



UWAGI DO RAPORTÓW W SPRAWIE USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ

Nr raportu		WT.541.12.2018	
Tytuł raportu		Świadczenia gwarantowane obejmujące chirurgiczne leczenie otyłości	
Lp.	Zgłaszający uwagi	Wskazanie cz. raportu, do którego składane są uwagi	Treść uwag
1.	Grzegorz Wallner		<p>Kody ICD-9 chirurgicznego leczenia otyłości: 43,71; 43,72; 43,82; 44,95; 44,96 w pełni akceptowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Chirurgii Ogólnej i przez środowisko chirurgów bariatrycznych. Proponujemy wprowadzenie na listę operacji refundowanych procedury bariatrycznych operacji wyłączających o kodzie 45;91 – jako „Zespolecie jelitowo-jelitowych w zakresie jelita cienkiego. Operacje takie są traktowane jako drugi etap leczenia. Coraz częściej wykonuje się zespolenie dwunastniczo-krętnicze techniką Rou-en-Y (<i>Duodenal Switch</i>) lub pętlowe (<i>Single Anastomosis Duodeno-Ileostomy - SADI</i>), które nie zawsze jest połączone z ograniczeniem objętości żołądka.</p> <p>Całkowicie nieuzasadnionym wydaje się dodanie wymogu podjęcia leczenia zachowawczego przed skierowaniem pacjentów do leczenia chirurgicznego. Na podstawie licznych danych z piśmiennictwa światowego, z uwzględnieniem zasad <i>Evidence Based Medicine</i> blisko 100% pacjentów z patologiczną otyłością poddanych próbom redukcji masy ciała wraca do masy ciała wyjściowej sprzed podjęcia zachowawczego leczenia otyłości.</p> <p>Punktem odniesienia do kwalifikacji pacjentów do chirurgicznego leczenia patologicznej otyłości powinien być najwyższy wskaźnik masy ciała BMI niezależnie od etapu planowanego leczenia zachowawczego i/lub chirurgicznego leczenia bariatrycznego.</p> <p>Kody ICD-10 kwalifikacji do świadczenia chirurgicznego: E66,0; E66,1; E66,2; 66,8; E66,9 w pełni akceptowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Chirurgii Ogólnej i przez środowisko chirurgów bariatrycznych. Wydaje się jednak, że AOTMIT w warunkach kwalifikacji do świadczenia w postaci chirurgii bariatrycznej powinna uwzględnić nie tylko pacjentów z otyłością z chorobami towarzyszącymi z kodami ICD-10: E11,2 – E11,7, oraz kolejnymi kodami ICD-10 w grupach I11, I12, I13 dopiero w przypadku wystąpienia powikłań narządowych cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego. Proponujemy rozszerzenie wskazań do operacji</p>



			<p>bariatrycznych już na etapie patologicznej otyłości czy otyłości z BMI ≥ 35 z towarzyszącymi chorobami / zaburzeniami metabolicznymi bez konieczności czekania na wystąpienie powikłań narządowych.</p>	
			<p>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę oddziałów szpitalnych do diagnostyki i leczenia pacjentów z otyłością nie budzą zastrzeżeń.</p>	
			<p>Propozycja podwyższenia wyceny chirurgicznych procedur bariatrycznych do 236 pkt, co całkowicie zbilansuje koszty leczenia operacyjnego.</p>	
			<p>Propozycja wprowadzenia wyższej niż obecnie obowiązującej wyceny punktowej powtórnych operacji bariatrycznych, tzw. REDO zabiegów bariatrycznych.</p>	
			<p>Propozycja wprowadzenia dodatkowej refundacji kosztów okresowych badań kontrolnych (<i>follow – up</i>) pacjentów w Poradniach Leczenia Otyłości z systemowym, administracyjnym rozwiązaniem konieczności utworzenia sieci Poradni Leczenia Otyłości i Zaburzeń Metabolicznych na wzór sieci systemu i Poradni Leczenia Stopy Cukrzycowej.</p>	
			<p>Konsultant Krajowy w dziedzinie Chirurgii Ogólnej i środowisko chirurgów bariatrycznych proponuje zmianę wymogów odnośnie personelu zaproponowanych przez AOTMiT – z wymaganych dwóch chirurgów z doświadczeniem co najmniej 20 operacji bariatrycznych do jednego chirurga bariatrycznego z doświadczeniem co najmniej 20 operacji leczenia otyłości. Cały system szkolenia specjalizacyjnego w Polsce dopuszcza w procesie podyplomowego szkolenia specjalizacyjnego, czy szkolenia doskonalącego do wykonywania złożonych, czy zaawansowanych procedur chirurgicznych przez rezydenta szkolącego się lub lekarza specjalisty podnoszącego swoje kwalifikacje we wszystkich dyscyplinach zabiegowych w tym w chirurgii ogólnej. W związku z tym wysiłki państwa polskiego zmierzające do zwiększenia liczby specjalistów z doświadczeniem klinicznym np. w zakresie chirurgii bariatrycznej nie mogą być blokowane przez ograniczenia personalne proponowane w/w opiniowanym dokumencie AOTMiT. Przy operacji bariatrycznej (jak i każdej innej) wykonywanej przez rezydenta całą odpowiedzialność za prawidłowy przebieg operacji ponosi lekarz specjalista, który asystuje szkolącemu się. W związku z tym wystarczy, aby w trakcie operacji uczestniczył jeden chirurg z doświadczeniem w chirurgii bariatrycznej. Proponowana minimalna liczba operacji bariatrycznych uprawniająca do wykonywania zabiegów operacyjnych w leczeniu patologicznej otyłości jest niczym nieuzasadniona.</p>	

