

# VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

## Czy i kiedy doczekamy się skoord

O pilnej potrzebie wprowadzenia w Polsce standardu opieki skoordynowanej nad pacjentem nefrologicznym, a także urealnienia wyceny niedoszacowanych obecnie procedur nefrologicznych eksperci rozmawiali podczas VI Kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny.



Fot. Patryk Byczyk

### W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **dr hab. n. med. Szymon Brzóska** – przedstawiciel Nefron – Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej Medycyna Polska, dyrektor medyczny DaVita Polska
- **prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert** – kierownik Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii
- **prof. dr hab. n. med. Magdalena Krajewska** – kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego
- **dr hab. n. med. Jakub Kucharz** – Klinika Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego
- **Maciej Miłkowski** – wiceminister zdrowia
- **prof. dr hab. n. med. Beata Naumnik** – kierownik I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii
- **Tomasz Krummel** – członek Zarządu Fresenius Nephrocare Polska

Przewlekła choroba nerek (PChN) to choroba cywilizacyjna. Zgodnie z danymi krajowego konsultanta w dziedzinie nefrologii w Polsce może na nią chorować nawet 4,7 mln osób. Większość z nich nie jest świadoma tego faktu. Wyzwaniem jest, aby ustrzec tych ludzi przed koniecznością leczenia nerkozastępczego, a pacjentów, u których jednak konieczna staje się dializoterapia – przed groźnymi dla życia powikłaniami PChN. Realizację tego celu może zapewnić skoordynowana, kompleksowa opieka nefrologiczna. Program takiej opieki, stworzony przez konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii prof. Ryszarda Gellerta, jest gotowy już od 6 lat, jednak do tej

pory nie doczekał się wdrożenia. – *W tym czasie niepotrzebnie z powodu PChN zmarło co najmniej 400 tys. ludzi. Ludzi, których moglibyśmy uratować* – mówił prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert, kierownik Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Eksperti zwracali uwagę na rosnącą zachorowalność na PChN, związaną m.in. ze starzeniem się społeczeństwa. Obecnie jest to druga co do częstości występowania choroba przewlekła w Polsce – choruje na nią (w różnym stopniu zaawansowania) ok. 10 proc. dorosłej populacji. Na dodatek PChN bardzo często współwystępuje

z innymi chorobami przewlekłymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca, co bardzo pogarsza rokowanie, jeśli chodzi o przeżycie. Szacuje się, że w Polsce z powodu PChN i jej powikłań umiera 80–100 tys. osób rocznie. To więcej niż z powodu chorób nowotworowych.

### Zbyt późna diagnoza

– *Przewlekła choroba nerek jest schorzeniem podstępny, ponieważ na początku, ale także w późniejszym okresie przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo. Dlatego pacjenci nie udają się do lekarza i nie wykonują badań diagnostycznych. Efektem jest wykrywanie PChN na późnym etapie, kiedy*

*nie można już zahamować jej przebiegu. Dochodzi do schyłkowego stadium PChN, w którym konieczne staje się zastosowanie terapii nerkozastępczej, czyli dializoterapii albo przeszczepienia nerki. Zdecydowanie częściej jest to dializoterapia, która stanowi ogromne obciążenie dla pacjentów, a także generuje olbrzymie koszty dla systemu. Dlatego powinniśmy dołożyć wszelkich starań, żeby tę chorobę wykrywać wcześniej. Żeby zmienić obecną sytuację, konieczna jest szeroka edukacja zarówno społeczeństwa, jak i lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej i znacznie większe zaangażowanie w profilaktykę. Zbyt rzadko wykonywane są u pacjentów badania ogólne moczu i stężenia kreatyniny w surowicy krwi, które pozwalają wykryć dysfunkcję nerek. Oprócz tych podstawowych badań lekarze rodzinni powinni mieć dostęp do pełnej diagnostyki. Na szczęście od 1 października w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) mogą zlecać badanie albuminurii, jest więc nadzieja, że będzie lepiej* – relacjonowała prof. dr hab. n. med. Magdalena Krajewska, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

