

*Raport Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego***POLITYKA DIABETOLOGICZNA
W POLSCE*****Bogdan OSTROWSKI***

W dniu 4 grudnia 2007 r. w Warszawie na konferencji prasowej z udziałem prezesa Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego prof. **Władysława Grzeszczaka**, konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii prof. **Krzysztofa Strojka**, dyrektora Biura Łącznika WHO dr **Pauliny Miśkiewicz**, przedstawiciela AM w Warszawie dr **Macieja Niewady**, reprezentantów Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków oraz licznie zgromadzonych dziennikarzy Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zaprezentowało opracowany przez jego Zarząd Główny raport pt. „Polityka diabetologiczna w Polsce”. Skrót tego raportu publikujemy poniżej.

Diabetologia polska znajduje się na niebezpiecznej dla zdrowia społecznego równi pochyłej.

Na to niepokojące zjawisko składają się przede wszystkim:

- zbyt niskie wyceny punktowe procedur diabetologicznych,
- niewystarczające zabezpieczenie leczenia w kontraktach przeznaczonych na leczenie diabetologiczne, grożące postępującymi likwidacjami placówek zajmujących się leczeniem cukrzycy,

- brak zabezpieczenia leczenia specjalistycznego (brak centralnie finansowanych procedur diabetologicznych, np. takich jak istniejące w opiece hematologicznej, kardiologicznej czy nefrologicznej; takimi procedurami mogłyby być a nie są: opieka nad ciężarną chorą na cukrzycę, leczenie stopy cukrzycowej, instalacja osobistej pompy insulinowej czy wdrażanie insulinoterapii z edukacją,
- niski poziom refundacji nowoczesnego leczenia cukrzycy,
- mała liczba i postępujące ograniczanie liczby godzin dydaktycznych z zakresu diabetologii dla studentów medycyny,
- brak zwartego, kompetentnego i opartego na stażach w akredytowanych placówkach szkolenia z diabetologii dla lekarzy rodzinnych.

W Polsce istnieje jedna z najgorszych w Europie polityka refundacji leków i sprzętu diabetologicznego, wyłączająca dostęp polskich pacjentów do nowoczesnego leczenia (analogi długodziałające, glitazony, pompy i osprzęt do pomp, opatrunki do stopy cukrzycowej) oraz – co najistotniejsze – brak jest jednolitej postawy Ministerstwa Zdrowia w sprawie leczenia cukrzycy m.in.: z jednej strony powoływanie zespołu ds. profilaktyki i le-

czenia cukrzycy, a z drugiej strony (w innym departamencie) publikowanie narodowego programu zdrowia na lata 2005-2015 nieuwzględniającego w wystarczającym zakresie spraw i problemów leczenia diabetologicznego. **Taka polityka zdrowotna prowadzi nieuchronnie do stałego zwiększania kosztów cukrzycy, a miliony chorych i ich rodzin skazuje na wykluczenie z życia społecznego.**

Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia powinny zrozumieć, że **nowoczesne leczenie cukrzycy prowadzi do zmniejszenia liczby kosztownych leczniczo powikłań kardiologicznych, okulistycznych, nefrologicznych, chirurgicznych i innych.** Nie można w Polsce przez niewłaściwą politykę zdrowotną dopuścić do zaprzepaszczenia dorobku wielu pokoleń diabetologów. **Należy zgodnie z Deklaracją Europejską z Saint Vincent poprawić jakość leczenia i dążyć do zmniejszenia liczby zgonów i inwalidztwa spowodowanego przez cukrzycę.**

**CUKRZYCA –
ASPEKTY KLINICZNE**

Cukrzyca według definicji WHO (World Health Organisation) jest chorobą metaboliczną

o różnorodnej etiologii, która charakteryzuje się przewlekłą hiperglikemią z towarzyszącymi zaburzeniami metabolizmu węglowodanów, tłuszczu i białka.

Najczęściej pojawienie się cukrzycy wynika z niedoboru lub braku insuliny (cukrzyca typu 1), zmniejszonej wrażliwości tkanek na działanie insuliny połączonej z niedoborem insuliny (cukrzyca typu 2) oraz ze zmian hormonalnych związanych z okresem ciąży (cukrzyca ciężarnych).

Cukrzyca wiąże się z ryzykiem ostrych, często niebezpiecznych dla zdrowia i życia, zaburzeń metabolicznych, takich jak kwasica i śpiączka ketonowa, stan hiperglikemiczno-hiperosmolarny, kwasica mleczanowa, hipoglikemia. Poza tym cukrzyca powoduje rozwój swoistych odległych powikłań narządowych, będących rezultatem rozwoju mikroangiopatii (retinopatia, nefropatia, neuropatia) i makroangiopatii (miażdżyca i związane z nią choroby układu sercowo-naczyniowego).

