



**Honorowy Patronat Ks. Kardynała Kazimierza Nycza**

**I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości**

**11 grudnia 2019**

**\***

**Position Paper**

**w zakresie Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości w Polsce**

Choroby metaboliczne powstają w wyniku zaburzeń genetycznych (choroby metaboliczne wrodzone) lub rozwijają się, jako konsekwencja nieprawidłowego stylu życia i diety (choroby metaboliczne nabyte).

**1. Choroby metaboliczne wrodzone**

Choroby metaboliczne wrodzone to uwarunkowane genetycznie wady metabolizmu białek, węglowodanów lub tłuszczów, w wyniku których dochodzi do nadmiaru lub niedoboru określonego związku chemicznego w organizmie co zaburza jego prawidłowe funkcjonowanie. Wybrane choroby metaboliczne wrodzone to: alfamannozydoza, CLN2, choroba Fabry’ego, Gauchera, mukopolisacharydozy, mukowiscydoza, choroba Niemanna Picka, Pompego czy tyrozynemia.

**Rekomendowane działania systemowe w zakresie chorób metabolicznych wrodzonych w Polsce:**

Rada Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu opracowała w 2019 r. główne tezy przekazu do decydentów, środowiska medycznego i społeczeństwa, dotyczących problemów diagnostyki i terapii chorób rzadkich w Polsce. Z perspektywy systemu ochrony zdrowia choroby metaboliczne wrodzone, jako choroby rzadkie dotyczą niewielkiego odsetka populacji. Leczenie jest prowadzone w wysokospecjalistycznych ośrodkach klinicznych, a leki refundowane głównie w ramach programów lekowych Narodowego Funduszu Zdrowia.

W tym roku zapadła, długo oczekiwana, decyzja o finansowaniu ze środków publicznych terapii skutecznych w **chorobie Fabry’ego**.

Na dostęp do nowoczesnego leczenia czekają chorzy z: **alfamannozydozą, CLN2, chorobą Duchenne’a, mukopolisacharydozą typu IV i mukowiscydozą**.

Projekt Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich przewiduje utworzenie ok. 50 krajowych ośrodków referencyjnych, określonych dla wybranej choroby rzadkiej lub grupy takich chorób, które będą pełnić kluczową rolę w integracji opieki, a także współpracujących z nimi centrów eksperckich. Ponadto mają powstać rejestry medyczne poszczególnych chorób rzadkich - w tym chorób metabolicznych.

**2. Choroby metaboliczne nabyte**

Choroby metaboliczne nabyte to przede wszystkim: cukrzyca typu 2, otyłość, dyslipidemie oraz osteoporoza. Stanowią one olbrzymie wyzwanie z perspektywy zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej i zasobów systemu ochrony zdrowia. Z powodu liczby zgonów i powikłań oraz wzrostu zapadalności należą do priorytetów zdrowotnych w Polsce. Choroby metaboliczne nabyte odpowiadają za rosnące koszty bezpośrednie medyczne oraz koszty pośrednie wynikające z utraty produktywności.

**Optymalizacja modelu opieki nad tą grupą chorych powinna polegać na dostępie do leczenia zgodnego ze standardami klinicznymi oraz działaniach profilaktycznych, modyfikacji stylu życia i konsekwentnej edukacji zdrowotnej od najmłodszych lat (postulat ekspertów Medycznej Racji Stanu dotyczący wprowadzenia do szkół Godziny dla Zdrowia).**

**Cukrzyca typu 2**

Międzynarodowa federacja diabetologiczna i WHO wskazują, że 422-425 mln osób na świecie choruje na cukrzycę (dane za rok 2016-2017). Wg. NFZ liczba dorosłych osób, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem cukrzycy (głównym lub współistniejącym) wyniosła 2,18 mln w 2018 r. W porównaniu do 2013 r. stanowi to wzrost o 14,2%. Recepty na leki stosowane w leczeniu cukrzycy lub paski do oznaczania glukozy we krwi zrealizowało w 2018 r. 2,85 mln osób.

**NFZ raportuje ok. 300 tys. nowych rozpoznań cukrzycy rocznie oraz roczny wzrost zachorowalności na cukrzycę w naszym kraju o ok. 4%. Wg. prognoz - za 10 lat może być ok. 5 mln chorych na cukrzycę w Polsce.**

**Wg. danych WHO z 2018 r. cukrzyca znalazła się po raz pierwszy w rankingu 10 chorób prowadzących bezpośrednio do śmierci zajmując 7 miejsce - 1,6 mln zgonów, gdy jeszcze
w 2000 r. cukrzyca odpowiadała za 1 mln. zgonów. Dane GUS dla Polski wykazały w 2016 r. aż 8 291 zgonów z powodu hipoglikemii oraz hiperglikemii** w przebiegu cukrzycy (ICD10: E10-E14).