O zbyt późnym rozpoznawaniu PChN mówiła także prof. dr hab. n. med. Beata Naumnik, kierownik I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii. – *Pacjenci mają rozpoznawaną PChN dopiero średnio 11 miesięcy przed rozpoczęciem dializoterapii. To jest tragedia tych osób, które wcześniej nie miały żadnej świadomości, że coś jest nie tak. Gdyby choroba została wcześniej wykryta, można by zrobić biopsję nerki i określić jej charakter, i w dużej części przypadków dosyć skutecznie leczyć. Obecnie nie mamy możliwości wyleczenia PChN, ale dzięki nowoczesnym lekom możemy istotnie wydłużyć czas do dializoterapii. Te leki to przede wszystkim inhibitory SGLT2 (flozyny), spośród których jeden jest refundowany we wskazaniu PChN. Dlatego wczesna diagnostyka naprawdę ma sens. Lekarz rodzinny powinien mieć wręcz obowiązek wykonywania badań diagnostycznych w kierunku PChN u pacjentów z grup ryzyka, które są przecież dobrze zdefiniowane. To przede wszystkim pacjenci z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, chorobami autoimmunologicznymi czy kamicą nerkową. Koszty takiego postępowania profilaktycznego i diagnostycznego będą z pewnością niższe niż koszty dializoterapii i transplantacji* – zapewniała.

Marta Koton-Czarnecka

# ynowanej opieki nefrologicznej?

## Czas na nefroonkologię

O tym, jak wiele osób w Polsce ma nierozpoznaną PChN, można się przekonać, przyglądając się pacjentom onkologicznym.

– Do nas, onkologów klinicznych, trafiają pacjenci z całym bagażem chorób przewlekłych, zdiagnozowanych i niezdiagnozowanych. Przed rozpoczęciem systemowego leczenia przeciwnowotworowego musimy przeprowadzić – z powodu jego toksyczności – wnikliwą diagnostykę pod kątem chorób współistniejących, bo mogą one wpływać na efektywność i tolerancję leczenia onkologicznego. I w czasie takiej diagnostyki okazuje się, że jest ogromna rzesza pacjentów z PChN, która nie została wcześniej zdiagnozowana. To pokazuje, że świadomość tej choroby w POZ jest zbyt mała. Dlatego apelujemy: jeśli pacjent zgłasza niepokojące objawy, nie bagatelizujmy ich, lecz wykonajmy badania sprawdzające wydolność nerek. Niestety pacjenci z PChN gorzej tolerują leczenie onkologiczne i mają krótszy czas przeżycia. Przewlekła choroba nerek ogranicza też nasze możliwości terapeutyczne, bo stosowanie wielu cytostatyków wymaga dobrej funkcji nerek. Pacjent z PChN nie może być nimi leczony i jest to problem, z którym spotykamy się na co dzień. Innym problemem jest to, że pacjenci otrzymujący systemowe leczenie przeciwnowotworowe doświadczają pogorszenia funkcji nerek, bo leki onkologiczne mają działania niepożądane dotyczące nerek. Widzimy zatem potrzebę kompleksowej opieki nefroonkologicznej nad pacjentami i stworzenia ośrodków nefroonkologicznych ułatwiających sprawną komunikację między nefrologami i onkologami klinicznymi oraz bieżące konsultowanie chorych. To jest zagadnienie, nad którym trzeba się pochylić, jeśli chcemy optymalizować wyniki leczenia onkologicznego – mówił dr hab. n. med. Jakub Kucharz z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego.

