



**2025**

# Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej

Bilans z okazji polskiej prezydencji  
w Radzie Unii Europejskiej

**FORUM EKSPERTÓW DS. CUKRZYCY**

WARSZAWA, MARZEC 2025

Raport pt. Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej. Bilans z okazji polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Forum Ekspertów ds. Cukrzycy.

Warszawa. Marzec 2025

**Autorzy raportu zrzeszeni w Forum Ekspertów ds. Cukrzycy w kolejności alfabetycznej:**

**Prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak**

Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA**

Ekspert sytemu ochrony zdrowia, Członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

**Monika Kaczmarek**

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

**Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec**

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej w woj. pomorskim, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

**Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek**

Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometabolicznych Wydziału Nauk Medycznych SUM w Zabrze

**Prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz**

Past-Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Raport powstał dzięki wsparciu Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA.



Cytowanie raportu: *Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej. Bilans z okazji polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Forum Ekspertów ds. Cukrzycy. Warszawa. Marzec 2025*

# Spis treści

- 3** Wprowadzenie
- 4** Cukrzyca jako rosnący problem zdrowotny i ekonomiczny w Polsce i w Europie
- 7** Cukrzyca jako priorytet zdrowotny w Unii Europejskiej i w Polsce
- 11** Dostęp pacjentów do diagnostyki i terapii cukrzycy w Polsce na tle Unii Europejskiej
- 17** Cukrzyca z perspektywy Narodowego Funduszu Zdrowia
- 28** Cukrzyca z perspektywy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
- 31** Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej z perspektywy diabetologów
- 37** Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej z perspektywy pacjentów diabetologicznych
- 39** Rekomendacje Forum Ekspertów ds. Cukrzycy

# Wprowadzenie

Od 1 stycznia 2025 r. Polska pełni półroczną prezydencję w Radzie Unii Europejskiej pod hasłem „Bezpieczeństwo, Europo!”. Polska prezydencja będzie wspierać działania wzmacniające bezpieczeństwo europejskie w wymiarach: zewnętrznym, wewnętrznym, informacyjnym, gospodarczym, energetycznym, żywnościowym i zdrowotnym. Zdrowie obywateli jest obecnie jednym z najważniejszych obszarów współpracy państw członkowskich, które pragną dążyć do wzmocnienia go w Unii Europejskiej. Główne priorytety zdrowotne polskiej prezydencji to: zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, promocja zdrowia i profilaktyka chorób, cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwo lekowe.

Z okazji polskiej prezydencji warto zadać pytanie: jak na tle Unii Europejskiej wygląda w Polsce profilaktyka, diagnostyka i leczenie cukrzycy oraz jej powikłań? Co zmieniło się na korzyść w ostatnich latach, a co wymaga poprawy? Jakie wskaźniki monitorują stan diagnostyki i leczenia cukrzycy?

Na te oraz inne pytania eksperci zrzeszeni w Forum Ekspertów ds. Cukrzyca starają się odpowiedzieć w raporcie pt. „Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej. Bilans z okazji polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej”. Forum Ekspertów ds. Cukrzyca to inicjatywa, której celem jest działanie na rzecz stałego usprawniania systemu opieki diabetologicznej. Forum nie posiada stałego składu – dobór gości poszczególnych spotkań tematycznych jest uzależniony od omawianego zagadnienia. Do udziału w pracach Forum zapraszani są eksperci z obszaru diabetologii i innych wybranych dziedzin medycyny oraz eksperci systemu ochrony zdrowia, przedstawiciele pacjentów, przedstawiciele instytucji publicznych oraz decydenci<sup>1</sup>.

Niniejszy raport jest próbą podsumowania priorytetów, działań i dokonań, które zrealizowano w ostatnich kilku latach w Polsce i w Unii Europejskiej w zakresie optymalizacji opieki nad chorymi na cukrzycę oraz zebraniem wniosków i rekomendacji na następne lata. W pierwszej części przedstawione zostały aktualne dane systemowe - zarówno krajowe, jak i międzynarodowe. W drugiej części raportu przytoczono liczne wypowiedzi ekspertów, wystąpienia wygłoszone podczas konferencji i debat, w tym konferencji z okazji Światowego Dnia Cukrzyca pt. „Diabetologia - zdrowotny priorytet na wczoraj, dziś i jutro”, która odbyła się w Sejmie RP w dniu 14 listopada 2024 r.<sup>2</sup>.

Przypomnijmy, że Światowy Dzień Cukrzyca został ustanowiony w 1991 r. przez Międzynarodową Federację Diabetologiczną (International Diabetes Federation - IDF) oraz Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization - WHO) jako odpowiedź na wzrost zachorowań na cukrzycę na całym świecie. Głównym celem akcji jest zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat przyczyn, objawów, sposobów leczenia i powikłań związanych z cukrzycą, a poprzez to zahamowanie epidemii choroby.

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą, która powinna być wcześniej zdiagnozowana, skutecznie leczona oraz monitorowana. Nieleczona lub niewłaściwie leczona prowadzi do licznych powikłań oraz śmierci. Dzisiejsza medycyna dysponuje skutecznymi metodami diagnostycznymi, lekami oraz wyrobami medycznymi (systemy monitorowania glikemii oraz pompy insulinowe), które pozwalają pacjentowi żyć normalnie. To z kolei przekłada się na utrzymanie ich produktywności oraz aktywności rodzinnej i społecznej. Refundacja skutecznych technologii medycznych oraz optymalizacja modelu opieki nad pacjentem z cukrzycą to wysoce kosztowo-efektywne interwencje. Inwestycje w diagnostykę, leczenie i usprawnienie opieki diabetologicznej przekładają się na wzrost efektów zdrowotnych i optymalizację całkowitych kosztów cukrzycy w Polsce, w tym wpływ na wzrost gospodarczy i Produktu Krajowego Brutto.

<sup>1</sup> Forum Ekspertów ds. Cukrzyca. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/rpp/forum-ekspertow-ds-cukrzyca>

<sup>2</sup> Parlamentarny Zespół ds. Cukrzyca. Konferencja z okazji Światowego Dnia Cukrzyca: Diabetologia - zdrowotny priorytet na wczoraj, dziś i jutro. Sejm RP. 24.11.2024. Dostępne: [https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisja.xsp?documentId=B56CAF79B2CDA689C1258B97003D0CB4&symbol=TRANSMISJA\\_ARCH&info=T](https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisja.xsp?documentId=B56CAF79B2CDA689C1258B97003D0CB4&symbol=TRANSMISJA_ARCH&info=T)



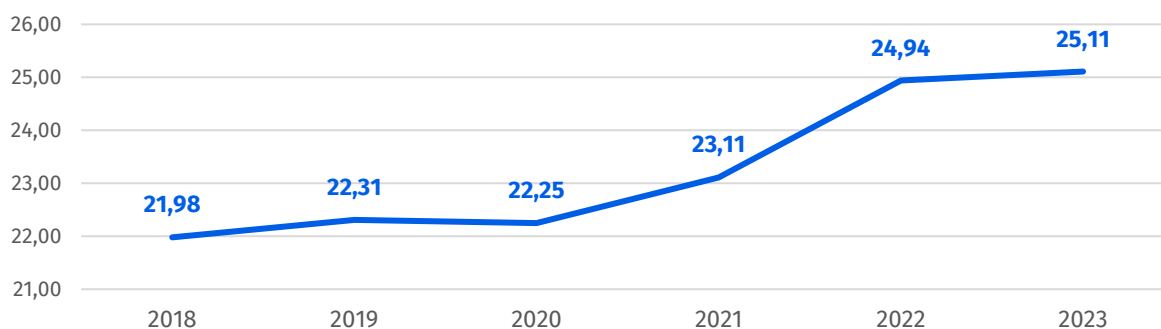
# Cukrzyca jako rosnący problem zdrowotny i ekonomiczny w Polsce i w Europie

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych o różnej etiologii i różnym przebiegu, charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie serca, naczyń krwionośnych, oczu, nerek i nerwów<sup>3</sup>.

Na cukrzycę choruje 59 milionów ludzi w Europie, a do 2030 r. liczba ta ma wzrosnąć do 65 milionów. W Unii Europejskiej z cukrzycą żyje ponad 32 miliony dorosłych i 170 tys. dzieci. Do tego należy dodać dużą liczbę osób z niezdiagnozowaną cukrzycą lub stanem przedcukrzycowym, które mogą nie otrzymywać odpowiedniego leczenia i wsparcia<sup>4</sup>.

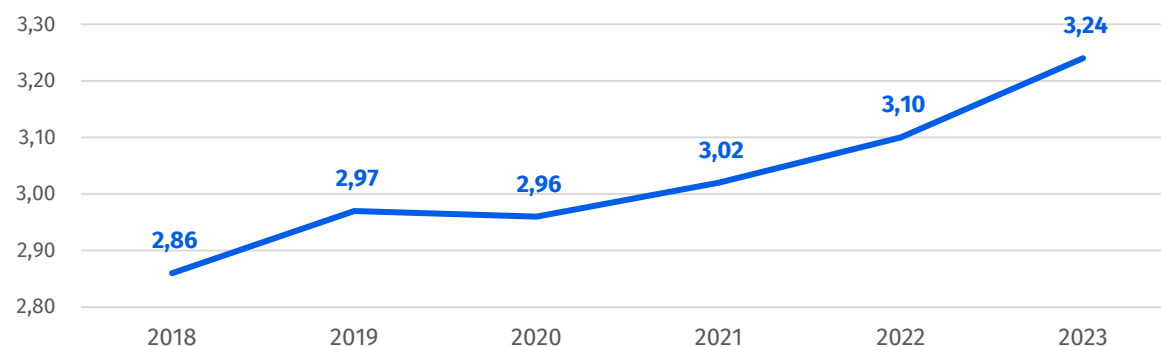
Wg danych NFZ liczba zdiagnozowanych chorych w 2023 r. wyniosła 25,11 tys. pacjentów poniżej 18 r.ż. oraz 3,24 mln pacjentów w wieku 18 i więcej. W obu grupach wiekowych odnotowano trend wzrostowy w latach 2018-2023<sup>5</sup>.

**Wykres 1.** Chorobowość rejestrowana - osoby poniżej 18 r.ż. (w tys.) w latach 2018-2023, NFZ



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

**Wykres 2.** Chorobowość rejestrowana - osoby w wieku 18 lat i powyżej 18 r.ż. (w mln) w latach 2018-2023, NFZ



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

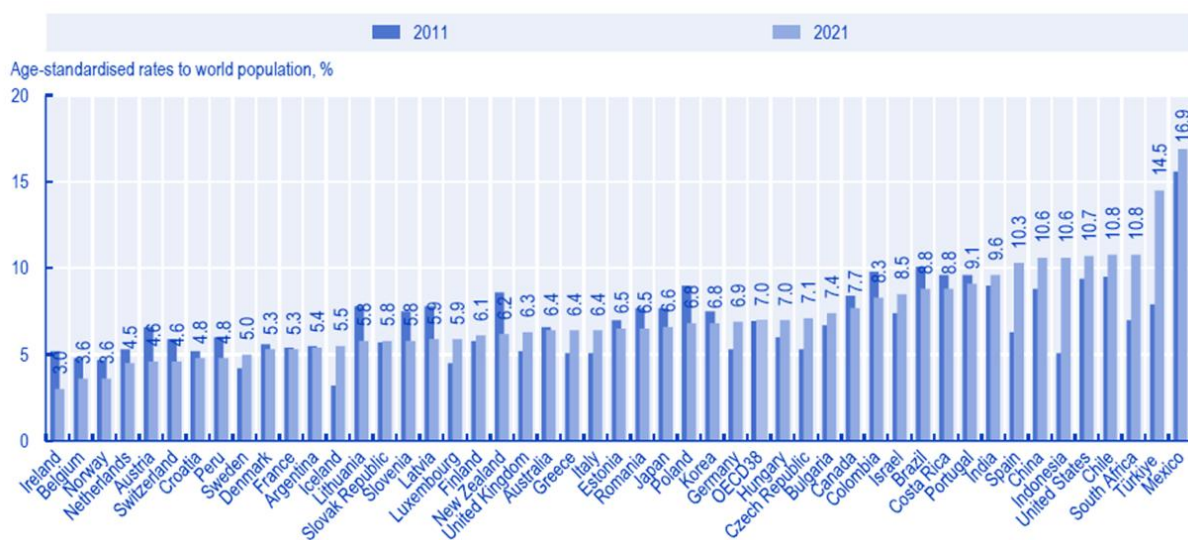
<sup>3</sup> Cukrzyca. Medycyna Praktyczna 2023 Dostępne: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.11.13.1>.

<sup>4</sup> The Digital Diabetes Index. 2020 Dostępne: <https://digitaldiabetesindex.eu.com/>.

<sup>5</sup> Świadczenia związane z cukrzycą. Informacje o epidemiologii rejestrowanej oraz leczeniu cukrzycy. Zdrowe Dane. NFZ 2024-05-27 Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/cukrzyca-2018-2023>

Na tle 38 krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Polska odnotowała niższą częstość występowania cukrzycy (6,8% populacji) w porównaniu do średniej dla OECD-38 (7%). Jednak 27 krajów odnotowało niższą częstość występowania cukrzycy w porównaniu do Polski, w tym kraje sąsiednie, takie jak Litwa - 5,9%, Słowacja - 5,8% i Szwecja - 5%<sup>6</sup>.

**Wykres 3.** Częstość występowania cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2 wśród dorosłych wg współczynników standaryzowanych wiekiem, lata 2011 i 2021



Źródło: Health at a Glance 2023

Polska - będąc na średnim poziomie występowania cukrzycy - może poprzez kompleksowe działania edukacyjne, wczesną diagnozę i skuteczne leczenie spowolnić trend wzrostowy, który występuje w innych krajach OECD, takich jak Czechy, Hiszpania i Portugalia.

Według OECD, wszyscy zdiagnozowani pacjenci z cukrzycą wymagają dostępnej, darmowej i długoterminowej opieki zdrowotnej. Nierówności w opiece zdrowotnej nad pacjentem z cukrzycą występują w całej Unii Europejskiej na wielu poziomach. Są to m.in. nierówności w zakresie profilaktyki pierwotnej cukrzycy typu 2 wynikające ze statusu społeczno-ekonomicznego, pochodzenia etnicznego i innych czynników wpływających na zdrowie. Występują także różnice w dostępności edukacji diabetologicznej i opieki zdrowotnej, a także jej jakości. Z finansowego punktu widzenia odnotowuje się problemy w dostępie do świadczeń gwarantowanych w zakresie różnych systemów ubezpieczenia zdrowotnego w krajach członkowskich, jak również różnice w poziomie refundacji diagnostyki, systemów monitorowania choroby i leków przeciwcukrzycowych (brak refundacji lub też zawężenia wskazań refundacyjnych).

Coraz większy wpływ cukrzycy na systemy ochrony zdrowia i gospodarki krajów Unii Europejskiej jest następstwem wzrostu zapadalności na cukrzycę i rosnącymi kosztami leczenia powikłań. Lata życia skorygowane niepełnosprawnością (DALY, disability-adjusted life years) – to wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia społeczeństwa dzięki określeniu liczby lat utraconych lub przeżytych z niepełnosprawnością. DALY nie tylko pokazują, w jaki sposób cukrzyca może wpływać na życie jednostki, ale także wpływ na państwo pod względem kosztów pośrednich związanych z chorobą. Są to głównie koszty obniżenia produktywności, absencji chorobowej, przedwczesnej utraty życia i wcześniejszej emerytury. Liczba DALY związanych z cukrzycą dla danego kraju może służyć jako wskaźnik tego, jak dobrze krajowe systemy opieki zdrowotnej radzą sobie ze złożonością cukrzycy i jej powikłań<sup>7</sup>. Obciążenie DALY w zakresie cukrzycy w krajach Grupy Wyszehradzkiej (V4) jest - z wyjątkiem Słowacji (990 DALY) - wyraźnie wyższe niż średnia dla Unii Europejskiej (1 099 DALY), w tym Europy Zachodniej (1 043 DALY). Wynosi ono odpowiednio - 1 277 DALY w Polsce, 1 452 DALY na Węgrzech i 1 966 DALY w Czechach . W latach 1995-2019 w krajach V4 zaobserwowano tendencję wzrostową obciążenia DALY, co jest zgodne z obserwacjami dla UE<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Dostępne: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

<sup>7</sup> Gierczynski J. rozdział Wpływ cukrzycy na system ochrony zdrowia, w raporcie pt. Rozwój terapii w diabetologii. 2022 Dostępne: <https://www.novonordisk.pl/content/dam/nncorp/pl/pl/pdfs/poland-report-9nov2022.pdf>

<sup>8</sup> GAP (GEARING UP ACCESS PROPOSAL FOR V4). Przegląd choroby. Cukrzyca Dostępne: <https://gapv4.eu/gapv4/pl/przegląd-chorob/cukrzyca.html>

Globalne koszty cukrzycy i jej powikłań znacznie wzrosną do 2030 r. Bez względu na globalne obciążenie gospodarcze wzrosnie z 1,3 biliona dolarów amerykańskich (95% CI 1,3–1,4) w 2015 r. do 2,2 biliona dolarów (2,2–2,3) w scenariuszu bazowym, 2,5 biliona dolarów (2,4–2,6) według trendów z przeszłości i 2,1 biliona dolarów (2,1–2,2) w scenariuszach docelowych do 2030 r. Przekłada się to na wzrost kosztów w relacji do światowego PKB z 1,8% (1,7–1,9) w 2015 r. do maksymalnie 2,2% (2,1–2,2). Nawet jeśli kraje osiągną cele międzynarodowe, globalne obciążenie gospodarcze nie zmniejszy się. Rządy muszą podjąć pilne działania w celu przygotowania systemów opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego do łagodzenia skutków cukrzycy<sup>9</sup>.

Całkowity, szacowany koszt zdiagnozowanej cukrzycy w USA w 2022 r. obliczono na 412,9 miliarda dolarów - w tym 306,6 miliarda dolarów z tytułu bezpośrednich kosztów leczenia i 106,3 miliarda dolarów kosztów pośrednich cukrzycy. Wydatki na leczenie osób z cukrzycą były średnio 2,6 razy wyższe w porównaniu do pacjentów bez cukrzycy. Głównymi czynnikami wpływającymi na koszty pośrednie są: zmniejszenie zatrudnienia spowodowane niepełnosprawnością (28,3 miliarda dolarów), prezentyzm (35,8 miliarda dolarów) i utrata produktywności z powodu 338 526 przedwczesnych zgonów (32,4 miliarda dolarów). Szacuje się, że bezpośrednie koszty leczenia cukrzycy skorygowane o inflację wzrosną o 7% w porównaniu z 2017 r. i 35% w porównaniu z obliczeniami z 2012 r. Liczba osób chorych na cukrzycę rośnie, co przyczynia się do systematycznego wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną, zwłaszcza wydatków tytułem hospitalizacji i leków<sup>10</sup>.

W raporcie NIZP-PZH z 2019 r. oszacowano, że w Polsce całkowite obciążenie budżetu NFZ kosztami cukrzycy - rozumianymi jako suma leczenia cukrzycy, jej powikłań i cięższego przebiegu chorób współistniejących - wyniosło nawet 6,1 mld zł w 2017 r. Średni koszt leczenia jednego pacjenta z cukrzycą był o 82,5% wyższy od pacjenta tej samej płci i tym samym wieku, ale bez cukrzycy. Już teraz cukrzyca stanowi istotne obciążenie dla budżetu NFZ, nie tylko bezpośrednimi kosztami diagnostyki i leczenia, ale także kosztami leczenia powikłań oraz cięższego przebiegu chorób współistniejących. Bezpośrednie koszty diagnostyki i leczenia cukrzycy stanowią jednak mniejszość (47%) przyrostu kosztów na jednego pacjenta. Pozostałe 53% należy uznać za koszty leczenia powikłań cukrzycy, w większości pośrednie. Wczesne wykrywanie i właściwa kontrola cukrzycy wydają się więc działaniami, które w przyszłości zmniejszą obciążenie finansów publicznych tą chorobą<sup>11</sup>.

