Kraków, dnia 20.01.2022

Dyrektor Wydziału Taryfikacji

AOTMiT

Ul. Przeskok 2

00-032 Warszawa

Szanowny Panie Dyrektorze,

Reprezentujemy Polskie Towarzystwo Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu. Towarzystwo to jest aktualnie w trakcie procedur rejestracji w KRS. Tworzy je grupa kilkudziesięciu lekarzy różnych specjalności chirurgicznych, specjalizujących się w chirurgii rekonstrukcyjnej ubytków tkankowych w zakresie narządu ruchu. W skład komitetu założycielskiego stowarzyszenia wchodzą: Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii nadrządu ruchu prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak, prof. dr hab. n. med. Jerzy Gosk, prof. dr hab. n. med. Łukasz Krakowczyk, dr hab. n. med. prof. CMKP Marcin Złotorowicz, dr n. med. Adam Domanasiewicz, dr n. med. Maciej Klich, dr n. med. Bartosz Mańkowski, dr n. med. Jakub Marchewka, dr n. med. Andrzej Pawelec, lek. Rafał Garlewicz, lek. Paweł Maleta. W swojej pracy wykorzystujemy techniki mikrochirurgiczne, techniki płatów wolnych unaczynionych, płatów lokalnych perforatorowych w celu ratowania kończyn i ich funkcji po najcięższych urazach, powikłaniach i po resekcjach onkologicznych.

Zapoznaliśmy się raportem AOTMiT nr WT.521.21.2016, o tytule „Świadczenia gwarantowane obejmujące zabiegi w obrębie kończyn i miednicy (JGP: H31E-H33 oraz H41-h43)". Jako Towarzystwo chcieliśmy zwrócić uwagę na kilka problemów związanych z wyceną grup H31E, H31F i H41.

Procedury zawarte w grupach H31E, H31F i H41 to bardzo szeroki wachlarz wysokospecjalistycznych procedur zabiegowych, ale o bardzo różnym stopniu skomplikowania. Niestety aktualne grupy nie uwzględniają tych różnic.

Dla przykładu w grupie H31 E i H31 F można odnaleźć procedury:

84.88 Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy
84.89 Rekonstrukcja wtórna wielotkankowych uszkodzeń stopy (odtworzenie funkcji)
84.993 Rekonstrukcja pierwotna wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej
84.994 Rekonstrukcja wtórna wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej

Duża część zabiegów opisywanych tymi procedurami to operacje polegające np. na szyciu uszkodzonego ścięgna i naczynia po urazie, czy wtórnych rekonstrukcji ścięgien i nerwów oraz niektórych struktur stawu. Pobyt pacjenta po takim urazie i operacji jest zwykle ograniczony do kilku dni (2-5 dni), a czas zabiegu i pobyt w ramach bloku operacyjnego w trakcie wykonywania procedury operacyjnej trwa zwykle od 1-3 godzin. Jednak pod tymi procedurami kryją się też wysokospecjalistyczne operacje mikrochirurgiczne polegające na przenoszeniu złożonych kompleksów tkankowych wraz z naczyniami (tzw. płaty wolne). Operacje te trwają zwykle od kilku do kilkunastu godzin (najczęściej 6-9 godzin), a pobyt chorych niemal nigdy nie jest krótszy niż 7-10 dni (wynika to ze specyfiki zabiegu i konieczności obserwacji płata unaczynionego). Są to operacje wykonywane w kilkunastu ośrodkach w Polsce, gdzie często leczeni są chorzy nie tylko z danego szpitala, ale także chorzy kierowani z innych szpitali, nierzadko z sąsiednich województw. W raporcie możemy znaleźć informacje, że średni czas hospitalizacji w grupie H31 E wynosi 7,47 dni (tabela 35, str 75/126), a w grupie H31F 4,67 dni (tabela 35, str 75/126). Czas procedury zabiegowej w procedurach (84.89, 84.993, 84.994) wg raportu to od 1,56 do 1,68 godziny (tabela 43, str. 89/126). Łatwo można wyciągnąć wnioski, że raport opiera się na ocenie procedur o znacznie mniejszym stopniu skomplikowania niż te o których mówi nasze Pismo i te, które wykonują lekarze zrzeszeni w naszym Towarzystwie.

