



Stanowisko Oficjalne Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland na temat Cukrzycy

Stanowisko IFMSA-Poland i wezwanie do działania

Choć sytuacja mieszkających w Polsce diabetyków chorujących zarówno na cukrzycę typu 1, jak i typu 2 uległa w ciągu ostatnich kilku dekad znacznej poprawie, wciąż istnieje wiele rzeczy, które – jak uważamy – należy zmienić/poprawić, by w jak największym stopniu ułatwić pacjentom codzienne funkcjonowanie i dać im możliwość uzyskania pełnej kontroli nad chorobą. Do najważniejszych aspektów opieki nad osobami z cukrzycą, które opisaliśmy w niniejszym stanowisku i które powinny naszym zdaniem ulec zmianie/zostać poprawione, zaliczyć można:

- 1) konieczność organizacji szkoleń i warsztatów na temat cukrzycy i dla diabetyków, i dla osób, które z tym schorzeniem nie mają na co dzień do czynienia w celu szerzenia wiedzy na temat wspomnianej choroby, obalania mitów o niej oraz zwalczania jej stygmatyzacji,
- 2) niezbędność objęcia osób z cukrzycą opieką psychologiczną, a także uregulowania zasad przeprowadzania terapii behawioralnej wśród nowo zdiagnozowanych pacjentów,
- 3) potrzebę modyfikacji zasad refundacji leków i urządzeń, z których diabetycy korzystają, w taki sposób, aby były one dostępne dla wszystkich osób chorujących na cukrzycę bez względu na ich wiek czy zasoby finansowe.

W związku z powyższym my, członkowie IFMSA-Poland, wzywamy:

- 1) Rząd Rzeczypospolitej Polskiej, Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego do:
 - zmiany zasad refundacji leków i sprzętów używanych przez diabetyków – zniesienia rozgraniczenia wiekowego na pacjentów, którzy ukończyli 26 rok życia lub nie, a także obniżenia cen wspomnianych produktów, by były one dostępne pod względem finansowym zarówno dla osób o stałych i wysokich dochodach, jak i dla tych, które takich dochodów nie posiadają;
 - przeznaczenia odpowiednio dużych środków na organizację szkoleń/warsztatów na temat cukrzycy dla pacjentów i ich rodzin oraz dla tych, którzy na co dzień nie mają z diabetykami kontaktu;
 - sporządzenia listy odgórnych zaleceń dotyczących wyżej opisanych szkoleń/warsztatów.



- 2) lekarzy, pielęgniarki, psychologów, dietetyków i edukatorów diabetologicznych do:
 - edukacji pacjentów, ich najbliższych i innych na temat cukrzycy w ramach szkoleń/warsztatów;
 - angażowania pacjentów w proces terapeutyczny od samego jego początku;
 - tworzenia indywidualnego planu żywieniowego oraz planu aktywności fizycznej w ścisłej współpracy z każdym diabetikiem;
 - umożliwienia diabetikom, którzy tego potrzebują, skorzystania z pomocy psychologicznej oraz do zachęcania ich do tego w sytuacji, w której wystąpią u nich problemy o podłożu psychicznym;
 - nieustannego poszerzania swojej wiedzy na temat samej cukrzycy, nowych technologii umożliwiających pacjentom lepszą kontrolę choroby etc.

- 3) pacjentów do:
 - edukowania innych na temat cukrzycy;
 - pozostawania w stałym kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia i innymi członkami wielodyscyplinarnych zespołów sprawującymi nad nimi opiekę oraz do podejmowania z nimi współpracy.

- 4) wszystkich członków IFMSA-Poland do:
 - prawidłowego rzecznictwa praw diabetyków oraz do edukowania zarówno samych pacjentów, jak i ich bliskich i osób niemających w swoim otoczeniu nikogo, kto choruje na cukrzycę;
 - organizacji kampanii informacyjnych na temat cukrzycy i do szerzenia świadomości na temat tej choroby we współpracy z lekarzami, pielęgniarkami, psychologami, dietetykami czy edukatorami diabetologicznymi;
 - czynnego uczestnictwa w organizowanym przez stowarzyszenie projekcie „Sugarproof” oraz do wspomagania jego rozwoju;
 - ciągłego samokształcenia się poprzez poszukiwanie rzetelnych, sprawdzonych, potwierdzonych informacji w polskiej i zagranicznej literaturze.