Cukrzyca może wpływać na produktywność chorujących, a poprzez to na Produkt Krajowy Brutto. Starano się oszacować wpływ cukrzycy na produktywność w ciągu całego życia oraz w populacji, korzystając z nowatorskiej miary „lat życia skorygowanych o produktywność” (ang. productivity-adjusted life years, PALY). Wykorzystując współczynniki umieralności specyficzne dla wieku i wskaźnik produktywności przypisywany cukrzycy (podobny do wskaźnika jakości życia, ale uwzględniający zmniejszenie produktywności) oraz modelowanie tabeli przeżycia, oszacowano lata życia i PALY utracone z powodu cukrzycy wśród Australijczyków chorych obecnie na cukrzycę w wieku 20–65 lat, z okresem obserwacji do 69. roku życia. Skonstruowano tabele trwania życia dla kohorty chorych na cukrzycę, a następnie powtórzono je dla tej samej kohorty, ale przy założeniu, że nie chorowały one już na cukrzycę. W kohorcie „bez cukrzycy” wskaźnik śmiertelności był niższy, a produktywność większa. Różnice w całkowitej liczbie przeżytych lat życia i przeżyciach PALY pomiędzy obiema kohortami odzwierciedlały wpływ cukrzycy. Ogółem cukrzyca skróciła łączną liczbę lat życia przeżytych w kohorcie o 190 i 219 lat, czyli prawie 3%. Cukrzyca zmniejszyła PALY o 11,6% i 10,5% odpowiednio wśród mężczyzn i kobiet. W przypadku obu płci wpływ cukrzycy na produktywność był najniższy w grupie wiekowej 65–69 lat, a najwyższy w grupie wiekowej 20–24 lata. Wśród tych ostatnich liczba PALY spadła odpowiednio o 12,2% i 11,0% dla kobiet i mężczyzn. Wyeliminowanie cukrzycy może wydłużyć lata życia całej populacji i zwiększyć liczbę przeżytych lat produktywnych. Pracodawcy i rząd powinni mieć świadomość, że cukrzyca wpływa na produktywność siły roboczej i powinni wdrażać programy profilaktyczne, aby zmniejszyć wpływ cukrzycy na produktywność pracowników<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> Bommer C, Sagalova V, Heeseemann E, Manne-Goehler J, Atun R, Bärnighausen T, Davies J, Vollmer S. Global Economic Burden of Diabetes in Adults: Projections From 2015 to 2030. *Diabetes Care*. 2018 May;41(5):963-970. doi: 10.2337/dc17-1962. Epub 2018 Feb 23. PMID: 29475843. Dostępne: <https://diabetesjournals.org/care/article/41/5/963/36522/Global-Economic-Burden-of-Diabetes-in-Adults>

<sup>10</sup> Emily D. Parker, Janice Lin, Troy Mahoney, Nwanneamaka Ume, Grace Yang, Robert A. Gabbay, Nuha A. ElSayed, Raveendhara R. Bannuru; Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2022. *Diabetes Care* 2 January 2024; 47 (1): 26–43. Dostępne: <https://doi.org/10.2337/dci23-0085>

<sup>11</sup> Podsumowanie Projektu pt. Rozpowszechnienie cukrzycy i koszty NFZ. PZH 2017 Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2019/09/Rozpowszechnienie-cukrzycy-i-koszty-NFZ-a.d.-2017-1.pdf>

<sup>12</sup> Magliano DJ, Martin VJ, Owen AJ, Zomer E, Liew D. The Productivity Burden of Diabetes at a Population Level. *Diabetes Care*. 2018 May;41(5):979-984. doi: 10.2337/dc17-2138. Epub 2018 Feb 28. PMID: 29490901 Dostępne: [https://diabetesjournals.org/care/article/41/5/979/36512/The-Productivity-Burden-of-Diabetes-at-a?trk=public\\_post\\_comment-text](https://diabetesjournals.org/care/article/41/5/979/36512/The-Productivity-Burden-of-Diabetes-at-a?trk=public_post_comment-text)

# Cukrzyca jako priorytet zdrowotny w Unii Europejskiej i w Polsce

W 2021 r. Światowa Organizacja Zdrowia opracowała kierunki optymalizacji prewencji i opieki nad chorymi na cukrzycę „Global Diabetes Compact”. Opracowanie przedstawia wizję zmniejszenia ryzyka cukrzycy oraz zapewnienia wszystkim pacjentom, u których zdiagnozowano cukrzycę, dostępu do sprawiedliwej, kompleksowej, przystępnej cenowo i wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Strategia ma służyć eliminowaniu nierówności w dostępie do diagnostyki i leczenia, dzięki zapewnieniu wszystkim chorym dostępu do opieki w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Promuje ona również zapobieganie cukrzycy typu 2 przez zmniejszenie występowania nadwagi i otyłości, zdrową dietę oraz aktywność fizyczną. W ramach „Global Diabetes Compact” zidentyfikowano osiem kluczowych działań, które powinien przeprowadzić każdy kraj w celu optymalizacji zarządzania cukrzycą:

1. Zjednocz (Unite) interesariuszy systemowych, w tym osoby żyjące z cukrzycą wokół wspólnego programu;
2. Zintegruj (Integrate) profilaktykę i leczenie cukrzycy na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
3. Wprowadzaj innowacje (Innovate);
4. Lecznij (Treat) – zabezpiecz dostęp refundacyjny do diagnostyki i farmakoterapii cukrzycy zgodnej ze standardami klinicznymi;
5. Monitoruj (Track) wskaźniki efektywności;
6. Finansuj (Fund) opiekę diabetologiczną adekwatnie do potrzeb zdrowotnych;
7. Edukuj (Educate) na temat cukrzycy;
8. Wzmacniaj system ochrony zdrowia (Power Ahead)<sup>13</sup>

W 2022 r., na 75. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia WHO, państwa członkowskie wsparły utworzenie globalnych celów dotyczących cukrzycy w ramach zaleceń mających na celu wzmocnienie i monitorowanie reakcji na cukrzycę w ramach krajowych programów dotyczących chorób niezakaźnych (NCD). Pięć nowych celów wyznacza standardy, które do roku 2030 doprowadzą do stanu, w którym:

1. 80% osób chorych na cukrzycę będzie zdiagnozowanych;
2. 80% osób ze zdiagnozowaną cukrzycą będzie miało dobrą kontrolę glikemii;
3. 80% osób ze zdiagnozowaną cukrzycą będzie miało dobrą kontrolę ciśnienia krwi;
4. 60% osób chorych na cukrzycę w wieku 40 lat i starszych będzie leczonych statynami;
5. 100% osób chorych na cukrzycę typu 1 będzie miało dostęp refundacyjny do insuliny i samodzielnego monitorowania poziomu glukozy we krwi.

Celem tych działań jest zmniejszenie ryzyka cukrzycy i dążenie do sytuacji, w której wszystkie osoby, u których zdiagnozowano cukrzycę, będą miały dostęp do kompleksowego, darmowego i wysokiej jakości leczenia oraz opieki<sup>14</sup>.

W 2022 r., z okazji Światowego Dnia Cukrzycy, Parlament Europejski uchwalił Rezolucję w sprawie zapobiegania, leczenia i lepszej opieki nad pacjentami z cukrzycą w Unii Europejskiej. Parlament przypomniał cele WHO, zakładające zdiagnozowanie cukrzycy u 80% chorych. W rezolucji podkreślono, że cele działań Unii Europejskiej w zakresie cukrzycy do roku 2030 powinny być jeszcze

<sup>13</sup> Global Diabetes Compact. WHO 2021 Dostępne: <https://www.who.int/initiatives/the-who-global-diabetes-compact>

<sup>14</sup> First-ever global coverage targets for diabetes adopted at the 75th World Health Assembly. WHO 2022 Dostępne: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/first-ever-global-coverage-targets-for-diabetes-adopted-at-the-75-th-world-health-assembly>



bardziej ambitne - Komisja i państwa członkowskie zostały wezwane do większego zaangażowania politycznego i wyznaczenia ambitnych celów w zakresie odwrócenia tendencji wzrostowej zapadalności na cukrzycę, zmniejszenia nierówności między obywatelami UE w dostępie do diagnostyki i leczenia oraz poprawy opieki i jakości życia osób żyjących w z cukrzycą. Państwa członkowskie powinny opracowywać, wdrażać i monitorować krajowe plany i strategie dotyczące cukrzycy. Strategie narodowe powinny obejmować porównywalne cele pośrednie i docelowe, w tym kwestię zmniejszania ryzyka zachorowania na cukrzycę oraz badania przesiewowe i wczesną diagnozę cukrzycy. Działania powinny skupić się na społeczno-ekonomicznych determinantach zdrowia, promocji zdrowia, tworzeniu środowiska sprzyjającego zdrowiu oraz rozwojowi umiejętności cyfrowych, jak również edukacji i podnoszeniu świadomości na temat cukrzycy. Krajowe działania powinny być kierowane do całej populacji, ale w szczególności do grup wysokiego ryzyka (takich, jak osoby ze stanem przedcukrzycowym). Krajowe strategie powinny dążyć do zmniejszenia nierówności w dostępie do opieki i zapewnić optymalizację zasobów systemu opieki zdrowotnej<sup>15</sup>. Liczne inicjatywy w zakresie zdrowia publicznego wzmacniają działania UE w zakresie zapobiegania cukrzycy, takie jak: „Razem zdrowsi–unijna inicjatywa w sprawie chorób niezakaźnych” (Healthier Together – EU Non-Communicable Disease Initiative)<sup>16</sup>.

W opublikowanym w 2020 r. przekrojowym opracowaniu na temat funkcjonujących krajowych planów zarządzania cukrzycą w 28 krajach Unii Europejskiej pt. „Implementing integrated diabetes systems in Europe” stwierdzono, że cukrzyca stanowi poważne wyzwanie dla europejskich systemów opieki zdrowotnej<sup>17</sup>. W Europie jest 60 milionów osób chorych na cukrzycę, a zarządzanie cukrzycą już teraz pochłania aż 10% ogólnych budżetów opieki zdrowotnej – przy czym obie liczby mają wzrosnąć. Zintegrowane systemy diabetologiczne, obejmujące integrację pionową (POZ – AOS – szpital) oraz poziomą pomiędzy lekarzami specjalistami, stwarzają szansę na zmniejszenie rozdrobnienia opieki diabetologicznej, a docelowo – na zwiększenie efektywności świadczeń. Rekomendowane są trzy kluczowe działania w zakresie integracji i optymalizacji opieki diabetologicznej:

1. Zaangażowanie osób chorych na cukrzycę, aby umieścić je w centrum zintegrowanych usług diabetologicznych;
2. Dostosowanie i połączenie budżetów, aby umożliwić integrację pionową i/lub poziomą, zmniejszyć fragmentację i zapewnić opiekę skoncentrowaną na pacjencie;
3. Ustanowienie mechanizmów ciągłego monitorowania zdefiniowanych wskaźników i doskonalenia zintegrowanej opieki diabetologicznej

Kluczowe wskaźniki pomiaru efektywności zintegrowanego planu zarządzania cukrzycą:

1. Wpływ cukrzycy:
  - Porównawcze rozpowszechnienie cukrzycy z uwzględnieniem wieku, odsetek – stan obecny.
  - Porównawcze rozpowszechnienie cukrzycy z uwzględnieniem wieku, odsetek – perspektywa 2030 i 2045.
  - Odsetek osób z nierozpoznaną cukrzycą (20-79 lat) – stan obecny.
  - Średnie wydatki na zdrowie w przeliczeniu na osobę z cukrzycą – stan obecny.
2. Organizacja systemu ochrony zdrowia:
  - Integracja opieki medycznej: Krajowe wytyczne dotyczące opieki diabetologicznej obejmują integrację pionową (pomiędzy POZ, AOS i szpitalem) i/lub poziomą (pomiędzy lekarzami specjalistami). Program postępowania z chorobami współistniejącymi u chorych na cukrzycę. Programy profilaktyczne. Edukacja zdrowotna.

<sup>15</sup> Resolution on prevention, management and better care of diabetes in the EU on the occasion of World Diabetes Day. European Parliament 2022 Dostępne: <https://oeil.secure.europarl.europa.eu/oeil/popups/summary.do?id=1725308&t=e&l=en>

<sup>16</sup> European Parliament adopts ambitious motion for a Diabetes Resolution. 2022 Dostępne: <https://epha.org/european-parliament-adopts-ambitious-motion-for-a-diabetes-resolution/>

<sup>17</sup> Implementing integrated diabetes systems in Europe. The Economist Intelligence Unit (The EIU). 2020 Dostęp [https://impact.economist.com/projects/integrated-diabetes-systems/static/IntegratedDiabetesServices\\_Report-442c10c1200910f39c991ab952966e22.pdf](https://impact.economist.com/projects/integrated-diabetes-systems/static/IntegratedDiabetesServices_Report-442c10c1200910f39c991ab952966e22.pdf)

- Informatyzacja: Czy istnieje system elektronicznej dokumentacji medycznej (EHR, electronic health record)? Czy istnieje polityka lub strategia ułatwiająca interoperacyjność EHR? Czy istnieje krajowy rejestr cukrzycy?
3. Finansowanie: Czy finansowanie opieki diabetologicznej jest zintegrowane pionowo (pomiędzy POZ, AOS a szpitalem)? Czy istnieją zachęty dla świadczeniodawców, aby ułatwić/zachęcać do zintegrowanej opieki nad cukrzycą?

Biorąc pod uwagę kluczowe wskaźniki pomiaru, po wykonaniu analizy dla 28 krajów Unii Europejskiej stwierdzono, że:

- 24 kraje posiadały krajowe wytyczne dotyczące opieki diabetologicznej, które obejmowały integrację pionową (pomiędzy POZ, AOS a szpitalem) i/lub poziomą (pomiędzy lekarzami specjalistami), natomiast nie posiadały ich 4 kraje: Estonia, Polska, Rumunia i Węgry;
- System elektronicznej dokumentacji medycznej (EHR) posiadało 25 krajów Unii Europejskiej, a 3 kraje nie wdrożyły tego narzędzia: Irlandia, Polska i Niemcy;
- Krajowy rejestr cukrzycy wdrożyło 17 krajów, natomiast 11 państw nadal go nie posiada: Austria, Cypr, Estonia, Francja, Hiszpania, Łotwa, Luksemburg, Malta, Polska, Węgry i Włochy;
- Zintegrowane pionowo (pomiędzy POZ, AOS a szpitalem) finansowanie opieki diabetologicznej funkcjonuje w 15 krajach, a 13 krajów nie wdrożyło takiego mechanizmu finansowania: Austria, Belgia, Cypr, Finlandia, Francja, Irlandia, Luksemburg, Malta, Niemcy, Rumunia, Słowenia, Szwecja i Węgry;
- Zachęty dla świadczeniodawców do wprowadzania zintegrowanej opieki nad cukrzycą wprowadzono tylko w 12 krajach: Belgia, Chorwacja, Czechy, Estonia, Francja, Hiszpania, Litwa, Luksemburg, Polska, Portugalia, Słowacja i Słowenia. 16 krajów takich mechanizmów nie posiada.

W 2018 r., Minister Zdrowia opublikował rozporządzenie, w którym cukrzyca stała się jednym z priorytetów zdrowotnych w Polsce<sup>18</sup>. W tym samym roku Najwyższa Izba Kontroli (NIK) opublikowała raport, w którym uznała działania systemu ochrony zdrowia służące zapobieganiu, wczesnemu wykrywaniu oraz leczeniu cukrzycy typu 2 za niewystarczające. Nie udało się ograniczyć dynamiki wzrostu liczby nowych przypadków zachorowań, nie stworzono ogólnopolskiej strategii przeciwdziałania i leczenia cukrzycy, a działania w tym zakresie miały w większości charakter doraźny, brakowało lekarzy diabetologów, a liczba pacjentów oczekujących na wizytę w poradni diabetologicznej i na hospitalizację rosta<sup>19</sup>.

W 2020 r. uchwalono podatek cukrowy, który zaczął obowiązywać od stycznia 2021 r.<sup>20</sup>. Jego celem miało być m.in. zniechęcenie konsumentów do słodzonych, gazowanych i niegazowanych napojów, aby promować wybory prozdrowotne. Wpływy z podatku cukrowego w wysokości ok. 1,5 mld zł rocznie niemalże w całości (96,5%) zasilają budżet NFZ i mają być przeznaczone – zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym - na finansowanie profilaktyki, diagnostyki i leczenia cukrzycy<sup>21</sup>.

W 2023 r. wpłynęło do NFZ z tytułu opłaty od napojów z dodatkiem cukrów, kofeiny lub tauryny 1,45 mld zł. W sprawozdaniu NFZ wskazał, że przeznaczył te środki na refundację produktów leczniczych stosowanych w leczeniu cukrzycy, realizację programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR), realizację świadczeń w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, działania edukacyjne i medialne oraz rozwój portalu „Diety NFZ”<sup>22</sup>.

<sup>18</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dz.U. 2018 poz. 469 Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000469>

<sup>19</sup> Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2. Raport NIK. 2018 Dostępne: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,21668,vp,24318.pdf>

<sup>20</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2022 poz. 1608, z późn. zm.)

<sup>21</sup> Koncepcja alokacji środków z opłaty cukrowej na działania nakierowane na wzrost wartości zdrowotnej zgodnie z koncepcją VBHC. Małgorzata Gałązka-Sobotka, Jakub Gierczyński, Jerzy Grygiewicz. IZWOZ Uła 2021 Dostępne: [https://www.infarma.pl/assets/files/2021/Raport\\_cukrowy.pdf](https://www.infarma.pl/assets/files/2021/Raport_cukrowy.pdf)

<sup>22</sup> Informacja o sposobie wykorzystania środków z opłaty od napojów z dodatkiem cukrów, kofeiny lub tauryny w 2023. NFZ 2024

Efektywność wydatkowania środków z tego tytułu budzi jednak wątpliwości środowiska ekspertów klinicznych oraz pacjentów. W stanowiskach Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków do sprawozdania NFZ z wykorzystania środków za lata 2021, 2022 oraz 2023 przeczytać można m.in. że *"pieniądze z podatku cukrowego rozplynęły się w systemie"*, a *"pacjenci z cukrzycą nie są beneficjentami tej zmiany"*<sup>23</sup>. Od 2021 roku strona społeczna wskazuje na potrzebę zmian dot. funkcjonowania opłaty cukrowej – w tym w szczególności wprowadzenia rozwiązań z zakresu skrupulatnej ewidencji środków, planowania alokacji nakładów w ujęciu rocznym, jak również instrumentów, które zagwarantują, że wpływy z podatku są wydawane zgodnie z ustawowym przeznaczeniem<sup>24</sup>.

W 2021 r. Minister Zdrowia wpisał cukrzycę jako cel działań priorytetowych w polskim systemie ochrony zdrowia w ramach strategii „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”<sup>25</sup>. W 2023 r. zostało opublikowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej<sup>26</sup>. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej został przekazany do konsultacji społecznych w dniu 3 stycznia 2025 r.<sup>27</sup>

<sup>23</sup> <https://diabetyk.org.pl/pieniadze-z-podatku-cukrowego-rozplynely-sie-w-systemie/>

<sup>24</sup> <https://diabetyk.org.pl/wp-content/uploads/2024/06/Stanowisko-PSD-oplata-cukrowa.pdf>

<sup>25</sup> Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

<sup>26</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. Dz.U. 2023 poz. 1353 Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001353>

<sup>27</sup> Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. RCL. Dostępne: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12393153/katalog/13104352#13104352>

# Dostęp pacjentów do diagnostyki i terapii cukrzycy w Polsce na tle Unii Europejskiej

W Polsce w latach 2018 – 2025 (stan na styczeń 2025) nastąpiła znacząca poprawa w dostępie do nowych, refundowanych technologii medycznych w diagnostyce i terapii cukrzycy. Należy jednak podkreślić, że część udostępnionych terapii refundowana jest w zawężonych – nieuzasadnionych klinicznie - wskazaniach w stosunku do obowiązujących wytycznych klinicznych.

W 2018 r. zrefundowano publicznie system ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) dla dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 do 26. r.ż. W 2019 r. finansowaniem publicznym objęto flozyny (inhibitory SGLT-2): empagliflozyna, dapagliflozyna, kanagliflozyna, czujnik do systemu monitorowania stężenia glukozy Flash (Flash Glucose Monitoring, FGM) dla dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 w wieku od 4. do 18. r.ż. oraz opatrunki oczyszczające ranę w terapii stopy cukrzycowej. W 2020 r. zrefundowano inkretyny (analogi GLP-1): dulaglutyd, semaglutyd, a w 2021r. aflibercept, bewacyzumab, deksametazon implant i ranibizumab w ramach programu lekowego B.120 leczenie cukrzycowego obrzęku płamki (DME). W 2022 r. zrefundowano inhibitory DPP-4: widagliptyna, sitagliptyna+metformina, sitagliptyna oraz igły do penów. W 2024 r. usunięto zapisy dotyczące konieczności stosowania insuliny NPH, występowania hipoglikemii oraz typu cukrzycy w refundacji długodziałających analogów insuliny.

Poniżej przedstawiono przełomy refundacyjne w cukrzycy w Polsce w latach 2018-2025, czyli zrefundowanie publiczne po raz pierwszy nowych technologii medycznych - leków lub wyrobów medycznych.

**Rycina 1.** Przełomy refundacyjne w cukrzycy w latach 2018-2024

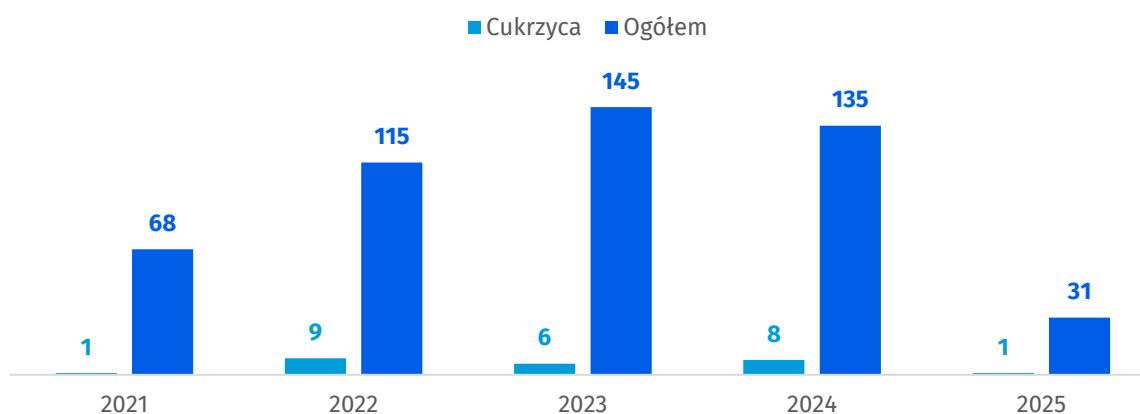
<b>2018</b>	Systemy ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) dla dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 do 26. r.ż.
<b>2019</b>	Flozyny (inhibitory SGLT-2), empagliflozyna, dapagliflozyna, kanagliflozyna; Czujnik do systemu monitorowania stężenia glukozy Flash (FGM) dla dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 od 4. do 18 r.ż. Opatrunki oczyszczające ranę w terapii stopy cukrzycowej
<b>2020</b>	Inkretyny (analogi GLP-1): dulaglutyd, semaglutyd
<b>2021</b>	Aflibercept, bewacyzumab, deksametazon implant i ranibizumab w ramach programu lekowego B.120 (leczenie cukrzycowego obrzęku płamki – DME)
<b>2022</b>	Inhibitory DPP-4: widagliptyna, sitagliptyna + metformina, sitagliptyna; Igły do wstrzykiwaczy insulinowych
<b>2024</b>	Długodziałające analogi insuliny bez konieczności stosowania insuliny NPH, występowania hipoglikemii oraz typu cukrzycy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia

W zakresie dostępu refundacyjnego do leków stosowanych w terapii cukrzycy w Polsce, Minister Zdrowia zrefundował w styczniu 2025 r. jedno nowe cząsteczko-wskazanie (na 31 nowych cząsteczko-wskazań ogółem). W 2024 r. Minister Zdrowia zrefundował osiem nowych cząsteczko-wskazań leków stosowanych w diabetologii (na 135 ogółem), w 2023 r. – sześć nowych cząsteczko-wskazań (na 145 ogółem), w 2022 r. – dziewięć nowych cząsteczko-wskazań (na 115 ogółem), a w 2021 r. – jedno nowe cząsteczko-wskazanie (na 68 ogółem)<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> Obwieszczenia Ministra Zdrowia - lista leków refundowanych. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>

**Wykres 4.** Liczba zrefundowanych nowych cząsteczko-wskazań leków w zakresie terapii cukrzycy na tle zrefundowanych cząsteczko-wskazań ogółem w latach 2021 - styczeń 2025



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia

Szczegółową listę zrefundowanych nowych cząsteczko-wskazań leków w zakresie terapii cukrzycy w latach 2021 - styczeń 2025 przedstawia załącznik na końcu raportu.

