

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Zdrowia Publicznego

**KOORDYNATOR PROGRAMU POPRAWY I ROZWOJU DIALIZOTERAPII
KRAJOWY KONSULTANT MEDYCZNY W DZIEDZINIE NEFROLOGII**

**PROGRAM POPRAWY I ROZWOJU DIALIZOTERAPII
W LATACH 2000 – 2004**

Warszawa, maj 2000

WPROWADZENIE

Przewlekłe choroby nerek występują częściej niż się powszechnie wydaje. Wiele z nich przebiega bardzo podstępnie, bez wyraźnych objawów klinicznych. Dotyczy to zarówno pierwotnych, jak też wtórnych chorób nerek. Wypada zresztą wspomnieć, że w wielu krajach na świecie właśnie wtórne choroby nerek czyli wtórne nefropatie stają się główną przyczyną przewlekłej niewydolności nerek. Należy do nich nefropatia cukrzycowa i nefropatia naciśnieniowa. Obie dotyczą głównie pacjentów w podeszłym wieku. Jeszcze przed niewielu laty chorzy z cukrzycą bądź ludzie w podeszłym wieku nie mieli szans na kwalifikację do leczenia dializami. Obecnie dzięki konsekwentnej realizacji kolejnych etapów „Programu poprawy i rozwoju dializoterapii”, zapoczątkowanego przez rząd Tadeusza Mazowieckiego, dostępność dializoterapii zwiększa się niepomierne. Wyraźny wzrost liczby stacji dializ oraz co ważniejsze pacjentów dializowanych osiągnięty został w szczególności w czasie wprowadzenia w życie wymienionego programu realizowanego w latach 1996 – 1999. Od roku 1992 wzrosła znacząco liczba stacji dializ ze 100 do 155 stacji i 2 ośrodków pozaustrojowej eliminacji trucizn oraz działających w nich stanowisk dializacyjnych z 743 do 1434. W ciągu ostatnich dziesięciu lat czterokrotnie zwiększyła się liczba dializowanych pacjentów osiągając na przełomie roku 1998/99 liczbę 6878 osób.

Wśród obecnie leczonych pacjentów blisko 12% to chorzy z nefropatią cukrzycową a 22% z ogółu dializowanych przekroczyło 60 – ty rok życia. Jeszcze niewiele lat temu większość z nich nie miałaby żadnych szans zakwalifikowania do leczenia przy pomocy dializoterapii. Pośród leczonych dializami 6147 osób było poddawanych terapii przy pomocy powtarzanych hemodializ w istniejących 155 stacjach hemodializy. Natomiast 731 pacjentów leczonych było przy pomocy różnych form dializy otrzewnowej.

Dializoterapia otrzewnowa podlegała w ciągu ostatnich kilku lat szczególnie dynamicznemu rozwojowi. Wystarczy dodać, że obecnie blisko 11% wszystkich pacjentów dializowanych jest leczonych przy pomocy dializy otrzewnowej. Natomiast w roku 1992 przy pomocy dializ otrzewnowych leczono 50 pacjentów, z tego 37 przy użyciu metody ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej. Ogółem 1.5% spośród ogółu dializowanych leczonych było przy pomocy dializy otrzewnowej w tym czasie.

Udało się zapewnić pełną dostępność dializoterapii szczególnie otrzewnowej dzieciom. Obecnie wszystkie dzieci ze skrajną niewydolnością nerek, które są zgłaszane do ośrodków nefrologicznych włączane są do programu dializoterapii. W wielu regionach Polski podobnie dzieje się z dorosłymi pacjentami niezależnie od wieku i choroby podstawowej. Należy także zwrócić uwagę na to, iż rozwój dializoterapii nie polegał jedynie na wzroście liczby leczonych przy jej pomocy pacjentów. Udało się bowiem w trakcie realizacji programu dokonać także znacznego postępu w jakości świadczonych usług. Stało się to możliwe m.in. dzięki wymianie znakomitej większości aparatury funkcjonującej w stacjach dializ na nową, znacznie bardziej wiarygodną i wyposażoną w najnowsze rozwiązania techniczne. Dzięki temu możliwe stało się indywidualizowanie terapii i używanie nowoczesnych technik m.in. takich jak: dializa wodorowęglanowa czy profilowanie sodu w płynie dializacyjnym. Stwierdzić trzeba, że standardy stosowane w dializoterapii w niczym nie odbiegają od tych jakie znajdują zastosowanie w krajach zachodnioeuropejskich. Należy także dodać, że wprowadzenie do powszechnego użycia wśród chorych poddawanych dializoterapii tak ważnego leku jak erytropoetyna odegrało ogromną rolę w poprawie jakości życia pacjentów.