Cukrzyca typu 1

Cukrzyca typu 1 jest chorobą o podłożu autoimmunologicznym, w której przebiegu komórki beta trzustki pacjenta są niszczone przez jego własne limfocyty T [1]. Nie znamy jednak dokładnej przyczyny, dla której owe limfocyty zaczynają rozpoznawać trzustkowych „producentów insuliny” jako „elementy „obce”, co oznacza, że wspomnianego typu choroby nie da się wyleczyć. Ponadto nie istnieją żadne metody prewencji jej wystąpienia.

Mimo że wiąże się to najczęściej z koniecznością regularnego ponoszenia ogromnych kosztów (patrz: „Koszty leczenia”), unormowanie poziomów glukozy we krwi w przypadku diabetyków typu 1 jest możliwe. Realizacja tego celu wymaga jednak od pacjenta „intensywnej i funkcjonalnej insulinoterapii” [2], polegającej na ręcznym podawaniu sobie tego leku podskórnie lub na posługiwaniu się osobistą pompą insulinową, która zapewnia „ciągły, podskórny wlew insuliny” [2]. Dodatkowo – jak zaznacza Polskie Towarzystwo



Diabetologiczne – „kluczowym elementem terapii cukrzycy typu 1 jest zdobycie przez pacjenta umiejętności modyfikowania [przyjmowanych] dawek insuliny w zależności od zawartości węglowodanów w posiłkach, wyjściowej glikemii czy planowanej aktywności fizycznej” [2]. Jest to jeden z powodów, dla których edukacja osób, u których zdiagnozowano cukrzycę, stanowić powinna od samego początku integralną część procesu leczenia (patrz: „Edukacja”).

Cukrzyca typu 2

O ile cukrzyca typu 1 to choroba, której nie jesteśmy na chwilę obecną w stanie zapobiec, jako że nie wiemy, co stanowi przyczynę autoagresji elementów własnego układu odpornościowego pacjenta względem jego komórek beta występujących w obrębie wysp trzustkowych, o tyle cukrzyca typu 2 to schorzenie o niemal w pełni poznanym patomechanizmie. Choć niekiedy typ 2 opisywanej choroby ma podłoże genetyczne, aż 85% przypadków jej wystąpienia wiąże się z innym, coraz bardziej w dzisiejszych czasach powszechnym schorzeniem – otyłością (a dokładniej z toksycznym działaniem uwalnianych w nadmiarze w jej przebiegu z trzewnej tkanki tłuszczowej wolnych kwasów tłuszczowych, których utlenianie w wątrobie nasila proces glukoneogenezy – tj. syntezy glukozy de novo – a w konsekwencji pośrednio przyczynia się do intensyfikacji wydzielania insuliny oraz, po pewnym czasie, wykształcenia się insulinooporności) [3].

Statystyki dotyczące liczby pacjentów chorujących na otyłość (a tym samym bardziej predysponowanych do zapadnięcia na cukrzycę typu 2) nie napawają optymizmem. Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia, w 2022 roku 1 osoba na 8 chorowała na otyłość [4]. Około 160 milionów wśród tych 890 stanowiły dzieci i młodzież w wieku 5-19 lat [4]. Z kolei ze statystyk prezentowanych przez World Obesity Federation wynika, iż do 2030 roku liczba pacjentów zmagających się z otyłością wzrośnie aż do 1 miliarda [5], a w roku 2035 będą to już niemal 2 miliardy (w tym w przybliżeniu 400 milionów dzieci i nastolatków) [6]. Biorąc pod uwagę udowodnioną korelację między zapadalnością na cukrzycę 2 typu a nieprawidłowym i nadmiernym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka, nasuwa się wniosek, że najwyższy czas, by zacząć prowadzić działania w kierunku redukcji liczby zachorowań na otyłość. Szczególnie istotne wydaje się dostrzeżenie, jak duży problem stanowi ona wśród członków najmłodszych grup wiekowych, gdyż – jak dowodzą wyniki przeprowadzonych metaanaliz – w przypadku dzieci chorujących na otyłość prawdopodobieństwo tego, że będą one cierpiały na tę chorobę w dorosłym życiu, jest pięciokrotnie wyższe niż w przypadku ich zdrowych rówieśników [7].

