



Honorowy Patronat Ks. Kardynała Kazimierza Nycza

„Liczymy się z Naszym Zdrowiem” Debata Medycznej Racji Stanu

20 kwietnia 2023, godz. 11.00 – 15.30

Pałac Staszica, Sala Okrągłego Stołu, Warszawa, ul. Nowy Świat 72
(tryb hybrydowy)

Informacja prasowa

W ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów w systemie ochrony zdrowia. Rozwija się ekonomia zdrowia, farmakoekonomika oraz metodologia szacowania kosztów z perspektywy społecznej, systemu ochrony zdrowia i pacjenta. Z perspektywy społeczeństwa, koszty związane z domenami zdrowia i choroby można zdefiniować, jako koszty bezpośrednie, pośrednie i niemierzalne. Koszty bezpośrednie, to koszty związane z wydatkami na świadczenia zdrowotne. Koszty pośrednie to oszacowanie skutków pogorszonego stanu zdrowia jednostki dla gospodarki. Choroba oddziałuje na zdolność osób do wykonywania pracy. Nieobecność w pracy (absenteizm) lub obniżona wydajność chorego pracownika (prezenteizm) wpływają z kolei na obniżenie produktywności. Suma takich efektów zaobserwowanych na poziomie wszystkich przedsiębiorstw odzwierciedla koszty ponoszone przez całą gospodarkę w wyniku zaistnienia choroby, które można wyrazić m. in. zmniejszonym produktem krajowym brutto (PKB). Uwzględnienie kosztów pośrednich choroby może mieć kapitalne znaczenie przy ocenie technologii medycznych, takich jak leki, wyroby medyczne, czy programy zdrowotne.¹ Wartościowym kierunkiem oceny efektywności systemu ochrony zdrowia jest opieka zdrowotna oparta na wartości (ang. Value Based Health Care, VBHC). VBHC ocenia stosunek efektów zdrowotnych, które są istotne dla pacjentów (mierzonych, jako PROM i PREM), do całkowitych kosztów poniesionych na ich uzyskanie.²

Kluczowym warunkiem właściwego pomiaru kosztów jest gromadzenie i dostęp do wiarygodnych oraz rzeczywistych danych nt. kosztów. Informacja o wydatkach ponoszonych na ochronę zdrowia jest poszukiwana i wykorzystywana przez wielu odbiorców. Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) obejmuje

¹ https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/en_pl/topics/eat/pdf/03/ey-raport-metodyka-pomiaru-kosztow-posrednich-1709.pdf

² <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/Pages/default.aspx>

bieżące wydatki na zdrowie, zarówno publiczne, jak i prywatne. Wyniki NRZ służą porównaniom międzynarodowym i umożliwiają opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy poniesionych bieżących wydatków przez różne podmioty. Zgodnie ze wstępnymi wynikami NRZ, opublikowanymi przez GUS, wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2020 r. wyniosły 151,9 mld zł, co stanowiło 6,5% PKB97 (w roku 2019 również 6,5% PKB), w tym bieżące wydatki publiczne wynosiły 109,8 mld zł za rok 2020, co stanowiło 4,7% PKB (w roku 2019 – 4,6% PKB). W 2021 r. bieżące wydatki na ochronę zdrowia wyniosły 172,9 mld zł i były wyższe niż w roku 2020 o 21,0 mld zł, tj. o 13,8% w stosunku do kwoty takich wydatków z 2020 r. Bieżące wydatki na ochronę zdrowia (publiczne i prywatne) stanowiły w 2021 r. 6,6% PKB. Wzrost wydatków bieżących zaobserwowano zarówno wśród wydatków publicznych, jak i prywatnych. Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły w 2021 r. – 125,5 mld zł i były o 15,7 mld zł wyższe niż w 2020 r. (109,7 mld zł), a ich udział w PKB wyniósł 4,8%. Również bieżące wydatki prywatne zwiększyły się w stosunku do 2020 r. (42,1 mld zł) i wyniosły w 2021 r. 47,4 mld zł. Na wzrost wydatków bieżących na ochronę zdrowia wpływ miało m.in. zwiększenie bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 33,8 mld zł, tj. o 4,1 mld zł (14,0%) więcej niż w roku 2020.³

Niewydolność publicznego systemu ochrony zdrowia finansowanego publicznie skłania Polaków do racjonalizowania wydatków prywatnych na zdrowie. Według danych Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU) na koniec 2022 r. liczba osób z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym wyniosła blisko 4,23 mln, czyli o 9,2 proc. więcej niż w 2021 r. Co dziesiąty Polak jest objęty dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, które zapewnia mu głównie opiekę ambulatoryjną. To dzięki temu ubezpieczona część społeczeństwa, korzystająca z dodatkowej opieki, ma mniejszą szansę trafić do szpitala. Koszty leczenia tych osób przenoszone są na opiekę ambulatoryjną, finansowaną przez ubezpieczycieli, a składka odprowadzana przez te osoby do NFZ może być przeznaczona na potrzeby innych osób. W 2022 r. Polacy przeznaczyci na prywatne polisy 1,3 mld zł, to jest o 17 proc. więcej, niż w 2021 r. Według raportu PIU „Wpływ ubezpieczeń na polską gospodarkę i społeczeństwo” aż 80 proc. Polaków obawia się, że zabraknie im pieniędzy na leczenie poważnej choroby. Niemal 70 proc. obawia się o brak dostępu do opieki medycznej.⁴

Wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy rosną w ostatnich latach, co pokazuje jak określone schorzenia wpływają na rynek pracy i świadczeń społecznych.⁵ W 2021 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 44,4 mld zł i w stosunku do 2020 r. (42,5 mld zł) wzrosły blisko o 2 mld zł. (w 2017 r. wydatki wyniosły 36,6 mld zł., w 2018 r. – 36,8 mld zł, a w 2019 r. - 38,6 mld zł). Kwota tych wydatków w 2021 r. stanowiła 1,7% PKB i w porównaniu z rokiem 2020 udział ten zmniejszył się o 0,1 punktu procentowego. W ostatnich latach stopniowo maleje udział wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy w wydatkach ogółem. W 2017 r. wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy stanowiły 39,9% ogółu wydatków, a w 2021 r. - 31,0%. Malą również liczba pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2017 r. ich przeciętna liczba wynosiła 843,9 tys., a w 2021 r. – 616,8 tys. Jednocześnie wzrasta znacząco udział wydatków na absencję chorobową, wypłacaną przez ZUS i z funduszy zakładów pracy. Liczba dni absencji chorobowej w 2021 r. wynosiła ok. 250 mln dni i w porównaniu z rokiem 2017 wzrosła o 20 mln dni. W strukturze wydatków rosną także wydatki

³ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2021-roku,1,12.html>

⁴ <https://piu.org.pl/prywatne-ubezpieczenia-zdrowotne-ma-ponad-4-mln-polakow/>

⁵ <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>

na świadczenia rehabilitacyjne i renty socjalne. W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w 2021 r. grupami chorobowymi generującymi najwyższe wydatki były analogicznie, jak w roku poprzednim zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 7,4 mld zł (16,7% ogółu wydatków), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 6,5 mld zł (14,5%), choroby związane z okresem ciąży, porodu i połogu – 5,5 mld zł (12,5%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 5,4 mld zł (12,2%), choroby układu oddechowego – 3,7 mld zł (8,2%), choroby układu krążenia – 3,5 mld zł (8,0%) oraz choroby układu nerwowego – 3,4 mld zł (7,7%). W 2021 r. wyżej wymienione grupy chorobowe były przyczyną 79,8% wydatków poniesionych w związku z niezdolnością do pracy. W 2020 r. udział tych grup chorobowych ukształtował się na niewiele wyższym poziomie - 81,2%.

Jednym z głównych zadań Ministra Zdrowia jest zapewnienie pacjentom dostępu do skutecznych i bezpiecznych technologii medycznych, a przy tym zmniejszanie obciążenia współpłaceniem pacjentów. Jednym z głównych narzędzi realizacji tego zadania jest refundacja publiczna. Według art. 12. Ustawy Refundacyjnej Minister Zdrowia, mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, wydaje decyzję administracyjną o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu, przy uwzględnieniu 13 kryteriów, w tym kryteriów dotyczących kosztów. Są to m.in. stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, w porównaniu z wnioskowanym; konkurencyjność cenowa; wpływ na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców, wiarygodności i precyzji oszacowań oraz wysokości progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca (obecnie próg wynosi 175 926 zł, co odpowiada 3 x 58 642 zł).⁶

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wspomaga Ministra Zdrowia w procesie podejmowania decyzji dotyczących finansowania świadczeń lekowych i nielekowych w systemie ochrony zdrowia wykorzystując w tym celu ocenę technologii medycznych (ang. Health Technology Assessment, HTA). AOTMiT przeprowadza ocenę załączonych do wniosku: analizy klinicznej, analizy ekonomicznej, analizy wpływu na budżet, a w określonych przypadkach analizy racjonalizacyjnej. Wyznacza wartość progowej ceny zbytu netto leku lub wyrobu medycznego, przy której koszt uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY), a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu – koszt uzyskania dodatkowego roku życia, jest równy wysokości progu ustalonego w wysokości trzykrotności PKB na jednego mieszkańca. Analiza Weryfikacyjna Agencji jest przekazywana Komisji Ekonomicznej przez Ministra Zdrowia wraz z ww. wnioskiem, stanowiskiem Rady Przejrzystości, rekomendacją Prezesa Agencji i innymi dokumentami, na podstawie których przygotowana została rekomendacja, celem przeprowadzenia negocjacji warunków objęcia refundacją.⁷ AOTMiT zajmuje się również taryfikacją świadczeń zdrowotnych. Na całkowity koszt świadczenia składają się dwa główne rodzaje kosztów: stałe i zmienne. Koszty stałe odpowiadają takim elementom składowym świadczenia jak infrastruktura (rozumiana jako wszystkie koszty poza kosztami osobowymi, leków, wyrobów medycznych, tj. obejmujące koszty amortyzacji i utrzymania pomieszczeń i sprzętu, narzuty administracji, itp.) oraz koszty osobowe. Koszty zmienne natomiast obejmują zużycie zasobów takich jak produkty lecznicze, wyroby medyczne czy procedury. Podstawę do oszacowania kosztów stałych stanowią ogólne dane finansowo-księgowe przypisane do poszczególnych ośrodków powstawania kosztów (OPK) takich jak: oddziały szpitalne, poradnie,

⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/refundacja3>

⁷ <https://www.aotm.gov.pl/produkty-lecznicze/wnioski-refundacyjne/>

zakłady diagnostyczne i inne. Koszty zmienne kalkulowane są natomiast w oparciu o dane kliniczne i kosztowe obejmujące informacje o rodzaju oraz wielkości zużycia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur.⁸ Ministerstwo Zdrowia zbiera dane o zadłużeniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Według danych MZ, dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003 - II kw. 2022 rosła, od poziomu 7,5 mld zł w 2003 r. do poziomu 17,9 mld zł w II Q 2022 r. Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2002 - II kw. 2022 (w tys. zł) także rosły, od 3,2 mld zł w 2020 r. do 2,1 mld zł w czerwcu 2022 r.⁹

Poniżej przedstawiono wybrane zagadnienia pomiaru kosztów w polskim systemie ochrony zdrowia.