Nowy podział administracyjny kraju uwidoczniał istniejące różnice w zakresie dostępności do dializoterapii w poszczególnych regionach kraju. Najgorzej sytuacja wygląda w województwach: podkarpackim, wielkopolskim, śląskim i mazowieckim. Na te

właśnie regiony szczególną uwagę należy zwrócić przy tworzeniu obecnego etapu programu. Można także zadać pytanie, czy w pozostałych województwach należy nadal rozwijać możliwości dializoterapii, skoro osiągnęliśmy taki postęp w tym zakresie. Należy jednak wyraźnie stwierdzić, że podczas gdy w Polsce leczymy dializami blisko 200 pacjentów / mln mieszkańców, to na Węgrzech czy w Czechach leczonych jest ponad 400 chorych mln mieszkańców w Niemczech ponad 600 / mln). W roku 1999 w Polsce rozpoczęto leczenie dializami u 58.4 chorych / mln mieszkańców, podczas gdy średnio w Europie u ponad 120 / mln. Jednocześnie w krajach Unii Europejskiej, ku której zmierzamy pomimo znacznie bardziej rozwiniętych możliwości w zakresie zapewnienia leczenia nerkozastępczego co roku 8 - 10% zwiększa się liczba pacjentów poddawanych dializoterapii. Dzieje się tak ponieważ nigdzie na świecie transplantacja nerek nie jest w stanie zapewnić leczenia nerkozastępczego wystarczającej liczbie pacjentów. Podobna sytuacja jest w Polsce, gdzie rozwój transplantacji nerek wyraźnie nie nadąża za potrzebami w tym zakresie. Istnieje zatem konieczność dalszego rozwijania obu podstawowych form dializoterapii tzn. hemodializy i dializy otrzewnowej

1. Realizacja programu w roku 2000

1.1 Zakłada się, że w roku 2000 będzie działać łącznie 167 stacji dializ, z czego 15^{*1} zostanie utworzonych w tym właśnie roku. Działać w nich będzie ogółem 1476 stanowisk dializacyjnych, w tym 40 w nowoutworzonych stacjach dializ.

1.2 Leczeniem przy pomocy dializy otrzewnowej przewiduje się objąć w roku 2000

a) ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową CADO

- 844

b) automatyczną dializą otrzewnową (ADO) - 250

1.3. Łącznie dializoterapią winno być objętych 8514 pacjentów (7420 HD + 844 CADO + 250 ADO) - wzrost w porównaniu z rokiem ubiegłym o 910 pacjentów.

2. Realizacja programu w roku 2001

2.1. Zakłada się, że w roku 2001 będzie działać łącznie 180 stacji dializ, z czego 13 zostanie utworzonych w tym właśnie roku. Działać w nich będzie ogółem 1528 stanowisk dializacyjnych, w tym 50 w nowoutworzonych stacjach dializ.

2.2. Leczeniem przy pomocy dializy otrzewnowej przewiduje się objąć w roku 2001

a) ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową (CADO)

- 973

b) automatyczną dializą otrzewnową (ADO) - 283

¹ w tym 5, których utworzenie przeniesiono z 1999 r.

2.3. Łącznie dializoterapią winno być objętych **9416** pacjentów (**8160 HD + 973 CADO + 283 ADO**) - wzrost w porównaniu z rokiem ubiegłym o **902** pacjentów.

3. Realizacja programu w roku 2002

3.1. Zakłada się, że w roku 2002 będzie działać łącznie **186** stacji dializ, z czego **6** zostanie utworzonych w tym właśnie roku. Działać w nich będzie ogółem **1598** stanowisk dializacyjnych, w tym **30** w nowoutworzonych stacjach dializ.

3.2. Leczeniem przy pomocy dializy otrzewnowej przewiduje się objąć w roku 2002

a) ciągłą ambulatoryjną dializa otrzewnową (CADO)
- 1117

b) automatyczną dializa otrzewnową (ADO) - 335

3.3. Łącznie dializoterapia winno być objętych **10.412** pacjentów (**8960 HD + 1117 CADO + 335 ADO**) - wzrost w porównaniu z rokiem ubiegłym o **996** pacjentów.

4. Realizacja programu w roku 2003

4.1. Zakłada się, że w roku 2003 będzie działać łącznie **195** stacji dializ, z tego **9** zostanie utworzonych w tym właśnie roku. Działać w nich będzie ogółem **1678** stanowisk dializacyjnych, w tym **40** w nowoutworzonych stacjach dializ.

4.2. Leczeniem przy pomocy dializy otrzewnowej przewiduje się objąć w roku 2003

a) ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową (CADO)
- 1300

b) automatyczną dializą otrzewnową (ADO) - 383

4.3. Łącznie dializoterapią winno być objętych **11.443** pacjentów (**9760 HD + 1300 CADO + 383 ADO**) - wzrost w porównaniu z rokiem ubiegłym o **1031** pacjentów.