Powikłania cukrzycowe są głównym czynnikiem zwiększonej chorobowości populacji osób z cukrzycą:

- cukrzyca wiąże się z 3-krotnym wzrostem ryzyka zawału serca i udaru mózgu,
- retinopatia cukrzycowa jest najczęstszą przyczyną ślepoty w populacji ludzi czynnych zawodowo,
- u około 15% chorych na cukrzycę rozwija się zespół stopy cukrzycowej, a 5-15% spośród nich wymaga amputacji.

Badania epidemiologiczne wykazują, że chorzy na cukrzycę w porównaniu z populacją ogólną częściej doświadczają zakażeń bakteryjnych, grzybiczych

i wirusowych, jednocześnie ich przebieg jest z reguły cięższy i bardziej powikłany niż w przypadku chorych bez cukrzycy.

CUKRZYCA – EPIDEMIOLOGIA W POLSCE

Szacuje się, że w Polsce około 2 miliony osób mieści się w kategoriach rozpoznawania cukrzycy według ustaleń WHO. Połowa chorych wykazuje cukrzycę z objawami klinicznymi i z tego powodu należy do grupy cukrzycy rozpoznawanej i leczonej, a około 1 miliona chorych ma cukrzycę bezobjawową, którą można rozpoznać tylko za pomocą testu obciążenia glukozą.

Analiza sytuacji diabetologicznej w Polsce wskazuje na wyjątkowy charakter problemu cukrzycy – epidemiczne występowanie szczególnie cukrzycy typu 2 – oraz na potrzebę intensyfikacji wczesnej diagnostyki czynników ryzyka wystąpienia cukrzycy, a także diagnostyki cukrzycy utajonej dla celów prewencji rozwoju choroby i jej powikłań. **Jest oczywiste, że tak duże nasilenie zapadalności, chorobowości i umieralności z powodu cukrzycy, tak typu 1 jak i 2, przełoży się**

w krótkim czasie na określone konsekwencje medyczne i społeczno-ekonomiczne tej choroby. Ze względów epidemiologicznych, klinicznych oraz społeczno-ekonomicznych cele prewencji pierwotnej i wtórnej cukrzycy typu 2, a dzięki temu redukcja ryzyka rozwoju powikłań przewlekłych cukrzycy typu 2, powinny być traktowane priorytetowo.

KOSZTY CUKRZYCY W POLSCE

Według danych Banku Światowego cukrzyca zajmuje w skali wielkości obciążenia ekonomicznego społeczeństw drugie miejsce, zaraz po chorobie niedokrwiennej serca. **Choroba ta ma ogromny wpływ na generowanie kosztów w systemie usług zdrowotnych, pochłaniając co najmniej 5-10% całkowitego budżetu ochrony zdrowia.**

Na koszty cukrzycy, oprócz kosztów bezpośrednich diagnostyki i leczenia, a zwłaszcza jej powikłań, składają się także koszty pośrednie, takie jak np.: koszty inwalidztwa oraz utraty produktywności na skutek przedwczesnego ustania aktywności zawodowej.

DOKUMENTY W SPRAWIE CUKRZYCY

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 z 1989 roku

► Za wysokie koszty cukrzycy odpowiadają przede wszystkim koszty dotyczące leczenia jej powikłań, zarówno makro- jak i dużych mikronaczyniowych, charakterystycznych dla niewyrównanej cukrzycy. **Ich leczenie jest około 8-krotnie droższe niż leczenie samej cukrzycy.** Analizy farmakoekonomiczne dowodzą, że leczenie wyrównujące chorobę, które zmniejsza ryzyko powikłań cukrzycy, przynosi wymierne korzyści kliniczne i ekonomiczne. Korzyści te przewyższają koszty zastosowanej farmakoterapii.

W Polsce oszacowane w badaniu CODIP (*Cost of Diabetes Type 2 in Poland*) roczne koszty bezpośrednie opieki nad chorym na cukrzycę typu 2 wyniosły 2429,95 zł. Ta kwota odzwierciedla koszty zużytych zasobów bezpośrednio związanych z cukrzycą lub leczeniem jej powikłań.