**Analizy WHO dla Polski szacują liczbę zgonów z powodu powikłań cukrzycy na minimum 30 tys. rocznie. Powikłania sercowo-naczyniowe stanowią 70% zgonów z powodu powikłań cukrzycy.**

Wg. najnowszego raportu NFZ z 2019 r. osoby z cukrzycą stanowiły 30–40% pacjentów
z niewydolnością nerek, chorobą niedokrwienną serca czy udarem mózgu. **Liczba amputacji
u dorosłych osób z cukrzycą wzrosła z 7,1 tys. w roku 2014 do 8,7 tys. w 2018 r. (wzrost o 23%).** W przeliczeniu na 1 tys. osób realizujących recepty na leki stosowane w cukrzycy i paski do oznaczania glukozy, liczba amputacji pozostawała na zbliżonym poziomie w latach 2014–2018.
W roku poprzedzającym dużą amputację 37% pacjentów nie miało udzielonego żadnego świadczenia z powodu cukrzycy (wg rozpoznania głównego), a 77% pacjentów nie korzystało
z poradni diabetologicznej.

Łączna wartość refundacji świadczeń, wyrobów medycznych i leków stosowanych w cukrzycy wyniosła w 2018 r. 1,9 mld zł (50% stanowiły koszty leków, 25% paski do oznaczania glukozy we krwi, 21% świadczenia udzielone z powodu cukrzycy inne niż pompy insulinowe, 4% pompy insulinowe i system ciągłego monitorowania glikemii 4%). Była to wartość o 23% wyższa niż
w 2013 roku. Dopłata pacjentów wyniosła w 2018 r. 0,45 mld zł i była o 35% wyższa niż w 2013 r. Średnia wartość refundacji na pacjenta wyniosła w 2018 r. 507 zł (spadek o 6 zł w porównaniu do 2013 r.) a wartość dopłaty pacjenta 155 zł (spadek o 46 zł w porównaniu do 2013 r.). Według badań organizacji pacjenckich (Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Fundacja Urszuli Jaworskiej), co drugi chorujący na cukrzycę deklaruje ponoszenie znacznych wydatków miesięcznie (porady lekarskie i leki), co pogłębia nierówności społeczne i ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

**2019 r. był przełomowy z zakresie poprawy dostępu chorych na cukrzycę do nowych technologii medycznych. Od 1 maja 2019 r. zrefundowano insulinę ultra-długo działającą degludec. Od października 2019 r. podjęto decyzję o refundacji systemu monitorowania glikemii Freestyle Libre dla chorych z cukrzycą typu 1 do 18 r.ż. Od 1 listopada 2019 r. chorzy na cukrzycę typu 2 otrzymali refundację flozyn: dapagliflozyna, empagliflozyna oraz kanagliflozyna.**

W 2016 r. **ZUS wydał** tytułem niezdolności **do pracy z powodu cukrzycy 120 mln zł, z czego 80 mln zł wyniosły wydatki na renty – a więc trwałą niezdolność do pracy**. Wg. badania Fundacji Urszuli Jaworskiej z 2019 r. aż 38% chorych na cukrzycę typu 2 posiada lekki lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, a w przyszłości aż 19% chorych na cukrzycę typu 2 zgłasza zamiar ubiegania się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Konsekwencje nieoptymalnego leczenia cukrzycy w Polsce mają oprócz konsekwencji klinicznych poważny wymiar finansowy w zakresie kosztów pośrednich wynikających z utraty produktywności. **Całkowite koszty społeczne cukrzycy w Polsce przekroczyły 7 mld zł w 2013 r., a według prognoz, do 2030 r. wzrosną dwukrotnie i wyniosą blisko 14 mld zł. Znaczącą część tych kosztów stanowiły koszty utraty produktywności wynikające z przedwczesnych zgonów.**

**Koszty powikłań cukrzycy - głównie sercowo-naczyniowych przekraczają 50% łącznych kosztów związanych z chorobą.**

**Koszty pośrednie znacząco więc przewyższają koszty bezpośrednie ponoszone przez płatnika publicznego związane z leczeniem cukrzycy zgodnym ze standardami klinicznymi.**