Podobny problem jest w grupie H41. Do grupy tej należą procedury:

84.83 Rekonstrukcja pierwotna ręki (jednoczasowa rekonstrukcja naczyń, nerwów i ścięgien)
84.84 Rekonstrukcja ręki przy użyciu kompleksów tkankowych przenoszonych za pośrednictwem połączeń mikrochirurgicznych
84.86 Rekonstrukcja wtórna wielotkankowych uszkodzeń ręki (odtworzenie funkcji)

Te procedury dotyczą również zabiegów o bardzo szerokim spektrum, a większość z nich ma wysoki stopień skomplikowania, ale niewielką rozległość. Za przykład można podać uszkodzenie ręki lub przedramienia np. szkłem lub nożem, wymagające szycia naczyń, nerwów i ścięgien czy rekonstrukcję funkcji palca z uwolnieniem zrostów i rekonstrukcją nerwu i ścięgna itp. Pobyt w szpitalu takich pacjentów zwykle trwa 2-5 dni, a czas zabiegu lub pobyt w ramach bloku operacyjnego średnio wynosi od 1-3 godzin. Jednak, pod tymi procedurami w grupie H41 kryją się także wysokospecjalistyczne operacje mikrochirurgiczne polegające np. na preparowaniu i przenoszeniu płatów wolnych w rozległych ubytkach tkankowych. Operacje te trwają od kilku do kilkunastu godzin (średnio 6-9 godzin), a pobyt chorych niemal nigdy nie jest krótszy niż 7-10 dni (wynika to ze specyfiki zabiegu i konieczności obserwacji płata unaczynionego), tak samo jak w procedurach z grupy H 31 E i H31 F. W raporcie możemy znaleźć informacje, że średni czas hospitalizacji w grupie H41 wynosi 4,06 dnia (tabela 35, str. 75/126). Czas procedury zabiegowej w procedurach (84.83, 84.84, 84.86) wg raportu to od 1,74 do 3,12 godziny (tabela 43 str.92/126). Jak widać, zarówno średni czas hospitalizacji pacjenta jak i średni czas trwania procedury operacyjnej wg raportu, jest niemal 2 razy, a czasem 3 razy krótszy niż czas hospitalizacji oraz czas wykonywania zabiegu operacyjnego z wykorzystaniem technik płatów mikrochirurgicznych.

W wyliczeniach kosztów trzeba brać pod uwagę również koszty materiałów medycznych i leków (implanty ortopedyczne, nośniki antybiotyków itp.), których koszt wynosi kilka tysięcy złotych. Często koszty implantów i nośników antybiotyku wynoszą ok 30-60 % kosztów procedury, a do tego należy doliczyć koszty niekiedy wielu zabiegów operacyjnych (np. oczyszczenie zainfekowanych i martwiczych tkanek), w których przygotowuje się chorego do definitywnej operacji, koszty wielogodzinnego definitywnego zabiegu operacyjnego (np. płat wolny/przeszczep unaczyniony) i koszty długiej hospitalizacji (związanej z przygotowaniem do definitywnego zabiegu, obserwacji i leczenia po skomplikowanej operacji).