Ekstrapolacja kosztów indywidualnych obliczonych w badaniu CODIP na populację ogólną Polski, przy założeniu, że na rozpoznaną cukrzycę typu 2 choruje w Polsce 2,82% spośród 38 230 800 mieszkańców, pozwala oszacować **całkowite koszty bezpośrednie cukrzycy typu 2 w Polsce na poziomie 2 619 749 895,37 zł.** Kwota ta stanowiła **8,08% wszystkich nakładów poniesionych na opiekę zdrowotną w Polsce w 2002 roku**, na które składały się wydatki z budżetu państwa (3 594 000 000 zł) i wydatki z kas chorych (28 822 248 000 zł).

Jak wynika z przeprowadzonych badań klinicznych, tylko leczenie o wysokiej jakości może być ekonomicznie skuteczne i jest w stanie obniżyć koszty leczenia. Udowodniono, że w gru-

pie 3017 chorych na cukrzycę, wśród osób, które rozpoczęły okres 3-letniej obserwacji z poziomem hemoglobiny glikowanej HbA1c rzędu 10%, koszt leczenia po zakończeniu tego okresu był aż o 35% wyższy w porównaniu z osobami, u których poziom hemoglobiny glikowanej wynosił średnio 6%. W grupie gorzej leczonej koszt wynosił ponad 11 500 dolarów, a w grupie lezonej lepiej tylko 8 500 dolarów. Wynika z tego, że zarówno z bezpośredniego ludzkiego jak i ekonomicznego punktu widzenia jakość leczenia jest najważniejsza.

Głównym składnikiem kosztów bezpośrednich, który determinuje znaczną część tych kosztów, są koszty hospitalizacji. Hospitalizacje wynikają natomiast przede wszystkim z powikłań cukrzycy.

W 2002 roku oszacowano koszty powikłań cukrzycy w Polsce. Obciążenia płatnika z tytułu kosztów leczenia powikłań mikro- i makroangiopatycznych cukrzycy (w tym hospitalizacje oraz porady ambulatoryjne) przedstawiały się następująco:

- koszty hospitalizacji z powodu powikłań makroangiopatycznych – 90 490 000 zł,
- koszty hospitalizacji z powodu powikłań mikroangiopatycznych – 163 900 000 zł,
- koszty leczenia ambulatoryjnego – 180 795 000 zł.

Łącznie roczne koszty poniesione przez wszystkie kasy chorych w 2002 roku na leczenie powikłań cukrzycy oszacowano na 435 185 000 zł.

Analizując koszty całkowite cukrzycy, należy podkreślić, iż w większości badań koszty pośrednie, wynikające przede wszystkim z nieobecności cho-

rych w pracy i zmniejszonej produktywności, przewyższają koszty bezpośrednie ponoszone na opiekę medyczną. Na koszty pośrednie składają się: koszty wcześniejszych rent i emerytur, koszty spowodowane niezdolnością do pracy, koszty transportu do szpitali i przychodni oraz koszty opieki ze strony osób trzecich. **Próbę oszacowania kosztów pośrednich cukrzycy w Polsce podjęto w badaniu CODIP. Wyniosły one w 2002 roku około 6 800 zł na jednego pacjenta i wielokrotnie przekraczały koszty bezpośrednie ocenione w tym badaniu na 2 429 zł.**

OPIEKA DIABETOLOGICZNA W POLSCE

Stan opieki diabetologicznej w Polsce wygląda znacznie gorzej w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Spośród błędów w organizacji opieki diabetologicznej można wymienić:

- ciągłe i chaotyczny proces transformacji,
- brak przewidywalności charakteru zmian,
- brak wczesnego udziału w zmianach środowiska diabetologów i organizacji pacjentów,
- ograniczenia dostępności do specjalistów.

Diabetologię społeczną w Polsce charakteryzuje obecnie upóźnienie działań prewencyjnych, a także duża nierównomierność w rozkładzie geograficznym, środowiskowym i społecznym jakości opieki nad chorymi na cukrzycę. Wiele spośród szczegółowych programów prewencji, opieki nad ciężarnymi czy zapobiegania ślepotie przestało być realizowanych. Państwowe i społeczne nakłady inwestycyjne są niewy-

starczające, a chorzy nie mają możliwości zwiększania partycypacji własnej w kosztach leczenia z powodu niewystarczających środków materialnych. Rozwój infrastruktury badań naukowych w Polsce jest bardzo ograniczony, a ranga i liczba programów naukowych oraz klinicznych, jak również społeczne wsparcie w tym zakresie ulegają ciąglemu zmniejszeniu. Co należy szczególnie podkreślić, nie istnieje żaden system sprawnej oceny jakości wyników leczenia.