Mimo że procesy leczenia obu typów cukrzycy – podobnie jak inne aspekty tych schorzeń, w tym ich przyczyny czy przebieg – w znacznym stopniu różnią się od siebie (cukrzyca typu 1 jest tą, w której pacjent jest w pełni „insulinozależny”, natomiast w przypadku cukrzycy typu 2 podstawą terapii jest stosowanie leków hipoglikemizujących oraz zmiana nawyków żywieniowych i zwiększenie regularności/intensywności podejmowanej aktywności fizycznej [3]), mają one jeden wspólny element – zarówno diabetyków typu 1, jak i typu 2 należy odpowiednio wyedukować i przeszkolić, by po usłyszeniu diagnozy byli oni w stanie poradzić sobie w codziennym życiu pomimo trudności, jakie wiążą się z kontrolowaniem choroby, a także by mogli oni uniknąć rozwoju powikłań.



Edukacja

Obecnie wiemy, że edukacja nie jest jedynie dodatkiem w procesie leczenia cukrzycy, a jego integralną częścią. Kształcenie diabetologiczne w dzisiejszych czasach stanowi tym samym nieodłączny element terapii zarówno diabetyków, jak i tych, którzy znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka zapadnięcia na opisywaną chorobę – jak przeczytać można w „Stanowisku Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego”, edukacja terapeutyczna jest „podstawą skutecznej opieki nad osobami już na cukrzycę chorującymi oraz skutecznej prewencji cukrzycy” typu 2 [2]. Priorytety i założenia takiego kształcenia dostosować należy za każdym razem do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjentów „z uwzględnieniem trudności i problemów specyficznych dla danego chorego” [2], a podstawowymi kryteriami, które powinny być brane pod uwagę na etapie jego planowania, są typ cukrzycy, sposób leczenia i wiek diabetyka [8].

Według raportu WHO z 1997 roku „edukacja terapeutyczna jest procesem ciągłym, stanowiącym integralną część leczenia, którego podmiotem jest chory. Obejmuje ona udzielenie informacji, naukę sprawowania samoopieki oraz wspierające działania psychospołeczne.” [9]. Celem takiego kształcenia osoby chorej i jej rodziny jest podniesienie kompetencji pacjentów i ich bliskich oraz pomoc w walce z chorobą. Kolejnym zamierzeniem jest utrzymanie partnerskiej współpracy z pracownikami służb medycznych [10].

Najbardziej istotnym powodem, dla którego powinno się podnosić poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą, jest zmniejszenie się wskaźnika ich hospitalizacji – w grupie diabetyków wyedukowanych obserwuje się spadek zarówno prawdopodobieństwa zapadnięcia w śpiączkę hiperglikemiczną, jak i liczby epizodów hipoglikemii oraz interwencji chirurgicznych z powodu stopy cukrzycowej. To z kolei przekłada się na zmniejszenie obciążenia szpitali i innych placówek medycznych [11].

Jak zostało wspomniane (patrz: „Cukrzyca typu 1”), na chwilę obecną nie istnieje skuteczna metoda zapobiegania cukrzycy typu 1. Z kolei cukrzyca typu 2 w wielu przypadkach da się zapobiec (patrz: „Cukrzyca typu 2”), w związku z czym osoby znajdujące się w grupie wysokiego ryzyka zapadnięcia na tę chorobę należy wyedukować na temat roli zdrowego trybu życia i zalecić im redukcję masy ciała poprzez zwiększenie regularności/intensywności aktywności fizycznej oraz wprowadzenie zmian w diecie. U osób, u których stwierdzono stan przedcukrzycowy, należy ponadto rozważyć wdrożenie farmakologicznej terapii prewencyjnej [2]. Dodatkowo wskazane są regularne badania takich pacjentów (zarówno diabetyków typu 2, jak i osób ze stanem przedcukrzycowym) w celu monitorowania rozwoju chorób towarzyszących, w tym schorzeń układu krążenia. Cukrzyca jest bowiem jednym z najważniejszych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego i – według Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego – stanowi ekwiwalent choroby niedokrwiennej serca [12]. Edukacja w zakresie zachowań prozdrowotnych, które mogą pomóc ograniczyć liczbę nowych przypadków cukrzycy typu 2, jest tym samym niezwykle istotna.