**Rekomendowane działania systemowe w zakresie cukrzycy w Polsce:**

**Cukrzyca znalazła się na liście krajowych priorytetów zdrowotnych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 lutego 2018 r., jako jedna z głównych przyczyn zgonów Polaków (obok chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów i chorób układu oddechowego).** Wg. Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w Polsce konieczne są konkretne działania rządu, zmierzające do poprawy dostępu chorych na cukrzycę do leczenia zgodnego z „Zaleceniami klinicznymi dotyczącymi postępowania u chorych na cukrzycę 2019”. Zastosowanie optymalnego leczenia u pacjentów z cukrzycą przyniesie wymierną wartość, bowiem koszty leczenia powikłań (sercowo-naczyniowych, stopy cukrzycowej) są wielokrotnie wyższe niż leczenie cukrzycy zgodne ze standardami klinicznymi. Równolegle należy opracowywać i wdrażać kompleksowy
i efektywny model opieki nad chorymi na cukrzycę oparty na działaniach edukacyjnych, profilaktycznych, skutecznej diagnostyce i terapii oraz **zaangażowaniu i współodpowiedzialności pacjenta za proces leczenia.**

**Polskie Stowarzyszenie Diabetyków oczekuje na:**

**- refundację analogów GLP1, które nie tylko znacząco zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe, a także otyłość u pacjentów z cukrzycą typu 2.,**

 **- zniesienie obostrzeń w refundacji długo działających analogów insulin dla osób z cukrzycą typu 2,**

**- rozszerzenia refundacji systemu monitorowania stężenia glukozy (Flash Glucose Monitoring, FGM), który jest już refundowany dla pacjentów w wieku 4-18 lat, aby został rozszerzony na wszystkie osoby z cukrzycą typu 1.**

**- refundację pomp insulinowych powyżej 26-tego roku życia.**

Według badania Fundacji Urszuli Jaworskiej z 2019 r. istnieje pilna potrzeba koordynacji
i kompleksowości opieki diabetologicznej w Polsce. Koordynacji, która powinna być prowadzona przez zespół POZ w konsultacji z diabetologiem oraz lekarzami innych specjalności. Kompleksowość opieki to przede wszystkim potrzeba edukacji chorego i jego rodziny, przekazanie wiedzy na temat żywienia, aktywności fizycznej oraz znaczenia stosowania się do zaleceń lekarza, pielęgniarki, dietetyczki i edukatora. Leczenie powinno być oparte o aktualne zalecenia kliniczne PTD, z dostępem do diagnostyki i leków w nich zawartych. W optymalizacji opieki diabetologicznej nad pacjentami w Polsce powinny być wykorzystanie nowe narzędzia
e-zdrowia, takie jak telemedycyna, aplikacje mobilne oraz praca na elektronicznej dokumentacji pacjenta przez wszystkich biorących udział w procesie jego leczenia.

**W listopadzie 2019 r. NFZ zainicjował prace nad opracowaniem modelu koordynowanej
i kompleksowej opieki nad chorym na cukrzycę w Polsce.**

*„Jeśli nie zaczniemy się profilaktyką cukrzycy, a tylko finansowaniem leczenia zachorowań to nawet 6 proc. PKB sobie z tym nie poradzi. Świadoma polityka finansowa winna przewidywać inwestycję w zdrowie, a nie tylko w interwencję - Prezes NFZ Dr Adam Niedzielski.*

*„Bardzo ważne jest, żeby zarówno pacjenci, jak i ich rodziny edukowały się w zakresie cukrzycy” – Anna Śliwińska, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.*

*„Dzięki odpowiedniej wiedzy ludzie mogliby się obronić przed cukrzycą” – Poseł Tomasz Latos, Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia.*

*„Podstawowym lekarzem dla pacjenta z cukrzycą powinien być jednak lekarz rodzinny,
z wyjątkiem sytuacji kiedy jest to cukrzyca typu 1. lub rozpoznanie dotyczy kobiety ciężarnej – wtedy z pewnością powinien być to diabetolog” – Dr Michał Sutkowski, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.*

*„Głównym specjalistą w leczeniu cukrzycy jest pacjent. Pacjent musi wiedzieć, że to od niego bardzo wiele zależy. Dotyczy to osób, które z cukrzycą się już zmagają, jak i tych które znajdują się w grupie ryzyka. Brak ruchu, zła dieta, nadwaga i otyłość – to praca, którą wykonują Polacy zwiększając ryzyko zachorowalności” - Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski.*

