sobie na cukrzycę.
- Świadomość konsekwencji cukrzycy także nie jest wystarczająca. Aż 35% społeczeństwa nie potrafi wymienić ani jednego skutku choroby, mimo że jest to schorzenie wielonarządowe charakteryzujące się szeregiem powikłań.
- Wiedza samych chorych o cukrzycy, choć stosunkowo większa niż u osób zdrowych, również nie jest satysfakcjonująca. Jej stosunkowo niski poziom prowadzi nie tylko do mało świadomego kontrolowania choroby, ale także do nieutrzymywania dyscypliny i prowadzenia niezbyt higienicznego trybu życia.
- Niska wiedza przekłada się także na dość mechaniczne podejście do choroby: ograniczenie się do kontroli poziomu cukru we krwi i sterowania nim wg zaleceń lekarza, ale bez dogłębnego zrozumienia istoty samej choroby.
- Znacznym problemem dla chorych jest przestrzeganie diety. Badani z niechęcią przyjmują ograniczenia żywieniowe. Często nie wiedzą, jak powinna wyglądać prawidłowo dobrana dieta, a nawet jeśli mają taką wiedzę, to rzadko się do niej stosują.



„Istnieje pilna potrzeba, by rządy podjęły wyzwanie przetożenia dowodów naukowych dotyczących inicjatyw prewencyjnych na efektywne kosztowo i możliwe do zrealizowania programy mające na celu ograniczenie epidemii cukrzycy. Jednocześnie należy zainwestować w opiekę diabetologiczną, w tym edukację, by poprawić jakość i produktywność życia milionów ludzi z cukrzycą”.

Międzynarodowa Federacja Cukrzycy
“The urgent need: prevention and management”



CUKRZYCA PRIORYTETEM ZDROWOTNYM

Potrzeba zahamowania niepokojąco rozprzestrzeniającej się cukrzycy zrodziła potrzebę stworzenia silnej reprezentacji środowisk diabetologicznych, która wspólnie zainspiruje Narody Zjednoczone do zainteresowania się tą chorobą, a w konsekwencji do rezolucji, która pomoże w zahamowaniu epidemii cukrzycy w XXI wieku.

Pierwsza inicjatywa potrzeby globalnej prewencji cukrzycy zrodziła się w St. Vincent we Włoszech, w 1989 roku na spotkaniu resortów zdrowia i organizacji pacjentów ze wszystkich krajów europejskich. Spotkanie, które odbywało się pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF) zaowocowało Deklaracją z St. Vincent (The Saint Vincent Declaration). Dokument wyznaczał kierunki rozwoju opieki diabetologicznej w Europie i zakładał wprowadzenie kompleksowych działań mających na celu zmniejszenie śmiertelności oraz powikłań chorobowych występujących u osób chorujących na cukrzycę, a także poprawę komfortu ich życia.

„Rządy i Ministerstwa Zdrowia krajów Europy powinny przyjąć za swój obowiązek i stać się odpowiedzialnymi za stworzenie warunków, które umożliwiłyby znaczne ograniczenie wielkich strat z powodu cukrzycy i śmierci, jakie ona powoduje. Kraje te powinny formalnie uznać znaczenie problemów cukrzycy i wytworzyć środki do ich rozwiązania. Należy na szczeblach lokalnych, krajowych i europejskich stworzyć oraz formalnie opublikować plany zapobiegania, rozpoznawania i leczenia cukrzycy, a szczególnie jej powikłań - ślepoty, niewydolności nerek, zgorzeli i amputacji kończyn dolnych, nasilenia choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu” (Fragment przyjętej przez polski rząd Deklaracji z St. Vincent, 1989).





Do tematu cukrzycy wrócono po raz kolejny w 2006 roku. Ten roku był przełomowy w podejściu do problemu cukrzycy na świecie. **Najpierw Parlament Europejski wydaje 16 kwietnia 2006 deklarację** dotyczącą cukrzycy i wzywa kraje członkowskie do nadania priorytetu działaniom dotyczącym cukrzycy w nowej strategii zdrowotnej Unii Europejskiej.

Kilka miesięcy później, na corocznym spotkaniu Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (ADA - American Diabetes Association) w Waszyngtonie, **10 czerwca 2006 Międzynarodowa Federacja Cukrzycy (IDF) zainicjowała akcję o zasięgu ogólnosiwiatowym pod hasłem 'unite for diabetes'**.

Pod wspólnym szyldem ponad 195 członków IDFu z ponad 155 krajów, największe autorytety w dziedzinie diabetologii, środowiska naukowe, przemysł, fundacje charytatywne i edukacyjne przyłączyły się do wspólnej idei - idei, której zadaniem było wsparcie zaadoptowania Rezolucji ONZ dotyczącej cukrzycy. Idea ta została zrealizowana w 2006 roku, wtedy bowiem Organizacja Narodów Zjednoczonych powołała rezolucję o cukrzycy.

20 grudnia 2006 wszystkie kraje ONZ uznały, że cukrzyca jest światowym zagrożeniem i konieczne jest podjęcie natychmiastowych kroków w kierunku jej zapobiegania i właściwego leczenia.

„Przyjmuje z zadowoleniem inicjatywę Prezydencji w zakresie cukrzycy; Wzywa Komisję i Radę do: nadania priorytetu działaniom przeciwko cukrzycy w nowej strategii zdrowotnej UE jako poważnej chorobie stanowiącej istotne obciążenie w całej Unii Europejskiej; zachęcania Krajów Członkowskich do tworzenia narodowych planów walki z cukrzycą; rozwinięcia unijnej strategii przeciwko cukrzycy i wydania Rekomendacji Rady Unii Europejskiej dotyczącej prewencji, diagnozy i kontroli cukrzycy, opracowania strategii zachęcania do konsumpcji i produkcji zdrowej żywności;” fragment Rezolucji ONZ, 2006





Organizacja Narodów Zjednoczonych wyznaczyła Światowy Dzień Cukrzycy oficjalnym dniem, który ma być obchodzony na całym świecie 14 listopada i zachęcać do opracowania narodowych programów ukierunkowanych na prewencję, leczenie oraz opiekę diabetologiczną i zdrowotną. Po raz pierwszy w historii choroba niezakaźna, została uznana tak samo groźnym globalnym zagrożeniem dla świata, jak choroby zakaźne typu HIV/AIDS.