Efektywna edukacja diabetologiczna opiera się na dobrej relacji edukator-pacjent. Wiadomo, iż intensyfikacja procesu leczenia pozwala uzyskać lepsze efekty terapii. Wymaga ona jednak od diabetyka silniejszej samokontroli. W takiej sytuacji potrzebna jest pomoc z zewnątrz, pomoc edukatora, którego zadanie polega nie tylko na stałym poszerzaniu wiedzy chorego, ale także na wspieraniu podopiecznego na każdym etapie opisywanego procesu. Wszystkie osoby na tym stanowisku powinny zatem ukończyć profesjonalne szkolenie. Poza tym jedną z wymaganych od takich pracowników cech powinna być elastyczność, jako że pacjenci mają zróżnicowane potrzeby, do których edukator musi być w stanie się dopasować.

Edukować na temat cukrzycy należy zarówno dzieci, jak i osoby najstarsze. W swoich wytycznych NICE (National Institute for Health and Care Excellence) podkreśla jednak konieczność dopasowania treści edukacyjnych do wieku, poziomu dojrzałości, kultury, preferencji i już istniejącego zasobu wiedzy pacjentów [13]. Oznacza to, że i do chorych w podeszłym wieku, i do najmłodszych diabetyków przystosowywać należy cele i metody nauki nowych umiejętności. Bez względu na wiek pacjenta (choć bez wątplenia jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci, młodzieży i osób starszych) edukatorzy powinni być również w stanie ocenić poziom jego sprawności fizycznej i intelektualnej i między innymi dostosować język do swojego rozmówcy [8].

Według wspomnianego raportu NICE w proces edukacji włączyć należy także opiekunów osób zmagających się z cukrzycą. Słuszność tego wniosku potwierdzają liczne badania, np. praca „Polska rodzina z cukrzycą”, której autorzy obnażają problemy, jakie wynikają z braku właściwej komunikacji pomiędzy pacjentem a jego bliskimi. Obserwacje kliniczne wskazują bowiem, że diabetycy, którzy nie otrzymują wsparcia od rodziny i innych ważnych dla nich osób, gorzej radzą sobie z kontrolą choroby [14].

Zadanie utworzenia skutecznych programów edukacyjnych dla osób z cukrzycą, a w dalszej kolejności ich monitorowania, oceny i doskonalenia nie powinno zostać powierzone wyłącznie edukatorom. Takie kursy muszą być przygotowywane przez zespoły składające się m.in. z kierującego pracą grupy lekarza, pielęgniarki, dietetyka i psychologa, czyli z osób znających aktualne wytyczne leczenia cukrzycy i stosujących się do nich, a także rozumiejących, że kluczem do sukcesu w procesie terapeutycznym jest zaangażowanie w niego samego pacjenta w taki sposób, by podejmował on świadome decyzje i brał odpowiedzialność za swój stan zdrowia. Pacjenta, który „realizuje samoopiekę” [2], należy bowiem traktować jako aktywnego członka zespołu terapeutycznego. [2] Co więcej, role i obowiązki poszczególnych osób należących do takiego zespołu muszą być jasno zdefiniowane i ocenione, a proces wymiany informacji między nimi należy zoptymalizować, jako że „wspólne i jednolite stanowisko diabetologicznego zespołu wielospecjalistycznego wpływa korzystnie na kontrolę metaboliczną [cukrzycy] i aspekt psychologiczny leczenia” [2]. Dla przykładu: na chwilę obecną to pielęgniarki są – jak ocenia większość pacjentów – głównym źródłem ich wiedzy na temat choroby, a co za tym idzie to właśnie tej części personelu medycznego należy zapewnić odpowiednie szkolenia teoretyczne oraz zadbać o stałe poszerzanie ich wiedzy z zakresu diabetologii [15].



Mówiąc o programach szkoleniowych dla wielodyscyplinarnych grup zajmujących się cukrzycą oraz szkoleń dla specjalistów w dziedzinie diabetologii, należy, jednakże zauważyć, że brakuje co do nich międzynarodowych i unijnych porozumień. Programy akredytowane koncentrują się natomiast głównie na poszerzaniu wiedzy pielęgniarek i lekarzy, podczas gdy znacznie mniej uwagi poświęca się szkoleniom dla dietetyków i psychologów.