Istotne z punktu widzenia rozpoznania i zapobiegania cukrzycy jest jej wczesne rozpoznanie. Niestety, w Polsce często cukrzyca rozpoznawana jest „przypadkowo” w trakcie hospitalizacji chorego z innej przyczyny, a często przyczyną tych hospitalizacji są choroby, których cukrzyca jest istotnym czynnikiem ryzyka, na przykład zawał serca. Szacuje się, że zaledwie u 35% chorych cukrzyca jest zdiagnozowana w trakcie rutynowego badania kontrolnego, 7% chorych ma natomiast postawione rozpoznanie z powodu wystąpienia jawnych objawów cukrzycy, 28% w związku ze złym samopoczuciem, a aż 23% przypadkowo podczas niezwiązanej bezpośrednio z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej hospitalizacji. **Wykonywanie badań diagnostycznych jest konieczne szczególnie w grupach zwiększonego ryzyka wystąpienia cukrzycy, tj. u osób z nadwagą lub otyłością, u których cukrzyca występuje w rodzinie, mało aktywnych fizycznie, z uprzednio stwierdzonymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, z nadciśnieniem**

tętnicznym lub inną chorobą układu krążenia, z zaburzeniami gospodarki lipidowej itd. Diagnostykę powinno się przeprowadzić również u wszystkich osób, które skończyły 45. rok życia, i powtarzać ją raz na 3 lata.

W leczeniu cukrzycy istotną rolę odgrywają zarówno dieta, wysiłek fizyczny i inne aspekty z za-

kresu zmiany stylu życia, a w szczególnych przypadkach postępowanie zabiegowe. Kluczowym aspektem dla skutecznego leczenia chorych na cukrzycę jest ich edukacja oraz odpowiednie leczenie, szczególnie w odniesieniu do insulinoterapii.

Każda dobra insulinoterapia powinna dodatkowo charaktery-



Recepta na dobrą aptekę



UNGUATOR®
MIKSER
RECEPTUROWY

Kompletny system przygotowania maści, kremów i czopków składający się z urządzenia miksującego, mieszadeł, pojemników-tub na maści i kremy, końcówek dozujących, aplikatorów, foremek na czopki i globulki

◆ ponad 5 lat na rynku ◆
◆ co czwarta apteka używa już miksera recepturowego UNGUATOR® ◆
◆ jakość pojemników-tub i pozostałych akcesoriów zgodna z wymogami Farmakopei VII i potwierdzona Świadectwem Jakości ◆
◆ fachowe doradztwo i sprzedaż, własny serwis gwarancyjny i pogwarancyjny ◆
◆ Certyfikat Jakości ISO 9001:2000 ◆

zapraszamy na naszą stronę internetową www.eprus.com.pl

◆ mikser recepturowy UNGUATOR ◆ wagi laboratoryjne ◆ komory laminarne FARMA-FIL ◆ oczyszczacz FARMA-WENT ◆ suszarki laboratoryjne ◆ sterylizatory i autoklawy ◆
◆ destylatory i demineralizatory ◆ utensylia recepturowe ◆ higrometry ◆ termometry ◆ urządzenia do diagnozy skóry ◆ systemy szwalid aptecznych EVEREST ◆
◆ chłodziarki farmaceutyczne FARMA-TERM ◆ wielofunkcyjne urządzenia diagnostyczne MILLENIUM ◆ wagi i ciśnieniomierze dla pacjentów ◆

43-300 Bielsko - Biała, ul. Laszczyńska 32, tel./fax (033) 497-73-70, fax (0-33) 815-15-44, e-mail: eprus@eprus.com.pl

zować się elastycznością, indywidualnym skutecznym przystosowaniem do ciągle zmieniających się potrzeb i możliwości pacjenta. Z tego powodu nie można arbitralnie określić najlepszego sposobu insulinoterapii.

System refundacji leków w Polsce nie uwzględnia analogów insuliny (jak insulina Detemir czy insulina Glargine). W większości krajów Unii Europejskiej, nie wyłącza państw o zbliżonym do Polski PKB (Czechy, Słowenia,

Słowacja, Węgry, Litwa, Estonia), analogi długodziałające są refundowane na poziomie 80%-100% dla wszystkich pacjentów bądź dla określonej grupy najbardziej potrzebujących. Refundacja analogów szybko działających i mieszanek analogowych (Aspart czy insulina Lispro) jest w naszym kraju ograniczona, odnośnie do ceny insuliny ludzkiej produkowanej w Polsce. Żaden polski producent nie wytwarza analogów insuliny i w związku z tym pacjent

leczonej za pomocą analogu szybko działającego lub mieszanek analogowych jest zmuszony do wysokiej dopłaty. W pozostałych krajach Unii Europejskiej te analogi są refundowane w 100 lub blisko 100%, bez konieczności udziału własnego pacjenta.

