

## Mieć twardy kręgosłup - Rynek Zdrowia 2012-01 (78)1

<http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Miec-twardy-kregoslup,115955.html>

- Marzena Sygut
- 13-01-2012 10:41



W Polsce wszystkie kliniki mające podpisany kontrakt z NFZ i przeprowadzające operacje na kręgosłupie każdego roku wykonują ok. 10 tys. takich zabiegów. Tymczasem w ocenie ekspertów, aby zaspokoić potrzeby społeczeństwa w tym zakresie, powinno być ich 6-8 razy więcej. W efekcie chorzy czekają na zabieg średnio ok. roku, a w najlepszych ośrodkach nawet do trzech lat.

Jak przyznaje prof. Wojciech Kloc, prezydent Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa i ordynator Oddziału Neurochirurgii PCT im. M. Kopernika w Gdańsku, bóle i dolegliwości kręgosłupa to druga po przeziębieniach przyczyna wizyt u lekarza.

Wprawdzie wśród tych dolegliwości tylko 1% chorych wymaga leczenia operacyjnego, jednak nie można zapominać o tym, że generują one inne poważne problemy, jak chociażby dolegliwości psychiczne związane z długotrwałym, uporczywym, trudnym do zniesienia bólem. To właśnie dolegliwości kręgosłupa zaliczane są do głównych przyczyn generujących bóle przewlekłe.

### **Choroba aktywnych zawodowo**

- Kiedy dochodzi do przemieszczenia kręgów, zmian zwyrodnieniowych, które uciskają na nerwy czy rdzeń, chorzy przestają być zdolni do jakiegokolwiek aktywności, dlatego tak ważne są zabiegi operacyjne - tłumaczy prof. Kloc. - Trudno zrozumieć, dlaczego urzędnicy tyle uwagi poświęcają np. chorobom serca, których apogeum przypada na 70. rok życia, a nie zauważają problemu związanego z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi kręgosłupa.

Przecież te, według danych szacunkowych, mogą dotyczyć nawet 20% społeczeństwa we wszystkich grupach wiekowych, z czego aż 75% pacjentów stanowią osoby przed 65. rokiem życia, czyli głównie osoby w wieku produkcyjnym.

- Mając jednocześnie na względzie charakter schorzenia, prowadzący do przejściowej lub trwałej niepełnosprawności, leczenie operacyjne pozwala na przywrócenie w większości przypadków normalnej aktywności życiowej i znacząco poprawia jakość życia pacjentów w

porównaniu z metodami konserwatywnymi - dodaje profesor.

Eksperti szacują, że coraz większa świadomość choroby i coraz bezpieczniejsze metody leczenia sprawiają, że konieczność przeprowadzenia operacji kręgosłupa może obejmować od 60 tys. do 80 tys. zabiegów rocznie.

Nowoczesna diagnostyka oparta na rezonansie magnetycznym pozwoliła na zwiększenie wykrywalności zmian zwyrodnieniowych i problemów związanych z wypadnięciem dysku. Szczególnie znaczenie ma to u ludzi młodych, ok. 40 roku życia, których zmiany te eliminują z życia zawodowego.

- Operacje dyskopatii, czyli usunięcia wypadniętego dysku, stanowią ok. 80% wszystkich przeprowadzanych zabiegów na kręgosłupie. Dzięki nim możliwe jest przywrócenie młodej jeszcze osoby do pełnej aktywności życiowej - tłumaczy prof. Kloc. Operacje te nie stanowią problemu i zwykle kończą się pełnym sukcesem.

Problem pojawia się wówczas, gdy chory ma zniszczone kręgi, które zaczynają uciskać na różne struktury.

Tutaj absolutnym standardem jest leczenie oparte na ogólnej zasadzie "ograniczenie usztywnienia do minimum". - Te zabiegi opierają się na implantach, które pozwalają na przywrócenie prawidłowych warunków anatomicznych - przyznaje prof. Wojciech Kloc.

Dr Dariusz Łątka, ordynator Oddziału Neurochirurgii w Wojewódzkim Centrum Medycznym PS ZOZ z Opola, dodaje, że jeszcze dziesięć lat temu chirurdzy dążyli do fuzji, czyli wyłączenia ruchowego segmentów, które dają silne dolegliwości bólowe: - Zabiegi te - oparte również na implantach - są jak najbardziej prawidłowe, jeśli chodzi o współczesne wytyczne, jednak nie pozbawione słabych punktów - zaznacza doktor Łątka.