Podsumowując, obecnie środowisko medyczne próbuje doprowadzić do tego, by to pacjent z cukrzycą w jak największym stopniu odpowiadał za kontrolę swojego stanu zdrowia. Aby cel ten został osiągnięty, nie wystarczy jednak, że lekarz prowadzący zaproponuje choremu pewną terapię – diabetyk musi najpierw zostać wyedukowany na temat opisywanego schorzenia i metod radzenia sobie z nim. Udowodniono bowiem, że edukacja stanowi podstawę w opiece diabetologicznej i w procesie leczenia cukrzycy, w którym to rola edukatora polega na podjęciu próby zrozumienia położenia pacjenta oraz na skutecznym przekazaniu mu wszystkich niezbędnych informacji.

Stygmatyzacja

Edukacja na temat cukrzycy ma jednak znaczenie nie tylko ze względu na to, iż pozwala pacjentowi na „samodzielne postępowanie” [2], tj. na „utrzymanie ciągłej samokontroli” [2]. Programy kształcenia (np. rozmaite warsztaty) powinny być organizowane dodatkowo zarówno dla osób, które na co dzień z diabetykami pracują/mieszkają, jak i dla tych, którzy styczności ze wspomnianą chorobą do tej pory nie mieli. W naszym społeczeństwie powszechna jest bowiem nadal stygmatyzacja cukrzycy, która przyczynia się do tego, że proces adaptacji do nowej sytuacji po otrzymaniu diagnozy jest dla pacjentów trudniejszy. Ponadto wciąż często usłyszeć można przekazywane z ust do ust mity i błędne informacje na temat opisywanego schorzenia, które z jednej strony bywają krzywdzące, z drugiej zaś powtarzane wielokrotnie mogą doprowadzić do sytuacji niebezpiecznych. Dla przykładu: diabetycy typu 1 często oskarżani są o to, że zachorowali na cukrzycę, ponieważ niezdrowo się odżywiali (np. jedli produkty zawierające dużo cukru). Zdarza się też, że ludzie nieznający specyfiki opisywanej choroby próbują pomóc osobie znajdującej się w stanie hipoglikemii, oferując mu podanie zastrzyku insulinowego. W najgorszym zaś przypadku nikt nie udziela pomocy pacjentowi z hipoglikemią, który utracił przytomność, bo wszyscy zakładają, iż spożył on nadmierną ilość napojów wysokoprocentowych.

Postępowanie psychologiczne i terapia behawioralna

Dodatkowym aspektem edukacji pacjentów, u których dopiero co zdiagnozowano cukrzycę, jest zaproponowanie im zmian natury behawioralnej przez osobę do tego uprawnioną (tj. odpowiednio przygotowaną, np. przez lekarza, dietetyka czy edukatora diabetologicznego) i zachęcenie ich do podjęcia próby stopniowego wprowadzania tychże zmian w życie. Mowa tu przede wszystkim o wytłumaczeniu diabetykom zasad zdrowego i prawidłowego odżywiania się, a także nauczaniu ich, w jaki sposób należy „rozpoznawać i szacować zawartość węglowodanów w posiłku dla optymalizacji dawkowania insuliny” [2].



O ile organizacja takich szkoleń jest standardem w polskich placówkach medycznych, o tyle przeprowadzanie z pacjentem rozmowy mającej na celu „indywidualne ustalanie proporcji makroskładników [w diecie] z uwzględnieniem wieku, aktywności fizycznej czy obecności powikłań [u chorego]” [2] – pomimo odgórnych zaleceń – już nie.

Podobnie wygląda sytuacja w kontekście postępowania psychologicznego w przebiegu terapii opisywanego schorzenia. Choć, jak podaje samo Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, „stan psychiczny osoby z cukrzycą należy ocenić przy okazji rozpoczęcia leczenia, a następnie podczas każdej wizyty lekarskiej” [2], jako że depresja – obok innych problemów o podłożu psychicznym, np. stanów lękowych, uzależnień czy zaburzeń odżywiania – „często współwystępuje z cukrzycą i istotnie zwiększa ryzyko rozwoju jej powikłań” [2], niewielki odsetek diabetyków jest objętych opieką psychologa (niewielki do tego stopnia, iż brakuje oficjalnych i powszechnie dostępnych danych na ten temat).