Niestety, w Polsce nie są także objęte refundacją glitazony. Leki z tej grupy nie tylko powodują istotne zmniejszenie insulinooporności, co powoduje spowolnienie postępu choroby, możliwość odroczenia leczenia insuliną, ale także zmniejszają ryzyko rozwoju cukrzycy. Jest to więc obecnie najbardziej skuteczna grupa leków, których stosowanie zapobiega rozwojowi cukrzycy.

Przykład analogów insuliny oraz glitazonów wskazuje na znaczne opóźnienie i niedopasowanie systemu refundacji do aktualnego stanu wiedzy o skuteczniejszym leczeniu, którego brak może spowodować wzrost częstości przewlekłych powikłań (ślepoty, niewydolności nerek, amputacji kończyn i zgonów sercowych), co w perspektywie spowoduje wielokrotne zwiększenie wydatków na leczenie cukrzycy.

PRIORYTETY ZMIAN

Polityka ochrony zdrowia w zakresie opieki diabetologicznej wymaga gruntownych zmian. Priorytetem jest **opracowanie Narodowego Programu Polityki Diabetologicznej**, który połączy wszystkie aspekty opieki nad osobami chorymi na cukrzycę **poprzez stworzenie kompleksowego systemu działań**, mających na celu zwiększenie wykrywalności (cukrzyca typu 2), zwiększenie zapadalności (cukrzyca

DOKUMENTY W SPRAWIE CUKRZYCY

Rezolucja ONZ w sprawie cukrzycy

Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych uznaje cukrzycę za chorobę przewlekłą, wyniszczającą i pochłaniającą koszty, związaną z dużym nasileniem powikłań, wiążącą się z dużym ryzykiem występowania rodzinnego w krajach członkowskich i całego świata, a także stanowiącą poważne wyzwanie dla osiągnięcia międzynarodowych celów rozwojowych.

Konieczne jest niezwłoczne, wielowymiarowe zwiększenie nakładów w celu promocji i poprawy ludzkiego zdrowia, a także zapewnienie lepszego dostępu do leczenia i edukacji medycznej.

1. Ustanawia dzień **14 listopada** Światowym Dniem Cukrzycy, który powinien być obchodzonym jako **Dzień Narodów Zjednoczonych**, począwszy od 2007 roku.
2. Zachęca wszystkie kraje członkowskie, znaczące organizacje Narodów Zjednoczonych i inne organizacje międzynarodowe, a także środowisko cywilne, w tym pozarządowe organizacje sektora prywatnego, do obchodzenia Światowego Dnia Walki z Cukrzycą w odpowiedni sposób, w celu podniesienia ogólnej świadomości społeczeństwa na temat cukrzycy i związanych z nią powikłań, a także jej zapobiegania i leczenia, w tym także przez media i poprzez edukację.
3. Zachęca kraje członkowskie do opracowania krajowych strategii zapobiegania, leczenia i opieki nad pacjentami z cukrzycą, polegających na ciągłym rozwoju ich organizacji ochrony zdrowia w tym zakresie, z uwzględnieniem ustanowionych na międzynarodowym poziomie celów, w tym także Milenijnych Celów Rozwoju.
4. Nakazuje sekretarzowi generalnemu ONZ podać do wiadomości wszystkich krajów członkowskich i Organizacji Narodów Zjednoczonych brzmienie niniejszej rezolucji.

20 grudnia 2006 roku

typu 2) i spadek częstości występowania powikłań.

Wśród głównych zmian, jakich wymaga system, znajdują się:

- nadanie szczególnej rangi zagadnieniom leczenia cukrzycy, a nie rozmywanie ich w innych specjalnościach, np. w kardiologii;
 - zwiększenie punktacji za procedury diabetologiczne i poprawa wartości kontraktów na leczenie cukrzycy i edukację;
 - wprowadzenie centralnie finansowanych procedur diabetologicznych;
 - wprowadzenie minimum godzin dydaktycznych wykładowych z zakresu leczenia cukrzycy (20-30 godzin w okresie studiów) i odpowiednie zwiększenie godzin ćwiczeń oraz zwiększenie nacisku na szkolenia diabetologiczne lekarzy;
 - bezzwłoczne wprowadzenie na listy refundacyjne nowoczesnych leków w takich proporcjach, jak to ma miejsce w innych specjalnościach i w innych krajach;
 - nasilenie działalności prewencyjnej nakierowanej na zapobieganie chorobie i jej powikłaniom, co radykalnie może zmniejszyć koszty leczenia z powodu cukrzycy i zmniejszyć przez to wzrastające wydatki np. na leczenie powikłań sercowo-naczyniowych oraz poprawić skuteczność tego leczenia.
- W diabetologii europejskiej i polskiej za podstawowy punkt odniesienia wszystkich działań w opiece nad chorymi przyjęto cele i metody wyrażone w *Deklaracji z St. Vincent* oraz w uzupełnieniu kolejnych kongresów Ruchu Realizacji Deklaracji z St. Vincent (WHO, EASD, IDF,

DOKUMENTY W SPRAWIE CUKRZYCY

Oświadczenie Parlamentu Europejskiego w sprawie cukrzycy

Parlament Europejski:

- mając na uwadze, że cukrzyca jest poważną chorobą przewlekłą, ma charakter postępujący i dotyka ponad 25 mln osób w UE, przy czym liczba ta do 2025 r. wzrośnie prawdopodobnie o 16%;
 - mając na uwadze, że do poważnych i drogich w leczeniu powikłań cukrzycy należą choroby układu krążenia, udar, niewydolność nerek, amputacje oraz ślepota;
 - mając na uwadze, że ok. 60 mln ludzi w Europie jest zagrożonych stanem przedcukrzycowym;
 - mając na uwadze, że strategia UE w zakresie cukrzycy pomogłaby w ograniczeniu publicznych wydatków na opiekę zdrowotną w państwach członkowskich UE: na leczenie powikłań cukrzycy przeznaczona się od 5% do 10% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną;
 - mając na uwadze, że zalecenie Rady UE w sprawie badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych ukazało korzyści wynikające ze skoordynowanego podejścia na szczeblu UE;
 - mając na uwadze, że prezydencja Austrii w UE (2006) priorytetowo traktuje cukrzycę typu 1 i 2;
- * z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę prezydencji dotyczącą cukrzycy;
- * wzywa Komisję i Radę do:
- priorytetowego traktowania cukrzycy w nowej strategii zdrowia, gdyż choroba ta stanowi poważny problem na skalę UE;
 - zachęcania państw członkowskich do opracowania krajowych planów walki z cukrzycą;
 - opracowania unijnej strategii w zakresie cukrzycy oraz sformułowania przez Radę UE zalecenia dotyczącego zapobiegania, rozpoznawania i zwalczania cukrzycy;
 - opracowania strategii mającej na celu zachęcanie do konsumpcji i produkcji zdrowej żywności.

krajowe towarzystwa chorych i lekarzy). Zgodnie z wynikami badań opieka diabetologiczna skuteczniejsza i lepsza, czyli intensywna, umożliwia zapobieganie kosztownym przewlekłym powikłaniom cukrzycy, inwalidztwu i śmiertelności. Z tego powodu konieczne jest **upowszechnienie intensywnej i najlepszej jakościowo opieki dla wszystkich chorujących na cukrzycę.**

Intensyfikacja leczenia cukrzycy wiąże się ściśle z koniecznością **rozwoju kadry medycz-**

nej poprzez zwiększenie dostępu lekarzy do specjalizacji w diabetologii, podjęcie planowej edukacji lekarzy opieki podstawowej, wprowadzenie kształcenia diabetologicznego w zakresie innych specjalizacji, np. okulistycznej, neurologicznej, kardiologicznej, a także ustalenie specjalizacji diabetologicznej dla pielęgniarek i dietetyczek. W roku 2009 liczba specjalistów – diabetologów powinna osiągnąć poziom 1000, a liczba pielęgniarek wyspecjalizowanych

- w opiece diabetologicznej – poziom 2500 osób.
- Wśród zadań dla polskiej diabetologicznej opieki zdrowotnej należy także wymienić **opracowanie i przyjęcie do realizacji programów specjalnej opieki w wybranych grupach osób chorych na cukrzycę**. Obejmują one wzmocnienie specjalnego leczenia dla dzieci i młodzieży, rozwój programu opieki nad ciężarnymi i rodziną, ulepszenie opieki nad osobami źle widzący-

mi, identyfikację osób mających trudności z realizacją zaleceń leczniczych ze względów finansowych, organizację wspierania społecznego oraz rozwój diabetologii społecznej.