Polska nie została obojętna na globalne inicjatywy. Zgromadzeni 18 maja 2006 roku w Wiśle na Konferencji Karpackiej diabetologów postulowali o zmiany w leczeniu cukrzycy w Polsce. Spotkanie zaowocowało podpisaniem „Deklaracji Wiślańskiej”.

Najnowszą inicjatywą jest Rezolucja Unii Europejskiej przyjęta jednogłośnie przez Parlament Europejski 14 marca 2012 roku. Nowa rezolucja wzywa kraje członkowskie Unii Europejskiej do opracowywania, wdrażania i monitorowania krajowych programów walki z cukrzycą, a także do opracowywania programów zarządzania cukrzycą na podstawie najlepszych praktyk oraz do zapewnienia pacjentom dostępu do wysokospecjalistycznych, interdyscyplinarnych programów leczenia cukrzycy.

Postuluje również wsparcie krajów członkowskich poprzez promocję wymiany najlepszych praktyk dotyczących krajowych programów walki z cukrzycą i podkreśla potrzebę stałego monitorowania przez Komisję Europejską wdrażania wspomnianych krajowych programów walki z cukrzycą i regularnej sprawozdawczości w tym zakresie.

Dodatkowo rezolucja wzywa do opracowania we współpracy z krajami członkowskimi ukierunkowanej unijnej strategii przeciwko cukrzycy w formie rekomendacji Rady Unii Europejskiej na temat prewencji, diagnostyki, zarządzania, edukacji i badań w zakresie cukrzycy, a także wspólnych, jednolitych kryteriów i metod gromadzenia danych epidemiologicznych oraz danych ekonomicznych na temat cukrzycy.





CUKRZYCA NIE JEST PRIORYTETEM W POLSCE

W Polsce cukrzyca nie została zaliczona do strategicznych priorytetów opieki zdrowotnej w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015. Priorytetowo traktowane są nowotwory, choroby układu krążenia i choroby psychiczne. Narodowy Program Zdrowia, wspomina o cukrzycy jedynie mimochodem, wzywając do zmiany nawyków żywieniowych jako jednego z podstawowych sposobów walki z chorobami takimi jak cukrzyca oraz do wczesnego objęcia opieką pacjentów zagrożonych ryzykiem powikłań cukrzycowych.

W maju 2006 roku Polska przyjęła Program prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce na lata 2006-2008. Program wszedł w życie w następnych latach jako element pierwszych pilotażowych zadań, do których należało przygotowanie do stworzenia rejestru chorych na cukrzycę (dorosłych) oraz rejestru wieku rozwojowego (dzieci i młodzieży). Celem tego programu była optymalizacja leczenia cukrzycy w Polsce, a działania skupiły się wokół realizacji rejestru pacjentów z cukrzycą (dorosłych i dzieci), co było wielce istotnym krokiem na drodze oceny sytuacji i faktycznej skali cukrzycy w Polsce. Rejestry jednak nie funkcjonują dziś w pełni i istnieje potrzeba rewizji/kontynuowania prowadzenia tego projektu na większą skalę.

W roku 2010 opracowano Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, a w jego obrębie Moduł II: Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2010-2011. W kwietniu 2012 roku ogłoszono Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej na rok 2012.





Program był kontynuacją działań prowadzonych od 2006 roku w ramach Programu Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce, wchodzącego obecnie w skład Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, (program dot. cukrzycy jest realizowany w ramach Modułu II).

Celem programu było zwiększenie świadomości na temat cukrzycy i jej powikłań wśród społeczeństwa, ograniczenie występowania czynników ryzyka (zapobieganie występowaniu cukrzy typu 2), stworzenie skutecznych strategii zapobiegania powikłaniom cukrzycy poprzez poprawę jakości leczenia w ośrodkach diabetologicznych, zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2011 roku, a także poprawa jakości życia osób z cukrzycą.

Wysokość środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji to 1 435 000 PLN (koszty programu w 2010), 2 621 000 PLN (Koszty programu w 2011). Dla porównania koszty cukrzycy w Polsce ponoszone przez budżet Państwa to około 11% budżetu. To jest około 1,32 mld euro.





CUKRZYCY POTRZEBNY JEST NARODOWY PROGRAM

Przyjęcie i wdrożenie Narodowego Programu Leczenia i Prewencji Cukrzycy w danym kraju wskazuje, że rządy uznają cukrzycę za priorytet i uznają potrzebę działania w ramach przeciwdziałania cukrzycy. Takie podejście pozwala doprowadzić do skutecznych rozwiązań systemowych w zakresie monitorowania i finansowania cukrzycy. To również przydatne narzędzie dla decydentów działających w systemie ochrony zdrowia, przy wyborze działań priorytetowych i alokacji potrzebnych zasobów na rzecz działań w zakresie prewencji i leczenia cukrzycy.

Narodowy Program to oficjalna strategia działań stworzona w celu poprawy polityki, usług i rozwiązań w zakresie cukrzycy, która jest zaplanowana i skoordynowana na poziomie krajowym, a dalej wdrażana na szczeblu krajowym, wojewódzkim czy lokalnym. Narodowy Program jest systematycznym i skoordynowanym działaniem podejmowanym w celu poprawy organizacji, dostępności i jakości prewencji cukrzycy oraz opieki diabetologicznej.