W opublikowanym w 2021 r. raporcie pt. "Ocena dostępu do nowoczesnej farmakoterapii (inhibitory SGLT-2, agoniści GLP-1) w cukrzycy typu 2 w świetle rekomendacji klinicznych – analiza blisko 2 lata po refundacji. Rekomendacja zmian" autorzy wskazali, że refundacja floszyn (listopad 2019) oraz inkretyn (styczeń 2020) stanowiła prawdziwy przełom w leczeniu diabetologicznym w Polsce. Polscy pacjenci wreszcie uzyskali dostęp do bezpiecznych leków o udowodnionej skuteczności w redukcji powikłań. Refundacja - wskutek zawężonych kryteriów refundacyjnych - objęła jednak nieliczną grupę pacjentów, mimo że złagodzenie wskazań refundacyjnych przyniosłoby korzyści zdrowotne ze stosowania tych leków większej grupie pacjentów<sup>29</sup>.

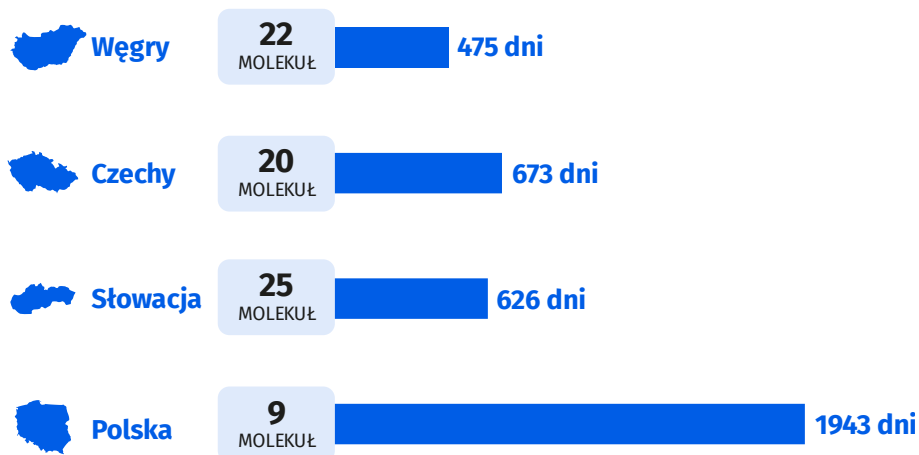
Podobne wnioski zaprezentowała analiza „Access GAP”. To pierwsza interaktywna platforma internetowa prezentująca dostęp do innowacyjnych leków i rozwiązań diagnostycznych w 12 jednostkach chorobowych w krajach Grupy Wyszehradzkiej (V4)<sup>30</sup>. Udostępnione dane w przystępny sposób obrazują zróżnicowane aspekty diagnostyki i leczenia chorób onkologicznych, rzadkich i przewlekłych, dając szeroką i rzetelną informację interesariuszom systemu ochrony zdrowia o obszarach wymagających intensyfikacji działań na rzecz pełniejszego dostępu do innowacji medycznych dla pacjentów, a tym samym wyrównywania szans na dłuższe i lepszej jakości życie chorych. Zgodnie z aktualizacją Access GAP w 2024 r. Polska znacząco poprawiła swój wynik w obszarach onkologii (wzrost z 61 do 67 pkt.) i w chorobach rzadkich (z 57 do 64 pkt.). Najtrudniejsza sytuacja występuje obecnie w obszarze cukrzycy (wzrost z 31,8 pkt. do 34,3 pkt.). Dla porównania wskaźnik dla Czech wynosi 72, a dla Słowacji i Węgier - po 60 pkt. W krajach Grupy Wyszehradzkiej stwierdzono znaczne ograniczenia w dostępie do diagnostyki, jak i leczenia cukrzycy, co zostało zmierzone za pomocą wskaźnika GAP. Między krajami tymi występują jednak wyraźne różnice. Różnica pomiędzy krajem o najwyższej i najniższej punktacji wynosi 38 punktów. W wytycznych praktyki klinicznej znaleziono pozytywne rekomendacje dla 27 leków przeciwcukrzycowych, a w regionie V4 zaobserwowano ogromną nierówność między krajami, ponieważ dostępność rekomendowanych leków w ramach refundacji wynosi jedynie 26% (9 molekuł) w Polsce, w porównaniu do 74% (20 molekuł) na Słowacji, 81% (22 molekuł) na Węgrzech oraz 93% (25 molekuł) w Czechach.

<sup>29</sup> Ocena dostępu do nowoczesnej farmakoterapii (inhibitory SGLT-2, agoniści GLP-1) w cukrzycy typu 2 w świetle rekomendacji klinicznych – analiza blisko 2 lata po refundacji. Rekomendacja zmian. PTD. PSD 2021 Dostępne: [https://diabetyk.org.pl/wp-content/uploads/2021/10/RAPORT\\_FINAL\\_last.pdf](https://diabetyk.org.pl/wp-content/uploads/2021/10/RAPORT_FINAL_last.pdf)

<sup>30</sup> Access GAP Dostępne: <https://gapv4.eu/pl/>



**Wykres 5.** Liczba refundowanych publicznie leków zarejestrowanych w terapii cukrzycy w Unii Europejskiej w latach 2011-2023 (n=27) oraz czas oczekiwania od rejestracji na refundację w danym kraju (dni), Acces GAP



Źródło: Access Gap 2023

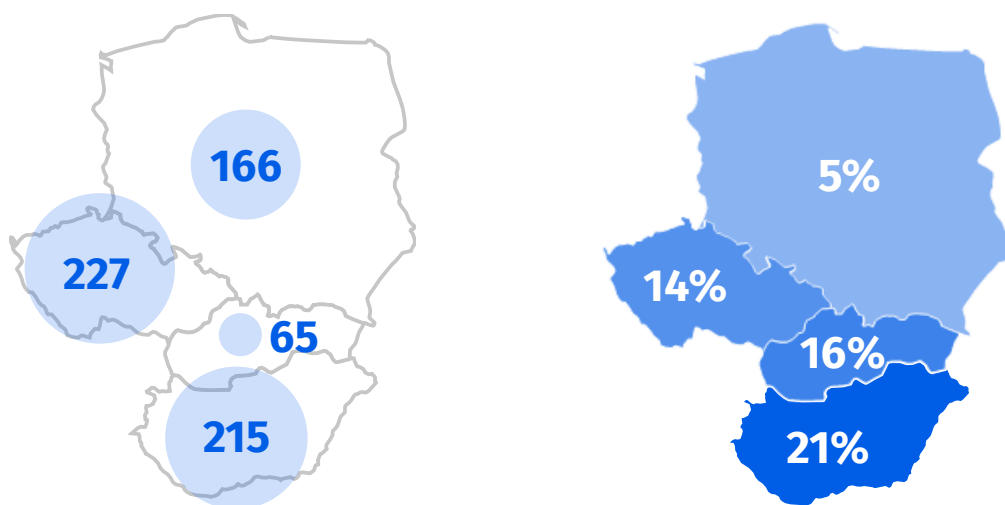
Odsetek pacjentów leczonych lekami zarejestrowanymi w terapii cukrzycy w latach 2011-2023 w Polsce wynosił tylko 5% (166 580 leczonych pacjentów), podczas gdy w Czechach było to 14% (227 562 leczonych pacjentów), na Słowacji 16% (64 815 leczonych pacjentów), a na Węgrzech 21% (215 641 leczonych pacjentów)<sup>31</sup>. Liczbę pacjentów leczonych lekami zarejestrowanymi w terapii cukrzycy w latach 2011-2023 w Polsce obliczono na podstawie danych sprzedażowych refundowanych preparatów. Dane dot. liczby opakowań i ich wielkości przeliczono na liczbę dawek dobowych (DOT) danego preparatu.

Należy pamiętać, że głównym celem analizy GAP jest benchmark, czyli porównanie między krajami. Dla każdego kraju wykonano takie same obliczenia i dzięki temu uzyskany wskaźnik odzwierciedla potrzeby tego projektu. Jest to swego rodzaju najlepsze możliwe oszacowanie pozwalające na uzyskanie porównywalnych wartości wskaźników dla V4.

**Wykres 6.** Liczba i odsetek zdiagnozowanych pacjentów z cukrzycą leczonych w ramach refundacji publicznej lekami zarejestrowanymi w terapii cukrzycy w Unii Europejskiej w latach 2011-2023

**Liczba leczonych pacjentów z cukrzycą (w tys.)**

**Odsetek leczonych pacjentów z cukrzycą**



Źródło. Access Gap 2023

<sup>31</sup> GAP (Gearing Up Access Proposal For V4). Przegląd choroby. Cukrzyca Dostępne: <https://gapv4.eu/gapv4/pl/przegląd-chorob/cukrzyca.html>

**Tabela 1.** Zalecenia kliniczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2024 r. dotyczące farmakoterapii w cukrzycę typu 1 i cukrzycy typu 2

Cukrzyca typu 1	Cukrzyca typu 2
<p>Zalecanym modelem leczenia cukrzycy typu 1 jest intensywna funkcjonalna insulinoterapia przy zastosowaniu wielokrotnych, podskórnych dawek insuliny lub ciągłego podskórnego wlewu insuliny (CSII) prowadzonego za pomocą osobistej pompy insulinowej, przy czym największą skutecznością w optymalizacji kontroli metabolicznej oraz poprawie jakości życia cechują się hybrydowe pompy insulinowe pętli zamkniętej (HCL). [A]</p> <p>Kluczowym elementem terapii cukrzycy typu 1 jest zdobycie przez pacjenta umiejętności modyfikowania dawek insuliny w zależności od zawartości węglowodanów w posiłkach, wyjściowej glikemii i planowanej aktywności fizycznej.</p> <p>Dla optymalizacji dawkowania insuliny ważna jest także znajomość wpływu białek i tłuszczów na glikemię. [E]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>U osób z cukrzycą typu 1 preferowane jest stosowanie analogów insuliny ze względu na mniejsze ryzyko hipoglikemii i większy komfort życia.</b> [A]</li><li>• <b>U osób stosujących systemy ciągłego monitorowania stężenia glukozy (CGM) jednym z podstawowych parametrów oceny wyrównania cukrzycy powinien być czas spędzony w glikemii docelowej (<i>time in range</i>), optymalnie ponad 70%.</b> [E]</li><li>• <b>Wszystkie decyzje terapeutyczne dotyczące leczenia cukrzycy typu 1 powinny być podejmowane w porozumieniu z pacjentem i po uzyskaniu jego akceptacji.</b> [E]</li></ul>	<p>Farmakoterapii cukrzycy typu 2 powinny towarzyszyć: kompleksowa, ustrukturyzowana edukacja, właściwe postępowanie żywieniowe i zaplanowana aktywność fizyczna. Wybór leków powinien uwzględniać wszystkie indywidualne cechy pacjenta, w tym jego priorytety, styl życia i zachowania zdrowotne, choroby współistniejące, motywację, zaburzenia poznawcze oraz aspekty socjalne.</p> <p>Jako leki pierwszego wyboru przy rozpoczynaniu leczenia farmakologicznego w cukrzycy typu 2 należy rozważyć w pierwszej kolejności inhibitory SGLT2 (flozyny) lub agonistów receptora GLP-1, lub metforminę.</p> <p>U pacjentów z udokumentowaną miażdżycową chorobą sercowo-naczyniową, niewydolnością serca, przewlekłą chorobą nerek lub współistnieniem wielu czynników ryzyka sercowo-naczyniowego wybór powinien uwzględniać w pierwszej kolejności efekt sercowo-naczyniowy i nefroprotekcyjny leków.</p> <p>Terapię skojarzoną w nowo rozpoznanej cukrzycy typu 2 należy rozważyć u pacjentów z wymienionych wyżej grup ryzyka oraz w nasilonej hiperglikemii (<math>HbA1c \geq 8,5\%</math>).</p> <p>Jeżeli leczenie rozpoczęto od monoterapii, która staje się niewystarczająca do osiągnięcia lub utrzymania docelowej wartości HbA1c, należy dodać drugi lek przeciw hiperglikemiczny. Decyzji tej nie należy odwlekać przez okres dłuższy niż 3-4 miesiące.</p>

Źródło. Zalecenia kliniczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2024

Bardzo istotna w edukowaniu i budowaniu świadomości na temat cukrzycy jest rola towarzystw naukowych. Celem Europejskiego Stowarzyszenia Badań nad Cukrzycą (EASD) jest zachęcanie i wspieranie badań w dziedzinie cukrzycy, szybkie rozpowszechnianie zdobytej wiedzy i ułatwianie jej stosowania. Dlatego Stowarzyszenie aktywnie uczestniczy w opracowywaniu i zatwierdzaniu stanowisk i wytycznych przekładających najnowsze wyniki badań nad cukrzycą na najlepsze praktyki w leczeniu cukrzycy<sup>32</sup>.

<sup>32</sup> European Association for the Study of Diabetes (EASD) Dostępne: <https://www.easd.org/guidelines.html>

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne opracowuje i publikuje zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą od 2004 r. Dzięki temu polscy lekarze mogą diagnozować i leczyć cukrzycę zgodnie z aktualnymi międzynarodowymi standardami<sup>33</sup>. To bardzo ważne działania Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz Konsultanta Krajowego, które prowadzą do kształcenia lekarzy specjalistów diabetologii oraz edukacji na temat diagnostyki i leczenia cukrzycy lekarzy innych specjalności, pielęgniarek i dietetyków.

W Polsce wg Map Potrzeb Zdrowotnych, w 2022 r. aktywnie wykonywało zawód i posiadało umowę z NFZ 1 552 diabetologów, z których 414 (27%) było w wieku emerytalnym. Średni wiek diabetologa wynosił 53 lata. Aktualna liczba diabetologów przekładała się na wskaźnik 4,1 diabetologa na 100 tys. mieszkańców. Największa liczba diabetologów na 100 tys. mieszkańców pracowała w województwie mazowieckim - 9,3, łódzkim - 6,6 oraz podlaskim - 6,4. Najmniejsza liczba diabetologów – w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców - pracowała w województwie lubuskim - 2,6, podkarpackim – 2,8 i wielkopolskim – 2,9<sup>34</sup>.

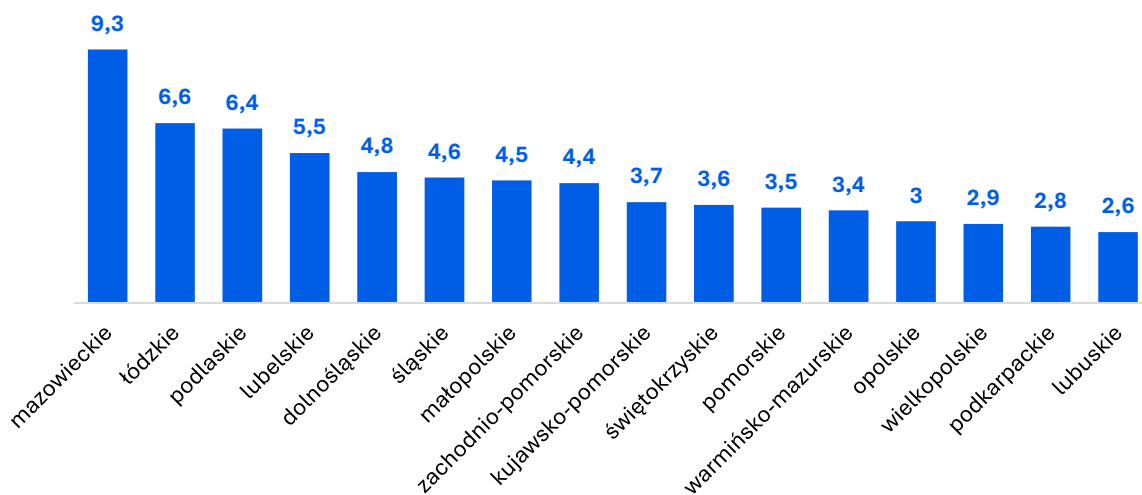
**Tabela 2.** Liczba diabetologów pracujących w Polsce w 2022 r., w podziale na województwa, wg Map Potrzeb Zdrowotnych

Województwo	Liczba diabetologów	Liczba diabetologów na 100 tys.
dolnośląskie	140	4,8
kujawsko-pomorskie	75	3,7
lubelskie	112	5,5
lubuskie	25	2,6
łódzkie	158	6,6
małopolskie	154	4,5
mazowieckie	514	9,3
opolskie	28	3
podkarpackie	58	2,8
podlaskie	73	6,4
pomorskie	83	3,5
śląskie	201	4,6
świętokrzyskie	43	3,6
warmińsko-mazurskie	46	3,4
wielkopolskie	102	2,9
zachodnio-pomorskie	73	4,4

<sup>33</sup> Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą – 2024. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. PTD 2024 Dostępne: [https://ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/2024/zalecenia\\_PTD\\_2024\\_22\\_01\\_2024.pdf](https://ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/2024/zalecenia_PTD_2024_22_01_2024.pdf)

<sup>34</sup> Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://basiw.mz.gov.pl/>

**Wykres 7.** Liczba diabetologów pracujących w Polsce w 2022 r., w podziale na województwa, wg Map Potrzeb Zdrowotnych



# Cukrzyca z perspektywy Narodowego Funduszu Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia opracował w 2019 r. raport na temat cukrzycy w Polsce pt. „NFZ o zdrowiu. Cukrzyca”, przedstawiający dane w zakresie epidemiologii cukrzycy, liczby udzielonych świadczeń, zrealizowanych recept na leki stosowane w leczeniu cukrzycy oraz zleceń na wyroby medyczne. Po raz pierwszy przyznano wówczas, że cukrzyca – dotykając 9% populacji Polski – stanowi coraz większy problem zdrowotny i społeczny. Koszt świadczeń, wyrobów medycznych i leków stosowanych w cukrzycy wyniósł w 2018 r. 1,9 mld zł (wzrost o 23% w porównaniu do 2013 r.)<sup>35</sup>.

Wg najnowszych danych NFZ (za 2023 r.), wydatki w zakresie świadczeń, diagnostyki, leczenia i monitorowania cukrzycy wyniosły ok. 3,3 mld zł. W 2022 r. było to ok. 2,4 mld zł, w 2021 r. – ok. 2,1 mld zł, w 2020 r. – ok. 2,0 mld zł, w 2019 r. – ok. 2,0 mld zł, a w 2018 r. – ok. 1,9 mld zł<sup>36</sup>.

**Tabela 3.** Refundacja świadczeń, diagnostyki, leczenia i monitorowania cukrzycy, 2018-2023, mln zł, NFZ

Rok	Ogółem	Świadczenia z rozpoznaniem głównym cukrzycy (E10-E14 wg ICD-10)	Leki stosowane w cukrzycy	Paski do oznaczania poziomu glukozy we krwi	Igły do wstrzykiwaczy insuliny	Wyroby związane z pompami (zestaw infuzyjny, zbiornik na insulinę)	Systemy do ciągłego monitorowania a glukozy (CGM, FGM)
2018	1 946,70	429,14	963,22	490,79	0	54,73	8,8
2019	2 047,00	460,71	993,98	510,38	0	62,45	19,5
2020	2 032,30	378,94	1 043,49	498,26	0	69,03	42,6
2021	2 119,80	426,62	1 064,60	500,93	0	72,74	54,9
2022	2 460,37	606,26	1 207,20	498,79	2,5	78,42	67,2
2023	3 334,73	956,5	1 575,76	459,43	2,57	79,71	260,76

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wydatki NFZ na leczenie cukrzycy na poziomie 3,3 mld zł w 2023 r. odpowiadały wydatkom tytułem świadczeń dla ok. 2,01 mln pacjentów, którym udzielono świadczeń z powodu cukrzycy oraz 3,34 mln pacjentów, którzy wykupili leki lub paski. Wydatki te stanowiły 5,2% ogólnego budżetu NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej w 2023 r., który wyniósł ok. 159 mld zł.