Zwiększający się ilościowy i jakościowy zakres celów i potrzeb w opiece diabetologicznej w Polsce, jak również szczególne uwarunkowania transformacji systemu opieki zdrowotnej oraz wpływ czynników ogólnospołecznych wymagają zwiększonego wysiłku ze strony wszystkich osób i instytucji, których celem powinno być polepszenie prewencji i wyników leczenia chorych na cukrzycę w Polsce. Niestety, **konieczne są także większe nakłady finansowe – ich brak ogranicza niekiedy dostęp chorych do najnowszych metod leczenia**.

W Polsce istnieje również bezwzględna konieczność **zwiększenia nakładów na badania w dziedzinie diabetologii, proporcjonalnie do wielkości obciążeń powodowanych przez cukrzycę**. W praktyce musi być zrealizowany i finansowo zasilony system opieki diabetologicznej, który każdej osobie z cukrzycą zagwarantuje najlepszą pomoc. Jest to jedyna droga niwelowania zagrożeń zdrowotnych i finansowych wywołanych przez cukrzycę i choroby z nią związane.

Proces opieki nad chorymi na cukrzycę będzie mógł przynosić satysfakcję, jeśli spełni poniższe warunki:

- zapewnienie wysokiej jakości medycznej i organizacyjnej,
- kadrowe i ekonomiczne gwarancje doskonalenia opieki diabetologicznej, ukierunkowanie na diabetologię opartą na dowodach,

DOKUMENTY W SPRAWIE CUKRZYCY

Deklaracja Poznańska

My, osoby dotknięte uciążliwą, przewlekłą i podstępą chorobą – cukrzycą, zgromadzeni na obchodach Światowego Dnia Walki z tą chorobą pod hasłem: „Nie pozwólmy umierać dzieciom z powodu cukrzycy” na słynnym, historycznym placu Wolności pod hotelem BAZAR, przed którym w 1918 roku przemawiał Ignacy Paderewski, apelujemy do władz Rzeczypospolitej o poważne traktowanie problemów społecznych, jakie wynikają z lawinowego wzrostu zachorowań na tą chorobę. Takie przesłanie niosą ze sobą również Oświadczenie Parlamentu Europejskiego i Rezolucja ONZ.

W związku z powyższą sytuacją domagamy się:

- po pierwsze: umieszczenia cukrzycy w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 z wypracowaniem strategii prewencji i walki z tą chorobą, nazywaną pandemią XXI wieku;
- po drugie: umożliwienia bezpośredniego dostępu diabetykom do lekarzy specjalistów – diabetologów, szczególnie dzieciom i młodzieży;
- po trzecie: podwyższenia wycen punktowych procedur diabetologicznych i eliminacji limitów w kontraktach leczenia cukrzycy;
- po czwarte: wprowadzenie dofinansowania zakupu pomp insuliny wraz z osprzętem dla osób z cukrzycą typu 1;
- po piąte: utworzenie powszechnego systemu edukacji diabetologicznej, jako najefektywniejszej metody zapobiegania powikłaniom cukrzycowym, takim jak utrata wzroku, amputacje kończyn dolnych, zawały serca, degeneracja nerek;
- po szóste: ujęcia na listach leków refundowanych analogów insuliny – Polska jako jedyny kraj w Europie dotychczas tego nie uczyniła;
- po siódme: umieszczania w rocznikach statystycznych danych o zachorowalności na cukrzycę w skali kraju – dotychczas brak jest danych o tej chorobie;
- po ósme: zaniechania ograniczeń w zdobywaniu specjalizacji diabetologia wobec lekarzy internistów oraz wprowadzenie do programu nauczania studentów medycyny zagadnień o cukrzycy;
- po dziewiąte: stworzenia programu walki z amputacjami kończyn dolnych, poprzez uruchomienie gabinetów stopy cukrzycowej;
- po dziesiąte: otoczenia przez służbę zdrowia opieką psychologiczną osób z cukrzycą i ich rodzin.

Poznań, 17 listopada 2007 roku

- ▶ – pełną dostępność zgodnie ze wskazaniami medycznymi, kompleksowość opieki, prewencyjne nastawienie,
- jawność ekonomiczną warunków, merytoryczną konkurencyjność, eliminację wolontaryzmu, ekonomikę uwzględniającą priorytet spraw ludzkich, udział lekarzy specjalistów i ich pacjentów w zawieraniu kontraktów z instytucją ubezpieczającą, gwarancja nadzoru specjalistycznego, pozarządowe wsparcie ekonomiczno-społeczne: rozwój fundacji, nowe działania PSD i PTD we wspieraniu lecznictwa,
- bezkompromisowość etyczną i zawodową.