Narodowy Program Leczenia i Prewencji Cukrzycy (National Diabetes Programmes (NDPs)) definiuje Międzynarodowa Federacja Cukrzycy (IDF) w publikacji „Guide to National Diabetes Programmes” wydanym w 2010 roku. Zwykle przybiera formę kompleksowej polityki, programu wsparcia i planu działania, który obejmuje główne typy cukrzycy (cukrzyca typu 1, cukrzyca typu 2, cukrzyca ciążowa), cały proces działań prewencyjnej od profilaktyki zachorowań poprzez prewencję powikłań, leczenia i opiekę paliatywną, a także wszystkie zasoby, usługi i systemy, które wspierają procesy profilaktyki i opieki diabetologicznej





International Diabetes Federation określiło 10 złotych standardów Narodowego Programu Leczenia i Prewencji Cukrzycy:

1. Narodowy Program jest sprawny i jest publicznie dostępny
 2. Narodowy Program jest wspierany i prowadzony przez Ministerstwo Zdrowia, a rząd przeznacza specjalne środki finansowe na jego prowadzenie
 3. Wszystkie zainteresowane strony są zaangażowane w rozwój / realizacji Narodowego Programu
 4. Priorytety Narodowego Programu są jasno określone, a cele i zadania są klarownie udokumentowane
 5. Narodowy Program obejmuje zarówno typ 1 i typ 2 cukrzycy
 6. Narodowy Program stawia w centrum uwagi pacjenta z cukrzycą
 7. Narodowy Program jest oparty na działaniach długoterminowych
 8. Istnieje udokumentowany plan realizacji Narodowego Programu
 9. Nadzór nad realizacją Narodowego Programu jest prowadzony przez specjalnie powołaną Radę/Zespół
 10. Narodowy Program wymaga stałego monitorowania i nadzoru
-



„W połowie bieżącego stulecia w stanach zjednoczonych na cukrzycę może chorować nawet jedna trzecia populacji (...). Jeżeli do tego dojdzie, nastąpi dramatyczny spadek produktywności gospodarki. Przy jednoczesnym wzroście obciążeń systemu ochrony zdrowia, a tego nie wytrzyma żadne państwo”.

Bill Clinton, były prezydent USA, Mena Diabetes Leadership Forum, 2010



ILE KOSZTUJE CUKRZYCA?

Choroby przewlekłe stanowią istotne obciążenie dla gospodarki, a ich leczenie kosztuje coraz więcej środków z budżetów jednostek opieki zdrowotnej. Cukrzyca należy do czołówki chorób przewlekłych (wraz nowotworami, chorobami układu krążenia), będących jednym z istotnych zagrożeń dla rozwoju gospodarki, stanowiąc olbrzymie obciążenie budżetowe dla państw.

Rzeczywiste obciążenie gospodarki kosztami chorób przewlekłych, w tym cukrzycy są zdecydowanie wyższe od danych publikowanych przez źródła oficjalne. Jest to spowodowana olbrzymimi kosztami pośrednimi z jakimi wiąże się cukrzyca, takimi jak utracona produktywność i renty, a przede wszystkim koszty powikłań cukrzycy.

Cukrzyca stała się problemem z punktu widzenia rozwoju gospodarczego. W krajach o niskim i średnim dochodzie choroba ta zagraża dobrobytowi ekonomicznemu. W 2012 roku wydatki związane z leczeniem cukrzycy na świecie stanowiły 11% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną i wyniosły 471 mld dolarów. Przypuszcza się, że do roku 2030 koszty związane z profilaktyką oraz leczeniem cukrzycy i jej powikłań wyniosą ponad 595 mld dolarów.





KOSZTY CUKRZYCY I JEJ POWIKŁAŃ

AUTOR: JOANNA LEŚNIEWSKA, WYŻSZA SZKOŁA IM. LEONA KOŹMIŃSKIEGO

Według Światowej Federacji Cukrzycy Polska jest wśród dziesięciu krajów, w których odsetek występowania w populacji nieprawidłowej tolerancji glukozy, czyli stanu poprzedzającego rozwinięcie się cukrzycy typu 2, jest najwyższy. Częste występowanie nieprawidłowej tolerancji glukozy może przełożyć się na wysoką zapadalność na cukrzycę w przyszłości .

Warto zauważyć, że cukrzyca jest chorobą społeczną, wymiennie obciążającą każdy system ochrony zdrowia, zarówno w krajach wysoko uprzemysłowionych, jak i rozwijających się. Ze względu na znaczną zapadalność, chorobowość oraz konsekwencje ekonomiczne cukrzyca jest przedmiotem wielu badań epidemiologicznych oraz badań kosztów choroby.

Badania kosztów choroby obejmują koszty danej jednostki chorobowej i nie uwzględniają wyników klinicznych. Należy podkreślić, że mogą one stanowić ważny element analizy farmakoeconomicznej. Badania takie uświadamiają bowiem znaczenie ekonomiczne określonych jednostek chorobowych, pomagają określić priorytety badawcze oraz identyfikują chorych, którzy odniosą największe korzyści z leczenia.

Całkowite koszty choroby są sumą trzech składowych: kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz kosztów niewymiernych. Koszty bezpośrednie obejmują koszty dóbr i usług wykorzystanych w rozpoznaniu, leczeniu i rehabilitacji chorych. Ta grupa kosztów obejmuje koszty związane z zapewnieniem opieki medycznej (bezpośrednie





koszty medyczne) oraz koszty niemedyce, które związane są m.in. z opieką osób trzecich, kosztami transportu oraz dostosowaniem pomieszczeń mieszkalnych do potrzeb chorego.