Najważniejszym ich mankamentem jest zwiększenie - poprzez wyłączenie ruchomości chorych kręgów - obciążenia na sąsiednich segmentach, które stają się bardziej narażone na zmiany zwyrodnieniowe - tłumaczy dr Łątka. Najnowsze zabiegi, zwane stabilizacją dynamiczną kręgosłupa czy wręcz artroplastyką (wymiana zużytych połączeń na nowe - sztuczne), mają za zadanie utrzymać ruchomość operowanych segmentów.

- Powtarzamy to, co wydarzyło się w ortopedii pod koniec XX wieku.

Najpierw usztywniano bolące stawy, a potem uruchamiano. To samo mamy teraz w chirurgii kręgosłupa.

Staramy się operować te chore przestrzenie międzykręgowe i zachować ich ruchomość. Te technologie są ok. 5-krotnie droższe od tradycyjnych fuzji, jednak pozwalają na pełne obciążenie kręgosłupa tuż po operacji, a po wygojeniu rany chory może wracać do swoich codziennych zajęć - dodaje specjalista.

## **Wielkość cięcia operacyjnego**

Osobną kwestią jest wielkość cięcia operacyjnego. - Dziś wszystkie zabiegi można wykonywać w dwojaki sposób - albo przy użyciu cięć tradycyjnych, albo małoinwazyjnych. To, że operujemy przez coraz to mniejsze cięcia, przy użyciu technik endoskopowych, sprawia, że rany operacyjne są coraz mniejsze, szybciej się goją, dlatego konieczność dłuższych hospitalizacji zanika - przyznaje dr Jerzy Pieniążek, ordynator Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa. - Dobór rodzaju cięcia zależy jednak od dolegliwości pacjenta i umiejętności operujących, dlatego dokonuje się go indywidualnie - podsumowuje dr Pieniążek.

Zdaniem doktora Łątka, trudno określić, jak dużo zabiegów w Polsce wykonuje się metodami małoinwazyjnymi.

- To wszystko zależy od kliniki.

U nas np. w Opolu stanowią one ok. 15% wszystkich zabiegów. W małych prywatnych klinikach, specjalizujących się w najnowocześniejszych zabiegach opartych na ruchomości połączeń, mogą one dochodzić do 50% - mówi dr Łątka i jednocześnie przyznaje, że zapotrzebowanie na tego typu małoinwazyjne cięcia ocenia na ok. 30%.

## **Utrudniony dostęp**

- Zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przewlekły ból kręgosłupa po niepowodzeniu leczenia konserwatywnego należy traktować jako schorzenie prowadzące do niezdolności do samodzielnej egzystencji - przypomina prof. Wojciech Kloc. - Oznacza to, że jest ono traktowane jako jedno z najważniejszych kryteriów branych pod uwagę przy ocenie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego ze środków publicznych.

- Dodatkowo grupa pacjentów z przewlekłymi schorzeniami kręgosłupa kwalifikująca się do leczenia operacyjnego jest szczególnie narażona na negatywne skutki nieleczenia zmian w kręgosłupie, łącznie ze znacznym stopniem niepełno sprawności. Stąd dostęp do nowoczesnych operacji powinien być gwarantowany przez Fundusz - stwierdza profesor. Tymczasem w Polsce tak nie jest.

Długi czas oczekiwania na zabieg, trudności z dostępem do wysokospecjalistycznej diagnostyki sprawiają, że wielu chorych zostaje na trwałe wyeliminowanych z aktywności zawodowej.

- Dużym błędem było przeniesienie diagnostyki do specjalisty.

Od kiedy skierowanie na rezonans magnetyczny wydaje lekarz z II stopniem specjalizacji, trafiają do nas chorzy z bardzo poważnymi niedowładami, zarówno dwu-, jak i czterokończynowymi.

Kiedy na badania te kierował lekarz POZ, praktycznie nie mieliśmy takich przypadków - twierdzi dr Pieniążek. - Chorzy trafiali do nas w bardzo wczesnych okresach. Rozróżnienie na podstawie badania klinicznego, z jakim problemem uciskowym w obrębie kręgów mamy do czynienia, jest praktycznie niemożliwe.

Dr Łątka, aby uniknąć u czekających w kolejce na operację niedowładów, przeprowadza u nich dwa razy w miesiącu badania. - W przypadkach, kiedy w trakcie kontroli zauważymy, że stan chorego się pogarsza i jest zagrożony trwałym ubytkiem neurologicznym, przyspieszamy termin operacji. Obciąża nas to jednak koniecznością przebadania dwa razy w miesiącu po 120 pacjentów.

Gdyby pojawiła się możliwość operowania na bieżąco, nie byłoby tego problemu - przyznaje.