Spis treści

Niezaspokojone potrzeby w leczeniu raka piersi w aspekcie refundacji abemacyklibu	4
Refundacja systemu do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) - FreeStyle Libre (FSL) u kobiet ciężarnych z cukrzycą ciążową, nie wymagających stosowania insuliny	6
Rozszerzenie refundacji flozyn w przewlekłej chorobie nerek oraz niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową oraz wprowadzenie flozyn na listę 75+.....	8
Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości	9

Niezaspokojone potrzeby w leczeniu raka piersi w aspekcie refundacji abemacyklibu

Optymalizacja strategii leczenia raka piersi powinna pozostać jednym z priorytetów polskiego systemu ochrony zdrowia, ze względu na fakt, że rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet – według KRN, stanowił 23% wszystkich nowo rozpoznanych nowotworów w 2019 r. Stanowił on też drugą przyczynę zgonów na nowotwory złośliwe, tuż po nowotworze płuc, co przekłada się na znaczne konsekwencje społeczno-gospodarcze. Rokowanie w raku piersi zależy m.in. od stadium zaawansowania nowotworu oraz konkretnego podtypu molekularnego. Najczęściej spotykany jest rak hormonozależny, diagnozowany we wczesnym stadium.

Co oznacza diagnoza hormonozależnego wczesnego raka piersi i jak przekłada się na rokowanie? Umownie raka piersi możemy podzielić na wczesnego i zaawansowanego (przerzutowego). Różnica jest zasadnicza – dotycząca rokowania. Wczesnego raka piersi leczymy z intencją całkowitego wyleczenia, a w przypadku raka zaawansowanego naszym celem jest wydłużenie przeżycia i utrzymanie jak najwyższej jakości życia pacjentki. Spośród nowotworów piersi raki hormonozależne związane są z nie najgorszym rokowaniem, natomiast należy mieć na uwadze, że populacja pacjentów z diagnozą wczesnego raka piersi nie jest jednorodna - zdarzają się w niej również pacjenci z bardziej rozwiniętą chorobą – np. mający przerzuty do licznych węzłów czy większy rozmiar guza. Czynniki te przyczyniają się do gorszego rokowania. Mimo wczesnego stadium, u tych pacjentów choroba jest groźniejsza - w tej grupie pomimo dostępnego leczenia nawrót choroby występuje u nawet 30% osób. Nawrót występuje najczęściej w postaci przerzutów odległych, co czyni chorobę nieuleczalną.

⁸ https://www.aotm.gov.pl/media/2020/04/analiza_kosztow_swadczen.pdf

⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz>

Czy aktualnie dostępne leczenie zaspokaja potrzeby pacjentów z tym wskazaniem? Większość pacjentów ze wczesnym rakiem piersi dobrze reaguje na aktualnie dostępne leczenie. Istnieje jednak grupa pacjentów z czynnikami ryzyka i gorszym rokowaniem - aż u 30% leczonych aktualnie dostępnymi metodami pacjentów występuje nawrót choroby w ciągu pierwszych kilku lat od wdrożenia terapii. Nawrót choroby występuje najczęściej w postaci przerzutów odległych, co oznacza przejście w zaawansowany etap choroby, który wiąże się z wypadaniem z ról społecznych i brakiem perspektywy wyleczenia (stosowane leczenie ma wtedy charakter paliatywny). Tym samym, w grupie pacjentów z wysokim ryzykiem istnieje niezaspokojona potrzeba optymalnej terapii, która obniżyłaby zwiększone ryzyko nawrotu w tej grupie pacjentów.

Czy jesteśmy w stanie przewidzieć jaka grupa chorych narażona jest na największe ryzyko nawrotu choroby? Istnieje grupa czynników kliniczno-patologicznych, o których wiemy już, że predysponują do wystąpienia nawrotu. Są to m.in. liczba zajętych węzłów chłonnych, wielkość guza, stopień złośliwości histologicznej.

Jakie byłoby najbardziej optymalne postępowanie terapeutyczne właśnie u tych pacjentów, u których ryzyko nawrotu jest szczególnie wysokie? Aktualne postępowanie u chorych z wysokim ryzykiem polega na stosowaniu chemioterapii, radioterapii, hormonoterapii stosowanej przez kilka lat. Mimo stosowania takiej kombinacji różnych metod, nawet do 30% pacjentów doświadcza nawrotu choroby. Pojawiają się dla tych pacjentów nowe opcje leczenia takie jak skojarzenie hormonoterapii z terapią celowaną jednym z inhibitorów CDK4/6, dla którego wykazano skuteczność w redukcji ryzyka nawrotu choroby - dane z badania klinicznego wskazują na 34% redukcję ryzyka choroby inwazyjnej oraz 34% redukcję ryzyka przerzutów odległych.¹⁰ Według ekspertów uzyskane wyniki są szczególnie ważne, ponieważ redukcję ryzyka nawrotu wykazano w populacji, która jest szczególnie narażona na nawrót choroby – posiada cechy predysponujące do gorszego rokowania.¹¹

Dlaczego informacja o długości przeżycia wolnego od nawrotu choroby jest istotna klinicznie? Eksperci wskazują, że osoby poddane leczeniu wczesnego raka piersi boją się nawrotu choroby, który wiąże się z koniecznością poddania ciągłemu leczeniu jak w chorobie przewlekłej i wymusza przeorganizowanie życia - przywiązanie do ośrodka, w którym są poddawane terapii, rezygnację z życia, jakie miały przed nawrotem choroby. Dlatego tak ważne jest maksymalne możliwe obniżenie ryzyka nawrotu choroby, co umożliwi normalne funkcjonowanie pacjenta i pozostawanie w wysokiej jakości życia.¹² Dlatego też w przypadku wczesnych stadiów nowotworów, urzędy zajmujące się rejestracją nowych terapii takie jak FDA (Agencja Żywności i Leków) oraz EMA (Europejska Agencja Leków) nie wymagają oceny wpływu testowanej terapii na przeżycie całkowite, natomiast rekomendują stosowanie parametru DFS (czas przeżycia wolnego od nawrotu inwazyjnego). Oczekują jednak, by różnice uzyskane tą drogą w porównywanych terapiach leczenia były widoczne i istotne.