<sup>35</sup> NFZ o zdrowiu. Cukrzyca. 2019 Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-cukrzyca>

<sup>36</sup> Świadczenia związane z cukrzycą. NFZ 2024 Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/cukrzyca-2018-2023>



**Tabela 4.** Liczba pacjentów, którzy mieli udzielone świadczenia z powodu cukrzycy (w mln) oraz liczba pacjentów, którzy wykupili leki lub paski (w mln) w latach 2016-2023, NFZ

Rok	Liczba pacjentów, którzy mieli udzielone świadczenia z powodu cukrzycy (w mln)	Liczba pacjentów, którzy wykupili leki lub paski (w mln)
2023	2,01	3,34
2022	1,83	3,20
2021	1,78	3,08
2020	1,70	2,94
2019	1,83	2,97
2018	1,77	2,83
2017	1,78	2,69
2016	1,79	2,57
2015	1,77	2,44
2014	1,76	2,32

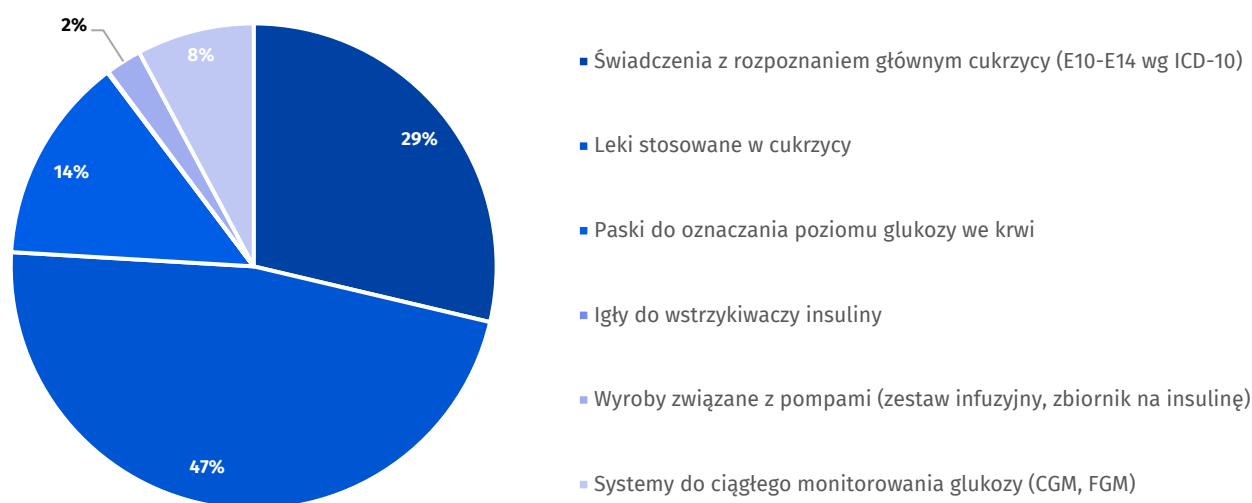
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Dodatkowo należy podkreślić, że poza standardowym finansowaniem z budżetu NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej, diagnostyka i leczenie cukrzycy w założeniu miały mieć dodatkowe źródło finansowania – podatek cukrowy. Podatek cukrowy to ok. 1,5 mld zł dodatkowych wpływów do NFZ rocznie. Opłata od środków spożywczych, potocznie nazywana „podatkiem cukrowym” została wprowadzona z dniem 1 stycznia 2021 r. wraz z opłatą od napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml. Uzasadnieniem dla wprowadzenia podatku cukrowego, była chęć zmniejszenia sprzedaży napojów słodzonych lub wpływ na zmniejszenie udziału konkretnych składników w napojach, których spożycie prowadzi do nadwagi, otyłości i cukrzycy. Wpływy z podatku cukrowego zmniejszają się, co świadczy o zmianie nawyków konsumpcyjnych Polaków: 2023 - 1,49 mld zł, 2022 - 1,65 mld zł i 2021 - 1,63 mld zł. Zgodnie z ustawą, 96,5% wpływów z tytułu opłaty cukrowej oraz dodatkowej opłaty od środków spożywczych stanowi przychód NFZ. Wpływy z opłaty w pozostałej części (3,5%) są dochodem budżetu państwa<sup>37</sup>. Efektywność wydatkowania tych środków pozostaje jednak tematem stałej dyskusji.

Patrząc na wydatki NFZ, wydatki ogółem w zakresie świadczeń, diagnostyki, leczenia i monitorowania cukrzycy w 2023 r. (ok. 3,3 mld zł) największy odsetek wydatków stanowiły wydatki na leki – 47% (ok. 1,6 mld zł), następnie świadczenia zdrowotne – 29% (ok. 0,96 mld zł), paski do oznaczania poziomu glukozy we krwi – 14% (ok. 0,46 mld zł), systemy do ciągłego monitorowania glikemii - (ok. 0,26 mld zł), pompy insulinowe i osprzęt (ok. 79 mln zł) oraz igły do wstrzykiwaczy (ok. 2,6 mln zł).

<sup>37</sup> Podatek cukrowy – kto ma obowiązek zapłaty. Dostępne: <https://www.biznes.gov.pl/pl/portal/00252>

**Wykres 8.** Rozkład procentowy wydatków NFZ w zakresie świadczeń, diagnostyki, leczenia i monitorowania cukrzycy w 2023 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2023 r. NFZ zrefundował leki dla 3,17 mln pacjentów z cukrzycą i ze stanem przedcukrzycowym, paski do oznaczania glikemii dla 2,11 mln pacjentów, pompy insulinowe dla 26,06 tys. pacjentów oraz systemy do monitorowania glikemii dla 80,30 tys. pacjentów z cukrzycą.

**Tabela 5.** Refundacja recept na refundowane leki stosowane w cukrzycy, paski do oznaczania glukozy we krwi i igły do wstrzykiwaczy w latach 2018-2023

Rok	Liczba pacjentów (w mln)			Wartość refundacji (w mln zł)			
	Leki	Paski	Igły	Leki lub paski lub igły	Leki	Paski	Igły
2018	2,65	2,04	0	1 454,01	963,22	490,79	0
2019	2,79	2,13	0	1 504,36	993,98	510,38	0
2020	2,76	2,03	0	1 541,75	1 043,49	498,26	0
2021	2,89	2,09	0	1 565,53	1 064,60	500,93	0
2022	3,03	2,08	0,12	1 708,49	1 207,20	498,79	2,5
2023	3,17	2,11	0,12	2 037,76	1 575,76	459,43	2,57

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W Polsce, w latach 2018-2023 stopniowo poprawiał się dostęp pacjentów do refundowanych systemów monitorowania glikemii oraz pomp insulinowych.

**Tabela 6.** Refundacja świadczeń i wyrobów związanych z pompami insulinowymi w latach 2018-2023

Rok	Liczba pacjentów (w mln)			Wartość refundacji (w mln zł)		
	Ogółem	Założenie pompy	Zestaw infuzyjny lub zbiornik na insulinę	Ogółem	Założenie pompy	Zestaw infuzyjny lub zbiornik na insulinę
2018	18,93	3,32	18,69	78,03	23,30	54,73
2019	20,40	3,37	20,19	86,23	23,78	62,45
2020	21,40	3,06	21,21	92,01	22,97	69,03
2021	22,91	3,65	22,73	100,66	27,92	72,74
2022	24,30	3,50	24,20	110,35	31,94	78,42
2023	26,06	4,14	25,90	128,27	48,56	79,71

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

**Tabela 7.** Refundacja systemów ciągłego monitorowania glikemii w latach 2018-2023

Rok	Liczba pacjentów (w mln)			Wartość refundacji (w mln zł)		
	Ogółem (CGM,FGM)	CGM	FGM	Ogółem (CGM, FGM)	CGM	FGM
2018	2,58	2,58	-	8,8	8,8	-
2019	6,81	3,82	3,12	19,50	16,31	3,19
2020	10,99	4,45	6,96	42,65	19,97	22,68
2021	13,37	5,89	8,25	54,99	26,76	28,23
2022	15,75	7,76	8,96	67,16	36,40	30,76
2023	80,30	12,87	69,30	260,76	57,13	203,60

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Należy podkreślić, że średni roczny koszt refundacji leków stosowanych w cukrzycy (grupa A10 wg ATC) na 1 pacjenta w 2023 r. wyniósł tylko 497 zł. W porównaniu do 2018 r. wzrost o 134 zł.

**Tabela 8.** Roczny koszt refundacji leków stosowanych w cukrzycy (grupa A10 wg ATC) na 1 pacjenta, 2018-2023, NFZ

Rok	Liczba pacjentów (w mln)	Wartość refundacji (w mln zł)	Koszt refundacji leków na 1 pacjenta (zł)
2018	2,65	963,22	363
2019	2,79	993,98	356
2020	2,76	1 043,49	378
2021	2,89	1 064,60	368
2022	3,03	1 207,20	398
2023	3,17	1 575,76	497

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Średni roczny koszt farmakoterapii pacjenta z cukrzycą na poziomie ok. 500 zł jest znacząco niższy od średniego rocznego kosztu farmakoterapii pacjenta w innych chorobach przewlekłych. Pokazuje to m.in. struktura wydatków NFZ na leki w 2022 r. w podziale na grupy ATC. Największe wydatki związane były z refundacją leków z grup: leki stosowane w leczeniu schorzeń układu sercowo-naczyniowego - 16,5% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego - 14,4% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego i metabolicznych - 13,9% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń układu oddechowego - 11,8% ogólnej kwoty refundacji. Wymienione wyżej cztery grupy ATC generowały ok. 57% kosztów refundacji leków ogółem w 2022 r.<sup>38</sup>

**Tabela 9.** Struktura wydatków NFZ na leki w 2022 roku w podziale na grupy ATC, w tys. zł

Grupa ATC	Kwota refundacji
<b>(c)</b> układ sercowo naczyniowy	1 669 934
<b>(n)</b> ośrodkowy układ nerwowy	1 462 390
<b>(a)</b> przewód pokarmowy i metabolizm	1 408 756
<b>(r)</b> układ oddechowy	1 197 945

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Należy również zaznaczyć, że leki refundowane przez NFZ dla pacjentów z cukrzycą były w większości stosowane u pacjentów w wieku produkcyjnym.

<sup>38</sup> Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 r. NFZ 2023 Dostępne: [https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/bip/dzialalnosc\\_nfz/sprawozdania\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz/zal\\_do\\_uchwaly\\_nr\\_16\\_sprawozdanie\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz\\_2022\\_rok-sig.pdf](https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zal_do_uchwaly_nr_16_sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_2022_rok-sig.pdf)

**Tabela 10.** Struktura demograficzna pacjentów, którzy chociaż raz w roku wykupili refundowane leki stosowane w cukrzycy lub refundowane paski do oznaczania poziomu glukozy we krwi, 2014-2023, NFZ

Rok	<18	18-34	35-54	55-74	75+
2023	0,8%	4,2%	14,8%	52,2%	28,0%
2022	0,8%	4,4%	14,6%	53,3%	26,9%
2021	0,7%	4,5%	14,0%	54,2%	26,5%
2020	0,7%	4,2%	13,2%	55,2%	26,6%
2019	0,7%	4,2%	13,1%	55,4%	26,6%
2018	0,7%	4,0%	12,6%	55,6%	27,1%
2017	0,6%	3,7%	12,2%	55,8%	27,6%
2016	0,6%	3,5%	12,0%	55,9%	28,0%
2015	0,6%	3,2%	12,0%	56,0%	28,1%
2014	0,6%	3,1%	12,1%	56,0%	28,2%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wg danych EFPIA, ponad połowa bezpośrednich wydatków na cukrzycę wiąże się z powikłaniami<sup>39</sup>. Zgodnie z raportem NFZ z 2019 r., poniesione przez NFZ koszty powikłań cukrzycy (m.in. retinopatii cukrzycowej, niewydolności nerek, choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, czy neuropatii) w 2018 r. wyniosły co najmniej 2,14 mld zł<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> More than half of the direct expenditure on diabetes is associated with complications. EFPIA Dostępne: <https://efpia.eu/news-events/the-efpia-view/blog-articles/more-than-half-of-the-direct-expenditure-on-diabetes-is-associated-with-complications-guest-blog/>

<sup>40</sup> Gierczyński J. rozdział Wpływ cukrzycy na system ochrony zdrowia, w raporcie pt. Rozwój terapii w diabetologii. 2022 Dostępne: <https://www.novonordisk.pl/content/dam/nncorp/pl/pl/pdfs/poland-report-9nov2022.pdf>



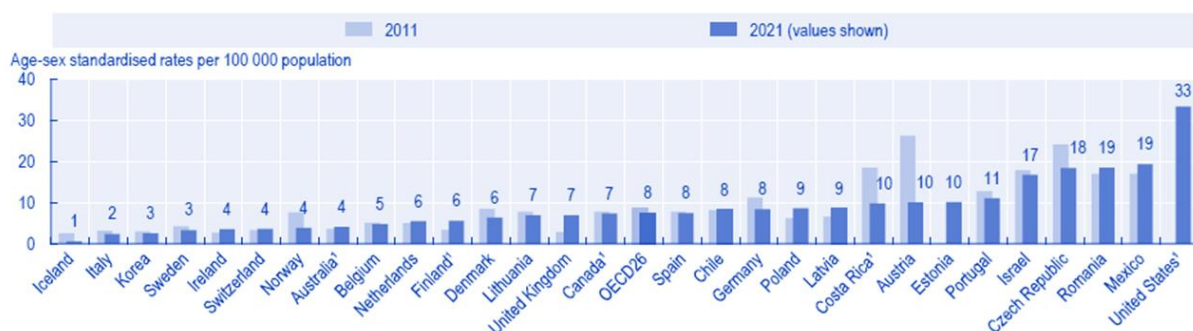
**Tabela 11.** Koszty powikłań cukrzycy w 2018 r., mln zł, NFZ

Powikłanie cukrzycy	Koszt (mln zł)
<b>Choroba niedokrwienna serca</b>	800
<b>Przewlekła niewydolność nerek</b>	610
<b>Zaćma</b>	273
<b>Udar mózgu</b>	240
<b>Zawał serca</b>	135
<b>Jaskra</b>	35
<b>Polineuropatia</b>	27
<b>Retinopatia</b>	17
<b>Inne zaburzenia siatkówki</b>	1
<b>Razem</b>	<b>2 138</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Należy pokreślić, że dzięki poprawie dostępu refundacyjnego do nowoczesnej diagnostyki i terapii cukrzycy w ostatnich latach, Polska nie jest już niechlubnym liderem w rankingu OECD w zakresie statystyki dużych amputacji kończyny dolnej u chorych na cukrzycę. Polska, ze wskaźnikiem 9 amputacji na 100 tys. osób nadal plasuje się powyżej średniej OECD (8 amputacji na 100 tys. mieszkańców), gdy Włochy wykazują ich 2, Szwecja – 3, Dania – 6, a Litwa – 7 amputacji/100 tys. mieszkańców<sup>41</sup>.

**Wykres 9.** Duże amputacje kończyny dolnej u dorosłych chorych na cukrzycę, lata 2011 i 2021, OECD, 2023, wskaźnik na 100 tys. mieszkańców



Źródło: Health at a Glance 2023

<sup>41</sup> OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Dostępne: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Jednocześnie aktualne dane NFZ za lata 2014-2023 pokazują wzrost liczby hospitalizacji, wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów oraz znaczący wzrost wydatków związanych z hospitalizacjami ze sprawozdaną procedurą ICD-9 oznaczającą dużą amputację u dorosłych pacjentów z cukrzycą. W 2023 r. wartość 5,5 tys. hospitalizacji rozliczonych dla 5,2 tys. pacjentów wyniosła ok. 113 mln zł. Wynika z tego, że koszt leczenia jednego dorosłego pacjenta z cukrzycą z dużą amputacją wynosił w 2023 r. ok. 22 tys. zł.

**Tabela 12.** Hospitalizacje ze sprawozdaną procedurą ICD-9 oznaczającą dużą amputację u dorosłych pacjentów z cukrzycą, 2014-2023, NFZ

Rok	Liczba hospitalizacji (w tys.)	Liczba hospitalizowanych pacjentów (w tys.)	Wartość refundacji hospitalizacji (w mln zł)
2023	5,5	5,2	113,38
2022	5,2	4,8	93,19
2021	4,9	4,7	62,33
2020	4,7	4,4	58,34
2019	4,5	4,2	51,88
2018	4,4	4,1	45,91
2017	4,2	4,0	39,65
2016	4,0	3,8	36,44
2015	3,8	3,5	33,49
2014	3,9	3,6	33,92

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Dzięki wprowadzonemu w 2023 r. programowi pilotażowemu opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej można zobaczyć efekty nowego modelu opieki<sup>42</sup>. W ramach pilotażu zakwalifikowani do niego pacjenci z zespołem stopy cukrzycowej są leczeni w ramach połączonych świadczeń na oddziałach chorób wewnętrznych i chirurgii z kooperacyjną kontrolą procesu gojenia. Leczenie prowadzi zespół, w skład którego wchodzi zarówno specjaliści z oddziału chirurgii ogólnej, jak i chorób wewnętrznych. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej został przekazany do konsultacji społecznych w dniu 3 stycznia 2025 r.<sup>43</sup> Pilotaż będzie realizowany w sześciu ośrodkach. Ośrodkami odpowiedzialnymi za prowadzenie pilotażu będą: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szamotułach, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku oraz Szpital Specjalistyczny w Dąbrowie Górniczej. Pilotaż zakończy się w kwietniu 2026 r., obejmie do 430 pacjentów i będzie kosztował ok. 13 mln zł. Dodatkową korzyścią proponowanego w projekcie planu leczenia będzie zagwarantowanie wizyt kontrolnych, w trakcie których będzie oceniany postęp gojenia.

<sup>42</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. Dz.U. 2023 poz. 1353 Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001353>

<sup>43</sup> Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. RCL. Dostępne: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12393153/katalog/13104352#13104352>

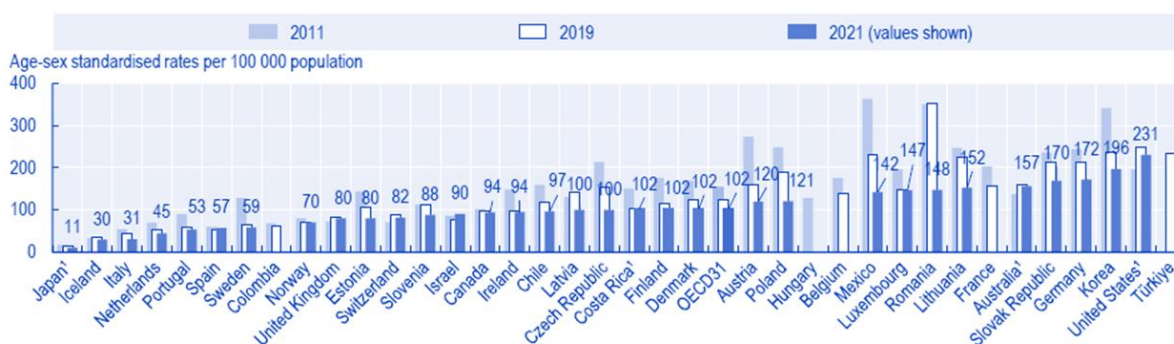
Podstawą opieki nad pacjentami z zespołem stopy cukrzycowej co do zasady są świadczenia ambulatoryjne. Jednak istnieje znaczący odsetek pacjentów, którzy wymagają leczenia w warunkach szpitalnych.

Wg aktualnych danych OECD, Polska zmniejszyła wskaźnik hospitalizacji dorosłych z powodu cukrzycy z 250 hospitalizacji na 100 tys. w 2011 r., przez 200 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców w 2019 r. do 121 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców w 2021 r. Wynika z tego, że liczba hospitalizacji z powodu cukrzycy zmniejszyła się o połowę, porównując 2021 r. vs. 2011 r.

Należałoby zadać pytanie, jakie były przyczyny spadku liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy w Polsce na tle innych krajów OECD? Czy wynika to z poprawy opieki diabetologicznej w Polsce, w tym poprawy edukacji pacjentów, dostępu do nowoczesnej farmakoterapii i wyrobów medycznych w zakresie monitorowania glikemii?

Polska (z wynikiem 121 hospitalizacji na 100 tys.) znajduje się powyżej średniej OECD, która w 2021 r. wyniosła 102 hospitalizacje na 100 tys. mieszkańców. Warto zastanowić się, co zrobiły takie kraje, jak Włochy (31), Szwecja (59), Estonia (80), Łotwa (100) i Czechy (100), że udało im się doprowadzić do takich spadków poziomu hospitalizacji z powodu cukrzycy.

**Wykres 10.** Hospitalizacje dorosłych z powodu cukrzycy w latach 2011, 2019 i 2021, OECD, 2023, wskaźnik na 100 tys. mieszkańców



Źródło: Health at a Glance 2023

Liczba hospitalizacji z powodu cukrzycy w 2022 r. wg Map Potrzeb Zdrowotnych wyniosła 63,5 tys., a liczba hospitalizowanych pacjentów z powodu cukrzycy – ok. 60 tys.

**Tabela 13.** Liczba hospitalizowanych pacjentów z powodu cukrzycy oraz liczba hospitalizacji z powodu cukrzycy w 2022 r. wg Map Potrzeb Zdrowotnych w ujęciu krajowym i wojewódzkim

Województwo	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji
mazowieckie	8 503	9 085
śląskie	6 993	7 131
wielkopolskie	4 802	4 974
łódzkie	4 791	4 648
dolnośląskie	4 628	5 122
małopolskie	4 174	4 600
lubelskie	4 052	4 300
podkarpackie	3 343	3 541
zachodniopomorskie	3 283	3 370
kujawsko-pomorskie	3 128	2 881
pomorskie	2 826	2 852
świętokrzyskie	2 548	2 715
warmińsko-mazurskie	2 093	2 138
lubuskie	2 020	2 086
opolskie	2 003	2 256
podlaskie	1 864	1 840
<b>Polska</b>	<b>60 585</b>	<b>63 539</b>

Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych

Należy prowadzić działania na rzecz zmniejszenia liczby hospitalizowanych pacjentów z cukrzycą poprzez zwiększenie udziału porad w AOS i POZ (odwrócenie piramidy świadczeń). Krokiem w tę stronę było wprowadzenie opieki koordynowanej w POZ od 1 października 2022 r. W ramach opieki koordynowanej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką POZ i dietetykiem. Zajmuje się profilaktyką, diagnozowaniem, leczeniem i edukacją pacjenta na temat wybranych chorób z dziedziny: diabetologii, endokrynologii, kardiologii, nefrologii i pulmonologii. Realizacja świadczeń w opiece koordynowanej odbywa się na postawie działania w tzw. Indywidualnym Planie Opieki Medycznej, który lekarz POZ ustala razem z pacjentem<sup>44</sup>.

