



Polskie Towarzystwo Chirurgii Kręgosłupa

34-500 Zakopane, ul. Balzera 15, tel: +48.182012061, <http://www.spine.org.pl>

Siedziba: Katedra i Klinika Ortopedii i Rehabilitacji Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Zakopane, 25.06.2010r.

W. Pani

Minister Zdrowia

Ewa Kopacz

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

Dotyczy działania zespołu ds. opracowania standardów w neurochirurgii i ortopedii w zakresie wskazań do operacji kręgosłupa z zastosowaniem implantów allogenicznych.

Wielce Szanowna Pani Minister!

Po zapoznaniu się z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Pana Jacka Paszkiewicza z dnia 10 V 2010 r. Polskie Towarzystwo Chirurgii Kręgosłupa wyraża zaniepokojenie postępowaniem rozmów w sprawie wyceny procedur neurochirurgicznych a zarazem *ortopedycznych* prowadzonych przez Konsultanta Krajowego ds. neurochirurgii Pana Prof. Tomasza Trojanowskiego.

Powołany przez Panią Minister dnia 22 grudnia 2009 roku „*Zespół ds. opracowania standardów w neurochirurgii i ortopedii w zakresie wskazań do operacji kręgosłupa z zastosowaniem implantów allogenicznych*” pod przewodnictwem Prof. T. Trojanowskiego wywołał w Polskim Towarzystwie Chirurgii Kręgosłupa wielkie zdziwienie ze względu na

fakt, że w jego składzie jest 4 neurochirurgów (w tym dwóch niezajmujących się chirurgią kręgosłupa: Prof. T. Trojanowski i Prof. H. Majchrzak), a tylko jeden ortopeda.

Fakt (wg. Prof. Trojanowskiego) niedoszacowania procedur neurochirurgicznych winien być omówiony w gronie specjalistów neurochirurgii wraz z przedstawicielami NFZ i nie powinien wkraczać w zakres działania innych specjalności medycznych czy też subspecialności interdyscyplinarnych.

Być może procedury neurochirurgiczne są niedoszacowane (*jestem specjalistą ortopedii*), lecz podwyższenie ich wyceny kosztem procedur kręgosłupowych nie jest racjonalnym rozwiązaniem. Fakt ten spowoduje niewątpliwie obniżenie jakości usług oferowanych wszystkim pacjentom oraz wydłuży kolejki na zabiegi z zakresu chirurgii kręgosłupa. Tworzenie zatem nowych wycen procedur kręgosłupowych bez udziału *rzeczywistych* specjalistów z ortopedii i neurochirurgii jest nieporozumieniem.

Neurochirurgia jest specjalnością, która z samej definicji zajmuje się leczeniem wszystkich schorzeń tkanki nerwowej, a więc mózgu i rdzenia kręgowego, ortopedia zaś zajmuje się leczeniem schorzeń narządu ruchu którego kręgosłup jest integralną składową. Zatem inicjatywa Prof. Trojanowskiego i członków w/w Zespołu zmierzająca do oceny i zmiany wyceny procedur chirurgicznych jest próbą zawłaszczenia i oddania we władanie chirurgii kręgosłupa tylko specjalistom neurochirurgii z pominięciem ortopedii.

Kręgosłup jest integralną częścią narządu ruchu i zawsze należał do specjalności zwaną *ortopedia i traumatologia*, bowiem specjalność ta od wieków zajmowała i nadal zajmuje się leczeniem tylko elementów kostnych kręgosłupa i jego połączeń.

Na całym świecie są oddziały neurochirurgiczne, które specjalizują się w chirurgii mózgu, rdzenia kręgowego lub chirurgii kręgosłupa, podobnie jest w ortopedii gdzie są oddziały specjalizujące się w artroplastykach stawów, traumatologii i chirurgii kręgosłupa.

Neurochirurgia w kręgosłupie ma ogromnie szeroki wachlarz jednostek chorobowych: guzy rdzenia kręgowego, cysty arachnoidalne, syringomyelia, zespoły Arnold - Chiari, zespoły tętniczo - żylny rdzenia kręgowego, myelomengocele, lipomyelomenigocele, guzy pogranicza czaszkowo- kręgowego i górnego odcinka kręgosłupa szyjnego, guzy korzeni nerwowych, podwieszony rdzeń i wiele, wiele innych.

Myślę, że wymieniłem wystarczająco dużo jednostek chorobowych, które powinny diagnozować i leczyć oddziały neurochirurgiczne. Znakomita większość w/w jednostek chorobowych nie wymaga stabilizacji z zastosowaniem implantów kręgosłupowych.

Ortopedzi z kolei zajmują się całą patologią kostną kręgosłupa: złamania kręgosłupa, kręgozmyki, guzy kręgosłupa, stany zapalne kręgosłupa i tarczy międzykręgowej, ostra i zwyrodnieniowa choroba dyskowa, wszelkiego rodzaju niestabilności, skrzywienia idiopatyczne i wrodzone, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa.