5. Realizacja programu w roku 2004

5.1. Zakłada się, że w roku 2004 będzie działać łącznie **203** stacji dializ, z tego **8** zostanie utworzonych w tym właśnie roku. Działać w nich będzie ogółem **1780** stanowisk dializacyjnych, w tym **40** w nowoutworzonych stacjach dializ.

5.2. Leczeniem przy pomocy dializy otrzewnowej przewiduje się objąć w roku 2004

a) ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową (**CADO**)

- **1485**

b) automatyczną dializą otrzewnową (**ADO**) - **433**

5.3. Łącznie dializoterapią winno być objętych **12.478** pacjentów (**10.560 HD + 1485 CADO + 433 ADO**) - wzrost w porównaniu z rokiem ubiegłym o **1035** pacjentów.

**PROJEKTOWANA LICZBA PACJENTÓW LECZONYCH CIĄGLĄ
AMBULATORYJNA (CADO) I AUTOMATYCZNA (ADO) DIALIZA
OTRZEWNOĄ NA TERENIE POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTW W
LATACH 2000 – 2004**

WOJEWÓDZTWO	ROK RODZAJ	2000		2001		2002		2003		2004	
		CADO	ADO	CADO	ADO	CADO	ADO	CADO	ADO	CADO	ADO
DOLNOŚLĄSKIE		95	20	110	18	120	20	130	25	140	30
KUJAWSKO-POMORSKIE		30	8	35	10	45	12	50	15	60	20
LUBELSKIE		75	12	90	15	100	20	120	25	140	30
LUBUSKIE		10	3	15	5	25	8	35	10	45	12
ŁÓDZKIE		35	15	40	20	50	25	60	25	65	30
MAŁOPOLSKIE		140	40	146	45	150	50	165	55	175	60
MAZOWIECKIE		70	45	75	50	85	55	90	60	100	65
OPOLSKIE		15	5	20	5	25	8	30	10	40	12
PODKARPACKIE		12	5	20	5	30	8	40	10	50	12
PODLASKIE		32	15	45	15	50	18	60	20	70	22
POMORSKIE		70	40	82	40	90	45	100	50	110	55
ŚLĄSKIE		120	12	130	14	140	16	155	18	175	20
ŚWIĘTOKRZYSKIE		20	5	25	5	35	8	50	10	60	14
WARMIŃSKO-MAZURSKIE		30	12	40	10	50	12	60	15	70	18
WIELKOPOLSKIE		80	20	85	20	95	22	110	25	125	28
ZACHODNIO-POMORSKIE		10	3	15	5	27	8	45	10	60	15
ŁĄCZNIE		844	250	973	283	1117	335	1300	383	1485	433

**NOWE STACJE DIALIZ, KTÓRYCH POWSTANIE
PROJEKTUJE SIĘ W LATACH 2000 – 2004**

WOJEWÓDZTWO	MIASTO	TERMIN URUCHOMIENIA	DOCELOWA LICZBA STANOWISK
DOLNOŚLĄSKIE	GŁOGÓW*	2000	10
	WROCLAW III * ^a	2000	10
	LUBIN	2002	12
KUJAWSKO-POMORSKIE	NAKŁO	2004	8 – 10
	GOLUB DOBRZYN*	2000	8 – 10
	BRODNICA	2001	10
	BYDGOSZCZ II	2004	8 – 10
ŁÓDZKIE	PABIANICE	2001	10
	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI	2003	10
LUBELSKIE	LUBLIN III	2001	12-15
	PARCZEW	2003	8 – 10
LUBUSKIE	ŻARY ^a	2000	8 – 10
	KOSTRZYN N/ODRA* ^a	2000	8 – 10
	ŚWIEBODZIN	2004	10
MAŁOPOLSKIE	BRZESKO	2001	8 – 10
	MIECHÓW	2001	8 – 10
	ZAKOPANE	2002	8 – 10
MAZOWIECKIE	GARWOLIN *	2000	10
	GRODZISK MAZ.	2001	8 – 10
	WARSZAWA URSYNÓW	2003	10
OPOLSKIE	STRZELCE OPOLSKIE	2001	8 – 10
	KLUCZBORK	2003	8 - 10
PODKARPACKIE	DĘBICA ^a	2000	10
	STALOWA WOLA	2001	10
	MIELEC	2002	10
	TARNOBRZEG	2003	8 – 10
PODLASKIE	SIEMIATYCZE	2003	8 - 10