Dzięki wprowadzeniu opieki koordynowanej w POZ zwiększył się zakres możliwości postępowania w cukrzycy, objętej diabetologiczną ścieżką opieki koordynowanej. W celu optymalizacji opieki opracowano i opublikowano dokument pt. „Standard postępowania w cukrzycy w POZ z uwzględnieniem opieki koordynowanej”. Autorka dokumentu, prof. Agnieszka Mastalerz-Migas stwierdza, że „powszechność występowania

<sup>44</sup> Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej. Dostępne: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/opieka-koordynowana-w-podstawowej-opiece-zdrowotnej>

cukrzyca, szczególnie w populacji osób dorosłych sprawia, że jest ona jednym z najczęstszych schorzeń w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz POZ ma wszystkie niezbędne narzędzia do wczesnej diagnostyki i leczenia cukrzycy oraz stanów przedcukrzycowych, w tym programy profilaktyczne (CHUK, Profilaktyka 40+) i szczegółowe, regularnie aktualizowane wytyczne opracowywane przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD), Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR) oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP). Wdrożenie opieki koordynowanej umożliwia podniesienie standardu opieki nad pacjentem nie tylko dzięki wyposażeniu POZ w nowe narzędzia diagnostyczne, ale przede wszystkim dzięki kompleksowej i usystematyzowanej edukacji oraz interwencjom nefarmakologicznym. Dodatkowo opieka koordynowana otwiera możliwości sprawniejszej komunikacji na linii lekarz POZ – diabetolog, co w wielu przypadkach pozwoli na uniknięcie kierowania pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Większość pacjentów z cukrzycą typu 2 powinna być leczona w ramach POZ. Sytuacje, w których konieczna jest konsultacja specjalistyczna lub hospitalizacja, przedstawiono w tabeli poniżej<sup>45</sup>.

**Tabela 14.** Zestawienie sytuacji, w których chory na cukrzycę wymaga konsultacji specjalistycznej lub hospitalizacji

**Wskazania do konsultacji w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:**

- **cukrzyca typu 1, cukrzyca w ciąży lub u dzieci i młodzieży**
- **trudności w ustaleniu typu cukrzycy/inne typy cukrzycy**

**Wskazania do konsultacji diabetologicznej (w ramach opieki koordynowanej można rozważyć konsultację lekarz POZ – lekarz diabetolog):**

- **brak osiągnięcia celów terapeutycznych (nieprawidłowe wyniki badań w dorocznej kontroli), niemożliwy do korekty w ramach POZ (nieskuteczna próba intensyfikacji terapii, zgodna z wytycznymi)**
- **wystąpienie chorób współistniejących utrudniających leczenie**
- **wystąpienie powikłań cukrzycy lub powikłań farmakoterapii**

**Wskazania do hospitalizacji:**

- **nowo wykryta cukrzyca typu 1 oraz cukrzyca typu 2 z klinicznymi objawami hiperglikemii w przypadku braku możliwości zapewnienia opieki**
- **ostre powikłania cukrzycy (ciężka, nawracająca hipoglikemia)**
- **kwasica i śpiączka cukrzycowa**
- **zaostrzenie późnych powikłań**
- **konieczność modyfikacji schematu terapii u chorych, u których nie ma możliwości uzyskania efektów w warunkach leczenia ambulatoryjnego**

Wg Standard postępowania w cukrzycy w POZ z uwzględnieniem opieki koordynowanej

W 2024 r. Fundacja My Pacjenci opublikowała „Raport z badania ankietowego. Opieka Koordynowana w POZ”. Według opracowania ogólny odbiór opieki koordynowanej wśród pacjentów jest bardzo pozytywny, co znajduje odzwierciedlenie w wysokim wskaźniku zadowolenia z usług medycznych i opieki zdrowotnej. Kluczowe wnioski wskazują na poprawę dostępności do specjalistów, lepszą organizację wizyt oraz skuteczniejszą komunikację między pacjentami a personelem medycznym. Respondenci zwracają uwagę na szybszy dostęp do specjalistycznych konsultacji oraz efektywniejsze wykorzystanie badań diagnostycznych. Integracja usług oraz wsparcie koordynatora w przychodniach są wysoko oceniane. Pacjenci czują się bezpieczniej i lepiej poinformowani o stanie swojego zdrowia, co znacząco poprawia ich doświadczenia związane z leczeniem.<sup>46</sup> Z drugiej strony należy wskazać, że – jak z kolei wynika z ankiety przygotowanej przez Polskie Stowarzyszenie Diabetyków – dostęp do opieki koordynowanej w Polsce jest nierówny i znacząco uzależniony od regionu i miejsca zamieszkania, a wielu pacjentów nadal nie jest świadomych istnienia tego instrumentu.

<sup>45</sup> Mastalerz-Migas A. Standard postępowania w cukrzycy w POZ z uwzględnieniem opieki koordynowanej. Lekarz POZ. 2022;8(6) Dostępne: <https://www.termedia.pl/Standard-postepowania-w-cukrzycy-w-POZ-z-uwzlednieniem-opieki-koordynowanej,98,49383,1,0.html>

<sup>46</sup> Raport z badania ankietowego. Opieka Koordynowana w POZ. Fundacja My Pacjenci. 2024 Dostępne: [https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2024/10/raport-OK-POZ\\_final.pdf](https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2024/10/raport-OK-POZ_final.pdf)

# Cukrzyca z perspektywy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

W 2022 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydał na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą ok. 266 mln zł. W 2021 r. było to ok. 275 mln zł, a w 2020 r. ok. 289 mln zł. Wynika z tego, że wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą wg rodzajów świadczeń w latach 2020-2022 zanotowały trend spadkowy.

**Tabela 15.** Wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą, w latach 2020-2022, tys. zł oraz dynamika rok do roku

Kategoria wydatków	2020	2021	2022
<b>Cukrzyca (E10-E14)</b>	289 361,10	275 208,20	266 268,80
<b>Dynamika rok do roku</b>		-4,90%	-3,30%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Jednocześnie zmalał odsetek wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą jako odsetek wydatków ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem - z 0,68% w 2020 r. do 0,58% w 2022 r.

**Tabela 16.** Wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą, jako odsetek wydatków ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem w latach 2020-2022, tys. zł

Kategoria wydatków	2020	2021	2022
<b>Ogółem (A00-Z99)</b>	42 509 707,00	44 424 667,90	46 088 308,10
<b>Cukrzyca (E10-E14)</b>	289 361,10	275 208,20	266 268,80
<b>Odsetek cukrzyca/ogółem</b>	0,68%	0,62%	0,58%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Ten trend spadkowy może być spowodowany poprawą dostępu do nowych, refundowanych technologii medycznych w zakresie leczenia i monitorowania cukrzycy.

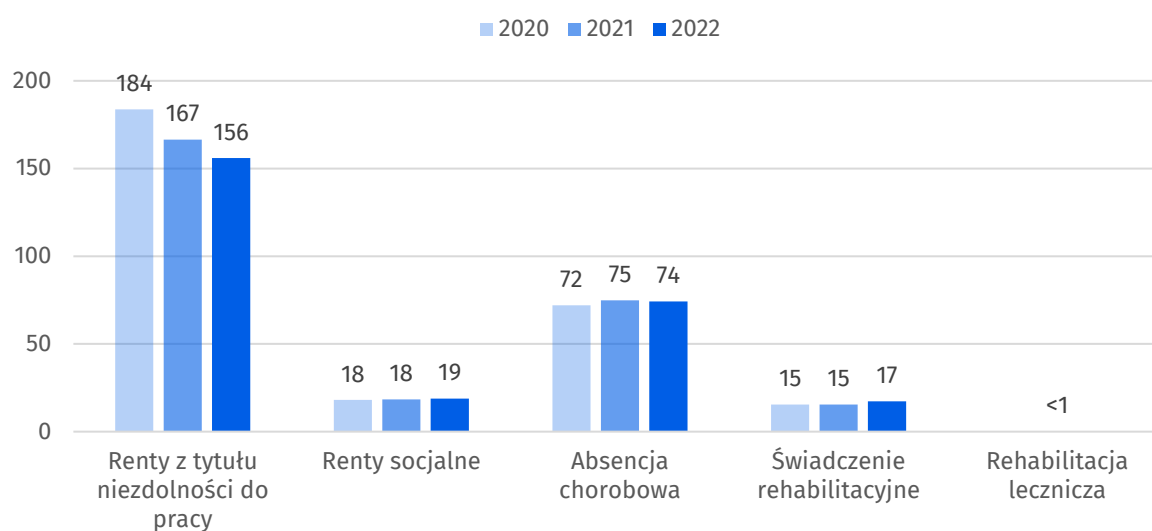
Wydatki z ubezpieczeń społecznych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą wg rodzajów świadczeń w latach 2020-2022 pokazują spadek wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy z powodu cukrzycy z ok. 184 mln zł w 2020 r. do ok. 156 mln zł w 2022 r.

**Tabela 17.** Wydatki z ubezpieczeń społecznych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą wg rodzajów świadczeń w latach 2020-2022, ZUS, w tys. zł

Rok	Renty z tytułu niezdolności do pracy	Renty socjalne	Absencja chorobowa	Świadczenie rehabilitacyjne	Rehabilitacja lecznicza
2020	183 714,70	18 117,70	72 074,40	15 443,30	11
2021	166 519,50	18 377,50	74 848,20	15 452,40	10,6
2022	155 998,60	18 793,40	74 202,80	17 255,70	18,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

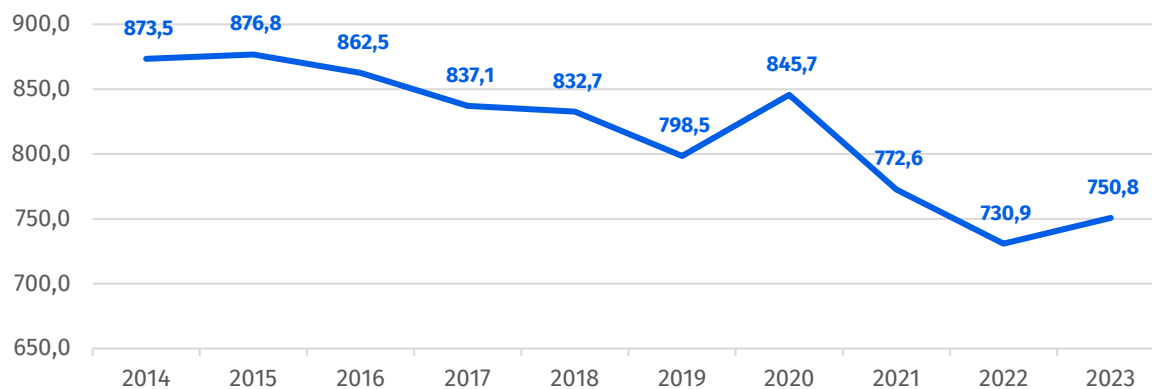
**Wykres 11.** Wydatki z ubezpieczeń społecznych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą wg rodzajów świadczeń w latach 2020-2022, ZUS, w tys. zł



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

W latach 2014-2023 odnotowano trend spadkowy w liczbie dni absencji chorobowej wśród chorych na cukrzycę z ok. 873 tys. w 2014 r. do ok. 751 tys. dni absencji chorobowej w 2023 r.

**Wykres 12.** Cukrzyca – liczba dni absencji chorobowej (w tys.) w latach 2014-2023, ZUS

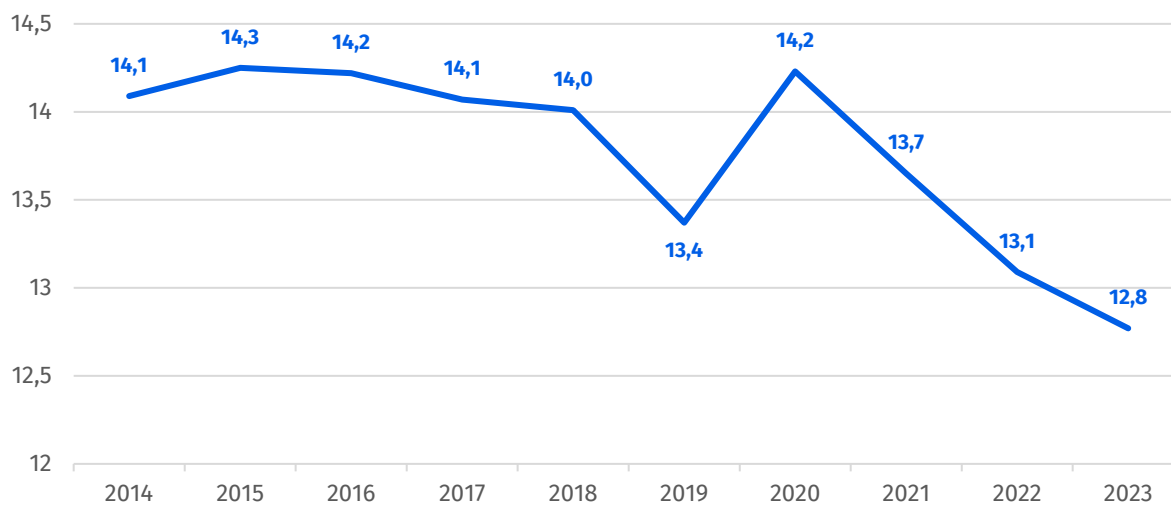


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS



W latach 2014-2023 odnotowano trend spadkowy w długości zwolnienia u chorego na cukrzycę z 14 dni w 2014 r. do 12,8 dni w 2023 r.

**Wykres 13.** Cukrzyca – przeciętna długość zwolnienia (w dniach) w latach 2014 - 2023, ZUS



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

# Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej z perspektywy diabetologów

---

## Prof. dr hab. n. med. Irina Kowalska

Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Kierownik Kliniki Chorób  
Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

W listopadzie 2023 r. Światowa Organizacja Zdrowia i International Diabetes Federation (IDF) podpisały deklarację pt. „Declaration on accelerating action on commitments to improve diabetes detection and quality of care”<sup>47</sup>. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne współpracuje z IDF Europe w zakresie poparcia deklaracji wzywającej do zintensyfikowania działań na rzecz zapewnienia sprawiedliwego dostępu do wysokiej jakości opieki diabetologicznej wszystkim osobom z cukrzycą oraz z grup ryzyka rozwoju cukrzycy. Deklaracja ma na celu zwrócenie uwagi na konieczność wczesnego wykrywania, skutecznej diagnostyki oraz leczenia cukrzycy i jej powikłań w Europie.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, razem z European Diabetes Forum (EUDF), wspierało deklarację opracowaną przez organizacje zaangażowane w badania nad cukrzycą oraz wspierające osoby z cukrzycą przed wyborami do Parlamentu Europejskiego. Zawiera ona cztery rekomendacje dla Unii Europejskiej i jej krajów członkowskich w zakresie optymalizacji opieki diabetologicznej:

1. Wczesna identyfikacja osób z grup ryzyka cukrzycy i jej wczesnego wykrywania,
2. Równy dostęp do opieki diabetologicznej na wysokim poziomie,
3. Wspieranie i inspirowanie osób z cukrzycą w ich codziennym życiu,
4. Wykorzystanie najnowszych technologii w diagnostyce i leczeniu cukrzycy;

Dlatego priorytetami dla diabetologii w Polsce jest realizacja powyższych czterech rekomendacji.

### Ad. 1. Wczesna identyfikacja osób z grup ryzyka cukrzycy i jej wczesnego wykrywania

Z przeprowadzonych dotąd badań epidemiologicznych, wiemy że w Polsce choruje na cukrzycę 8-9% populacji, czyli ok. 2,7-3 mln osób. Dodatkowo ok. 5 mln Polaków ma stan przedcukrzycowy. Według ostatnich badań epidemiologicznych dotyczących stanu zdrowia mieszkańców Białegostoku (Białystok PLUS – Polish Longitudinal University Study) w wieku 20-80 lat, zaledwie 47% ludności ma prawidłową tolerancję glukozy. Cukrzyca typu 2 dotyczy 85-90% osób z cukrzycą. Warty podkreślenia jest fakt, że w 90% cukrzyca typu 2 jest związana z otyłością lub nieprawidłową dystrybucją tkanki tłuszczowej. Świadomość choroby pojawia się dopiero, gdy rozwiną się poważne powikłania cukrzycy. W Polsce nie są prowadzone rejestry zachorowań, mimo dobrych wzorów z innych krajów. Celem wczesnej identyfikacji osób z grup ryzyka cukrzycy wskazane jest prowadzenie badań przesiewowych, na co zwracamy uwagę w corocznie aktualizowanych Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Zgodnie z rekomendacjami w grupach ryzyka konieczne jest prowadzenie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy typu 2, ponieważ u większości chorych nie występują objawy hiperglikemii. Badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzać raz na 3 lata u każdej osoby powyżej 45. roku życia. Ponadto, niezależnie od wieku, badanie to należy wykonać co roku u osób

<sup>47</sup> Declaration on accelerating action on commitments to improve diabetes detection and quality of care. WHO. IDF. 2023 Dostępne: <https://idf.org/europe/media/uploads/sites/2/2023/11/Declaration-EN.pdf>

z następujących grup ryzyka: z nadwagą lub otyłością (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup> i/lub obwód w talii  $\geq$  80 cm u kobiet albo  $\geq$  94 cm u mężczyzn), z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo), mało aktywnych fizycznie, z grupy środowiskowej lub etnicznej narażonej na cukrzycę, u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy, u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową, u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała > 4000 g, u osób z nadciśnieniem tętniczym, z chorobą układu sercowo – naczyniowego, z dyslipidemią, a także u kobiet z zespołem policystycznych jajników. Badania przesiewowe należy przeprowadzać za pomocą oznaczenia glikemii na czczo w osoczu krwi żyłnej, doustnego testu tolerancji glukozy lub oznaczenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c)<sup>48</sup>.

## **Ad. 2. Równy dostęp do opieki diabetologicznej na wysokim poziomie**

Fundamentem dla dostępu do nowoczesnej opieki diabetologicznej jest dobrze zorganizowana Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) oraz współpraca z POZ w ramach opieki koordynowanej. Musimy dążyć do lepszej wyceny świadczeń diabetologicznych w AOS, uwzględniającej postęp jaki dokonał się w ostatnich latach w terapii cukrzycy, a także w monitorowaniu glikemii, diagnostyce i leczeniu powikłań cukrzycy. W tym zakresie w ramach prac związanych z Odwróconą Piramidą Świadczeń współpracujemy z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia; wspiera nas Parlamentarny Zespół ds. Cukrzycy.

Równy dostęp do opieki diabetologicznej to także dostęp do nowoczesnych leków i wyrobów medycznych. Będziemy się starali o:

- Refundację terapii za pomocą osobistych pomp insulinowych u osób z cukrzycą typu 1 po 26 r.ż.,
- Szerszy dostęp do systemów ciągłego monitorowania glikemii (CGM), również pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych insuliną,
- Szerszy dostęp do nowoczesnych terapii – leki inkretynowe i flozyny;

Kolejny ważny temat to poszerzenie na inne ośrodki pilotażowego programu leczenia zespołu stopy cukrzycowej, który jest obecnie prowadzony w szpitalu w Szamotułach. Wyniki programu są bardzo dobre, tak więc warto ten program kontynuować włączając inne ośrodki w Polsce.

Musimy pamiętać o stałych szkoleniach pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w opiekę nad osobami z cukrzycą.

## **Ad. 3. Wspieranie i inspirowanie osób z cukrzycą w ich codziennym życiu**

Ten temat jest również realizowany przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. W dniu 19 maja 2023 r. powołano do życia Sekcję Psychodiabetologii Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. W ramach działań Sekcji przygotowano polskojęzyczną wersję aplikacji samopomocy psychologicznej MyDiaMate Polska, udostępniono na stronie PTD Polską Mapę Psychodiabetologiczną wskazującą miejsca w całym kraju, gdzie pacjenci mogą skorzystać z opieki psychologicznej w obszarze diabetologii, a także zorganizowano serię warsztatów poruszających różnorodne zagadnienia związane z psychodiabetologią.

Sekcja Diabetologii Społecznej i Edukacji Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego organizuje, a jej członkowie biorą czynny udział w wydarzeniach społeczno-edukacyjnych na rzecz osób z cukrzycą. Odbývają się wykłady, webinary dla pacjentów oraz organizowane są wydarzenia sportowe m. in. VI Mistrzostwa Polski MTB Kolarzy z Cukrzycą. Członkowie Sekcji biorą regularny udział w obchodach Światowego Dnia Cukrzycy oraz licznych debatach, w tym „Nowoczesna edukacja przez Internet”.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne współpracuje regularnie ze środowiskiem pielęgniarek, edukatorów i stowarzyszeń osób z cukrzycą. PTD bierze czynny udział w kampaniach społecznych dotyczących cukrzycy, tj. z Polską Federacją Edukacji Diabetologicznej, Stowarzyszeniem Edukacji Diabetologicznej i Polskim Stowarzyszeniem Diabetyków.

<sup>48</sup> Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą – 2024. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. PTD 2024 Dostępne: [https://ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/2024/zalecenia\\_PTD\\_2024\\_22\\_01\\_2024.pdf](https://ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/2024/zalecenia_PTD_2024_22_01_2024.pdf)

#### Ad. 4. Wykorzystanie najnowszych technologii w diagnostyce i leczeniu cukrzycy

W zakresie wykorzystanie najnowszych technologii w diagnostyce i leczeniu rekomendowane jest inwestowanie w innowacje cyfrowe w systemach opieki zdrowotnej i opiece nad osobami z cukrzycą. Zalecane jest usprawnienie gromadzenia danych klinicznych w formie rejestrów oraz finansowanie badań naukowych nad cukrzycą w ramach programów badawczych<sup>49</sup>.

---

### Prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak

Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W Polsce przez ostatnie lata bardzo dużo zostało zrobione w zakresie refundacji leków, systemów monitorowania glikemii oraz pomp insulinowych. Nastąpiło to w wyniku konstruktywnego dialogu pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a środowiskiem diabetologów i organizacjami pacjentów diabetologicznych<sup>50</sup>.