*„Edukacja jest bezcenna. Należy sprawić by była ona świadczeniem gwarantowanym” - Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.*

*„Cukrzyca w coraz większym stopniu wymaga interdyscyplinarności” - Prof. Leszek Czupryniak, Diabetolog.*

*„Profilaktyka i leczenie cukrzycy powinny być priorytetem w polityce zdrowotnej państwa” -
Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia.*

**Zespół metaboliczny**

Zespół metaboliczny nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej – jest to zespół kilku czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2 [Cichocka,2013]. Zespół metaboliczny rozpoznaje się, gdy u danej osoby występują co najmniej trzy z: **otyłość brzuszna, wzrost stężenia trójglicerydów we krwi, wzrost stężenia frakcji HDL cholesterolu we krwi, podwyższone ciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2.**

*„Nadciśnienie tętnicze to cichy zabójca i poważny problem społeczny” - Prof. Zbigniew Gaciong, Kardiolog.*

**Otyłość**

Wg. WHO, w 2016 r. na całym świecie 39% populacji dorosłej i 18% dzieci w wieku 5-19 lat miało nadwagę, a 13% populacji dorosłych i 7% dzieci w wieku 5-19 lat było otyłych [Obesity and overweight. Key facts. WHO, 2018].

W Polsce nadwaga dotyczy 43,4% mężczyzn i 31% kobiet, a otyłość - 25,4% mężczyzn i 25,7% kobiet. Polska wśród krajów Unii Europejskiej zajmuje 13 miejsce w kategorii mężczyzn i 12 miejsce wśród kobiet. Nadwaga i otyłość odpowiada w Polsce za 11,3% wszystkich lat skorygowanych o niepełnosprawność (DALY) - wśród mężczyzn za 11,1%, zaś kobiet – 11,7%. [Wojtyniak, NIZP-PZH, 2018].

Według raportu NFZ pt. „Cukier, otyłość – konsekwencje” z 2019 r. dziesiątki tysięcy zgonów rocznie powodują choroby, które wiążą się z otyłością, a więc także ze spożyciem cukru. Samo tylko spożycie napojów słodzonych cukrem przedwcześnie odbiera życie około 1 400 Polakom rocznie, a każdy z nich traci przeciętnie 15 lat życia. Jeżeli sprawdzą się prognozy wzrostu otyłości to w 2025 roku na leczenie chorób związanych z otyłością NFZ wyda więcej o 0,3 – 1,0 mld zł niż w 2017 r. W przypadku, gdy utrzymają się obecne trendy, przy niezmienionych pozostałych czynnikach, należy oczekiwać w 2025 r. o 437 – 941 tys. więcej pacjentów z cukrzycą niż w 2017 r. Wiąże się to ze wzrostem kosztów świadczeń o 219 – 661 mln zł. Drugą jednostką chorobową
o najwyższym oczekiwanym wzroście liczby pacjentów jest nadciśnienie (wzrost o 164 – 436 tys.). Biorąc pod uwagę koszty udzielania świadczeń drugą jest choroba zwyrodnieniowa kolan (wzrost kosztów udzielenia świadczeń o 71 – 262 mln zł). Sumarycznie, dla problemów zdrowotnych wybranych do analizy, szacowany wzrost kosztów w 2025 r. w porównaniu do 2017 r. wynosi 513 – 1 224 mln zł.

Obywatele Polski z powodu chorób związanych z nadwagą i otyłością (głównie cukrzycy oraz schorzeń sercowo-naczyniowych i nowotworów) będą żyć średnio o 3 lata i 10 miesięcy krócej.

Otyłość odpowiada za 70% kosztów leczenia cukrzycy, 23% kosztów leczenia chorób sercowo-naczyniowych i 9% kosztów leczenia raka. Koszty leczenia otyłości i chorób z nią związanych stanowiła w badanych krajach, aż 8,4 proc. wydatków służby zdrowia, czyli średnio 211 dol. na mieszkańca rocznie. Każdy z 16,5 mln pracujących Polaków płaci obecnie za leczenie otyłości oraz chorób będącymi konsekwencjami nadwagi i otyłości 182 zł rocznie. W najbliższych 30 latach Polska straci na nadwadze i otyłości oraz na chorobach wywołanych nadwagą i otyłością ok. 4,1% PKB, czyli 0,14% PKB rocznie. [The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention. OECD, 2019].