Koszty pośrednie obejmują koszty nie związane bezpośrednio z zapewnieniem opieki medycznej i pielęgnacyjnej nad chorym. Wynikają one z absencji w pracy, niepełnosprawności, wcześniejszej śmiertelności i związanymi z tymi stratami produktywności.

Ostatnia grupa kosztów obejmuje koszty niewymierne, czyli koszt cierpienia fizycznego i psychicznego, w tym m.in. koszt rozłąki z rodziną, izolacji w życiu społecznym oraz niespełnienia zawodowego.

Szacuje się, że w 2010 r. światowe wydatki na cukrzycę wyniosły około 376 mld dolarów amerykańskich (USD), czyli 418 mld dolarów międzynarodowych (international dollars, ID), uwzględniających różnice w sile nabywczej w różnych krajach. Zgodnie z prognozami na 2030 r. poziom wydatków ma wzrosnąć do około 490 mld USD, czyli 561 mld ID .

W Europie całkowite koszty cukrzycy szacowane są na poziomie 105,5 mld USD rocznie. 25% wydatków alokowane jest w monitorowanie poziomu glukozy we krwi pacjentów, następne 25% w leczenie kosztów powikłań, natomiast pozostałe 50% to suma reszty kosztów bezpośrednich (konsultacje lekarskie i pielęgnarskie, koszty hospitalizacji, sprzętu medycznego i leków) i pośrednich (spadek wydajności pracy, absencje).

Analizując badania kosztów cukrzycy i jej powikłań, przeprowadzane w różnych krajach można zauważyć, że badania te opierają się głównie na analizie kosztów bezpośrednich i pomijane są w nich koszty niewymierne. Jest to spowodowane trudnościami związanymi z wiarygodnym szacowaniem kosztów pośrednich i dokładnym oszacowaniem kosztów niewymiernych i ich kwantyfikacją w jednostkach pieniężnych. Ponadto większość badań nie obejmuje oddzielnie kosztów cukrzycy typu 1 i typu 2.





Metodologia badania. Badanie kosztów cukrzycy typu 1 i typu 2 oraz powikłań cukrzycy zostało przeprowadzone dla okresu 2009-2012, w oparciu o dane NFZ, ZUS i GUS. Należy podkreślić, że ze względu na zmieniającą się metodę raportowania na przestrzeni lat, poszczególne składowe koszty były analizowane w różnych przedziałach czasowych, co może utrudniać interpretację wyników badania

W celu oceny kosztów cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2 oraz powikłań cukrzycy przeprowadzono badanie kosztów choroby uwzględniające perspektywę społeczeństwa. Koszty choroby uwzględnione w badaniu są sumą dwóch składowych: bezpośrednich kosztów medycznych i kosztów pośrednich. W analizie nie uwzględniono więc kosztów niewymiernych.

Całkowite koszty bezpośrednie cukrzycy typu 1 i typu 2. Na całkowite koszty bezpośrednie cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2 (Kbc) składają się następujące koszty cząstkowe: koszty świadczeń zdrowotnych oraz koszty refundacji. Ze względu na fakt, że dostępne dane nie pozwalają na przeanalizowanie kosztów refundacji oddzielnie dla każdego typu cukrzycy, całkowite koszty bezpośrednie obliczono łącznie dla cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2. Koszty te w 2012 r. osiągnęły następującą wartość:

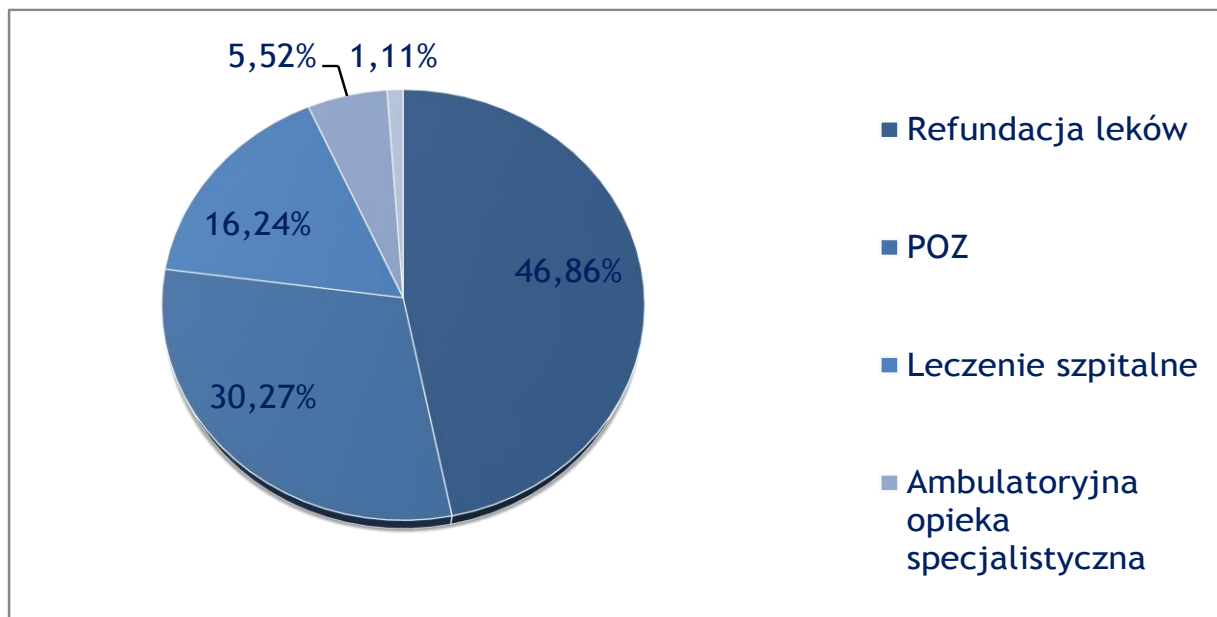
$$\begin{aligned} \text{Kbc2012} &= \text{Kb12012} + \text{Kb22012} = 839\,219\,166,9 + 740\,017\,720 \\ &= 1\,579\,236\,886,9 \text{ PLN} \end{aligned}$$





Analizując wartość całkowitych kosztów bezpośrednich cukrzycy w poszczególnych latach należy zauważyć, że w latach 2009-2012 nastąpił wzrost tych kosztów. Stopa wzrostu tych kosztów wynosi 2,1%. Badając strukturę kosztów w 2012 r. można z kolei zaobserwować, że największy ich odsetek stanowią koszty refundacji leków (patrz ryc. 1 poniżej).