Pacjenci z cukrzycą są obecnie w innej sytuacji niż pięć lat temu. Mają dostęp refundacyjny w zasadzie do wszystkich istotnych nowych technologii. Uchyliśmy drzwi do refundacji i chcemy, by one dalej się otwierały. Tylko dwie grupy leków jak flozyny i GLP-1 przyniosły przełom nie tylko w diabetologii, ale i kardiologii, nefrologii, a za chwilę zmienią zupełnie leczenie otyłości - gigantyczne wyzwanie, na które nie mieliśmy do tej pory żadnych leków. Naszym celem powinno być odchudzenie populacji Polski, aby móc obniżyć ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, polepszyć rokowania pacjentów w stanie przedcukrzycowym i zwiększyć efektywność leczenia pacjentów z rozpoznaną cukrzycą. Powinniśmy opracować rekomendacje w zakresie walki w nadwagą i otyłością, aby mieć praktyczne narzędzie do pracy w tym zakresie.

Teraz zależy nam na tym, by z nowoczesnych i skutecznych leków korzystały coraz szersze grupy chorych na cukrzycę. Tym bardziej, że ostatnie lata to ciągły postęp w obszarze technologii. Środowisko oczekuje, że pacjent już na samym starcie, po rozpoznaniu cukrzycy typu 2, uzyska dostęp do analogów insuliny, wcześniej będzie można refundować flozyny i analogi GLP-1, a dostęp do systemów ciągłego monitorowania glikemii zyskają wszyscy pacjenci leczeni insuliną<sup>51</sup>.

W farmakoterapii cukrzycy typu 2 dokonana się prawdziwa rewolucja. Nowoczesne leki – flozyny oraz analogi GLP-1 – działają nie tylko na stężenie glukozy, ale też zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe i chronią nerki. Analogi GLP-1 pojawiają się w coraz łatwiejszych formach podawania. Prawdziwa innowacja w przypadku analogów GLP-1 oraz podwójnych agonistów GLP-1 i GIP, polega jednak na tym, że zmniejszają one masę ciała, redukując apetyt. To pierwsze skuteczne leki w leczeniu otyłości. Niestety, w tym wskazaniu nie są refundowane. Na tym jednak nie koniec – pojawiają się wyniki badań, pokazujących, że mogą one również chronić przed utratą pamięci i pomagać w walce z uzależnieniami.

Do wprowadzenia w 2025 r. pozostaje przedłużenie pilotażu diagnostyki i leczenia stopy cukrzycowej, wycena świadczeń diabetologicznych szpitalnych i ambulatoryjnych, łagodzenie kryteriów refundacyjnych dla inkretyn i flozyn, refundacja publiczna pomp insulinowych dla populacji pacjentów po 26 r.ż. oraz refundacja publiczna ciągłego monitorowanie glikemii dla wszystkich pacjentów leczonych insuliną.

<sup>49</sup> Parlamentarny Zespół ds. Cukrzycy. Konferencja z okazji Światowego Dnia Cukrzycy: Diabetologia - zdrowoty priorytet na wczoraj, dziś i jutro. Sejm RP. 24.11.2024. Dostępne: [https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisja.xsp?documentId=B56CAF79B2CDA689C1258B97003D0CB4&symbol=TRANSMISJA\\_ARCH&info=T](https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisja.xsp?documentId=B56CAF79B2CDA689C1258B97003D0CB4&symbol=TRANSMISJA_ARCH&info=T)

<sup>50</sup> Refundacja spowodowała rewolucję w leczeniu cukrzycy. Termedia Dostępne: <https://www.termedia.pl/mz/Refundacja-spowodowala-rewolucje-w-leczeniu-cukrzycy,56444.html>

<sup>51</sup> Cukrzyca. Polski pacjent na innowacyjne leczenie czeka 1943 dni. Puls Medycyny Dostępne:

<https://pulsmedycyny.pl/cukrzyca-polski-pacjent-na-innowacyjne-leczenie-czeka-1943-dni-1215964>

---

## Prof. dr hab. Małgorzata Myśliwiec

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej w woj. pomorskim, Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

W zakresie diabetologii i endokrynologii dziecięcej Polska znajduje się w czołówce światowej. Zaprezentowane w 2021 r. podczas kongresów EASD, ATTD i ISPAD dane RWE (Real World Evidence) pokazały wyniki uzyskane z kilkunastu krajów od sierpnia 2020 roku do lipca 2021 roku od ok. 13 tys. pacjentów leczonych nowoczesnymi pompami insulinowymi zintegrowanymi z systemami ciągłego pomiaru glikemii. Rzeczywiste dane potwierdziły, że pacjenci z Polski są jednymi z najlepiej wyrównanych metabolicznie, osiągając średni czas w zakresie normoglikemii (TIR -Time in Range) na poziomie 81,2% (norma TIR > proc.). U dzieci z cukrzycą typu 1 poniżej 15. roku uzyskano w Polsce najlepsze wyniki wyrównania metabolicznego (wskaźnik TIR wyniósł 82,3%)<sup>52</sup>.

Warto też wspomnieć o wynikach opublikowanych przez polskich ekspertów w dziedzinie diabetologii w 2021 r. Była to pierwsza kompleksowa analiza danych RWE obejmująca populację polskich pacjentów z cukrzycą. Jednoznacznie potwierdza ona, iż pacjenci w Polsce pełniej wykorzystują możliwości, jakie daje ciągłe monitorowanie glikemii poprzez skanowanie (FGM), niż populacja ogólnoswiatowa. Polscy pacjenci skanują się częściej (21,4 skany vs 13,4 skany w ciągu doby), dzięki czemu uzyskują lepszą kontrolę glikemii niż populacja światowa. To dowód, że pacjenci w Polsce bardzo dobrze wykorzystują nowoczesne technologie. Nowe preparaty insuliny, nowoczesny sprzęt dozujący insulinę oraz systemy ciągłego monitorowania glikemii pozwalają na istotną redukcję ryzyka występowania ostrych powikłań - w tym hipoglikemii - oraz skuteczną kontrolę stężenia glikemii. Dostępne nowoczesne technologie i insuliny u dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 znacznie podnoszą jakość ich życia, dając pacjentowi poczucie wolności i oderwania od uciążliwego kontrolowania choroby.

Ewolucja terapii cukrzycy typu 1 następowała od podań insuliny w zastrzykach i penach, poprzez pompy insulinowe, aż do systemów zintegrowanych, które nazywane są „sztuczną trzustką” lub „pętlą zamkniętą”. Jest to połączenie pompy insulinowej z systemem ciągłego monitorowania glikemii (CGM). W czasie pierwszej polskiej prezydencji w 2011 roku ówczesna Minister Zdrowia, Pani Ewa Kopacz wprowadziła pełną refundację publiczną pomp insulinowych u dzieci i młodzieży do 26 roku życia. Dzieci i młodzież z cukrzycą typu 1 z pomocą diabetologów dziecięcych wykorzystywały maksymalnie możliwość zastosowania najnowocześniejszej terapii pomp insulinowych zintegrowanych z systemem ciągłego monitorowania glikemii. To jest fakt, który jest ogłaszany na wszystkich zjazdach Amerykańskiego i Europejskiego Towarzystwa Diabetologicznego. A jednocześnie jesteśmy niechlubnym wyjątkiem wśród wszystkich krajów europejskich w zakresie refundacji publicznej pomp insulinowych dla pacjentów powyżej 26 roku życia. Tylko Polska, Łotwa, Estonia i Bułgaria nie refundują pomp insulinowych dla tych pacjentów. A widać - na podstawie populacji polskich dzieci i młodzieży - że warto inwestować w te rozwiązania. Dlatego rekomendowana jest refundacja publiczna systemów zintegrowanych bez limitu wiekowego w Polsce<sup>53</sup>.

Dodatkowo powinna zostać podwyższona wycena NFZ dla pomp insulinowych zintegrowanych z RT-CGM oraz refundacja świadczenia podłączenia pompy insulinowej realizowane w trakcie hospitalizacji pacjenta. Postulujemy również o wprowadzenie i refundowanie przez NFZ nowych świadczeń w opiece diabetologicznej:

<sup>52</sup> Szadkowska A, Baranowska-Jaźwiecka A, Michalak A, Jarosz-Chobot P, Myśliwiec M, Głowińska-Olszewska B, Szypowska A, Nazim J, Mazur A, Szalecki M, Skowrońska B, Kucharska-Zubkiewicz A, Beń-Skowronek I, Walczak M, Klupa T, Wolnik B, Zozulińska-Ziótkiewicz D, Młynarski W; PolPeDiab HbA1c Study Group. Above 40% of Polish children and young adults with type 1 diabetes achieve international HbA1c target - results of a nationwide cross-sectional evaluation of glycemic control: The PolPeDiab HbA1c study. *Pediatr Diabetes*. 2021 Nov;22(7):1003-1013. doi: 10.1111/pedi.13250. Epub 2021 Aug 4. Erratum in: *Pediatr Diabetes*. 2022 Feb;23(1):165. doi: 10.1111/pedi.13302. PMID: 34351670.

<sup>53</sup> Nowoczesne terapie rewolucjonizują myślenie o cukrzycy. Dostępne: <https://zdrowie.pap.pl/byc-zdrowym/nowoczesne-terapie-rewolucjonizuja-myslenie-o-cukrzycy>

- Wizyt ambulatoryjnych pacjentów leczonych pompa insulinową,
- Wizyt ambulatoryjnych pacjentów stosujących RT-CGM,
- Porady edukacyjnej,
- Porady dietetycznej,
- Porady psychologicznej.<sup>54</sup>

Bardzo istotnym działaniem w kierunku optymalizacji opieki diabetologicznej jest uruchomienie programu pilotażowego w województwie mazowieckim w zakresie badań przesiewowych w kierunku wczesnego rozpoznania cukrzycy typu 1, który obejmie 20 tysięcy dzieci. Każde dziecko uczestniczące w programie będzie miało pobraną jednorazowo krew kapilarną przez nakłucie palca. Krew dziecka zostanie zbadana pod kątem autoprzeciwciał typowych dla cukrzycy typu 1 (GADA, IA2A, ZnT8). Wytypowanie tych autoprzeciwciał jest oznaką stanu zapalnego komórek trzustki produkującej insulinę. Można je wykryć we krwi na wiele lat przed wystąpieniem pełnoobjawowej cukrzycy. Do programu mogą zgłaszać się rodzice z dzieckiem w wieku 2-17 lat, u których dotychczas nie stwierdzono cukrzycy. Wczesne rozpoznanie cukrzycy typu 1 przynosi szereg korzyści, takich jak zmniejszenie ryzyka kwasicy ketonowej, która może być śmiertelna, poprawa jakości życia pacjentów, ponieważ wczesna diagnoza umożliwia łagodniejsze przejście przez fazę początkową choroby, co zmniejsza stres i pozwala na szybszą adaptację do leczenia. Identyfikacja predyspozycji genetycznych i czynników środowiskowych pozwoli na rozwój strategii prewencji cukrzycy typu 1.

Dzięki zmianom wprowadzającym badanie lipidogramu w bilansie sześciolatka możliwe stało się pobranie krwi, co otwiera nowe perspektywy w diagnostyce dzieci. Pozwala to na wykrywanie chorób sercowo-naczyniowych oraz zapobieganie ich rozwojowi, a jednocześnie stwarza okazję do rozpoznania innych chorób na wczesnym etapie, na przykład w kierunku cukrzycy typu 1 czy celiakii, co może znacząco poprawić profilaktykę zdrowotną najmłodszych. Przykład Włoch, gdzie przeprowadzane są takie kompleksowe badania, pokazuje, że wczesna diagnoza może prowadzić do zmniejszenia ryzyka powikłań w przyszłości, co dodatkowo podkreśla znaczenie tego podejścia<sup>55</sup>.

Wykorzystajmy polską prezydencję i dołączmy do Unii Europejskiej w zakresie wysokiej jakości opieki diabetologicznej.

---

## **Prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz**

Past-Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Ostatnie lata w polskiej diabetologii to poszerzenie dostępu do leków, które rewolucjonizują leczenie cukrzycy - takich jak floszyny, analogi GLP-1 i gliptyny. Dziś można powiedzieć, że mamy całe portfolio leków, które pozwala nam personalizować terapię pacjenta. O to zabiegaliśmy od wielu lat i to się dokonało. Wszystkie te zmiany z pewnością pozwolą na to, by lepiej i skuteczniej leczyć w kraju pacjentów z cukrzycą, a co równie ważne — ich komfort życia zdecydowanie się poprawi. Liczymy, że dostęp do tych skutecznych leków będzie się dalej poszerzał.

<sup>54</sup> Parlamentarny Zespół ds. Cukrzycy. Konferencja z okazji Światowego Dnia Cukrzycy: Diabetologia - zdrowotny priorytet na wczoraj, dziś i jutro. Sejm RP. 24.11.2024. Dostępne: [https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisja.xsp?documentId=B56CAF79B2CDA689C1258B97003D0CB4&symbol=TRANSMISJA\\_ARCH&info=T](https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisja.xsp?documentId=B56CAF79B2CDA689C1258B97003D0CB4&symbol=TRANSMISJA_ARCH&info=T)

<sup>55</sup> Debata Medycznej Racji Stanu „Europa i Polska wobec wyzwań zdrowia” dostęp: <https://www.youtube.com/live/jT4SImXOWYM>

Cały czas dużym problemem jest brak adekwatnej do potrzeb pacjenta zindywidualizowanej edukacji, która już w momencie rozpoznania choroby pozwoliłaby wejść choremu w tory dające szansę na lepsze życie z cukrzycą. Potrzebujemy większego zrozumienia ze strony decydentów korzyści płynących z finansowania edukacji zdrowotnej, także jej wycenienia. Wciąż wielu pacjentów z powodu braku edukacji i motywacji do przestrzegania zaleceń lekarskich niedostatecznie partycypuje w procesie leczenia. W skrajnych przypadkach nie stosują się do zaleceń dotyczących przyjmowania leków. Dlatego mówimy, że edukacja w chorobach przewlekłych jest niezbędna, bo pacjent wyedukowany ma szansę na dłuższe życie.

Kolejnym ważnym wydarzeniem dla polskich diabetologów było uruchomienie w zeszłym roku pilotażowego programu leczenia zachowawczego zespołu stopy cukrzycowej. Celem programu jest ocena organizacji i efektów opieki nad pacjentami z zespołem stopy cukrzycowej w ramach połączonych świadczeń na oddziałach chorób wewnętrznych i chirurgii z pooperacyjną kontrolą procesu gojenia. Zespół stopy cukrzycowej to jedno z najpoważniejszych powikłań cukrzycy, często kończące się amputacją. Zagrożony tym jest znaczący odsetek Polaków z cukrzycą. Liczymy, że szerokie wdrożenie programu opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej przeloży się na istotne zmniejszenie liczby wykonywanych w kraju amputacji kończyn dolnych.<sup>56</sup>

---

## **Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek**

Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometabolicznych Wydziału Nauk Medycznych SUM w Zabrze

W Polsce jest 1,5 tys. specjalistów diabetologii i 3 mln chorych, co oznacza, że diabetolodzy nie są w stanie objąć opieką wszystkich pacjentów – muszą się tym zajmować lekarze rodzinni. W zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego rozpisany jest podział kompetencji – lekarz rodzinny zajmuje się pacjentami na lekach doustnych, którzy stanowią większość, natomiast pacjentami na insulinie oraz pacjentami z powikłaniami cukrzycy zajmuje się specjalista.

W styczniu 2023 roku został stworzony model opieki koordynowanej, która polega na tym, że pacjent chorujący na cukrzycę jest prowadzony w poradni lekarza rodzinnego i raz do roku kieruje się go z kompletem badań na konsultację do specjalisty. Specjalista weryfikuje wyniki badań, prowadzi edukację w zakresie diety, samokontroli glikemii oraz aktywności fizycznej i ordynuje odpowiednie leczenie, tzn. albo utrzymuje leczenie, które prowadził lekarz POZ, albo wprowadza nowe leki bądź nowe dawkowanie. Następnie odsyła pacjenta z powrotem do lekarza rodzinnego celem kontynuowania stałej opieki. To jest bardzo dobry system, który wspiera lekarzy rodzinnych; dzięki opiece koordynowanej lekarze POZ mają możliwość zweryfikowania sposobu postępowania z chorymi na cukrzycę i koordynowania terapii według zaleceń specjalistów<sup>57</sup>.

<sup>56</sup> Prof. Zozulińska-Ziółkiewicz: chorzy na cukrzycę potrzebują zindywidualizowanej edukacji. Puls Medycyny Dostępne: <https://pulsmedycyny.pl/prof-zozulinska-ziolkiewicz-chorzy-na-cukrzyce-potrzebujaja-zindywidualizowanej-edukacji-1210722>

<sup>57</sup> Prof. Krzysztof Strojek: Opieka koordynowana nad pacjentem z cukrzycą typu 2. Dostępne: <https://swiatlekarza.pl/prof-krzysztof-strojek-opieka-koordynowana-nad-pacjentem-z-cukrzyca-typu-2/>



# Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej z perspektywy pacjentów diabetologicznych

---

## Monika Kaczmarek

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

W ostatnich latach w zakresie diagnostyki i leczenia diabetyków zaszło wiele pozytywnych zmian, chociażby w refundacji nowoczesnych terapii. Wciąż wiele jest do zrobienia. Chcemy walczyć o dalszą refundację nowoczesnych leków, w tym m.in. flozyn. Kryteria refundacji trzeba złagodzić, bo wielu pacjentów wciąż nie może być przez nie włączonych do leczenia<sup>58</sup>.

2024 rok był czwartym rokiem obowiązywania w Polsce tzw. opłaty cukrowej. Nadal istnieje potrzeba uszczelnienia przepisów w zakresie egzekwowania należności, ale przede wszystkim konieczna jest właściwa alokacja zgromadzonych środków. W sprawozdaniach NFZ nie ma szczegółowej informacji, na co i w jakiej wysokości przeznaczane jest ok. 1,5 miliarda złotych, które trafia do NFZ z tytułu opłaty cukrowej co roku. Trudno zatem ocenić, czy są one wydawane zgodnie z ustawowym przeznaczeniem i czy polscy pacjenci diabetologiczni faktycznie na tym korzystają. PSD domaga się zmian, takich jak: ewidencjonowanie wydatków – wskazywanie w ramach sprawozdania Narodowego Funduszu Zdrowia, jaka część środków przeznaczonych na opiekę diabetologiczną pochodziła z podatku cukrowego i jakie kwoty przeznaczono na realizację poszczególnych zadań; planowania alokacji – poprawa zarządzania środkami z opłaty cukrowej poprzez wprowadzenie konieczności regularnego, możliwie precyzyjnego planowania wydatkowania środków z opłaty cukrowej w kolejnym roku; kierunkowego wydatkowania środków – planowana alokacja ma na celu zapewnienie, że środki z opłaty cukrowej będą „znaczone” i wydatkowane zgodnie z ustawowym przeznaczeniem – tj. m.in. na wczesne interwencje – ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki chorób cywilizacyjnych oraz edukacji zdrowotnej oraz zapewnianie dostępu do nowoczesnych terapii, wyrobów medycznych oraz profilaktyki powikłań cukrzycy wraz z zapewnieniem dostępu do ich właściwego leczenia – ze szczególnym uwzględnieniem stopy cukrzycowej oraz powikłań sercowo-naczyniowych i nerkowych. Stowarzyszenie wskazuje, że podsumowania NFZ – do których jest zobligowany przez ustawę o opłacie cukrowej – stanowią nadal “w zasadzie zbiór wszystkich działań z obszaru profilaktyki i leczenia chorób metabolicznych – refundację produktów leczniczych w cukrzycy, realizacja KOS-BAR, realizacja świadczeń w ramach AOS, portal diety NFZ i jego promocja, akcja „Środy z profilaktyką”, Akademia NFZ, treści na stronie pacjent.gov.pl, działania stacjonarne w zakresie profilaktyki otyłości, stanowiska ds. profilaktyki w oddziałach wojewódzkich NFZ oraz stacjonarne wydarzenia profilaktyczne”. Tymczasem potrzebne są konkretne i szczegółowe informacje, które pozwoliły zweryfikować, czy środki z opłaty cukrowej wydatkowane są efektywnie i czy polski pacjent rzeczywiście jest ich beneficjentem<sup>59</sup>.

Szczególne potrzeby pacjentów dotyczą sfery psychicznej. Wielu z nich zgłasza lęk, żyje w stresie, nie akceptuje choroby. Dotyczy to również dzieci z cukrzycą, które pragną robić to, co ich zdrowi koledzy, chcą, aby choroba nie determinowała ich wyborów życiowych. Tymczasem placówki oświatowe nie chcą ich przyjmować, bo personel nie potrafi zająć się chorym dzieckiem.

<sup>58</sup> Diabetycy czekają na kolejne zmiany. Dostępne: <https://www.medexpress.pl/pacjent/diabetycy-czekaja-na-kolejne-zmiany/>

<sup>59</sup> Stanowisko dotyczące wydatkowania środków z opłaty cukrowej. PSD 10.06.2024 Dostępne: <https://diabetyk.org.pl/wydatkowanie-srodkow-z-oplaty-cukrowej/>

W okresie październik - grudzień 2024 r. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków przeprowadziło ankietę wśród pacjentów. Jej celem było pozyskanie informacji zarówno na temat najważniejszych - z perspektywy pacjenta – potrzeb i wyzwań, ale także na temat dostępności opieki diabetologicznej, jej jakości oraz zadowolenia pacjentów.

Nie było zaskoczeniem, że wśród głównych problemów, z jakimi mierzą się pacjenci, wskazywano długi czas oczekiwania na wizytę u diabetologa, małą liczbę specjalistów diabetologii w regionach, a także ograniczony dostęp do nowoczesnych opcji leczenia. Wielu chorych podkreślało też, że czują się niedoinformowani – podczas wizyty brak czasu na fachową poradę edukacyjną i rozmowę z lekarzem. Często skarżą się także na brak wsparcia psychologicznego, a także niewystarczający poziom opieki – brak koordynacji leczenia z innymi specjalistami, brak kompleksowego badania podczas wizyty, jak i pogłębionej diagnostyki.