**Rekomendowane działania systemowe w zakresie przeciwdziałania otyłości w Polsce:**

Należy wdrożyć działania prewencyjne oraz skuteczne leczenie nadwagi i otyłości oraz chorób
z nimi związanych w Polsce. Rekomendowane są działania, które można podjąć na szczeblu lokalnym, regionalnym, krajowym i europejskim w celu zmniejszenia ryzyka związanego ze złym odżywianiem i ograniczonym wysiłkiem fizycznym, jednocześnie rozwiązując problem nierówności między państwami członkowskimi. Aby poradzić sobie z rosnącą epidemią otyłości kraje muszą wdrożyć kompleksowe pakiety działań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości. Proponowane przez OECD rozwiązania to m.in. systemy etykietowania żywności, kampanie
w środkach masowego przekazu, regulacja reklamy niezdrowej żywności, podatki od niezdrowej żywności- m.in. podatek cukrowy oraz dostęp do skutecznych metod leczenia cukrzycy i otyłości (nowoczesne terapie i chirurgia bariatryczna).

„Otyłość to problem wykraczający daleko poza medycynę” - Prof. Leszek Czupryniak, Diabetolog.

„Mamy przed sobą ogromne wyzwanie związane z nadwagą i otyłością u dzieci i młodzieży –
Dr Grzegorz Juszczyk, dyrektor NIZP-PZH i Instytutu Żywności i Żywienia.

„Otyłość - potrzeba ogólnokrajowego programu, edukacji zdrowotnej oraz dobrze prowadzonej profilaktyki” – Senator Beata Małecka-Libera, przewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia.

„Nadwaga i otyłość to narastający problem. Konieczne jest podjęcie dyskusji na temat wprowadzenia przepisów zmierzających do ograniczenia spożycia wysokosłodzonych produktów – Prof. Jarosław Pinkas, Główny Inspektor Sanitarny.

„Opracujmy standardy leczenia chorych z otyłością olbrzymią” - Prof. Mariusz Wyleżoł, Chirurg bariatra.

„Niezbędne jest, postulowane przez wszystkich ekspertów Medycznej Racji Stanu, jak najszybsze wprowadzenie „Godziny dla Zdrowia” do programów szkół oraz rozpoczęcie tego typu edukacji przez zabawę w przedszkolach – Dr Michał Sutkowski rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych
w Polsce

**Dyslipidemia**

**Dyslipidemia** to stan, w którym stężenia lipidów i lipoprotein w osoczu nie odpowiadają wartościom uznanym za pożądane. W praktyce klinicznej wyróżnia się hipercholesterolemię, dyslipidemię aterogenną i ciężką hipertriglicerydemię [Cybulska, 2019]. Wg. badania WOBASZ częstość współistnienia zaburzeń lipidowych i nadciśnienia tętniczego wynosi dla całej populacji Polski 32% - 34% mężczyzn i 31% kobiet. Wysoce niezadowalający odsetek osób z dobrą kontrolą zarówno ciśnienia tętniczego, jak i stężenia cholesterolu LDL wymaga dalszych działań mających na celu poprawę obecnego stanu. Wg. europejskich wytycznych dotyczących postępowania
z chorymi z zaburzeniami lipidowymi w grupach wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego należy nie tylko uzyskać wartości docelowe stężenia cholesterolu LDL, ale także obniżyć jego stężenie o 50 proc. w porównaniu z wartościami docelowymi. Obecnie algorytm postępowania zaleca statynę. W razie niepowodzenia dołączamy do niej ezetymib, a jeżeli nie osiąga się celu terapeutycznego, należy włączyć do leczenia inhibitor PCSK9. Do tej ostatniej grupy leków należą alirokumab i ewolokumab, refundowane w Polsce tylko dla nielicznej grupy chorych na hipercholesterolemię rodzinną, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego. [Mamcarz, 2019]. W 2018 r. program „Leczenie hipercholesterolemii rodzinnej” został poszerzony o alirokumab, a od 1 listopada 2019 r. o ewolokumab, jako kolejny refundowany inhibitor PCSK9.

**Rekomendowane działania systemowe w zakresie dyslipidemii w Polsce:**

Rekomendowane jest wdrożenie nowego programu lekowego dla pacjentów po zawale serca obarczonych dodatkowymi czynnikami ryzyka. Dziś możemy im zaproponować terapię skojarzoną - intensywne leczenie statynami i ezetymibem. Okazuje się jednak, że u większości tych pacjentów wciąż nie będziemy w stanie osiągnąć nowych celów terapeutycznych. Jedyną szansą dla tej grupy chorych najwyższego i ekstremalnego ryzyka stanowią inhibitory PCSK9 [Banach,2019].