Rak piersi wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno dla chorego, jego rodziny, jak i społeczno-ekonomicznymi. Z perspektywy pacjenta deficyt zdrowia odbija się na wszystkich aspektach jego życia. W przypadku wczesnej postaci choroby, przebyte leczenie może pozostać jedynie epizodem zakończonym trwałym wyleczeniem, powrotem do pełnego zdrowia, ról społecznych, zdolności do pracy - pełni normalnego funkcjonowania. W przypadku zaawansowanego raka piersi jest

¹⁰ Abemaciclib plus endocrine therapy for hormone receptor-positive, HER2-negative, node-positive, high-risk early breast cancer (monarchE): results from a preplanned interim analysis of a randomised, open-label, phase 3 trial - PubMed (nih.gov)

¹¹ [Nowa opcja terapeutyczna dla pacjentek z wczesnym rakiem piersi - MedExpress.pl](#)

¹² [Stawka jest życie wielu pacjentów - Dziennik.pl](#)

to choroba nieuleczalna, wymagająca długotrwałej farmakoterapii i monitorowania, mogąca tym samym prowadzić do wypadania z ról społecznych, obniżenia jakości życia, cierpienia – wiążąca się ze znacznym obciążeniem psychicznym chorego, wymagająca wsparcia psychologicznego. Rak piersi we wczesnych stadiach rozwoju nie wywołuje objawów, jednak w okresie zaawansowanej choroby powoduje liczne objawy fizyczne, ale także zaburza funkcjonowanie w sferze psychologicznej, społecznej, rodzinnej, seksualnej i duchowej. Jakość życia związana ze stanem zdrowia stanowi najważniejszy aspekt życia każdego człowieka. Kobiety z rozpoznaniem raka piersi cechuje obniżona jakość życia, w porównaniu z populacją zdrową. Ocena jakości życia kobiet z rakiem piersi, jako chorobą dającą odległe skutki, jest niezwykle istotna, również dla powodzenia leczenia przeciwnowotworowego i objawowego. Wśród czynników warunkujących jakość życia wymieniane są 4 grupy: zmienne socjo-demograficzne, zmienne kliniczne, czynniki psychosocjalne i przekonania zdrowotne. Ocena jakości życia pozwala dobrać korzystne dla pacjentki leczenie, a poziom jakości życia posiada także znaczenie rokownicze. Interwencje mające na celu poprawę jakości życia mogą wydłużyć czas przeżycia kobiet z rakiem piersi.¹³

Konsekwencje społeczne i ekonomiczne raka piersi są znaczne, mimo że rokowanie raka piersi na przestrzeni ostatnich lat bardzo się poprawiło, dzięki dostępowi do innowacyjnych terapii, które zmieniają oblicze tej choroby. Konsekwencje obejmują zarówno koszty dla systemu ochrony zdrowia, jak i systemu ubezpieczeń społecznych i całej gospodarki kraju. Koszty wynikają z przedwczesnych zgonów, rent z tytułu niezdolności do pracy, absenteizmu i prezenteizmu zarówno samych chorych jak i ich opiekunów. W 2021 r. rak piersi (C50) odpowiadał za 1,2 mln dni absencji chorobowej i 57,2 tys. zaświadczeń. W 2020 r. ponowne orzeczenia rentowe w zakresie raka piersi dotyczyły 2 975 osób, z czego niezdolność do samodzielnej egzystencji dotyczyła 479 osób, całkowita niezdolność do pracy – 854 osób, a częściowa niezdolność do pracy – 1 642 osób. Koszty bezpośrednie medyczne poniesione przez NFZ w 2014 r. tytułem leczenia raka piersi wyniosły ok. 0,5 mld zł, natomiast koszty pośrednie związane z utratą produktywności chorych z rakiem piersi wyniosły ok. 3 mld zł. Na koszty pośrednie związane z utratą produktywności chorych z rakiem piersi składały się koszty pośrednie wynikające z trwałej absencji chorych – 1 mld zł, koszty pośrednie wynikające z przedwczesnych zgonów chorych – 0,8 mld zł, koszty absenteizmu chorych - 0,5 mld zł oraz koszty prezenteizmu chorych – 0,2 mld zł.¹⁴ W tym kontekście kluczowe jest podkreślenie, że im szybciej, na wcześniejszym etapie zdiagnozowany jest rak piersi, tym większa jest szansa, dzięki dostępowi do skutecznej terapii na całkowite wyleczenie i tym samym uniknięcie systemowych kosztów wygenerowanych przez trwałą niezdolność do pracy, renty i straty spowodowane przedwczesnymi zgonami.