W ankiecie pacjenci dzielili się także swoją opinią na temat tzw. opieki koordynowanej, a także udziału lekarza POZ w terapii cukrzycy. Tu – niestety – wyniki są bardzo alarmujące. Zdecydowana większość respondentów wskazywała, że nie jest objęta opieką koordynowaną, a wielu z nich w ogóle nie wiedziało o istnieniu takiego instrumentu! Zwłaszcza chorzy mieszkający na wsi i w miastach podkreślali, że w ich okolicach nie ma ani jednej placówki medycznej, która oferuje taki rodzaj opieki nad pacjentem. Opieka koordynowana jest niewątpliwie instrumentem, który może znacząco poprawić efektywność opieki nad chorym na cukrzycę, ale wciąż dla wielu Polaków - niedostępnym. Wymaga on dalszego rozwoju, tak aby ograniczyć wykluczenie społeczne - zwłaszcza ze względu na miejsce zamieszkania.

Jak wskazują wyniki, niezwykle częste są także wątpliwości, czy lekarz POZ jest w ogóle kompetentny, jeśli chodzi o leczenie cukrzycy. Część z pacjentów podczas wizyt w ogóle nie porusza tematu cukrzycy lub ogranicza się do poproszenia lekarza o przedłużenie recepty bądź też wystawienie skierowania do specjalisty lub na badania.

Należy niezmiennie działać na rzecz poprawy dostępu oraz jakości edukacji zdrowotnej. Edukacja zdrowotna jest bowiem kluczowym elementem kształtowania zdrowych nawyków i świadomości prozdrowotnej już od najmłodszych lat, a szkoła stanowi idealne miejsce do realizacji tego celu. Wprowadzenie nowego przedmiotu „edukacja zdrowotna” to ważny krok, który powinien uwzględniać tematykę chorób cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca. Taka wiedza może przyczynić się do skuteczniejszej profilaktyki, wczesnego wykrywania oraz ograniczania ryzyka powikłań.

# Rekomendacje Forum Ekspertów ds. Cukrzycy

Na początku 2024 r. Forum Ekspertów ds. Cukrzycy stworzyło zaktualizowaną wersję Rekomendacji zmian w opiece diabetologicznej. Eksperti, którzy brali udział w opracowaniu dokumentu apelowali we wstępie, aby diabetologia pozostała jednym z priorytetów zdrowotnych dla wszystkich interesariuszy systemowych, decydentów i płatników.

Podobnie jak w opracowaniu z roku 2021, członkowie Forum wskazali kluczowe obszary i propozycje zmian.

## **Obszar I.** Zmiany systemowe

1. Poprawa zarządzania środkami z opłaty cukrowej – usystematyzowane alokowanie i ewidencjonowanie wydatków z tego tytułu oraz przeznaczenie części wpływów na zapobieganie i leczenie cukrzycy w Polsce w tym przede wszystkim:
  - na wczesne interwencje – ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki chorób cywilizacyjnych oraz edukacji zdrowotnej;
  - zapewnianie dostępu – zgodnie z aktualnymi wytycznymi klinicznymi - do nowoczesnych terapii, wyrobów medycznych oraz profilaktyki powikłań cukrzycy wraz z zapewnieniem dostępu do ich właściwego leczenia – ze szczególnym uwzględnieniem stopy cukrzycowej oraz powikłań sercowo-naczyniowych i nerkowych.
2. Opracowanie kryteriów kierowania pacjentów do POZ, AOS i szpitali w celu umocnienia roli ambulatoryjnej opieki diabetologicznej.
3. Poprawa wyceny świadczeń w diabetologii.

## **Obszar II.** Profilaktyka i edukacja na poziomie szkoły

4. Włączanie edukacji zdrowotnej w całościowy program szkolny poprzez m.in. wprowadzenie lekcji o zdrowiu.
5. Rozważanie koncepcji wdrożenia medycyny szkolnej.

## **Obszar III.** Efektywne wykorzystywanie zasobów systemu ochrony zdrowia w opiece diabetologicznej

6. Zwiększenie zaangażowania pielęgniarek diabetologicznych w opiece nad pacjentem z cukrzycą z jednoczesnym opracowaniem kryteriów kwalifikacji i wytycznych kształcenia koordynatora/edukatora zdrowotnego.
7. Wykorzystanie elementów opieki farmaceutycznej na rzecz wsparcia pacjentów z cukrzycą.
8. Dalszy rozwój opieki koordynowanej w cukrzycy wraz z zaleceniem prowadzenia opieki diabetologicznej na poziomie POZ i opracowaniem standardów w tym zakresie.
9. Promocja i realizacja programów profilaktycznych, ze szczególnym uwzględnieniem populacyjnych badań przesiewowych takich jak bilans zdrowia na rzecz wcześniejszej diagnostyki cukrzycy<sup>60</sup>.

<sup>60</sup> Rekomendacje zmian w opiece diabetologicznej. Medycyna Praktyczna 27.03.2024 Dostępne: <https://diabetologia.mp.pl/wiadomosci/345497,rekomendacje-zmian-w-opiece-diabetologicznej>

# Załącznik 1.

## Decyzje refundacyjne Ministra Zdrowia w zakresie nowych cząsteczko-wskazań leków stosowanych w terapii cukrzycy w latach 2021 - styczeń 2025

**Tabela 18.** Decyzje refundacyjne Ministra Zdrowia w zakresie nowych cząsteczko-wskazań leków stosowanych w terapii cukrzycy w latach 2021 - styczeń 2025

Rok	Grupa leków	Wskazanie refundacyjne
2025	Trulicity (dulaglutyd)	<p>Powrót na styczniowy wykaz refundacyjny leków Trulicity po okresie tymczasowego trzymiesięcznego braku finansowania ze środków publicznych, we wskazaniu tożsamym w stosunku do poprzedniego.</p> <p>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c <math>\geq 7,5\%</math>, z otyłością definiowaną jako BMI <math>\geq 30</math> kg/m<sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek <math>\geq 55</math> lat dla mężczyzn, <math>\geq 60</math> lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu.</p>
2024	Abasaglar (insulinum glarginum) Lantus (insulinum glarginum) Levemir (insulinum detemirum) Ryzodeg (insulinum degludecum + insulinum aspartum) Toujeo (insulinum glarginum) Tresiba (insulinum degludecum)	<p>Rozszerzenie wskazań refundacyjnych produktów leczniczych z grupy limitowej 14.3 – Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny, polegające na usunięciu zapisów dotyczących konieczności stosowania insuliny NPH, występowania hipoglikemii oraz typu cukrzycy.</p> <p>Dopasowanie kryterium wiekowego dla stosowania insuliny Levemir do zgodnego z Charakterystyką Produktu Leczniczego, tj. od 1 roku życia.</p>
	Invokana (kanagliflozyna)	<p>Powrót na wykaz leków refundowanych i na listę bezpłatnych leków dla seniorów po 5-miesięcznej nieobecności, we wskazaniu niezmienionym w stosunku do wskazania obowiązującego do 31 października 2023 r.</p> <p>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c <math>\geq 7,5\%</math> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek <math>\geq 55</math> lat dla mężczyzn, <math>\geq 60</math> lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość.</p>
	Forxiga (dapagliflozyna)	<p>Powrót na wykaz leków refundowanych i na listę bezpłatnych leków dla seniorów po dwumiesięcznej nieobecności. Wskazanie diabetologiczne pozostaje bez zmian w stosunku do wskazania obowiązującego do 31 października 2024 r.</p> <p>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c <math>\geq 7,5\%</math> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek <math>\geq 55</math> lat dla mężczyzn, <math>\geq 60</math> lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość.</p>

2023	Glypviso (wildagliptyna)	<p>Uzupełnienie diety i ćwiczeń fizycznych w celu poprawy kontroli glikemii u osób dorosłych z cukrzycą typu 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• w monoterapii u pacjentów, u których metformina jest nieodpowiednia z powodu występowania przeciwwskazań lub nietolerancji,</li> <li>• w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy, w tym z insuliną, gdy produkty te nie zapewniają wystarczającej kontroli glikemii.</li> </ul>
	Maymetsi (sitagliptyna + metforminy chlorowodorek)	<p>U dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• do stosowania, oprócz diety i ćwiczeń fizycznych, w celu poprawy kontroli glikemii u pacjentów z glikemią niedostatecznie wyrównaną podczas stosowania maksymalnej tolerowanej dawki metforminy w monoterapii lub u pacjentów już leczonych sitagliptyną w skojarzeniu z metforminą,</li> <li>• do stosowania w skojarzeniu z pochodną sulfonylomocznika (tj. w leczeniu potrójnie skojarzonym), oprócz diety i ćwiczeń fizycznych, u pacjentów z glikemią niedostatecznie wyrównaną podczas stosowania maksymalnej tolerowanej dawki metforminy i pochodnej sulfonylomocznika,</li> <li>• w leczeniu potrójnie skojarzonym z agonistą receptora aktywowanego przez proliferatory peroksydomów typu gamma (PPAR<sub>γ</sub>) (np. tiazolidynedionem), oprócz diety i ćwiczeń fizycznych, u pacjentów z glikemią niedostatecznie wyrównaną podczas stosowania maksymalnej tolerowanej dawki metforminy i agonisty receptora PPAR<sub>γ</sub>,</li> <li>• do stosowania, jako lek uzupełniający podanie insuliny (tj. w leczeniu potrójnie skojarzonym), pomocniczo wraz z dietą i ćwiczeniami fizycznymi, w celu poprawy kontroli glikemii u pacjentów, u których stosowanie stałej dawki insuliny i metforminy nie zapewnia odpowiedniej kontroli glikemii.</li> </ul>
	Maysiglu (sitagliptyna)	<p>U dorosłych z cukrzycą typu 2 w celu poprawy kontroli glikemii:</p> <p><b>a)</b> w monoterapii (u pacjentów nieodpowiednio kontrolowanych wyłącznie dietą i ćwiczeniami fizycznymi, u których stosowanie metforminy jest niewłaściwe z powodu przeciwwskazań lub nietolerancji);</p> <p><b>b)</b> w dwuskładnikowej terapii doustnej w skojarzeniu z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• metforminą w przypadku, gdy dieta i ćwiczenia fizyczne oraz stosowanie jedynie metforminy nie wystarczają do odpowiedniej kontroli glikemii;</li> <li>• pochodną sulfonylomocznika w przypadku, gdy dieta i ćwiczenia fizyczne oraz stosowanie jedynie maksymalnej tolerowanej dawki pochodnej sulfonylomocznika nie wystarczają do odpowiedniej kontroli glikemii oraz w przypadku, gdy stosowanie metforminy jest niewłaściwe z powodu przeciwwskazań lub nietolerancji;</li> <li>• agonistą receptora aktywowanego przez proliferatory peroksydomów typu gamma (PPAR<sub>γ</sub>) (tj. tiazolidynedionem), jeśli zastosowanie agonisty receptora PPAR<sub>γ</sub> jest wskazane i kiedy stosowanie diety i ćwiczeń fizycznych w połączeniu z agonistą receptora PPAR<sub>γ</sub> w monoterapii nie zapewnia odpowiedniej kontroli glikemii;</li> </ul> <p><b>c)</b> w trójskładnikowej terapii doustnej w skojarzeniu z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pochodną sulfonylomocznika i metforminą w przypadku, gdy dieta i ćwiczenia fizyczne oraz stosowanie tych produktów leczniczych nie wystarczają do odpowiedniej kontroli glikemii;</li> <li>• agonistą receptora PPAR<sub>γ</sub> i metforminą, kiedy zastosowanie agonisty receptora PPAR<sub>γ</sub> jest wskazane i kiedy stosowanie diety i ćwiczeń fizycznych w połączeniu z tymi produktami leczniczymi nie wystarczają do odpowiedniej kontroli glikemii.</li> </ul> <p>Produkt leczniczy Maysiglu jest także wskazany do stosowania jako lek uzupełniający w stosunku do insuliny (z metforminą lub bez), kiedy dieta i ćwiczenia fizyczne w połączeniu ze stałą dawką insuliny nie zapewniają odpowiedniej kontroli glikemii.</p>
	Suliqua (insulina glargine + liksyzenatyd)	<p>Pierwszy lek refundowany w cukrzycy stanowiący połączenie analogu GLP-1 oraz insuliny glargine.</p> <p>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c <math>\geq</math> 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI <math>\geq</math> 30 kg/m<sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród</p>

		wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu.
	Tresiba (insulina degludec)	<p>Podskórna, długodziałająca insulina bazowa degludec bez skojarzenia z dodatkową substancją czynną o działaniu hipoglikemizującym. W przeszłości produkt refundowany w dwóch innych prezentacjach, których refundacja została zaprzestana na skutek decyzji podmiotu odpowiedzialnego. Redukcja kryterium kwalifikującego do leczenia - poziomu hemoglobiny glikowanej, o 0,5 punktu procentowego (z <math>\geq</math>8% na <math>\geq</math>7,5%).</p> <p>Cukrzyca typu I u dorosłych; cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c <math>\geq</math>7,5% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO); cukrzyca typu I u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży; cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c <math>\geq</math>7,5% oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)</p>
	Vimetso (wildagliptyna + chlorowodorek metforminy)	<p>Stosowanie jako uzupełnienie diety i ćwiczeń fizycznych w celu poprawy kontroli glikemii u osób dorosłych z cukrzycą typu 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• u pacjentów, u których nie uzyskano wystarczającej kontroli glikemii po zastosowaniu chlorowodoru metforminy w monoterapii,</li> <li>• u pacjentów już leczonych wildagliptyną w skojarzeniu z chlorowodorkiem metforminy, w postaci oddzielnych tabletek,</li> <li>• w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy, w tym z insuliną, gdy produkty te nie zapewniają wystarczającej kontroli glikemii.</li> </ul>
<b>2022</b>	Forxiga (dapagliflozyna)	<p>Rozszerzenie aktualnego wskazania refundacyjnego, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zmniejszenie wymogu z HbA1c <math>\geq</math> 8,0% na HbA1c <math>\geq</math> 7,5%</li> <li>• usunięcie ograniczenia w zakresie braku stosowania insuliny przez pacjenta przed zastosowaniem leków flozynowych</li> <li>• usunięcie konieczności 6 miesięcznego okresu stosowania dwóch leków przed włączeniem do leczenia lekami flozynowymi</li> </ul> <p>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c <math>\geq</math> 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek <math>\geq</math> 55 lat dla mężczyzn, <math>\geq</math>60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość.</p>
	Invokana (kanagliflozyna)	<p>Rozszerzenie aktualnego wskazania refundacyjnego, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zmniejszenie wymogu z HbA1c <math>\geq</math> 8,0% na HbA1c <math>\geq</math> 7,5%</li> <li>• usunięcie ograniczenia w zakresie braku stosowania insuliny przez pacjenta przed zastosowaniem leków flozynowych</li> <li>• usunięcie konieczności 6 miesięcznego okresu stosowania dwóch leków przed włączeniem do leczenia lekami flozynowymi</li> </ul> <p>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c <math>\geq</math> 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek <math>\geq</math> 55 lat dla mężczyzn, <math>\geq</math>60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość</p>
	Jardiance (empagliflozyna)	<p>Rozszerzenie aktualnego wskazania refundacyjnego, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zmniejszenie wymogu z HbA1c <math>\geq</math> 8,0% na HbA1c <math>\geq</math> 7,5%</li> <li>• usunięcie ograniczenia w zakresie braku stosowania insuliny przez pacjenta przed zastosowaniem leków flozynowych</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• usunięcie konieczności 6 miesięcznego okresu stosowania dwóch leków przed włączeniem do leczenia lekami flozynowymi</li> </ul> <p>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c <math>\geq</math> 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub</li> <li>• uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub</li> <li>• obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek <math>\geq</math> 55 lat dla mężczyzn, <math>\geq</math>60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość.</li> </ul>
Ozempic (semaglutyd)	<p>Rozszerzenie aktualnego wskazania refundacyjnego, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zmniejszenie wymogu z HbA1c <math>\geq</math> 8,0% na HbA1c <math>\geq</math> 7,5%</li> <li>• zmniejszenie wymogu z BMI <math>\geq</math>35 kg/m<sup>2</sup> na BMI <math>\geq</math>30 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• usunięcie ograniczenia w zakresie braku stosowania insuliny przez pacjenta przed zastosowaniem analogów GLP-1</li> <li>• usunięcie konieczności 6 miesięcznego okresu stosowania dwóch leków przed włączeniem do leczenia analogami GLP-1</li> </ul> <p>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c <math>\geq</math> 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI <math>\geq</math>30 kg/m<sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek <math>\geq</math> 55 lat dla mężczyzn, <math>\geq</math>60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu.</p>
Trulicity (dulaglutyd)	<p>Rozszerzenie aktualnego wskazania refundacyjnego, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zmniejszenie wymogu z HbA1c <math>\geq</math> 8,0% na HbA1c <math>\geq</math> 7,5%</li> <li>• zmniejszenie wymogu z BMI <math>\geq</math>35 kg/m<sup>2</sup> na BMI <math>\geq</math>30 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• usunięcie ograniczenia w zakresie braku stosowania insuliny przez pacjenta przed zastosowaniem analogów GLP-1</li> <li>• usunięcie konieczności 6 miesięcznego okresu stosowania dwóch leków przed włączeniem do leczenia analogami GLP-1</li> </ul> <p>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c <math>\geq</math> 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI <math>\geq</math>30 kg/m<sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek <math>\geq</math> 55 lat dla mężczyzn, <math>\geq</math>60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu.</p>
Galvus (wildagliptyna)	<p>Nowa refundowana grupa leków przeciwcukrzycowych z grupy inhibitorów DPP-4.</p> <p>W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów, u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c&gt;7% (przez co najmniej 3 miesiące).</p>
Janumet (sitagliptyna+metformina)	<p>Nowa refundowana grupa leków przeciwcukrzycowych z grupy inhibitorów DPP-4.</p> <p>W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów, u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c&gt;7% (przez co najmniej 3 miesiące).</p>
Januvia (sitagliptyna)	<p>Nowa refundowana grupa leków przeciwcukrzycowych z grupy inhibitorów DPP-4.</p> <p>W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów, u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c&gt;7% (przez co najmniej</p>



		3 miesiące).
2021	Tresiba (insulina degludec)	<p>Rozszerzenie aktualnie obowiązujących wskazań refundacyjnych.</p> <p>Cukrzyca typu I u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży. Cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c <math>\geq 8\%</math> oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO).</p>

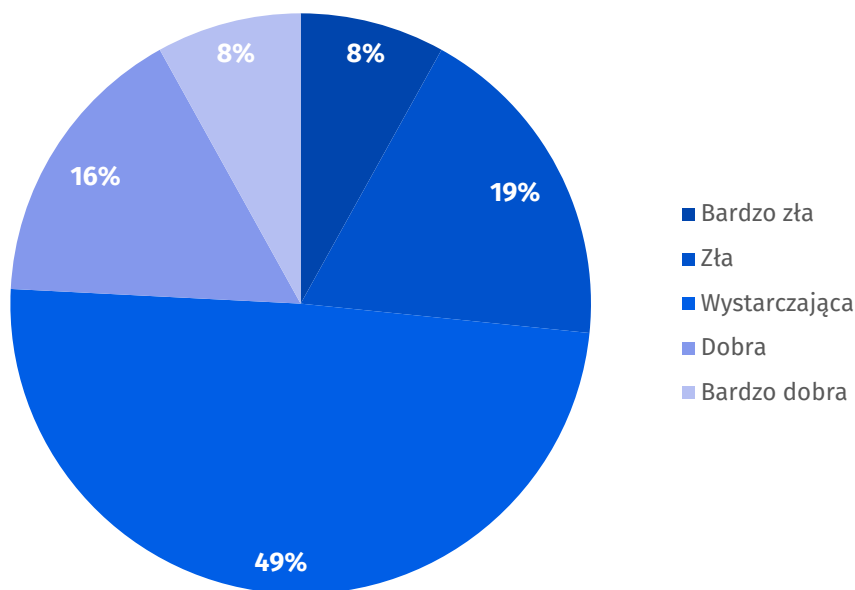
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia

## Załącznik 2.

Wyniki ankiety przeprowadzonej przez Polskie Stowarzyszenie Diabetyków w 2024 r. na grupie 124 pacjentów z cukrzycą w całej Polsce.

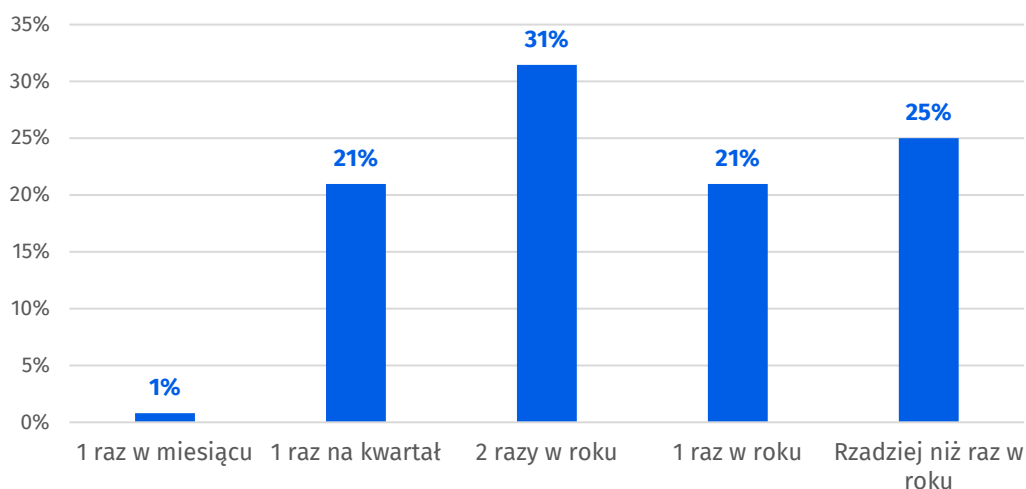
### Część I. Dostęp do opieki diabetologicznej

**Pytanie 1.** Jak ocenia Pan/Pani opiekę diabetologiczną, którą jest otoczony/a?



Blisko połowa (49%) uważa opiekę za jedynie wystarczającą, dla ok. 1/4 jest ona co najmniej dobra (24%) lub przynajmniej zła (27%).