## Finanse i kadra – problemy stacji dializ

Konsekwencją zbyt późnego rozpoznawania PChN u wielu pacjentów jest schyłkowa niewydolność nerek i konieczność zastosowania dializ. W Polsce ok. 20 tys. osób jest leczonych hemodializami w 260 ośrodkach. Liczba ta wzrasta o 2 proc. rok do roku (z wyłączeniem okresu pandemii). Prawie 2/3 (65 proc.) pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek w Polsce jest leczonych przez świadczeniodawców



Fot. Patryk Rydzik

”

dr hab. Szymon Brzóska: W stacjach dializ tkwi duży potencjał zarówno kadrowy, jak i sprzętowy. Chcielibyśmy przekształcić je w ośrodki skoordynowanej opieki nefrologicznej, w których zespół organizuje i koordynuje optymalne leczenie pacjenta z PChN zgodne z jego indywidualnym planem opieki

z sektora prywatnego, a 1/3 w ośrodkach publicznych. Mniej więcej tysiąc osób w Polsce oczekuje na przeszczepienie nerki. Jak przyznaje prof. Magdalena Krajewska, wiąże się to z ogromnymi kosztami. Leczenie 31 tys. pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek w 2018 r. kosztowało prawie 2 mld zł (liczba ta obejmuje konsultacje w poradniach nefrologicznych, hospitalizacje, programy lekowe, dializy i przeszczepienia). Eksperti zwrócili uwagę, że wycena procedur nefrologicznych na każdym etapie jest niedoszacowana, co przekłada się na jakość leczenia.

– Jestem przekonany, że zarówno publiczne, jak i niepubliczne stacje dializ mierzą się z tymi samymi wyzwaniem. Dializoterapia to procedura kosztochłonna i wysoko wykonywana bez wysoko wykwalifikowanego personelu. Tymczasem niedostateczne finansowanie pociąga za sobą ogromny problem, jakim jest brak lekarzy i pielęgniarek. Są ośrodki, do których lekarze dojeżdżają na dyżury po 300 km. Spora grupa wykwalifikowanych pielęgniarek pracujących w stacjach dializ, które są niezbędne do wykonywania tych świadczeń, to osoby w wieku emerytalnym lub przedemerytal-



Fot. Patryk Rydzik

”

prof. Ryszard Gellert: Nie ma przygodnego białkomoczu, niewinnego krwinkomoczu czy piasku w nerkach. Takie rzeczy nie istnieją. To są objawy chorób nerek, często poważnych, progresywnych, które niezdiagnozowane prowadzą do śmierci

nym. Problemy kadrowe będą się zatem pogłębiać, a sytuacja nie napawa optymizmem, ponieważ ostatnia aktualizacja stawki refundacyjnej (dokonana pierwszy raz od dekady) rażąco nie nadążyła za rosnącymi kosztami: prądu, gazu, paliwa, a także aspiracjami płacowymi personelu oraz szalejącą inflacją. Zmiana stawki, choć była dobrym i potrzebnym krokiem, nie osiągnęła poziomu minimalnego wskazanego przez branżę nefrologiczną na podstawie wyliczeń dokonanych jeszcze przed zwiększonymi kosztami funkcjonowania, o których wspomniano wcześniej, na bazie modelu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. To spowoduje, że małe ośrodki będą się zamykać. Ten trend obserwujemy już teraz, a zapewne nasili się on w przyszłym roku. W efekcie pacjenci będą zmuszeni dojeżdżać na zabiegi do miejscowości oddalonych od miejsca zamieszkania nawet o 100 km. Przypomnijmy, że zabieg dializy ratuje życie, odbywa się 3 razy w tygodniu i trwa – nie licząc dojazdów – ok. 4 godzin. Gdy dodamy do tego czas potrzebny na dojazd, może się okazać, że pacjent jest zmuszony poświęcić na leczenie całe swoje życie, co wyklucza go z pełnienia podstawowych funkcji społecznych, takich jak:



Fot. Patryk Rydzik

”