Refundacja systemu do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) - FreeStyle Libre (FSL) u kobiet ciężarnych z cukrzycą ciążową, nie wymagających stosowania insuliny

W Polsce około 3 milionów osób choruje na cukrzycę. Jak wskazują szacunki, jeśli obecna dynamika zachorowań nie ulegnie zmianie, to w 2030 roku na cukrzycę zdiagnozowanych będzie ponad 4,2 mln osób. Według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, całkowite koszty leczenia cukrzycy (suma leczenia samej choroby i jej powikłań), wyniosły tylko w samym 2017 roku ponad 6 mld zł. Zaś według wyliczeń Instytutu Ochrony Zdrowia, aż 50% kosztów cukrzycy w naszym kraju to koszty leczenia

¹³ Osmiałowska Edyta et al. Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi Palliative Medicine in Practice 2018, tom 12, nr 3 Via Medica, ISSN 2545-0425 DOI: 10.5603/PMPI.2018.0003

¹⁴ Nojszewska E. (red.): Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce. Warszawa: Instytut Innowacyjna Gospodarka, 2016

powikłań – prawie 70% z nich związanych jest z układem sercowo-naczyniowym. Dodatkowo - w 2020 r. karetki pogotowia ratunkowego wyjeżdżały do osób chorych na cukrzycę 23 745 razy, co oznacza, że średnio w Polsce, co około 20 minut osoba z cukrzycą wymaga interwencji zespołu ratunkowego.

Ostatnie lata przyniosły wiele zmian dla osób z cukrzycą, które w znaczącym stopniu wpływają na ograniczenie rozwoju powikłań tej choroby. Najistotniejsza zmiana życia pacjentów z cukrzycą stała się możliwa dzięki coraz powszechniejszemu stosowaniu nowoczesnych rozwiązań technologicznych, takich jak systemy ciągłego monitorowania glikemii. System do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) - FreeStyle Libre (FSL) – umożliwia pacjentowi oraz lekarzowi uzyskanie informacji o stężeniu glukozy i zmienności glikemii w ciągu doby. W Polsce system ciągłego monitorowania glikemii metodą skanowania był refundowany od 2019 r. dla populacji pediatrycznej, a od 1 stycznia 2023 r. z refundacji mogą skorzystać wszyscy dorośli chorujący na cukrzycę, którzy podają sobie insulinę minimum 3 razy w ciągu doby (czyli są leczeni w modelu intensywnej insulinoterapii). Refundacja objęła również osoby niewidome chorujące na cukrzycę oraz kobiety w ciąży stosujące insulinę (nawet jedną dawkę w ciągu doby) .

Finansowanie systemów monitorowania glikemii ze środków publicznych potwierdza, że są to rozwiązania generujące istotne korzyści zarówno kliniczne jak i finansowe, świadczą o tym m.in. liczne publikacje naukowe. Mając na uwadze możliwość coraz szerszego wykorzystania innowacyjnych technologii, w tym z obszaru telemedycyny w opiece nad pacjentami, za zasadne należy uznać zwiększenie poziomu refundacji w przyszłości (poszerzenie grupy pacjentów). Co więcej, zdalne monitorowanie przebiegu cukrzycy może zwiększyć jakość świadczeń i skrócić kolejki dzięki wykorzystaniu dostępnych raportów oraz wyników badań.

Grupą pacjentek, która również szczególnie mogłaby skorzystać z dostępu do ciągłego monitorowania glikemii są ciężarne z cukrzycą ciążową, nie wymagające stosowania insuliny. O objęciu refundacją tej wrażliwej grupy pacjentek, zawnieśli w ostatnim czasie eksperci kliniczni – ginekolodzy wspólnie z diabetologami oraz perinatologami. Z uwzględnieniem wyników analizy skuteczności klinicznej, przeprowadzona analiza ekonomiczna wykazała wysoką kosztową efektywność systemu FSL. Liczbę pacjentek w ciąży z hiperglikemią niewymagającą insulinoterapii NFZ i eksperci szacują na ok. 30 tys. rocznie. Można przyjąć, że w pierwszym roku około 20 % pacjentek skorzystałoby z refundacji, 30% w roku kolejnym, docelowo do 40%. Zgodnie z propozycją ekspertów, FSL przysługiwałoby pacjentkom od momentu stwierdzenia przez lekarza cukrzycy ciążowej do 6. tygodnia porodu łącznie. Pacjentki diagnozowane są standardowo w 25-28 tyg. ciąży , tylko ok. 20% pacjentek diagnozowanych przed 24 tyg. (tym samym stosowanie systemu FSL trwałoby ok 16 tyg.) Inkrementalne koszty dla budżetu płatnika publicznego związane z refundacją FSL wyniosą około 3 mln PLN, 5 mln PLN i 7 mln PLN odpowiednio w 1., 2. i 3. roku refundacji.

Dodatkowo w lutym 2023 r. na międzynarodowym kongresie diabetologicznym ATTD, opublikowano wyniki polskiego badania randomizowane FLAMINGO. W badaniu porównywano kobiety z cukrzycą ciążową, stosujące FSL do grupy kontrolnej stosującej glukometrię. Wyniki badania wskazują m.in. na statystycznie znamiennej redukcję odsetka płodów u których wystąpiła makrosomia (4% w grupie FSL vs 20% w grupie pasków, $p=0,028$). W praktyce przełożyć się to może bezpośrednio na redukcję liczby cięć cesarskich podczas porodów oraz w przyszłości redukcję występowanie otyłości oraz cukrzycy typu II (makrosomia jest czynnikiem ryzyka warunkującym przyszłe występowanie cukrzycy i otyłości). W związku z powyższym należy się spodziewać dodatkowej redukcji kosztów w systemie

ochrony zdrowia w horyzoncie zarówno krótko (cesarskie cięcia, opieka około oraz poporodowa) jak i długookresowym.