Ryc. 1. Struktura kosztów bezpośrednich cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2 (łącznie) w 2012 r. - udział %



Źródło: Opracowanie własne





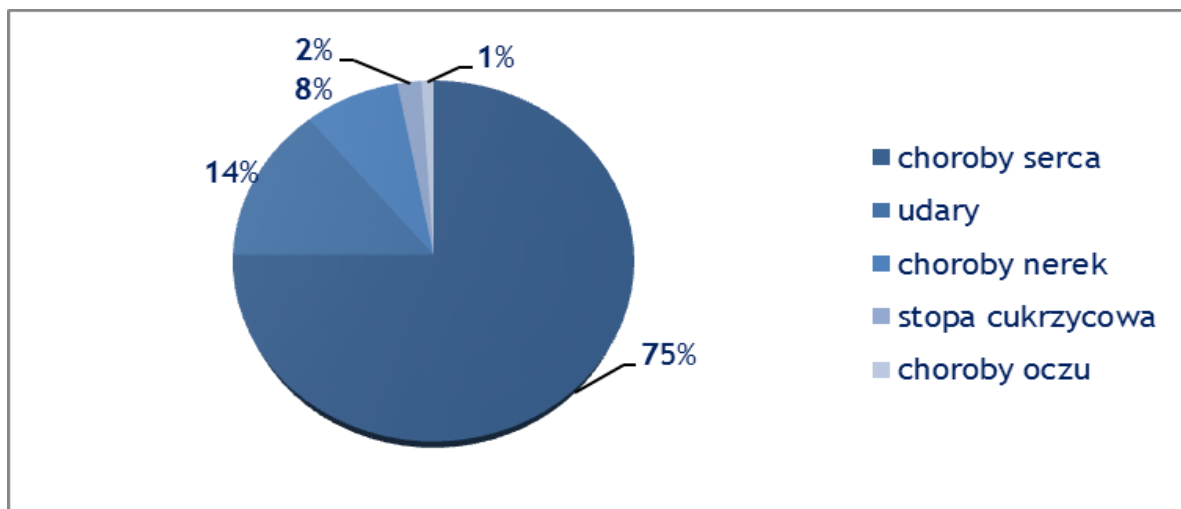
Koszty bezpośrednie powikłań. Koszty bezpośrednie powikłań cukrzycy w latach 2009-2012 przedstawiono w tab. 1 poniżej.

Jednostki chorobowe	Koszt w PLN			
	2009	2010	2011	2012*
Choroby serca	826 396 774,09	872 339 968,32	947 723 540,85	979 992 667,78
Udary	170 463 327,11	166 705 791,07	180 327 078,14	186 467 051,59
Stopa cukrzycowa	12 483 809,40	14 174 292,98	16 360 548,43	16 917 610,26
Choroby nerek	86 847 756,76	97 417 015,36	104 995 307,21	108 570 302,17
Choroby oczu	16 624 976,00	15 984 039,95	10 301 591,84	10 652 351,69
Razem	1 112 789 643,37	1 166 621 107,68	1 259 708 066,46	1 302 599 983,49

Tab. 1. Koszty bezpośrednie powikłań cukrzycy w latach 2009-2012 (w PLN) Jednostki chorobowe (*dane estymowane na podstawie lat poprzednich, Źródło: jw.)

Jak wynika z analizy powyższej tabeli w latach 2009-2012 nastąpił wzrost łącznych kosztów powikłań cukrzycy i wynosił on 17%. Należy zauważyć, że wśród kosztów powikłań cukrzycy zdecydowanie dominują koszty chorób serca. Na ryc. 2 poniżej przedstawiono strukturę kosztów powikłań w 2012 r.

Ryc. 2. Struktura kosztów świadczeń udzielonych z powodu powikłań cukrzycy w 2012* r.



*dane estymowane na podstawie lat poprzednich

Źródło: jw.

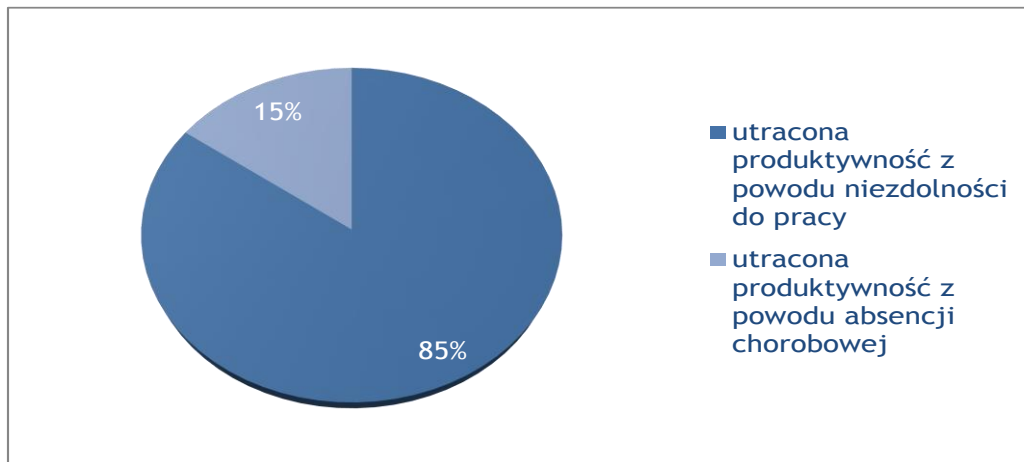


Koszty pośrednie cukrzycy. Na koszty pośrednie cukrzycy składają się koszty utraconej produktywności będącej rezultatem absencji chorobowej oraz pobierania rent z tytułu niezdolności do pracy. Wartość tych kosztów w 2012 r. kształtowała się w następujący sposób:

$$\begin{aligned} \text{Kpc2012} &= \text{Kpc12012} + \text{Kpc22012} = 146\,566\,446\text{PLN} + 836\,114\,891\text{PLN} \\ &= 982\,681\,337\text{PLN} \end{aligned}$$