Tak sformułowane cele wymagają wprowadzenia do opieki diabetologicznej w Polsce wielu nowych wartości, kryteriów i metod. Tymczasem **badania diabetologów, w tym także prowadzone przez wiele lat własne badania i oceny, dobitnie wskazują, że jakość opieki medycznej i społecznej dostępnej w praktyce osobom z cukrzycą musi ulec poprawie.**

Niestety, coraz liczniejsze dowody takiego stanu rzeczy nie są we właściwy sposób wykorzystywane przez instytucje kształtujące politykę zdrowotną w tym zakresie, przez gremia polityczne, społeczne, menedżerskie, ekonomiczne, a także przez niektórych organizatorów lekarskiego środowiska w Polsce. Łatwo wyliczyć, jak znaczne są z tego powodu straty ludzkie i ekonomiczne. Dowody na konieczną, z ludzkiego punktu widzenia, powszechną, wysoką jakość opieki diabetologicznej, która jest równocześnie ważną drogą do usprawnień ekonomicznych, powinny stać się pod-

stawą tworzenia warunków nowej opieki diabetologicznej.

SERVIER – PRZYJACIEL W CUKRZYCY

Pod takim wielce obiecującym hasłem dobrze znana na polskim rynku francuska firma farmaceutyczna Servier prowadzi ogólnopolską akcję wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, realizując wytyczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczące potrzeby szerokiej kampanii edukacyjnej w zakresie czynników ryzyka cukrzycy typu 2 i jej powikłań oraz zwiększenia w społeczeństwie świadomości zagrożenia tą chorobą.

W ramach tej akcji profilaktycznej, organizowanej pod patronatem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, co roku Diabetologiczna Poradnia Sevier odwiedza kilkanaście miast w kraju, oferując ich mieszkańcom bezpłatne badania stężenia glukozy, które pozwalają na wykrycie cukrzycy typu 2, badania stężenia cholesterolu i pomiar ciśnienia tętniczego. Osoby, u których stwierdza się jakiegokolwiek nieprawidłowości, mogą skorzystać na miejscu z bezpłatnej konsultacji specjalistycznej lekarza diabetologa.

Motto dotychczasowych trzech edycji akcji Serviera brzmiało: *Poświęć 3 minuty – zyskaj 10 lat życia. Wykryj cukrzycę, zanim rozwiną się powikłania.* Każda miała swojego ambasadora w osobie znanej aktorki filmowej i telewizyjnej **Grażyny Wolszczak**, która podjęła się zadania przekonywania rodaków, by jak najliczniej skorzystali z Diabetologicznej Poradni Serviera i tego, co ona bezpłatnie oferuje.

Akcji „Servier – przyjaciel w cukrzycy” towarzyszą szerokie działania edukacyjne, które mają na celu podniesienie poziomu wiedzy Polaków na temat cukrzycy i jej powikłań oraz przekonanie ich do regularnych badań profilaktycznych i systematycznego oznaczania poziomu glukozy we krwi.

Kampania jest prowadzona od roku 2005. W tym czasie przebadano dzięki niej łącznie ponad 15 tysięcy pacjentów i wykryto prawie u 10% badanych nieprawidłową gospodarkę węglowodanową, a u 2% stwierdzono cukrzycę typu 2.

– Dlatego takie akcje – ocenia koordynator krajowy akcji prof. **Jacek Sieradzki** – są bardzo potrzebne. Zapewniają na tyle wczesne wykrycie choroby, że nie powoduje ona tak groźnych i kosztownych powikłań. Ponadto uczulają społeczeństwo na istnienie takiego problemu jak cukrzyca typu 2, który może dotyczyć każdego z nas.

– Mamy nadzieję – jest przekonana przedstawicielka firmy Servier dr **Katarzyna Urbańska** – że dzięki akcji „Servier – przyjaciel w cukrzycy” uda się nam przekonać Polaków do regularnych badań profilaktycznych, a osoby, które z różnych powodów nie skorzystają z wizyty w Diabetologicznej Poradni Serviera, do zgłoszenia się do lekarza pierwszego kontaktu i wykonania badań sprawdzających stężenie glukozy i cholesterolu we krwi. Jesteśmy przekonani, że zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie czynników ryzyka cukrzycy typu 2 przyczyni się do wcześniejszego wykrywania i skuteczniejszego leczenia tej choroby. ■