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania na rzecz rozwoju i upowszechnienia rozwiązań telemedycznych w świetle dokumentu polityki publicznej pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021 – 2027 (z perspektywą do 2030 r.)”. Głównym celem ma być poprawa jakości leczenia i dostępności do świadczeń dla pacjentów poprzez zapewnienie szybszego i łatwiejszego dostępu do usług medycznych dzięki zastosowaniu rozwiązań telemedycznych. Kształtowana w tym kierunku od lat polityka publiczna znajduje odzwierciedlenie także w Programie rozwoju e-zdrowia w Polsce. Telemedycyna została uznana jedną z najnowocześniejszych form świadczenia usług medycznych, która może ograniczyć potrzebę częstych wizyt bezpośrednich oraz umożliwić szybszą interwencje w przypadku stanów nagłych oraz rozwiązać część problemów związanych z leczeniem chorób przewlekłych (w tym cukrzycy), które może przyczynić się do zwiększenia jakości opieki oraz popularyzacji profilaktyki.

Rozszerzenie refundacji flozyn w przewlekłej chorobie nerek oraz niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową oraz wprowadzenie flozyn na listę 75+

Z raportu OECD „Health at a Glance Europe 2022” wynika, że Polska jest na drugim miejscu pod względem odsetka pacjentów powyżej 65 roku życia, u których występują co najmniej dwie choroby przewlekłe – ponad 65% Polaków jest dotkniętych taką sytuacją^[1]. Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że wraz ze wzrostem liczby chorób współwystępujących skraca się istotnie spodziewana długość życia chorego - do 50% szans na 5-letnie przeżycie przy 3 chorobach współistniejących^[2]. W Polsce jednymi z częściej występujących chorób przewlekłych u pacjentów o średniej wieku 65 lat są przewlekła choroba nerek (PChN; 4,5 mln chorych), cukrzyca (3 mln) i niewydolność serca (NS; 1,2 mln). Wszystkie te trzy choroby zasilają docelowo pulę zgonów kardiologicznych, które od lat wciąż są główną przyczyną zgonów Polaków i wg danych GUS dotyczą, co trzeciego Polaka (35% zgonów kardiologicznych i 20% zgonów onkologicznych, spośród wszystkich zgonów w 2021 roku).^[3] Przez lata kardiologzy nie dysponowali skuteczną terapią redukującą śmiertelność oraz częstość hospitalizacji u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową (HFpEF). Zalecane było jedynie stosowanie diuretyków w celu złagodzenia objawów przedmiotowych i podmiotowych. Sytuacja uległa zmianie w 2022 r., kiedy flozyny, zgodnie z wynikami badań klinicznych, okazały się skuteczne również w zachowanej frakcji wyrzutowej niewydolności serca (HFpEF) i łagodnie obniżonej frakcji wyrzutowej serca (HFmrEF) i na ich postawie zarejestrowane do stosowania w Europie w tej grupie pacjentów. Natomiast pacjenci z przewlekłą chorobą nerek mają dostęp do refundowanych flozyn, ale z ograniczonymi wskazaniami. Do leczenia flozynami, dzięki refundacji w przewlekłej chorobie nerek, która obowiązuje od 1 lipca 2022 r. zakwalifikowało się w pół roku zaledwie około 2 tys. pacjentów (ok. 5 tys. pacjentów przewidywanych w skali roku), a planowano 3x więcej w skali roku i docelowo ok. 40 tys. pacjentów. Wpływa na to szereg czynników, dlatego środowisko nefrologiczne oczekuje zmiany zapisu refundacyjnego z ilościowego („albuminuria $\geq 200\text{mg/g}$ ”) na jakościowy, czyli: „albuminurię lub białkomocz”. Dlatego istnieje potrzeba rozszerzenia refundacji flozyn

[1] <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

[2] <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/problemy-zdrowotne/niewydolnosc-serca/>

[3] <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-w-2021-roku-zgony-wedlug-przyczyn-dane-wstepne,10,3.html>

w niewydolności serca o zachowaną frakcję wyrzutową serca oraz zmianę zapisu refundacyjnego z ilościowego na jakościowe w przewlekłej chorobie nerek.

Kolejnym krokiem dla upowszechnienia pozytywnych efektów stosowania flozyn jest włączenie tych leków na listę bezpłatnych leków dla seniorów 75+. W obecnej sytuacji ekonomicznej pacjenci senioralni rezygnują z zakupu potrzebnych leków - z przeprowadzonego przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym” badania opinii publicznej jednoznacznie wynika, że wydatki na leki obciążają budżet domowy prawie 95 proc. osób starszych. Co gorsza, badanie wykazało, że 80 proc. seniorom zdarzyło się nie wykupić recept z uwagi na ceny leków. Najtrudniejsza sytuacja występuje wśród seniorów w wieku 70-75 lat - to właśnie w tej grupie deklarowano, że osoby często powstrzymują się od wykupienia recept w całości (aż 34% badanych). W obecnej refundacji mimo, iż koszt dopłaty pacjenta do flozyn wydaje się niewielki (około 50 zł za miesięczną terapię), to u pacjentów senioralnych, wielochorobowych, wykupujących dużą liczbę leków nawet ta niewielka kwota stanowić może istotny koszt i znaczne obciążenie dla budżetu domowego, co obserwujemy też w praktyce – wg danych NFZ flozyny na koniec grudnia 2022 roku były stosowane u zaledwie 173 tys. pacjentów, mimo ich bardzo wysokiej pozycji w wytycznych diabetologicznych (PTD 2022^[4], EASD^[5]), kardiologicznych (ESC 2021)^[6] i nefrologicznych (KDIGO 2022)^[7] w tych powszechnie występujących chorobach. Mając dostęp do grupy flozyn w leczeniu trzech chorób cywilizacyjnych możemy zredukować istotnie zgony kardiologiczne wynikające z tych chorób. Organizacje pacjentów i towarzystwa naukowe reprezentujące trzy choroby populacyjne (Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Nefrologiczne) wnioskujeją i rekomendują refundację flozyn w tych wskazaniach.