Tomasz Krummel: Sytuacja stacji dializ nie napawa optymizmem, ponieważ ostatnia aktualizacja stawki refundacyjnej (dokonana pierwszy raz od dekady) rażąco nie nadążyła za rosnącymi kosztami, a także aspiracjami płacowymi personelu oraz szalejącą inflacją

praca zawodowa, studia czy życie rodzinne – podkreślał Tomasz Krummel, członek Zarządu Fresenius Nephrocare Polska, firmy specjalizującej się w dializoterapii. Rozwiązaniem byłaby dalsza pilna indeksacja stawki za leczenie dializami oraz wprowadzenie mechanizmu, który regularnie będzie ją aktualizował w zależności od sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, by nie dochodziło do tego, że stawka, tak jak dotąd, nie była rewaloryzowana przez 10 lat. Jak mówił Tomasz Krummel, obecnie środki często są dystrybuowane np. na opiekę szpitalną, która przygotowuje pacjenta do dializ, a nie na ośrodki dializ, co przekłada się bezpośrednio na jakość dostępow naczyniowych, stan pacjenta włączanego do dializ czy brak odpowiedniej opieki przeddializacyjnej, a to generuje dodatkowe koszty dla systemu. W związku z tym konieczna jest zmiana podejścia do stacji dializ, które powinny zapewniać szerszy zakres leczenia nefrologicznego i stanowić część systemu opieki skoordynowanej.

## W kierunku jakościowej opieki kompleksowej

– W stacjach dializ tkwi duży potencjał zarówno kadrowy, jak i sprzętowy.

# VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY



Fot. Patryk Hyczyk

prof. Magdalena Krajewska: Zbyt rzadko wykonywane są u pacjentów badania ogólne moczu i stężenia kreatyniny w surowicy krwi, które pozwalają wykryć dysfunkcję nerek. Oprócz tych podstawowych badań lekarze rodzinni powinni mieć dostęp do pełnej diagnostyki

Chcielibyśmy przekształcić je w ośrodki skoordynowanej opieki nefrologicznej, w których zespół organizuje i koordynuje optymalne leczenie pacjenta z PChN zgodne z jego indywidualnym planem opieki. Rozwiązanie to powinno umożliwić sprawne i skuteczne włączenie do zespołu wielu specjalistów, których pomocy i konsultacji wymagają pacjenci z PChN – populacja z wybitnie złożonymi potrzebami medycznymi (wielochorobowość oraz specyfika choroby podstawowej) i wysokim ryzykiem klinicznym. Warunkiem koniecznym do wprowadzenia takiego systemu jest przekazanie ośrodkom koordynującym odpowiednich środków i uprawnień. Lekarze powinni mieć wpływ na zakres i jakość usług niezbędnych do właściwego i jakościowego leczenia PChN, takich jak: kwalifikacja do przeszczepienia nerki, wytwarzanie i utrzymanie optymalnego dostępu naczyniowego oraz farmakoterapia – dziś często reglamentowana programami lekowymi. Takie ośrodki muszą mieć też klarownie zdefiniowane wskaźniki i cele medyczne, mierzyć je i raportować, czego w dzisiejszych rozwiązaniach w ogóle nie ma. System opieki skoordynowanej powinien być realizowany zgodnie z zasadami medycyny opartej na wartości, nastawionej na jakość leczenia przy optymalizacji kosztów finansowych i nakładu pracy personelu. Jednym z mierników powinno być też promowanie przeszczepień wyprzedzających – mówił dr hab. n. med. Szymon Brzóska, przedstawiciel Nefron – Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej Medycyna Polska i dyrektor medycyny DaVita Polska.