Koszty leczenia

Opisując codzienne życie diabetyków, należy zwrócić uwagę na fakt, że zmagają się oni nie tylko z takimi problemami, jak konieczność regularnego mierzenia poziomu glukozy z krwi niezależnie od pory dnia i nocy czy walki z wciąż powszechną w naszym społeczeństwie stygmatyzacją cukrzycy.

Ministerstwo Zdrowia wydało w ubiegłym roku obwieszczenie zawierające wykaz leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W życie dokument ten wszedł z dniem 23 marca 2023 roku. Jednoznacznie wynika z niego, że pacjenci chorujący na cukrzycę typu 1 zmuszeni będą płacić do 20% więcej za insulinę (przede wszystkim Lantus, Toujeo, Abasaglar i Levemir) niż dotychczas. Dla przykładu: za lek Toujeo (Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu 300 j/ml, 10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml) diabetycy zapłacą o 41,31 zł więcej niż do tej pory (około 250 zł za opakowanie). Z kolei cena leku Abasaglar (Insulinum glarginum, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie 100 j.m./ml, 10 wkłuć po 3 ml) wzrośnie do 120 zł, po podwyżce wynoszącej 27,54 zł. [16]

Na liście leków refundowanych pojawiło się z kolei innowacyjne rozwiązanie w postaci preparatu Suliqua (Insulinum glarginum + Lixisenatidum), czyli połączenia insuliny glargine oraz analogu GLP-1 [16]. Lek ten nie tylko umożliwia bardziej skuteczną kontrolę glikemii, ale także wpływa na zmniejszenie masy ciała stosującej go osoby, co jest szczególnie istotne w przypadku pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2. Ta ostatnia właściwość GLP-1 sprawia jednak, że sięgają po niego również ludzie niebędący zdiagnozowanymi diabetykami. Prowadzi to do kurczenia się zasobów preparatów go zawierających w aptekach, w związku z czym dla niektórych pacjentów rzeczywiście wymagających leczenia staje się on niedostępny lub rzadziej dostępny. Refundacją objęte zostały ponadto takie leki jak Gliptivil, Jamesi oraz Sitagliptin Adamed. Z listy leków refundowanych usunięty został zaś Metcrean. [16]



Wydatki osób chorujących na cukrzycę nie kończą się na lekach. Diabetycy insulinozależni potrzebują bowiem sprzętów, za pomocą których mogą sobie insulinę podawać. W dzisiejszych czasach coraz większą popularnością cieszą się pompy insulinowe, których refundacja do 26. roku życia wynosi 100% [17]. Trzeba mieć jednak na uwadze, że przepisy określające zasady takiej refundacji dotyczą wyłącznie osób, które nie ukończyły jeszcze 26 lat. Pacjentom powyżej 26. roku życia już ona nie przysługuje [17], a to oznacza, że jeżeli chcą oni używać pompy nowszej generacji, muszą być gotowi na wydatek z własnej kieszeni w wysokości od 8 do nawet 20 tysięcy złotych. Co więcej, jest to cena wyłącznie urządzenia – do kosztorysu dopisać trzeba jeszcze osprzęt do pompy, którego cena w przypadku osób w wieku > 26 lat sięga kolejno:

- a) 90 zł za 10 sztuk zestawów infuzyjnych do osobistej pompy insulinowej (obejmujących wkłucie, łącznik i dren albo zintegrowany seter), jeśli zestawy te działają do 3 dni [18];
- b) 225 zł za 10 sztuk zestawów infuzyjnych do osobistej pompy insulinowej (obejmujących wkłucie, łącznik i dren albo zintegrowany seter), jeśli zestawy te działają nie mniej niż 7 dni [18];
- c) 27 zł za 10 sztuk zbiorników na insulinę do osobistej pompy insulinowej [18].

Obecne zasady refundacji doprowadzają często do sytuacji, w której młody pacjent używający w dzieciństwie pompy i wkraczający w dorosłość zmuszony jest do zmiany sposobu podawania sobie insuliny i rozpoczęcia leczenia przy użyciu tzw. penów, a co za tym idzie do robienia sobie zastrzyków od kilku do nawet kilkunastu razy w ciągu dnia.