Analizując łączne koszty pośrednie cukrzycy w latach 2010-2012 można zauważyć, że zwiększyły się one w analizowanym okresie o 3,5%. Można również zaobserwować, że w strukturze kosztów pośrednich zdecydowanie dominują koszty utraconej produktywności z powodu niezdolności do pracy (patrz ryc. 3 poniżej).

Ryc. 3. Struktura kosztów pośrednich cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2 (łącznie) w 2012 r. - udział %





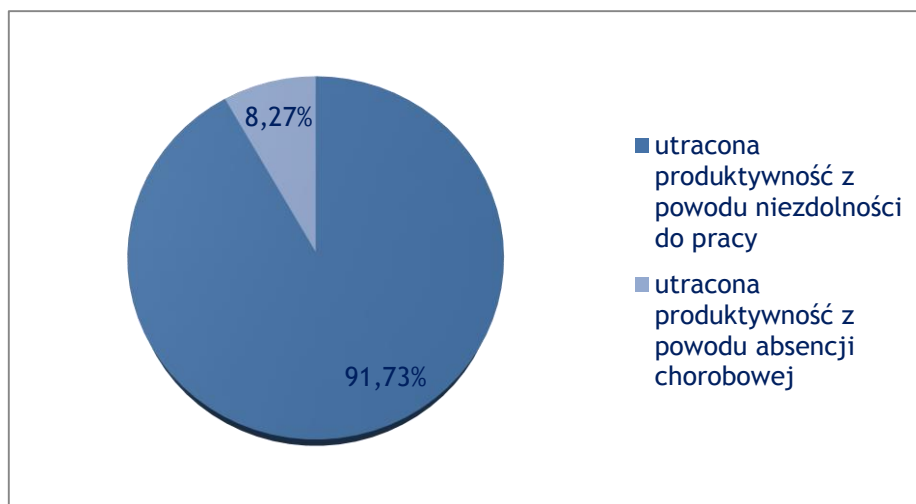
Koszty pośrednie powikłań cukrzycy. Na całkowite koszty pośrednie powikłań cukrzycy (Kppc) składają się następujące koszty cząstkowe: koszty utraconej produktywności z powodu absencji chorobowej (Kppc1) oraz koszty utraconej produktywności z powodu niezdolności do pracy (Kppc2). Koszty te w 2012 r. osiągnęły następującą wartość:

Cukrzyca łącznie

$$Kppc2012 = Kppc12012 + Kppc22012 = 139\,882\,098,42\text{PLN} + 1\,552\,295\,789,28\text{PLN} = 1\,692\,177\,887,70\text{PLN}$$

Dokonując analizy wartości kosztów pośrednich powikłań cukrzycy można zauważyć, że w latach 2009-2012 koszty te wzrosły o 26,8%. Analizując z kolei strukturę tych kosztów można zaobserwować, że zdecydowanie dominują wśród nich koszty utraconej produktywności z powodu niezdolności do pracy (patrz ryc. 4).

Ryc. 4. Struktura kosztów pośrednich cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2 (łącznie) w 2012 r. - udział %



Źródło: jw.





Podsumowując analizę kosztów pośrednich powikłań cukrzycy w 2012 r. warto zauważyć, że koszty te są większe o 72% od kosztów pośrednich cukrzycy typu 1 i typu 2. W przypadku kosztów bezpośrednich, koszty bezpośrednie powikłań cukrzycy były wyższe od kosztów bezpośrednich cukrzycy o ponad 55%.

Całkowite koszty cukrzycy i powikłań. W 2012 r. całkowite koszty cukrzycy i powikłań wyniosły ponad 5,5 mld PLN (patrz tab. 2 poniżej).

Tab. 2. Całkowite koszty cukrzycy i powikłań w 2012 r.

Koszty	Cukrzyca łącznie	Powikłania cukrzycy (bez refundacji leków)
Całkowite	2 561 918 223,90	2 994 777 871,19
<i><u>Bezpośrednie ogółem, w tym:</u></i>	<i><u>1 579 236 886,90</u></i>	<i><u>1 302 599 983,49</u></i>
Koszty świadczeń zdrowotnych - bez leków i POZ	361 124 685,84	1 302 599 983,49
POZ	478 094 481,06	b.d.
Koszty leków	740 017 720,00	b.d.
<i><u>Pośrednie ogółem, w tym:</u></i>	<i><u>982 681 337,00</u></i>	<i><u>1 692 177 887,70</u></i>
Utracona produktywność z powodu absencji chorobowej	146 566 446,00	139 882 098,42
Utracona produktywność z powodu niezdolności do pracy	836 114 891,00	1 552 295 789,28

Źródło: jw.