„Obecnie statyny powinien stosować każdy pacjent z miażdżycą oraz większość chorych
z hiperlipidemią” - Prof. Artur Mamcarz, Kardiolog.

„Polacy wciąż lekceważą profilaktykę zawałów serca” – Prof. Maciej Banach, Kardiolog.

„Miażdżyca może się przedwcześnie rozwinąć nawet u ludzi młodych. Dotyczy to szczególnie osób z hipercholesterolemią rodzinną, wymagających intensywnego leczenia od najmłodszych lat.” – Prof. Mariusz Gąsior, Kardiolog.

**Osteoporoza**

Osteoporoza jest chorobą, która na świecie dotyka ok. 22% kobiet oraz ok. 6% mężczyzn powyżej 50. roku życia. Szacowana liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce w 2018 r., oparta na wskaźnikach epidemiologicznych, to 2,1 mln, z czego 1,7 mln to kobiety. Na podstawie danych NFZ oszacowano, że w 2018 r. chorobowość rejestrowana wyniosła ok. 555 tys. chorych na osteoporozę. W 2018 r. odnotowano 120 tys. złamań, które najczęściej przypisywane są osteoporozie. Wartość refundacji świadczeń z tego powodu wyniosła 476 mln zł, z czego 71%to środki przeznaczone na świadczenia z powodu złamań bliższego końca kości udowej (34,7 tys. złamań). W 2017 r. śmiertelność roczna po złamaniach bliższego końca kości udowej wyniosła 29,4%. Liczba utraconych lat życia, które można bezpośrednio przypisać tym złamaniom to 20 tys. Wartość refundacji świadczeń z powodu osteoporozy w 2018 roku wyniosła 42 mln zł dla 222 tys. pacjentów. W 2018 r. recepty na leki stosowane w leczeniu osteoporozy zrealizowało 133 tys. pacjentów, a wartość tych leków wyniosła 47,6 mln zł. Średnia wartość refundacji w przeliczeniu na pacjenta wyniosła 306 zł, zaś średnia wartość dopłat pacjenta - 53 zł [Raport NFZ, 2019].

Leczeniem farmakologicznym można w dużym stopniu (w około 50%) przeciwdziałać złamaniom. Leczenie musi być jednak kompleksowe, poza lekami jest to kinezyterapia, zalecenia dietetyczne, eliminacja używek (alkohol, papierosy), a także prewencja upadków i urazów wynikających np.
z wad wzroku, zaburzeń równowagi oraz innych chorób. [Głuszko, 2019]. W Polsce refundowane są preparaty do stosowania doustnego raz w tygodniu (bisfosfoniany). Od 1 listopada 2019 r. denosumab jest refundowany dla kobiet po 60 r.ż. z osteoporozą pomenopauzalną i mężczyzn
w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub
z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania po złamaniu osteoporotycznym lub po badaniu densytomytrycznym z wynikiem <= -2,5. [MZ].

**Rekomendowane działania systemowe w zakresie osteoporozy w Polsce:**

W polskiej ochronie zdrowia brakuje systemowych rozwiązań, które są szeroko stosowane na całym świecie. Na oddziale urazowym powinien pracować koordynator, który identyfikuje chorych z przebytym złamaniem niskoenergetycznym, informuje ich o ryzyku kolejnego złamania i kieruje na diagnostykę i leczenie osteoporozy. Zalecana jest poprawa współpracy pomiędzy lekarzami POZ, a ośrodkami specjalistycznymi. Powinno propagować się diagnostykę oparta
o kalkulator FRAX oraz poprawić infrastrukturę densytometrów.

*„Nawet lekarze myślą, że osteoporoza to choroba kobiet po menopauzie” – Prof. Piotr Głuszko, Reumatolog.*

*„*Osteoporoza nie daje dolegliwości bólowych, dlatego tak trudno jest ją dostrzec, dopiero złamanie objawia się bólem, tyle tylko, że są to już pełne objawy kliniczne tej choroby” - Prof. Edward Czerwiński, Ortopeda*.*

Kontakt: Anna Jasińska – Rzecznik Medycznej Racji Stanu,

tel. +48 734 439 122,

e-mail: jasinska@greencomm.pl

**`**

**PARTNERZY:**