	AUGUSTÓW	2004	8 - 10
POMORSKIE	LĘBORK	2000	10
	GDYNIA II ^a	2000	8 - 10
	PUCK	2002	10
	MALBORK	2004	10
ŚLĄSKIE	RACIBÓRZ	2000	8 - 10
	PSZCZYNA	2001	8 - 10
	TARNOWSKIE GÓRY	2000	8 - 10
	ZAWIERCIE	2003	8 - 10
	ŻYWIEC	2004	8 - 10
ŚWIĘTOKRZYSKIE	KIELCE II	2001	8 - 10
	JĘDRZEJÓW	2003	8 - 10
WARMIŃSKO - MAZURSKIE	OLECKO	2000	8 - 10
	SZCZYTNO	2002	8 - 10
	KĘTRZYN	2004	8 - 10
WIELKOPOLSKIE	NOWY TOMYŚL ^a	2000	8 - 10
	KONIN	2000	8 - 12
	KĘPNO	2001	8 - 10
	POZNAŃ PUSZCZYKOWO*	2001	8 - 10
	KROTOSZYN	2000	8 - 10
	ŚREM	2003	8 - 10
	SZAMOTUŁY	2004	8 - 10
ZACHODNIO - POMORSKIE	SZCZECINEK	2000	8 - 10
	STARGRAD	2003	8 - 10
	SZCZECIŃSKI		
	ŚWINOUJŚCIE	2002	8 - 10
	WALCZ	2004	8 - 10

* STACJE, KTÓRE SĄ LUB MAJĄ BYĆ ORGANIZOWANE JAKO
NIEPUBLICZNE ZAKŁADY OPIEKI ZDROWOTNEJ

^a STACJE, KTÓRE ZOSTAŁY WYPOSAŻONE CZĘŚCIOWO W
APARATURĘ W ROKU 1999

Ustalenia dotyczące organizacji i finansowania dializoterapii w latach 2000 – 2004

1. Refundacja kosztów hemodializy i dializy otrzewnowej winna obejmować realne koszty ponoszonych procedur i powinna być wypłacana przez jednego płatnika.
2. W skład kwoty refundowanej za zabiegi hemodializy stałej dla całego kraju powinny wchodzić zgodnie ze standardem koszty samego zabiegu, leczenia erytropoetyną oraz monitorowania leczenia.
3. Refundacja kosztów dializy otrzewnowej winna składać się z dwóch części:
 - a) fundusze przeznaczone na zakup zestawów do ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej i / lub automatycznej dializy otrzewnowej
 - b) kwoty przeznaczonej na monitorowanie terapii dializą otrzewnową oraz na leczenie erytropoetyną pacjentów dializowanych tą metodą
4. Dowożenie pacjentów leczonych hemodializami i dializą otrzewnową winno być ograniczone do bezwzględnie koniecznych przypadków a koszty transportu powinny być refundowane oddzielnie na zasadzie ustalonej w danym województwie stawki ryczałtowej.
5. Powyższe kwoty składające się na refundację dializoterapii winny być w kolejnych latach rewaloryzowane z uwzględnieniem inflacji oraz wzrostu kosztów zakupu leków i środków medycznych
6. W ramach realizacji na zakupy aparatury (stacje uzdatniania wody, aparaty do hemodializy etc.) powinno się przewidzieć następujące kwoty w budżecie MZ.

a) roku 2000 -	9 mln zł.
b) rok 2001 -	11 mln. zł
c) rok 2002 -	12 mln. zł
d) rok 2003 -	13 mln. zł
e) rok 2004 -	14 mln zł
7. Dokonywane corocznie zakupy aparaturowe w ramach funduszy na realizację „Programu...” pochodzące z budżetu MZ winny być przeznaczone na:
 - a) wyposażenie nowych stacji dializ
 - b) wyposażenie nowych stanowisk dializacyjnych w już istniejących ośrodkach dializ
 - c) na wymianę stałej aparatury
8. Aparatura zakupiona według powyższych zasad winna być przeznaczona w całości na wyposażenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej i przekazywana tym jednostkom.

9. Pozostałe koszty tworzenia nowych stacji (adaptacja i wyposażenie pomieszczeń) powinny być pokrywane z funduszy regionalnych i / lub lokalnych (miejskich, gminnych etc.).
10. Zakłada się możliwość prywatyzacji stacji dializ na zasadzie powstawania nowych lub przekształcenie już istniejących ośrodków w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.
11. Powstawanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej winno następować w uzgodnieniu z terenowymi władzami ochrony zdrowia, wojewodami, regionalnymi kasami chorych oraz konsultantami z zakresu nefrologii
12. Nadzór nad publicznymi i niepublicznymi ośrodkami dializ w zakresie działalności merytorycznej powinni sprawować właściwi konsultanci wojewódzcy a w zakresie działalności ekonomicznej organy założycielskie oraz regionalne kasy chorych.
13. Rozliczenia zabiegów w ramach tak zwanych dializ gościnnych (urlopy, sanatoria, wyjazdy) powinny być dokonane bezpośrednio przez płatnika.

1999	157	1434	37.0	7702	6939	763	199.0
------	-----	------	------	------	------	-----	-------