Zmiany cen zarówno leków stosowanych przez diabetyków, jak i sprzętów umożliwiających im monitorowanie poziomu glukozy we krwi odciskają piętno na pacjentach przede wszystkim wówczas, gdy ich terapia obejmuje więcej niż 1 lek, a nie wszystkie preparaty są refundowane. Ceny glukometrów sięgają nawet 300 zł za dwa tygodnie użytkowania, a obniżki kwot do niecałych 80 zł dotyczą tylko tych chorych, którzy podają sobie zastrzyki insulinowe co najmniej 3 razy dziennie. W grupie osób, dla których wysokie koszty leczenia stanowią szczególnie duże wyzwania, znajdują się też osoby starsze, bardzo często nieposiadające stałego źródła dochodów [19].

Systemy ciągłego monitorowania glikemii CGM

Dzięki systemom CGM „można zredukować ryzyko hipoglikemii oraz osiągnąć poprawę życia osoby z cukrzycą” [2]. Jak podaje Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, użytkowanie systemów CGM (continuous glucose monitoring) „w połączeniu z intensywną insulinoterapią jest pomocnym narzędziem [stosowanym] w celu obniżenia wartości HbA_{1c} w grupie osób dorosłych (>= 25. roku życia) z cukrzycą typu 1” [2]. Podejrzuje się, że wpływ korzystania z tzw. CGMów na wartość hemoglobiny glikowanej jest podobny także wśród przedstawicieli najmłodszych grup wiekowych, jednak „sukces terapeutyczny [w ich przypadku] zależy [dodatkowo] od przestrzegania regularności wykonywania pomiarów” [2].



Niestety, mimo że niewątpliwie opisywane sprzęty ułatwiają diabetykom w każdym wieku codzienne funkcjonowanie, nie wszyscy mogą sobie na nie pozwolić, gdyż nie są one objęte pełną, 100-procentową refundacją, w związku z czym:

- a) za sensor do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) pozwalający na dawkowanie insuliny na podstawie odczytów pacjenci, którzy nie ukończyli 26. roku życia i cierpią na 1) cukrzycę typu 1/3 (diabetycy wymagający intensywnej insulinoterapii z nieświadomością hipoglikemii), 2) glikogenozę lub 3) hiperinsulinizm wrodzony, zapłacą 75 zł/szt. (dotyczy to sensorów wymagających wymiany co 10 albo 14 dni; maksymalna liczba sztuk objętych refundacją na tych zasadach na miesiąc: 3) lub 43,5 zł/szt. (dotyczy to sensorów wymagających wymiany co 6 albo 7 dni; maksymalna liczba sztuk objętych refundacją na tych zasadach na miesiąc: 5) [18];
- b) za sensor do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) i pozwalający na dawkowanie insuliny na podstawie odczytów pacjenci, którzy ukończyli 26. roku życia i cierpią na 1) cukrzycę typu 1/3 (diabetycy wymagający intensywnej insulinoterapii z nieświadomością hipoglikemii), 2) glikogenozę lub 3) hiperinsulinizm wrodzony, zapłacą 153 zł/szt. (maksymalna liczba sztuk objętych refundacją na tych zasadach na miesiąc: 5) [18];
- c) za transponder/nadajnik do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) wymagający wymiany raz na 3 miesiące pacjenci cierpiący na 1) cukrzycę typu 1/3 (diabetycy wymagający intensywnej insulinoterapii z nieświadomością hipoglikemii), 2) glikogenozę lub 3) hiperinsulinizm wrodzony (bez rozgraniczenia wiekowego), zapłacą 105 zł [18];
- d) za transponder/nadajnik do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) wymagający wymiany rzadziej niż raz na 3 miesiące pacjenci cierpiący na 1) cukrzycę typu 1/3 (diabetycy wymagający intensywnej insulinoterapii z nieświadomością hipoglikemii), 2) glikogenozę lub 3) hiperinsulinizm wrodzony (bez rozgraniczenia wiekowego), zapłacą 291 zł [18].

Autorki: Zuzanna Burzyńska, Anna Andrzejewska, Weronika Gryczyńska

We współpracy z dr hab. Katarzyną Zatońską, profesorem uczelni (Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu).