Fot. Patryk Hyczyk

dr hab. Jakub Kucharz: Pacjenci z PChN gorzej tolerują leczenie onkologiczne i mają krótszy czas przeżycia. Przewlekła choroba nerek ogranicza też nasze możliwości terapeutyczne, bo stosowanie wielu cytostatyków wymaga dobrej funkcji nerek

Populacja pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek się starzeje, cechuje ją duża współchorobowość i nie jest możliwe, aby wszystkich tych chorych uchronić przed potrzebą dializoterapii, bo nie u wszystkich można wykonać przeszczepienie. – Dializoterapia będzie potrzebna, ale są dowody, że dzięki opiece skoordynowanej więcej pacjentów rozpoczyna dializoterapię w warunkach ambulatoryjnych, a nie w szpitalu, co jest znacznie tańsze dla systemu i bezpieczniejsze dla chorych, więcej chorych leczy się metodą domową (dializa otrzewnowa lub domowa hemodializa), mniej jest hospitalizacji i rehospitalizacji. W Polsce ośrodki nefrologicznej opieki skoordynowanej byłyby nowością, ale stary produkt, czyli stacje dializ, nadal będą istnieć, a do ich funkcjonowania absolutnie potrzebna jest realna wycena świadczeń, nieodbiegająca od rzeczywistych kosztów. Jest to konieczne, żeby wiele osób utrzymać przy życiu i nie obniżyć jakości dializoterapii – podkreślał dr hab. Szymon Brzóska.

### Szkodliwe mity

– Program skoordynowanej opieki nefrologicznej jest gotowy od 6 lat. Trzeba go w końcu wprowadzić, bo taka opieka to darowane życie wielu milionów osób. Pamiętajmy, że pacjenci z chorobami nerek są zagrożeni przedwczesną niepełnosprawnością i śmiercią. A przecież jest to choroba możliwa do wykrycia na wczesnym etapie i wówczas uleczalna. Późna diagnoza i późne włączenie leczenia skracają natomiast przewidywany czas życia pacjentów średnio o 30 proc. To nie koszty dializoterapii



Fot. Patryk Hyczyk

prof. Beata Naumnik: Obecnie nie mamy możliwości wyleczenia PChN, ale dzięki nowoczesnym lekom możemy istotnie wydłużyć czas do dializoterapii. Te leki to przede wszystkim inhibitory SGLT2 (flozyny), spośród których jeden jest refundowany we wskazaniu PChN

są największym problemem, lecz nieprawdopodobnie wręcz koszty społeczne chorób nerek. Straty z powodu zwolnień lekarskich, niezdolności do pracy i utraty osób w wieku produkcyjnym to dziś mniej więcej 10 mld zł – wyliczał prof. Ryszard Gellert. Profesor zwrócił też uwagę na szkodliwe mity, pokutujące w społeczeństwie i wśród lekarzy, z którymi trzeba walczyć. – Nie ma przygodnego białkomoczu, niewinnego krwinkomoczu czy piasku w nerkach. Takie rzeczy nie istnieją. To są objawy chorób nerek, często poważnych, progresywnych, które niezdiagnozowane prowadzą do śmierci. Dlatego walczymy o to, żeby lekarz POZ wcześniej rozpoznał progresywną chorobę nerek, odróżnił ją od starzejącej się nerki i skierował pacjenta do nefrologa – mówił. Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski



Fot. Patryk Hyczyk

Maciej Miłkowski: Jeszcze w październiku zostanie przedstawiony raport na temat chorób nerek oraz systemu opieki nad pacjentami

zadeklarował chęć współpracy z ekspertami i zapewnił, że prace nad skoordynowaną opieką nad pacjentami z chorobami nerek są ważnym tematem dla resortu zdrowia. – Jeszcze w październiku zostanie przedstawiony raport na temat chorób nerek oraz systemu opieki nad pacjentami – zapewnił. Ten dokument ma pokazać skalę potrzeb, a także to, jakie zmiany są konieczne.

W podsumowaniu paneliści stwierdzili, że skoordynowana opieka powinna być nastawiona na bezpieczeństwo i jakość leczenia, by pacjent otrzymywał możliwie najbardziej efektywną i zgodną ze standardami medycznymi opiekę niezależnie od etapu choroby (profilaktyka, przeszczep wyprzedzający, leczenie przewlekłej choroby nerek).



Fot. iStockphoto