Należy podkreślić, że koszty te są niedoszacowane, ponieważ koszty bezpośrednie powikłań nie obejmują refundacji cen leków. Ponadto należy podkreślić, że niniejsza analiza nie uwzględnia wszystkich kosztów pośrednich, w tym kosztów utraconej produktywności z powodu przedwczesnej umieralności. Warto w tym miejscu podkreślić, że koszty pośrednie cukrzycy typu 1 i typu 2 (łącznie) zajmują 10 miejsce w rankingu kosztów utraconej produktywności z powodu wszystkich schorzeń w Polsce (patrz tab. 3 poniżej).

LP.	JEDNOSTKA CHOROBY	SZCZEGÓŁY	KOSZTY UTRACONEJ PRODUKTYWNOŚCI
1.	O26-razem	Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą	4 306 835 780,23
2.	I25-razem	Przewlekła choroba niedokrwienna serca	3 148 268 594,58
3.	G54-razem	Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych	2 711 907 447,52
4.	M47-razem	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	1 855 102 823,56
5.	X71-razem	Zamierzone samouszkodzenie przez zanurzenie i utopienie	1 633 886 878,01
6.	F20-razem	Schizofrenia	1 481 849 548,13
7.	M51-razem	Inne choroby krążka międzykręgowego	1 445 820 677,23
8.	C34-razem	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	1 328 552 151,12
9.	R98-razem	Śmierć nieoczekiwana	1 292 237 649,08
10.	F06-razem	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną	1 140 979 031,24
11.	E10-razem + E11-razem	Cukrzyca łącznie	1 122 529 829,45
11.	I11-razem	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca	1 113 151 675,88
12.	I50-razem	Niewydolność serca	1 082 016 463,51
13.	T93-razem	Następstwa urazów kończyny dolnej	1 038 810 795,71
14.	I10-razem	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	998 562 433,46
15.	I21-razem	Ostry zawał serca	992 337 611,50
2006.	X57-razem	Nieokreślony niedobór	139,50

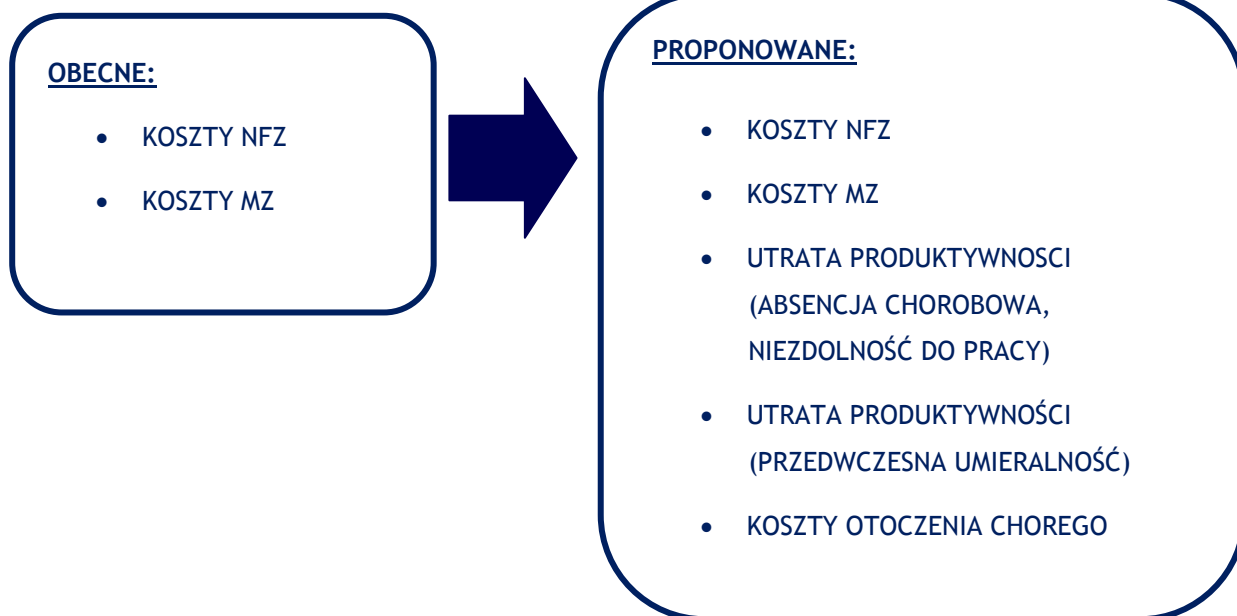
Tab. 3. Całkowite koszty pośrednie chorób w Polsce w 2010 r. (w PLN) - ranking. Źródło: Leśniowska J., Koszty utraconej produktywności z powodu chorób w Polsce z uwzględnieniem wpływu na rynek pracy i na gospodarkę. Ekspertyza, MZ, Warszawa 2013.





WNIOSKI:

- Leczenie pacjentów chorych na choroby przewlekłe stanowi istotne obciążenie dla budżetu jednostek opieki zdrowotnej i systemu ochrony zdrowia jako całości
- Choroby przewlekłe stanowią istotne obciążenie dla gospodarki
- Rzeczywiste obciążenie gospodarki kosztami chorób przewlekłych, w tym cukrzycy są zdecydowanie wyższe od danych publikowanych przez źródła oficjalne
- W ocenie krajowych wydatków na zdrowie należy zdecydowanie dążyć do uwzględniania rzeczywistych kosztów chorób i niesprawności, co przyniesie rzetelne przesłanki dla stanowienia i prowadzenia polityki zdrowotnej opartej na dowodach oraz uwiarygodni porównania międzynarodowe
- Konieczna jest redefinicja kosztów w ocenie efektywności alokacyjnej:



„Nie każdą epidemię można przewidzieć i się do niej przygotować. Cukrzyca jednak w porę została dostrzeżona przez międzynarodowe organizacje, a alarm wszczęty na czas. Dlatego dziś nie możemy sobie pozwolić na to, aby nie wykorzystać tej szansy i nie zrobić wszystkiego co w naszej mocy aby zatrzymać światową pandemię cukrzycy.”