Dlaczego poruszamy problem tych operacji? Jest to spowodowane tym, że tego typu zabiegi operacyjne przeprowadza kilkanaście ośrodków w Polsce. Do tych szpitali, zajmujących się bardzo wysokospecjalistycznymi procedurami, kierowani są pacjenci z innych szpitali, a czasem chorzy samodzielnie odnajdują te ośrodki zdobywając wiedzę z internetu lub od innych pacjentów. Paradoksem jest, ale niestety regułą, że przy aktualnej wycenie grup, wysokospecjalistyczne procedury przekraczają wycenę w grupach H31 i H41. Nawet indywidualne rozliczenie pacjenta nie rozwiązuje problemu ponieważ dla refundacji rozliczeń indywidualnych koszt leczenia chorego musi przekroczyć 3-krotność wyceny danej grupy czyli dla procedury H41 wynieść ponad 37 000, a dla grupy H31 E lub H31F ponad 48 000. Tymczasem koszty tych procedur w szpitalach, wg naszych wyliczeń i szacunków wahają się najczęściej od ok 20 000 do ok 45 000 PLN. Wynika z tego że wysokospecjalistyczne leczenie pacjenta z urazem wielotkankowym przynosi stratę dla Szpitala prowadzącego leczenie. W przypadku wystąpienia powikłań, lub znacznego skomplikowania leczenia, koszty są na tyle wysokie, że przekraczają limit wyznaczony przez NFZ i pacjenci mogą być rozliczeni indywidualnie, ale te rozliczenia dotyczą najczęściej pacjentów, którzy mają ciężkie urazy, powikłane infekcją lub trafiają z innych szpitali gdzie są leczeni przez kilka tygodni, a nawet miesięcy w sposób nie do końca optymalny.

Należy nadmienić, że alternatywą dla operacji rekonstrukcji mikrochirurgicznych jest najczęściej amputacja kończyny albo życie z ciężkim kalectwem, co powoduje znacznie większe obciążenie dla płatnika publicznego, ponieważ skutkuje brakiem możliwości podjęcia pracy zarobkowej przez pacjenta oraz nabyciem praw do zasiłku lub renty.

Ilość pacjentów wymagających zastosowania wysokospecjalistycznych procedur mikrochirurgiucznych w „statystycznym" oddziale chirurgii urazowej i ortopedii wg naszych danych wynosi kilku rocznie (szacunkowo 1 - 8/rok), więc nie jest to znaczna liczba, z punktu widzenia pojedynczego oddziału. Jednak ze względu na brak wysokospecjalistycznie wykształconego personelu, chorzy ci są kierowani do szpitali, w których takie procedury rekonstrukcji ubytków tkankowych są wykonywane. I to stwarza już realny problem dla tych wyspecjalizowanych oddziałów, ponieważ, jeśli szpital przyjmuje i leczy pacjentów z innych szpitali to wzrasta liczba przynoszących straty procedur z kilku rocznie do kilkudziesięciu. Odpowiednio zaplanowane, wcześnie rozpoczęte specjalistyczne leczenie, może stwarzać szanse dla chorego powrotu do normalnej aktywności i powrotu do pracy, a źle lub za późno wykonane leczenie może zniweczyć szanse na normalne życie pacjenta.

Mając na uwadze powyższe kwestie, bardzo prosimy o uwzględnienie naszego stanowiska w wycenie procedur. Wydaje nam się jednak, że najlepszym rozwiązaniem byłoby wyłonienie wysokospecjalistycznych procedur mikrochirurgicznych oraz procedur rekonstrukcji ubytków tkankowych do innej grupy, z której mogłyby korzystać wysokospecjalistyczne szpitale posiadające doświadczony personel. My, jako lekarze tworzący Polskie Towarzystwo Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu chętnie podzielimy się naszymi doświadczeniami, aby pomóc stworzyć sposób refundacji procedur umożliwiający skorzystanie z nich jak największej liczbie ciężko chorych pacjentów, którzy prawidłowo leczeni będą mieli szanse na powrót do sprawności i pracy.

Problem rekonstrukcji ubytków tkankowych dotyczy nie tylko chorych po ciężkich urazach, ale również chorych leczonych z powodu rozległych infekcji, powikłań operacyjnych, a także okaleczonych po usunięciu nowotworów złośliwych.

Na koniec chcieliśmy nadmienić że podobny problem szerokiego spektrum zbyt różnorodnych procedur istnieje w grupach H 81 i H 80, czyli dotyczących leczenia infekcji w zakresie narządu ruchu.

Z poważaniem,

Paweł Maleta – Prezes Zarządu

Rafał Garlewicz – Sekretarz Zarządu

w imieniu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu (stowarzyszenie w trakcie procedury rejestracyjnej w KRS)