### **Wokół wycen**

Najgorsze w skutkach dla pacjentów są zmiany zaproponowane w ubiegłym roku przez NFZ. - System finansowania świadczeń związanych z zabiegami kręgosłupa przed zmianą i po zmianie 1 lipca 2010 r., niestety, nie uwzględnia stopnia skomplikowania zabiegów i liczby zmian w kręgosłupie wymagających zoperowania - mówi prof. Kloc.

I podkreśla, że NFZ płaci za procedury na kręgosłupie w ramach trzech procedur punktowych. H53 to procedura oszacowana na 180 punktów (9,1 tys. zł) zarezerwowana dla najprostszyc zabiegów bez implantów.

- Dla chirurgów i pacjentów liczą się dwie pozostałe grupy, między którymi istnieje przepaść finansowa. Grupa H51 szacowana na 504 punkty (25,7 tys. zł) i H52 oparta na 270 punktach (13,7 tys. zł) - wyjaśnia profesor.

- W ramach procedury grupy JGP H51 w lipcu 2010 r. usunięto zabiegi zmiany zwyrodnieniowej pierwotnej lub ponownej 2-3 kręgów i przesunięto je do grupy H52, czyli zabiegów na kręgosłupie z zastosowaniem implantów. Zgodnie z tymi zapisami obniżono koszt zabiegów z 25,7 tys. zł do 13,7 tys. zł za zabieg - dodaje.

Na cenę zabiegu w zdecydowanym stopniu wpływa bowiem koszt implantu, który waha się w granicach od tysiąca zł dla implantów sztywnych do nawet 12 tys. zł dla ruchomych.

- Wprowadzenie tylko dwóch grup kwalifikacyjnych w operacjach kręgosłupa z implantem sprawiło, że do wielu zabiegów szpital musi dopłacać.

Zdarza się tak, że szpital, mając do wyboru zabieg ze sztywnym implantem i ruchomym,

wybiera ten pierwszy, bo jest tańszy - mówi dr Łątka.

Dr Pieniążek dodaje, że obecnie aby zakwalifikować pacjenta do droższej grupy wyceny, musi operować powyżej czterech kręgów; w przeciwnym wypadku zabieg zostanie zakwalifikowany do pierwszej grupy za 13,7 tys. zł. - Biorąc pod uwagę średni koszt ruchomego implantu, czyli 8 tys. zł, szpitalowi przestaje się to opłacać - dodaje.

Eksperti przyznają, że na całym świecie koszt implantu stanowi ok. 15-20% kosztu całej procedury. Dlatego aby chociaż trochę urealnić tę wycenę, zaproponowali oni NFZ dodanie dwóch dodatkowych grup JGP w operacjach na kręgosłupie. Niestety, Fundusz na złożone pismo nie zareagował.

- Stopnie finansowania powinny być przede wszystkim uzależnione od stanu klinicznego pacjenta, rodzaju zabiegu oraz obecności lub braku powikłań - dodaje prof. Kloc.

Zaproponowane grupy zostały wyróżnione na podstawie liczby stabilizowanych przestrzeni, zużycia materiałowego implantów, stopnia skomplikowania zabiegu.

### **Liczenie kosztów odległych**

- Przeprowadzono analizy porównawcze wyliczeń od 1 VII do 30 XI 2010 r. w trzech ośrodkach: Opolu, Zielonej Górze i Gdańsku, z których wynika, że według zaproponowanych przez nas wycen, koszty zwiększą się tylko od 20 do 30%. Pozwoli to na prawidłowe kwalifikowanie chorych do operacji, prawidłowe rozliczanie z NFZ - zgodne z poniesionymi kosztami przez szpital, co nie pozostanie bez wpływu na podniesienie (przywrócenie) dobrej opieki nad tą grupą pacjentów - tłumaczy prof. Wojciech Kloc.

Nie jest to dużo, zwłaszcza jeśli się weźmie pod uwagę fakt, że na całym świecie, gdzie liczą się koszty odległe, zabiegi operacyjne stanowią tylko 5% kosztów bezpośrednich związanych z leczeniem bólów kręgosłupa.

W porównaniu do kosztów całościowych stanowią one kroplę w poniesionych przez państwo wydatkach.

W Wielkiej Brytanii te bezpośrednie szacowano na ok. 1,6 miliarda funtów, podczas gdy koszty pośrednie na ponad 5-krotnie wyższą kwotę - ok. 10,7 miliarda funtów (dane za 1998 r.).

W Belgii koszty bezpośrednie wyniosły 187 milionów euro, a pośrednie 992 miliony euro (1999 r.), a w Szwecji analogicznie - 297 mln euro i 1,5 mld euro (2001 r.). Wydatki w Stanach Zjednoczonych szacowano natomiast na niemal 100 miliardów dolarów rocznie.