Podsumowanie:

1. Rekomendowane jest rozszerzenie refundacji flozyn:
 - a. w przewlekłej chorobie nerek (środowisko nefrologiczne oczekuje zmiany zapisu refundacyjnego z ilościowego („albuminuria $\geq 200\text{mg/g}$ ”) na jakościowe, czyli: „albuminurię lub białkomocz”) oraz
 - b. niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową (sytuacja uległa zmianie w 2022 roku, kiedy flozyny, zgodnie z wynikami badań klinicznych, okazały się skuteczne również w zachowanej frakcji wyrzutowej niewydolności serca (HFpEF) i łagodnie obniżonej frakcji wyrzutowej serca (HFmrEF)) i na ich podstawie zarejestrowane do stosowania w Europie w tej grupie pacjentów.
2. Rekomendowane jest wprowadzenie flozyn na listę 75+.

Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości

Według WHO otyłość to jedna z głównych chorób cywilizacyjnych, która szczególnie zagraża mieszkańcom Europy. W ciągu ostatnich 20 lat trzykrotnie przybyło ludzi z otyłością. W Polsce na otyłość cierpi co czwarta osoba. Nadmierną masę ciała w naszym kraju ma 65,7 proc. mężczyzn i 45,9 proc. kobiet. Otyłość występuje u 15,4 proc. mężczyzn i 15,2 proc. kobiet, otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) u 0,5 proc. mężczyzn i 0,4 proc. kobiet. To wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-

^[4] <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd>

^[5] <https://www.easd.org/guidelines/statements-and-guidelines.html>

^[6] <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

^[7] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253822005075?via%3DiHub>

PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020. Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyja rozwojowi niektórych typów nowotworów i podwyższa ryzyko zgonu.

Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości

W grudniu 2022 r. z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości oraz Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego powołane zostało Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości. To nieformalna Koalicja ekspertów zaangażowanych w działania z zakresu otyłości. W jej skład wchodzi: prof. Paweł Bogdański (Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości), prof. Mariusz Wyleżół (Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości), prof. Lucyna Ostrowska (Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości), dr Małgorzata Gałązka-Sobotka (Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego), Marta Pawłowska (Uczelnia Łazarskiego), dr hab. n. med. Karolina Kłoda (Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej), dr n. med. Michał Sutkowski (Kolegium Lekarzy Rodzinnych) oraz Igor Grzesiak (Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej). Celem Koalicji jest zaangażowanie we wzmocnienie poziomu merytorycznego publicznych dyskusji na temat choroby otyłościowej oraz opracowywanie rekomendacji kluczowych działań w obszarze profilaktyki i leczenia, w tym w szczególności rekomendacji utworzenia wieloletniej Ogólnokrajowej Strategii na rzecz Otyłości. W obszarze działania Partnerstwa znajduje się również szeroko pojęta edukacja na temat kluczowych potrzeb systemowych w obszarze profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości w Polsce. Firma Novo Nordisk pełni rolę Mecenasu projektu.

Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR)

Obecnie działa program pilotażowy kompleksowej opieki medycznej nad pacjentami chorymi na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (KOS-BAR). Chirurgiczne zmniejszenie żołądka zapewnia wyraźną utratę wagi i pomaga w leczeniu ponad 40 schorzeń związanych z otyłością, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby serca, obturacyjny bezdech senny i niektóre nowotwory, włączając zapobieganie im, łagodzenie ich objawów oraz ustąpienie choroby. Po zabiegu bariatrycznym u pacjentów obserwowano redukcję incydentów kardiologicznych, udarów, występowania nowotworów oraz w szczególności lepszą kontrolę lub remisję cukrzycy, co wpływa na zmniejszenie śmiertelności związanej z patologiczną otyłością. Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR zakłada, że pacjent będzie leczony w ośrodku koordynującym, który zapewni mu kompleksową opiekę przed- i po operacji. Pilotaż ma poprawić jakość i efektywność leczenia pacjentów z rozpoznaniem otyłości olbrzymią. Program KOS-BAR zostaje wprowadzony, gdyż stale rośnie liczba osób otyłych, a ich leczenie stanowi coraz większe obciążenie finansowe dla systemów opieki zdrowotnej oraz społeczeństwa. Do realizacji programu pilotażowego wytypowano 15 ośrodków, które będą mogły go przeprowadzić pod warunkiem zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Po dokonaniu kwalifikacji do programu pilotażowego, ośrodek koordynujący wyda pacjentowi kartę KOS-BAR i od chwili jej otrzymania przez cały okres leczenia chory będzie pod opieką tego ośrodka. Szacuje się, że w ramach pilotażu opieką zostanie objęte ok. 2 907 pacjentów. Pilotaż KOS-BAR, w zależności liczby pacjentów włączonych do programu, będzie kosztował ok. 71 mln zł. Środki na ten program zostaną przekazane m.in. z tzw. opłaty cukrowej, która zgodnie z przepisami jest przeznaczona na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia pacjentów z nadwagą i otyłością.

Program pilotażowy kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorymi w wieku powyżej 18 lat leczonymi z powodu otyłości (KOS-BMI 30+)

24 października 2022 r. Minister Zdrowia opublikował zarządzenie powołujące Zespół do spraw koordynowanej opieki nad pacjentami z rozpoznaną otyłością (Dz.Urz.MZ.2022.112). Jego zadaniem będzie przygotowanie założeń dwóch nowych programów pilotażowych:

- dotyczącego kompleksowej opieki nad pacjentem w wieku poniżej 18 lat, u którego stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju;
- dotyczącego kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorymi w wieku powyżej 18 lat leczonymi z powodu otyłości (KOS-BMI 30+).