Wiele z tych obszarów jest wspólnych dla jednej jak i drugiej specjalności. W tym też celu powołaliśmy do życia **Polskie Towarzystwo Chirurgii Kręgosłupa**, którego mam zaszczyt być prezydentem. Jako Towarzystwo Naukowe chcemy łączyć a nie dzielić, chcemy wspólnie podnosić wiedzę i umiejętności kolegów, integrować się z Europą i Światem, operować nowocześnie, na światowym poziomie. Nie chcemy jako kraj stać się ponownie pośmiewiskiem Europy i Świata.

Powoływanie się w protokole z posiedzenia Zespołu, cytując: ***"Przy opracowywaniu Standardów uwzględniono pisemną opinię Prof. Daniela Zarzyckiego, Prezydenta Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa"*** jest nieprawdą. Na prośbę Prof. Trojanowskiego opracowałem kilkudziesięciu stronicowy katalog, w którym zawarłem wszystkie procedury, w których winny być stosowane implanty kręgosłupowe bez określania ich liczby (*katalog w załączeniu*).

Z kolei wiadomo mi że w/w zespół pozwolił sobie podzielić stabilizacje na krótko i długo odcinkowe (powyżej-poniżej 3 segmentów). Jak można w sposób administracyjny ustalać sposób leczenia pacjenta. To operator ustala zakres rodzaj i rozległość zabiegu operacyjnego.

Spondylodeza „krótko odcinkowa” do 3 segmentów wymaga tak samo stosowania kosztownych implantów kręgosłupowych jak np. w resekcji przerzutu nowotworowego do kręgosłupa jak spondylodeza 4 segmentów. Przyjęcie, że tak wykonana procedura kosztowo zmieści się w grupie o znacznie obniżonej wycenie 234 pkt. jest nieporozumieniem. Pacjent ze schorzeniami kręgosłupa o różnej etiologii winien być leczony nowocześnie, według standardów obowiązujących w tego typu schorzeniach, a zastosowana metoda operacyjna nie powinna zależeć od ilości leczonych segmentów, lecz od etiologii schorzenia.

Członkowie Zespołu słusznie cytują mój pogląd odnośnie stosowania sztucznych dysków lędźwiowych (brak dowodów EBM), lecz niepotrzebnie zawężają wskazania do stosowania dysków szyjnych. Świat odchodzi od usztywnień ze względu na powstające powikłania segmentów sąsiadujących i o tym należy pamiętać.

Poza projektem zarządzenia Prezesa NFZ należy zwrócić uwagę na treść pisma "komisji ministerialnej", o którym wspomina Prezes Paszkiewicz i zawarte w nim stwierdzenia o "**braku dowodów medycznych (EBM) na skuteczność implantów w operacjach kręgosłupa**". Takie stwierdzenia wynika albo z niewiedzy, albo co gorsza ze złych intencji. W biuletynach **AOSPINE INTERNATIONAL - Evidence-Based Spinal Surgery** ukazujących się od 2005 roku i na stronie **AO Spine** dostępne są wszystkie opracowania wskazujące na obecność dowodów klasy I lub II (A lub B) w wielu metodach chirurgicznych z użyciem implantów. Nawet wykpione stabilizatory (expandory) międzywyrostkowe mają udowodnione pozytywne działanie.

Szanowna Pani Minister - współczesna chirurgia kręgosłupa idzie w kierunku technik małoinwazyjnych, które w znacznym stopniu zmniejszają ilość stosowanych implantów, lecz z kolei są droższe. Niewprowadzanie u nas tych technik operacyjnych spowoduje cofnięcie się w rozwoju chirurgii kręgosłupa w Polsce wymuszone niedostatkiem ekonomicznym oddziałów szpitalnych.

Reasumując, wszystkie dotychczasowe działania "komisji" w skład której wchodziłi profesorowie Trojanowski, Radek, Jarmundowicz, Majchrzak z wyjątkiem Prof. Nowakowskiego

z Poznania który złożył *votum separatum* zmierzają do pogorszenia dotychczasowej sytuacji oddziałów i ludzi zajmujących się głównie leczeniem schorzeń kręgosłupa - po co nam w kraju kolejna afera typu „onkologia”?

Sprawę można załatwić prosto: na terenie każdego województwa specjaliści wojewódzcy , ustalą ośrodki (oddziały szpitalne), które mogą wykonywać procedury kręgosłupowe. Po ustaleniu takiej listy znikną z aktualnej mapy tzw. *weekendowe wyjazdowe operacyjne zespoły kręgosłupowe* operujące od przypadku, do przypadku głównie w szpitalach powiatowych z dużą ilością powikłań.

Z poważaniem,

Prof. zw. dr hab. med. Daniel Zarzycki

Prezydent
Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa

Do wiadomości:

1. Jacek Paszkiewicz - Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
2. Prof. dr hab. med. Tomasz Trojanowski - Członek Komisji;
3. Prof. dr hab. med. Andrzej Radek - Członek Komisji;
4. Prof. dr hab. med. Włodzimierz Jarmundowicz - Członek Komisji;
5. Prof. dr hab. med. Wojciech Marczyński - Prezes Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego;
6. Prof. dr hab. med. Henryk Majchrzak - Prezes Polskiego Towarzystwa Neurochirurgicznego;
7. Prof. dr hab. med. Andrzej Górecki - Specjalista krajowy ds. Ortopedii i Traumatologii;
8. Prof. dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski - Członek Komisji;