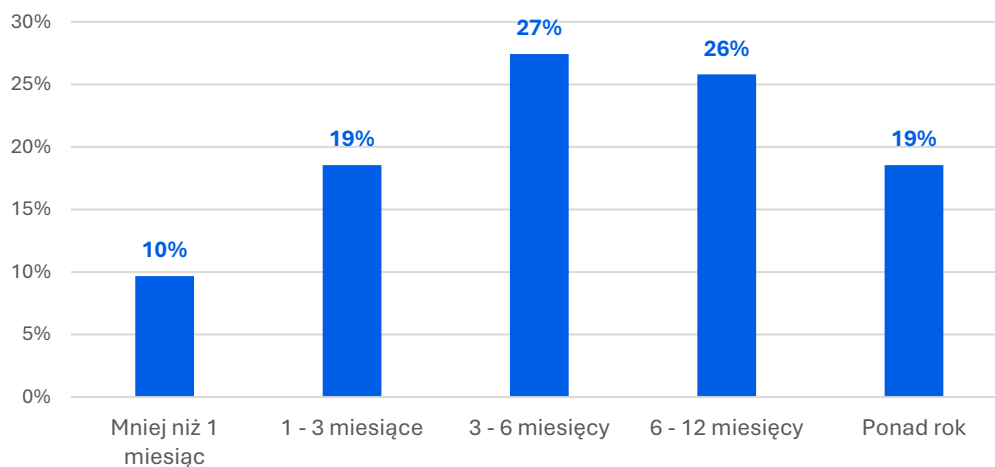
**Pytanie 2.** Jak często odwiedza Pan/Pani diabetologa?



¼ respondentów odpowiedziała, że odwiedza diabetologa nawet rzadziej niż raz w roku. Częściej niż raz w roku diabetologa odwiedza jedynie ok. 53% chorych, którzy wzięli udział w badaniu.

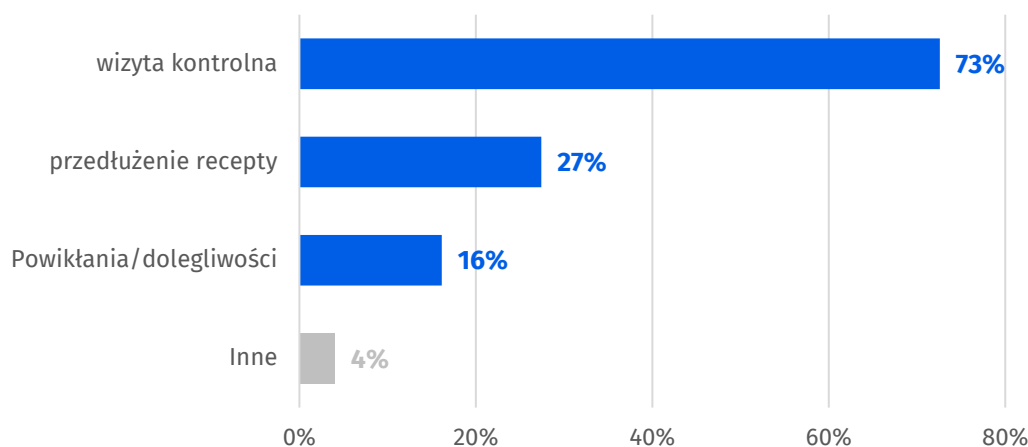
Jak wynika ze szczegółowej analizy danych – 83% mieszkańców miast powyżej 100 tys. odwiedza diabetologa częściej niż raz w roku. W przypadku wsi i miast poniżej 25 tys. wartość ta wynosi odpowiednio 52% i 57%.

**Pytanie 3.** Jaki jest czas oczekiwania na wizytę u diabetologa?



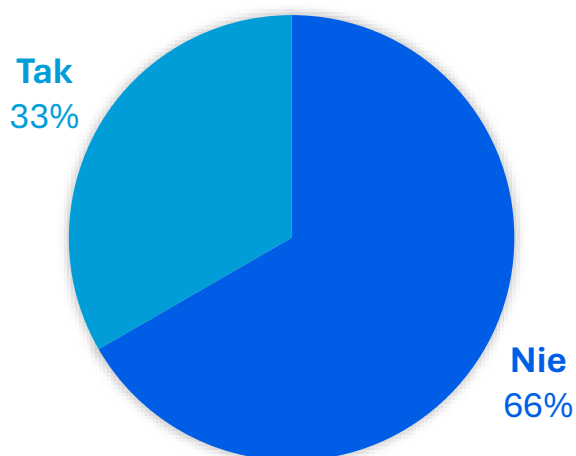
45% respondentów czeka na wizytę u diabetologa przynajmniej 6 miesięcy. 86% respondentów, którzy wskazali że czekają na wizytę ponad rok to mieszkańcy wsi oraz miast poniżej 25 tys. osób.

**Pytanie 4.** Jakie są główne powody wizyty u diabetologa? (pytanie otwarte)



Na wizytę kontrolną – jako główny powód wizyty – wskazało aż 73% respondentów. Dla ponad 25% jest to okazja do przedłużenia recepty.

**Pytanie 5.** Czy korzysta Pan/Pani z wizyt prywatnych?



## Część II. Opieka koordynowana w cukrzycy / rola POZ

**Pytanie 6.** Czy korzysta Pan/Pani z opieki koordynowanej w cukrzycy?

<b>TAK</b> , jestem zadowolony z poziomu opieki	11	<b>9%</b>
<b>TAK</b> , ale nie jestem zadowolony z poziomu opieki	7	<b>6%</b>
<b>NIE</b> , POZ w mojej okolicy nie świadczy opieki koordynowanej	60	<b>48%</b>
<b>NIE</b> i nie wiem, czym jest opieka koordynowana	46	<b>37%</b>

Jak wynika z odpowiedzi, 85% respondentów nie korzysta z opieki koordynowanej. Zaledwie co dziesiąty z respondentów korzysta z opieki i jest zadowolony z otrzymanego świadczenia. Na uwagę zasługuje wysoki odsetek odpowiedzi wskazujących na brak wiedzy o opiece koordynowanej.

Z opieki koordynowanej nie korzysta żadna z osób zamieszkujących wieś, które wzięły udział w badaniu (21 osób). Rozkład odpowiedzi pomiędzy „brak wiedzy” a „brak dostępności” jest zbliżony (11 – 10).

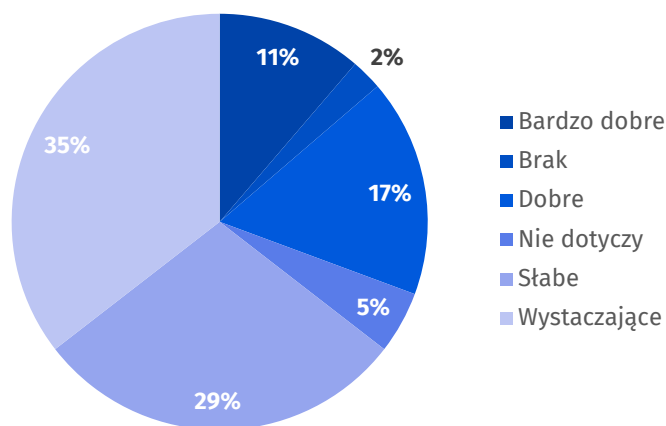
W przypadku miast poniżej 25 tys. – z opieki koordynowanej nie korzysta 85% respondentów, natomiast w przypadku miast zamieszkanym przez 25-50 tys. osób – z tego rozwiązania nie korzysta 94%.

**Pytanie 7.** Czy lekarz POZ bierze czynny udział w terapii cukrzycy?

<b>NIE</b> – nie chodzę do lekarza pierwszego kontaktu	<b>3%</b>
<b>NIE</b> – nie poruszam tematu cukrzycy podczas wizyty u lekarza POZ	<b>12%</b>
<b>TAK</b> – wyłącznie w ograniczonym zakresie (przedłużenie recepty, uzyskanie skierowania)	<b>67%</b>
<b>TAK</b> – lekarz POZ jest podstawowym lekarzem zajmującym się terapią cukrzycy	<b>18%</b>

85% respondentów wskazało, że lekarz POZ bierze czynny udział w terapii cukrzycy, ale dla większości (67%) jest to zakres ograniczony, obejmujący przedłużenie recepty lub wystawienie skierowania na badania.

**Pytanie 8.** Jak ocenia Pan/Pani kompetencje lekarza poz w zakresie leczenia cukrzycy?



### Część III. Wydatki pacjentów i oczekiwania

**Pytanie 9.** Jakie są Pani/Pana miesięczne wydatki na leczenie cukrzycy?

0 - 200 PLN	27%
200 - 400 PLN	31%
400 - 600 PLN	25%
600 - 800 PLN	6%
800 - 1 000 PLN	4%
Ponad 1 000 PLN	7%

Najwięcej respondentów (31%) wskazało, że ich miesięczne wydatki *out of pocket* wynoszą pomiędzy 200 a 400 PLN. Poniżej 600 PLN wydaje miesięcznie 83% pacjentów, ale tylko w przypadku 27% wydatki nie przekraczają 0-200 PLN.

Niezwykle alarmujące jest jednak, że 7% respondentów wskazało, że wydatki wynoszą ponad 1000 PLN.

**Pytanie 10.** Jakie są Pani/Pana zdaniem trzy największe wyzwania i potrzeby w zakresie leczenia cukrzycy

Niewystarczający dostęp do leków i wyrobów - brak/ograniczenia w refundacji – zwłaszcza nowoczesnych opcji leczenia, koszty leków nierefundowanych	45%
Problemy kadrowe - niewystarczająca liczba lekarzy diabetologów, długi czas oczekiwania na wizytę	44%
Niewystarczający poziom/dostęp do edukacji diabetologicznej	21%
Brak koordynacji opieki	12%
Niewystarczający poziom opieki diabetologicznej – zbyt mało badań, ograniczony czas diabetologa, niewystarczająco pogłębiony wywiad z pacjentem	10%
Ograniczona wiedza lekarza POZ w zakresie cukrzycy	3%
Brak wsparcia psychologicznego	3%
Problemy z dostępnością leków już refundowanych	2%

Najczęściej wskazywanym problemem (przez blisko połowę respondentów) jest niewystarczający dostęp do leków i wyrobów medycznych (refundacja nowoczesnych opcji leczenia, koszty leków nierefundowanych) oraz kwestia niewystarczającej liczby diabetologów i długiego czasu oczekiwania na wizytę.

Co piąty respondent wskazał ponadto na kwestie niewystarczającego poziomu edukacji diabetologicznej, a co dziesiąty podkreślił brak koordynacji opieki lub niewystarczający poziom opieki diabetologicznej.

# Bibliografia

Bommer C, Sagalova V, Heesemann E, Manne-Goebler J, Atun R, Bärnighausen T, Davies J, Vollmer S. Global Economic Burden of Diabetes in Adults: Projections From 2015 to 2030. *Diabetes Care*. 2018 May;41(5):963-970. doi: 10.2337/dc17-1962. Epub 2018 Feb 23. PMID: 29475843. Dostępne: <https://diabetesjournals.org/care/article/41/5/963/36522/Global-Economic-Burden-of-Diabetes-in-Adults>

Cukrzyca. *Medycyna Praktyczna* 2023 Dostępne: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.13.1>

Cukrzyca. Polski pacjent na innowacyjne leczenie czeka 1943 dni. *Puls Medycyny* Dostępne:

Declaration on accelerating action on commitments to improve diabetes detection and quality of care. WHO. IDF. 2023 Dostępne: <https://idf.org/europe/media/uploads/sites/2/2023/11/Declaration-EN.pdf>

Diabetycy czekają na kolejne zmiany. Dostępne: <https://www.medexpress.pl/pacjent/diabetycy-czekaja-na-kolejne-zmiany/>

Emily D. Parker, Janice Lin, Troy Mahoney, Nwanneamaka Ume, Grace Yang, Robert A. Gabbay, Nuha A. ElSayed, Raveendhara R. Bannuru; Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2022. *Diabetes Care* 2 January 2024; 47 (1): 26–43. Dostępne: <https://doi.org/10.2337/dci23-0085>

European Association for the Study of Diabetes (EASD) Dostępne: <https://www.easd.org/guidelines.html>

European Parliament adopts ambitious motion for a Diabetes Resolution. 2022 Dostępne: <https://epha.org/european-parliament-adopts-ambitious-motion-for-a-diabetes-resolution/>

First-ever global coverage targets for diabetes adopted at the 75th World Health Assembly. WHO 2022 Dostępne: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/first-ever-global-coverage-targets-for-diabetes-adopted-at-the-75-th-world-health-assembly>

Forum Ekspertów ds. Cukrzycy. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/rpp/forum-ekspertow-ds-cukrzycy>

GAP (Gearing Up Access Proposal For V4). Przegląd choroby. *Cukrzyca* Dostępne: <https://gapv4.eu/gapv4/pl/przeglad-chorob/cukrzyca.html>

Gierczyński J. rozdział Wpływ cukrzycy na system ochrony zdrowia, w raporcie pt. Rozwój terapii w diabetologii. 2022 Dostępne: <https://www.novonordisk.pl/content/dam/nncorp/pl/pl/pdfs/poland-report-9nov2022.pdf>

Global Diabetes Compact. WHO 2021 Dostępne: <https://www.who.int/initiatives/the-who-global-diabetes-compact>

Implementing integrated diabetes systems in Europe. The Economist Intelligence Unit (The EIU). 2020 Dostępne: [https://impact.economist.com/projects/integrated-diabetes-systems/static/IntegratedDiabetesServices\\_Report-442c10c1200910f39c991ab952966e22.pdf](https://impact.economist.com/projects/integrated-diabetes-systems/static/IntegratedDiabetesServices_Report-442c10c1200910f39c991ab952966e22.pdf)

Informacja o sposobie wykorzystania środków z opłaty od napojów z dodatkiem cukrów, kofeiny lub tauryny w 2023. NFZ 2024

Koncepcja alokacji środków z opłaty cukrowej na działania nakierowane na wzrost wartości zdrowotnej zgodnie z koncepcją VBHC. Małgorzata Gałązka-Sobotka, Jakub Gierczyński, Jerzy Gryglewicz. *IŻWOZ Uka* 2021 Dostępne: [https://www.infarma.pl/assets/files/2021/Raport\\_cukrowy.pdf](https://www.infarma.pl/assets/files/2021/Raport_cukrowy.pdf)

Magliano DJ, Martin VJ, Owen AJ, Zomer E, Liew D. The Productivity Burden of Diabetes at a Population Level. *Diabetes Care*. 2018 May;41(5):979-984. doi: 10.2337/dc17-2138. Epub 2018 Feb 28. PMID: 29490901 Dostępne: [https://diabetesjournals.org/care/article/41/5/979/36512/The-Productivity-Burden-of-Diabetes-at-a?trk=public\\_post\\_comment-text](https://diabetesjournals.org/care/article/41/5/979/36512/The-Productivity-Burden-of-Diabetes-at-a?trk=public_post_comment-text)

Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://basiw.mz.gov.pl/>

Mastalerz-Migas A. Standard postępowania w cukrzycy w POZ z uwzględnieniem opieki koordynowanej. *Lekarz POZ*. 2022;8(6) Dostępne: <https://www.termedia.pl/Standard-postepowania-w-cukrzycy-w-POZ-z-uwzględnieniem-opieki-koordynowanej,98,49383,1,0.html>

More than half of the direct expenditure on diabetes is associated with complications. EFPIA Dostępne: <https://efpia.eu/news-events/the-efpia-view/blog-articles/more-than-half-of-the-direct-expenditure-on-diabetes-is-associated-with-complications-guest-blog/>

NFZ o zdrowiu. *Cukrzyca*. 2019 Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-cukrzyca>

Nowoczesne terapie rewolucjonizują myślenie o cukrzycy. Dostępne: <https://zdrowie.pap.pl/byc-zdrowym/nowoczesne-terapie-rewolucjonizuja-myslenie-o-cukrzycy>

Obwieszczenia Ministra Zdrowia - lista leków refundowanych. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>

Ocena dostępu do nowoczesnej farmakoterapii (inhibitory SGLT-2, agoniści GLP-1) w cukrzycy typu 2 w świetle rekomendacji klinicznych – analiza blisko 2 lata po refundacji. Rekomendacja zmian. *PTD. PSD* 2021 Dostępne: [https://diabetyk.org.pl/wpcontent/uploads/2021/10/RAPORT\\_FINAL\\_last.pdf](https://diabetyk.org.pl/wpcontent/uploads/2021/10/RAPORT_FINAL_last.pdf)

OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Dostępne: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej. Dostępne: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/opieka-koordynowana-w-podstawowej-opiece-zdrowotnej>

Parlamentarny Zespół ds. Cukrzycy. Konferencja z okazji Światowego Dnia Cukrzycy: Diabetologia - zdrowy priorytet na wczoraj, dziś i jutro. Sejm RP. 24.11.2024. Dostępne: [https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisja.xsp?documentId=B56CAF79B2CDA689C1258B97003D0CB4&symbol=TRANSMISJA\\_ARCH&info=T](https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisja.xsp?documentId=B56CAF79B2CDA689C1258B97003D0CB4&symbol=TRANSMISJA_ARCH&info=T)

Podatek cukrowy – kto ma obowiązek zapłaty. Dostępne: <https://www.biznes.gov.pl/pl/portal/00252>

Podsumowanie Projektu pt. Rozpowszechnienie cukrzycy i koszty NFZ. *PZH* 2017 Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2019/09/Rozpowszechnienie-cukrzycy-i-koszty-NFZ-a.d.-2017-1.pdf>

Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2. Raport NIK. 2018 Dostępne: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,21668,vp,24318.pdf>



Prof. Krzysztof Strojek: Opieka koordynowana nad pacjentem z cukrzycą typu 2. Dostępne: <https://swiatlekarza.pl/prof-krzysztof-strojek-opieka-koordynowana-nad-pacjentem-z-cukrzyca-typu-2/>

Prof. Zozulińska-Ziółkiewicz: chorzy na cukrzycę potrzebują zindywidualizowanej edukacji. Puls Medycyny Dostępne: <https://pulsmedycyny.pl/prof-zozulinska-ziolkiewicz-chorzy-na-cukrzyce-potrzebujaja-zindywidualizowanej-edukacji-1210722>

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. RCL. Dostępne: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12393153/katalog/13104352#13104352>

Raport z badania ankietowego. Opieka Koordynowana w POZ. Fundacja My Pacjenci. 2024 Dostępne: [https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2024/10/raport-OK-POZ\\_fina.pdf](https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2024/10/raport-OK-POZ_fina.pdf)

Refundacja spowodowała rewolucję w leczeniu cukrzycy. Termedia Dostępne: <https://www.termedia.pl/mz/Refundacja-spowodowala-rewolucje-w-leczeniu-cukrzycy,56444.html>

Rekomendacje zmian w opiece diabetologicznej. Medycyna Praktyczna 27.03.2024 Dostępne: <https://diabetologia.mp.pl/wiadomosci/345497,rekomendacje-zmian-w-opiece-diabetologicznej>

Resolution on prevention, management and better care of diabetes in the EU on the occasion of World Diabetes Day. European Parliament 2022 Dostępne: <https://oeil.secure.europarl.europa.eu/oeil/popups/summary.do?id=1725308&t=e&l=en>

Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 r. NFZ 2023 Dostępne: [https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/dzialalnosc\\_nfz/sprawozdania\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz/zal\\_do\\_uchwaly\\_nr\\_16\\_sprawozdanie\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz\\_2022\\_rok-sig.pdf](https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zal_do_uchwaly_nr_16_sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_2022_rok-sig.pdf)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. Dz.U. 2023 poz. 1353 Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001353>

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dz.U. 2018 poz. 469 Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000469>

Stanowisko dotyczące wydatkowania środków z opłaty cukrowej. PSD 10.06.2024 Dostępne: <https://diabetyk.org.pl/wydatkowanie-srodkow-z-oplaty-cukrowej/>

Szadkowska A, Baranowska-Jaźwiecka A, Michalak A, Jarosz-Chobot P, Myśliwiec M, Głowińska-Olszewska B, Szybowska A, Nazim J, Mazur A, Szalecki M, Skowrońska B, Kucharska-Zubkiewicz A, Beń-Skowronek I, Walczak M, Klupa T, Wolnik B, Zozulińska-Ziółkiewicz D, Młynarski W; PolPeDiab HbA1c Study Group. Above 40% of Polish children and young adults with type 1 diabetes achieve international HbA1c target - results of a nationwide cross-sectional evaluation of glycaemic control: The PolPeDiab HbA1c study. *Pediatr Diabetes*. 2021 Nov;22(7):1003-1013. doi: 10.1111/pedi.13250. Epub 2021 Aug 4. Erratum in: *Pediatr Diabetes*. 2022 Feb;23(1):165. doi: 10.1111/pedi.13302. PMID: 34351670.

Świadczenia związane z cukrzycą. Informacje o epidemiologii rejestrowanej oraz leczeniu cukrzycy. Zdrowe Dane. NFZ 2024-05-27 Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/cukrzyca-2018-2023>

Świadczenia związane z cukrzycą. NFZ 2024 Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/cukrzyca-2018-2023>

The Digital Diabetes Index. 2020 Dostępne: <https://digitaldiabetesindex.eiu.com/>

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2022 poz. 1608, z późn. zm.)

Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą – 2024. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. PTD 2024 Dostępne: [https://ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/2024/zalecenia\\_PTD\\_2024\\_22\\_01\\_2024.pdf](https://ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/2024/zalecenia_PTD_2024_22_01_2024.pdf)

Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