Przewodniczącym Zespołu został Dariusz Poznański – Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego. Zespół składa się z 8 członków a w jego skład wchodzi: Dominika Janiszewska-Kajka, Zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański, Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych i Dietetyki Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prof. dr hab. med. Artur Mazur, II Klinika Pediatrii Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie Uniwersytetu Rzeszowskiego, dr hab. n. med. Karolina Kłoda, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr hab. n. med. Michał Brzeziński, Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, dr n. ekon. Małgorzata Sobotka-Gałązka, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Zespół zakończy swoje działania nie później niż do 30 czerwca 2023 r.

Raport Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego „Otyłość. Skala zjawiska i jej konsekwencje”

Celem dokumentu jest opracowanie założeń do Strategicznego Planu na Rzecz Prewencji i Leczenia Otyłości w Polsce. Przesłanką do podjęcia prac badawczych była potrzeba racjonalizacji tego obszaru ochrony zdrowia, szczególnie w obliczu rosnącej w szybkim tempie skali problemu choroby otyłościowej i jej konsekwencji. Raport składa się z dwóch części a rozpoczyna go część zawierająca analizę organizacji opieki nad pacjentami chorymi na otyłość, przykłady tzw. dobrych praktyk z 12 krajów Europy (Polska, Czechy, Węgry, Rumunia, Portugalia, Hiszpania, Francja, Irlandia, Dania, Wielka Brytania, Włochy, Niemcy) oraz Kanady. W każdym z krajów analiza porównawcza została przygotowana w oparciu o te same kryteria, w określeniu których kluczową rolę odegrała dostępność do homogennych danych dla wszystkich krajów (problem zdrowotny, polityka zdrowotna, diagnostyka i leczenie, mechanizmy finansowania). Wnioski z tej części zostały zaprezentowane w grudniu ubiegłego roku. W tej chwili trwają prace nad opracowaniem części zawierającej rekomendacje konkretnych zmian systemowych w Polsce, które mają być opublikowane do końca czerwca 2023 r. Partnerem projektu jest firma Novo Nordisk.

Raport Fundacji Republikańskiej „Otyłość epidemią XXI wieku”

Dokument został opublikowany w czerwcu 2021 roku. Porządkuje on w sposób kompleksowy ważne aspekty otyłości. Wyjaśnia charakter otyłości jako choroby przewlekłej mającej istotny wpływ na rozwój ponad 200 powikłań zdrowotnych. Przybliża epidemiologię, profilaktykę, diagnostykę, dostępne metody leczenia oraz propozycję wdrożenia gotowych rozwiązań. Oprócz podstawowych informacji o chorobie zawiera także analizę społecznych, ekonomicznych konsekwencji otyłości

wskazując na złożoność zagadnienia i konieczność wprowadzenia konkretnych zmian systemowych. Firma Novo Nordisk pełni rolę Partnera projektu.¹⁵

Koszty otyłości - Polska vs. Unia Europejska

W raporcie OECD z 2019 r. pt. „The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention” stwierdzono, że nadwaga i otyłość generują olbrzymie koszty z perspektywy społecznej. Zmniejszają oczekiwaną długość życia, zwiększają koszty opieki zdrowotnej, obniżają wydajność pracowników, a poprzez to obniżają Produkt Krajowy Brutto (PKB). W przypadku Polski, w najbliższych 30 latach będzie to strata na poziomie ok. 4,1% PKB, czyli 0,14% PKB rocznie. Średnia dla Unii Europejskiej i OECD wyniosła 3,3% PKB. Otyłość odpowiada za 70% kosztów leczenia cukrzycy, 23% kosztów leczenia chorób sercowo-naczyniowych i 9% kosztów leczenia raka.¹⁶

NFZ w raporcie z 2019 r. pt. „Cukier, otyłość – konsekwencje” szacuje wzrost kosztów związanych z leczeniem chorób związanych z nadwagą i otyłością o 0,3 – 1,0 mld zł w 2025 w porównaniu do 2017 r. Liczba dorosłych osób z otyłością wzrośnie do 6,1 – 11,4 mln osób, czyli otyłych będzie 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn. Dotyczy to przede wszystkim chorych na cukrzycę i należy oczekiwać wzrost populacji tych chorych w 2025 r. o 437 – 941 tys., w porównaniu z 2017 r.¹⁷

W raporcie Fundacji Republikańskiej z 2021 r. pt. „Otyłość epidemią XXI wieku” oszacowano koszty bezpośrednie i pośrednie otyłości w Polsce. Koszty bezpośrednie, czyli świadczenia zdrowotne i koszty leków, stosowanych głównie w terapii powikłań otyłości, kampanie i programy profilaktyczne wynoszą ok. 5 mld złotych rocznie. Koszty pośrednie, związane z nieobecnością w pracy, utraconym podatkiem lub dochodem, obniżeniem jakości życia czy utraconymi latami życia estymowane są na poziomie ok. 10 mld zł rocznie.¹⁸

KONTAKT:

Anna Jasińska – Rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl

Grażyna Mierzejewska - Ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734 437 337, e-mail: mierzejewska@greencomm.pl

SPONSORZY/PARTNERZY:



¹⁵<https://fundacjarepublikanska.org/wp-content/uploads/2021/07/RAPORT-OTYLOSC-do-internetu.pdf>

¹⁶ <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

¹⁷ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>

¹⁸ <https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>