			<p>Wydaje się, że proponowany wymóg personalny 0,5 etatu dla dietetyka i fizjoterapeuty jest niewystarczający. W związku z tym proponujemy wprowadzenie wymogu pełnego etatu dietetyka i fizjoterapeuty – zatrudnionego w sposób dedykowany do oddziału zajmującego się leczeniem pacjentów z patologiczną otyłością i otyłością z zaburzeniami metabolicznym. Do rozważenia jest zatrudnienie na pełnym etacie rehabilitanta, a nie fizjoterapeuty.</p>	
2.	Tomasz Szczepański		<p>Ponieważ małoletni pacjent zakwalifikowany do chirurgicznego leczenia otyłości, rozliczanego taryfa F14 jest leczony wieloetapowo, tj. od wstępnej diagnostyki do zabiegu chirurgicznego łącznie, kwota świadczenia wskazana przez AOTMiT na poziomie 11 382,00 zł nie pokrywa w pełni ponoszonych przez Szpital kosztów.</p> <p>W ramach wyjaśnienia wskazuję, że pobyt pacjenta w fazie przygotowawczej wynosi <u>3 404,00 zł</u> i obejmuje, oprócz hospitalizacji (5 osobodni) także podstawowe badania metaboliczne i biochemiczne, konsultacje – kardiologiczną i gastroenterologiczną, diagnostykę (m.in. endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego, Holter RR i USG jamy brzusznej) oraz leki. Natomiast w oddziale zabiegowym (2 dni przed zabiegiem i 7 dni po zabiegu) koszt leczenia wraz z dodatkową diagnostyką oraz przygotowaniem pacjenta do zabiegu wynosi <u>6 522,00 zł</u>, a zabieg operacyjny – rękawowa resekcja żołądka ze znieczuleniem kosztuje <u>7 670,00 zł</u>. Zatem łączny koszt leczenia w obu oddziałach wraz z zabiegiem kształtuje się na poziomie <u>17 596,00 zł</u>.</p> <p>W związku z tym należy wskazać, że ustalona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji cena tego świadczenia w wysokości 11 382,00 zł jest niewystarczająca, co zostało wykazane powyżej.</p> <p>Kierując się tymi przesłankami liczę, że uwaga Uczelni podniesiona w niniejszej korespondencji zostanie przez Pana Prezesa rozważona, gdyż pozostawienie kosztu tej procedury na określonym przez Agencję poziomie stanowiło będzie przyczynę utraty przez szpitale należnej im rekompensaty finansowej.</p>	
3.	Małgorzata Szelańciewicz		<p>Ustalenie taryfy świadczenia gwarantowanego obejmującego chirurgiczne leczenie otyłości (F14) (raport WZ.541.12.2018), nastąpiło w oparciu o wyniki analizy przeprowadzonej przez AOTMiT w roku 2016.</p> <p>Pozostawienie taryfy na tym samym poziomie tj. 11 382 pkt nie uwzględnia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zmian w regulacjach prawnych dotyczących wzrostu kosztów pracy: 	

			<ul style="list-style-type: none">- Ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych,- Zmiany w przepisach określających minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek,- Zmiany w przepisach określających minimalne wynagrodzenie. <p>2. Inflacji</p> <p>3. Wzrostu cen energii.</p> <p>Wzrost kosztów pracy oraz kosztów energii elektrycznej i materiałów ma wymierny i bezpośredni wpływ na rzeczywiste koszty udzielanych świadczeń medycznych. Taryfa na poziomie z roku 2016 nie uwzględnia wzrostu kosztów, na które jednostka nie ma wpływu.</p>	
--	--	--	--	--