**ks. Arkadiusz Nowak, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,
Koalicja na rzecz walki z cukrzycą**



KOALICJA NA RZECZ WALKI Z CUKRZYCĄ

Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą jest organizacją powołaną w kwietniu 2009 roku z inicjatywy Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w celu edukacji oraz zwiększenia efektywnej profilaktyki i diagnostyki cukrzycy w Polsce.

Intencją koalicjantów jest, aby poprzez zakrojone na szeroką skalę działania aktywnie wpływać na zwiększanie świadomości społecznej w zakresie cukrzycy, zmienić upraszczające podejście do choroby, a także uświadomić jej interdyscyplinarny charakter i współzależność z prowadzonym stylem życia. Radę programową Koalicji tworzą m.in. ks. Arkadiusz Nowak (Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej) oraz prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak (prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego).

Koalicja reprezentuje największe polskie organizacje podejmujące pracę na rzecz osób chorych na cukrzycę: Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Polską Federację Edukacji w Diabetologii, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Górnośląskie Stowarzyszenie Diabetyków, Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia, Ogólnopolską Federację Organizacji Pomocy Dzieciom i Młodzieży Chorym na Cukrzycę, fundację Cukrzyca u Dzieci. Koalicję wspierają także miesięcznik „Diabetyk” oraz portal www.mojacukrzyca.org.

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej (IPPEZ). Fundacja utworzona z inicjatywy księdza Arkadiusza Nowaka, której celem jest popularyzacja wiedzy nt. praw pacjenta. Aktywność Instytutu skupia się m.in. na upowszechnianiu wśród społeczeństwa idei praw pacjenta i wspieraniu jej egzekwowania, podejmowaniu





działań mających na celu traktowanie pacjenta jako najważniejszego podmiotu w systemie ochrony zdrowia, w szczególności w relacji lekarz-pacjent, wspieraniu i aktywizacji środowisk działających na rzecz praw pacjentów, w tym inspirowaniu działań zmierzających do integracji różnych grup i organizacji reprezentujących pacjentów, wspieraniu rozwiązań systemowych mających na celu dobro pacjentów oraz podnoszeniu świadomości obywatelskiej w dziedzinie praw pacjenta i polityki zdrowotnej państwa, rozwijaniu współpracy międzynarodowej w powyższym zakresie, propagowaniu postaw prozdrowotnych i działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. IPPEZ w realizacji swoich celów współpracuje z organizacjami zrzeszającymi pacjentów oraz ekspertami w zakresie opieki zdrowotnej tak w Polsce, jak i za granicą.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD). Zrzesza lekarzy specjalistów diabetologów oraz dziedzin pokrewnych. Celem Towarzystwa jest m.in. szerzenie zdobyczy współczesnej nauki wśród lekarzy oraz wśród innych swoich członków zajmujących się diabetologią, zachęcanie i wdrażanie ich do pracy naukowej, współdziałanie w organizowaniu społecznej ochrony zdrowia i w rozwiązywaniu problemów dotyczących jej działalności, współdziałanie w doskonaleniu lekarzy, reprezentowanie interesów zdrowotnych i opiekuńczych chorych na cukrzycę i starania o ich uwzględnienie przez władze administracyjne czy przemysł.

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii (PFED). Federacja podejmuje problematykę promowania roli profesjonalnych zespołów terapeutycznych w edukacji i opiece diabetologicznej w Polsce: lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, psychologów, rehabilitantów, pracowników socjalnych oraz konsultantów innych specjalności. Stowarzyszenie szkoli personel medyczny w zakresie zachowań prozdrowotnych, zdrowego odżywiania, terapii cukrzycy oraz przekazuje wiedzę z zakresu diabetologii.

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków (PSD). Stowarzyszenie zrzeszające ponad 100 000 członków zarejestrowanych w 520 kołach terenowych, działające na rzecz osób chorych na cukrzycę. Organizuje i prowadzi akcje edukacyjne skierowane zarówno do chorych, jak i do całego społeczeństwa w celu pogłębienia wiedzy o cukrzycy, jej skutkach oraz





samokontroli. Zadaniem Stowarzyszenia jest także udzielanie różnorodnej pomocy diabetykom i rodzicom nieletnich diabetyków.

Górnośląskie Stowarzyszenie Diabetyków (GSD). Organizacja zrzeszająca osoby z cukrzycą z regionu Górnego Śląska. Podstawowym obszarem działania Górnośląskiego Stowarzyszenia Diabetyków jest wspieranie merytoryczne członków stowarzyszenia oraz prowadzenie szkoleń diabetologicznych. Stowarzyszenie m.in. upowszechnia wiedzę o cukrzycy, prowadzi warsztaty diabetologiczne oraz poradnictwo w zakresie samokontroli i diety.

Ogólnopolska Federacja Organizacji Pomocy Dzieciom i Młodzieży Chorym na Cukrzycę. Federacja zrzesza organizacje skupiające rodziców, opiekunów i przyjaciół dzieci oraz młodzieży dotkniętych cukrzycą. Za główne cele stawia sobie poprawę sytuacji prawnej, społecznej, zdrowotnej i materialnej dzieci oraz młodzieży chorych na cukrzycę, wspieranie i wzmacnianie zrzeszonych w niej organizacji oraz kształtowanie pozytywnych postaw społecznych wobec młodych diabetyków.

Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia. Ogólnopolska organizacja zrzeszająca dziennikarzy i publicystów podejmujących problemy ochrony zdrowia i medycyny oraz środowisk propagujących zdrowy styl życia. Inicjuje i organizuje konferencje oraz warsztaty szkoleniowe dla dziennikarzy poświęcone najnowszym osiągnięciom medycyny i farmacji, a także ważnym problemom zdrowotnym społeczeństwa.