Bibliografia

1. Zubkiewicz-Kucharska A., Noczyńska A., „Rola limfocytów T γ δ w patogenezie cukrzycy typu 1”, „Endokrynologia Pediatria”, tom 13 (2014), nr 1(46), s. 31-40, DOI: 10.18544.
2. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, „Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2022. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego”, 2022 [online] <https://ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/CTiD-1-2022-pl.pdf>.
3. Sieradzki J., Płaczekiewicz-Jankowska E., „Cukrzyca”, 10.08.2023 [online] <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.13.1>.
4. World Health Organization, „Obesity and overweight”, 01.03.2024 [online] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.



5. World Obesity Federation, „One Billion People Globally Estimated to be Living with Obesity by 2030”, 2022 [online]
<https://www.worldobesity.org/news/one-billion-people-globally-estimated-to-be-living-with-obesity-by-2030>.
6. World Obesity Day [online]
<https://www.worldobesityday.org/advocacy>.
7. Simmonds M., Llewellyn A., Owen C. G., Woolacott N., „Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis”, „Obesity Reviews”, tom 17 (2016), nr 2, s. 95-107, DOI: 10.1111.
8. Otto-Buczowska E., Marciniak-Brzezińska M, „Specyficzne problemy edukacji diabetologicznej”, „Forum Medycyny Rodzinnej”, tom 10 (2016), nr 4, s. 212-218,
https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/48987/38557.
9. World Health Organization, „The World Health Report: Conquering Suffering, Enriching Humanity”, 1997.
10. Kobos E., Pietrzak M., Sienkiewicz Z., „Edukacja terapeutyczna w cukrzycy typu 1 u dzieci”, „Nowa Pediatria”, tom 1 (2014),
<https://www.czytelniamedyczna.pl/4811,edukacja-terapeutyczna-w-cukrzycy-typu-1-u-dzieci.html>.
11. Czochra E., Szewczyk L., „Wartość programów edukacyjnych wspierających chorych z cukrzycą typu 2 – w ocenie pacjentów i pielęgniarek”, tom 1 (2016), nr 3, s. 61-69,
https://web.archive.org/web/20180423092030id_/http://www.wydawnictwo.wsei.eu/index.php/azch/issue/viewFile/63/47#page=61.
12. Hansen D., Mellbin L., Cosentino F., De Bacquer D., Grobbee D., Van Ryckeghem L., Standl E., W J Beulens J., „High awareness of diabetes as a key cardiovascular risk factor among healthcare professionals but suboptimal treatment: Results from a survey of the European Association of Preventive Cardiology”, „European Journal of Preventive Cardiology”, tom 28 (2021), nr 15, s. 19-21, DOI: 10.1177.
13. National Institute for Health and Care Excellence, „Type 2 diabetes in adults: management”, 02.12.2015 [online]
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/chapter/Recommendations#education>.
14. Stepanow B., Brzozowska E., Matusiak E., Sobierajski T., „Polska rodzina z cukrzycą”, 31.10.2018 [online]
https://diabetyk.org.pl/wp-content/uploads/2018/10/Raport_Polska_rodzina_z_cukrzyca.pdf.
15. Kosicka B., Wrońska I. „Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę”, „Problemy Pielęgniarstwa”, tom 15 (2007), nr 2, 3, s. 187-191,
<https://www.termedia.pl/Journal/-134/pdf-35328-1?filename=file-content-in-pdf.pdf>.
16. „Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2023 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 marca 2023 r.”, 20.02.2023 [online]
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-20-lutego-2023-r-w-sprawie-wykazu-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-na-1-marca-2023-r>.



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



17. Ślusarczyk M., „Refundacja pomp insulinowych. Wszystko, co warto wiedzieć”, 02.01.2023 [online]
<https://diabetyk24.pl/blog-section/produkty-diabetologiczne/refundacja-pomp-insulinowych-wszystko-co-warto-wiedziec>.
18. „Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie”, 13.10.2023 [online]
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230002461/O/D20232461.pdf>.
19. Mojacukrzyca.org, „My jako diabetycy zasługujemy na profesjonalną opiekę dietetyka”, 27.05.2021 [online]
<https://www.mojacukrzyca.org/?a=text&id=5614&des=ewa-dygaszewicz-my-jako-diabetycy-zaslugujemy-na-profesjonalna-opieke-dietetyka>.