

W związku z postanowieniem podjętym przez Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa w dniu 15.10.2010 r. w Zakopanem, a dotyczącym zwrócenia się do Pana Jacka Paszkiewicza - Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o nowelizację Zarządzenia Nr 32/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne, które wprowadziło zmiany w systemie Jednorodnych Grupach Pacjentów dotyczące procedur z zakresu chirurgii kręgosłupa rozliczanych w ramach grup H51 oraz H52, kierujemy się do Pana Prezesa z uprzejmą prośbą o przyjęcie następujących informacji.

Wprowadzone w dniu 1 lipca 2010 r. zmiany (z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2010 r.), spowodowały, że stosowane dotychczas nowoczesne metody chirurgicznego zaopatrzenia nowotworów i deformacji kręgosłupa, mające wg badań naukowych udokumentowaną skuteczność i relatywnie prawidłowo wycenione w systemie JGP są w konsekwencji zmian w przedmiotowym zarządzeniu wykonywane znacznie rzadziej. Zmiana poziomu finansowania zabiegów kręgosłupa w Polsce z dniem 1 lipca 2010 r. spowodowała przesunięcie zabiegów z grupy H51 do grupy świadczeń niżej wycenionych H52, co może skutkować, zgodnie z mechanizmem obserwowanym w innych dziedzinach, zmianami dotyczącymi nie tylko kwestii dostępu pacjentów do dotychczas obowiązujących metod leczenia, lecz także nieprawidłowościami w terapii, czyli:

- preferowaniem (wg obecnego systemu rozliczeń procedur) metod i technik polegających na usztywnieniu zmian wielopoziomowych kręgow, a to może znaleźć uzasadnienie medyczne tylko w odniesieniu do leczenia skolioz,
- spadkiem liczby zabiegów u pacjentów wymagających leczenia operacyjnego z jednoczesnym wydłużeniem kolejki pacjentów i czasu oczekiwania na zabieg,
- zwiększeniem odsetka pacjentów leczonych w sposób konserwatywny, z jednoczesnym opóźnieniem wdrażania metod operacyjnych (szczególnie u osób w wieku produkcyjnym), umożliwiających powrót do pracy lub do poprzedzającej nasilenie zmian chorobowych aktywności fizycznej, oraz skrócenie czasu świadczeń ZUS i zmniejszeniem ilości rent inwalidzkich,
- zmniejszeniem zatrudnienia wysokiej klasy specjalistów lub zmniejszeniem opłacalności działania oddziałów neurochirurgicznych i ortopedycznych.

Leczenie schorzeń kręgosłupa opiera się na ogólnej zasadzie "ograniczenie usztywnienia do minimum", więc w tym przypadku proponowana przez NFZ zmiany z lipca br. może być uznane za ograniczenie dostępu do nowoczesnego i zgodnego z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, leczenia dla chorych.

Przewlekłe bóle kręgosłupa mogą dotyczyć nawet do 20% społeczeństwa we wszystkich grupach wiekowych, z tego 75% pacjentów stanowią osoby przed 65 rokiem życia, czyli głównie osoby w wieku produkcyjnym i aktywne zawodowo. Mając jednocześnie na względzie charakter schorzenia prowadzący do przejściowej lub trwałej znacznej niepełnosprawności, leczenie operacyjne pozwala na przywrócenie w większości przypadków normalnej aktywności życiowej i znacząco poprawia jakość życia pacjentów w porównaniu z metodami konserwatywnymi.

W związku z coraz większą świadomością choroby, możliwościami dostępu do coraz bezpieczniejszych metod leczenia i poprawą jakości opieki nad chorymi, konieczność przeprowadzenia operacji kręgosłupa może obejmować od 60 tys. do 80 tys. zabiegów rocznie.

Zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U.08.164.1027 z późn. zm.) przewlekły ból kręgosłupa po niepowodzeniu leczenia konserwatywnego (czyli kwalifikujący się do leczenia operacyjnego) należy traktować jako schorzenie prowadzące do niezdolności do samodzielnej egzystencji, niezdolności do pracy, prowadzące do przewlekłego cierpienia oraz obniżenia jakości życia pacjentów. Co oznacza, że jest ono traktowane jako jedno z najważniejszych kryteriów branych pod uwagę przy ocenie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego oraz finansowania go ze środków publicznych. Dodatkowo należy zauważyć, iż Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U.09.137.1126) wśród 12 priorytetów zdrowotnych uwzględnia „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”.

Z uwagi na powyższe proszę mieć również na względzie, iż 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 niepełnosprawności, a nawet koniecznością opieki przez osoby trzecie.

W naszej opinii istnieją możliwości wypracowania wspólnego stanowiska między Narodowym Funduszem Zdrowia a kadrami zarządzającą placówkami ochrony zdrowia, chorymi i lekarzami (ortopedzi i neurochirurdzy wykonującymi procedury z zakresu chirurgii kręgosłupa) w kwestii kwalifikacji poszczególnych procedur i dostępnych metod terapeutycznych do grup H51 oraz H52 w systemie JGP.

System finansowania świadczeń związanych z zabiegami kręgosłupa przed zmianą i po zmianie w dniu 1 lipca 2010 r. niestety nie uwzględnia stopnia skomplikowania zabiegów, ilości zmian oraz przede wszystkim zróżnicowania stopnia utylizacji wyrobów medycznych wszczepianych pacjentom w czasie zabiegów. Spojrzenie na zróżnicowanie sposobów finansowania zabiegów kręgosłupa w wybranych krajach pozwala zauważyć, że stosuje się w nich podział na zabiegi podstawowe oraz dodatkowe, które umożliwiają sfinansowanie zużycia dodatkowych środków/materiałów wykorzystanych w czasie zabiegów (przykład Czech). Stopnie finansowania powinny być przede wszystkim uzależnione od stanu klinicznego pacjenta (rodzaj zabiegu oraz obecność lub brak powikłań).

Jako potencjalne rozwiązanie proponujemy zmianę finansowania poprzez wprowadzenie dwóch nowych grupy JGP uwzględniających poniższe typy zabiegów różnicujących rodzaj zabiegu oraz sposób jego finansowania uzależniony od stopnia skomplikowania zabiegu, zużycia wyrobów medycznych oraz wysokości zmian w tej samej grupie wskazań zgodnie z Klasyfikacją ICD 10 oraz medycyny opartej na dowodach naukowych (*Evidence-Based Medicine* - EBM). Proponujemy wprowadzenie dwóch nowych grup oraz wprowadzenie podgruperów dodatkowych, które spowodują zawężenie i dokładne określenie zakresów zabiegów wykonywanych w określonych grupach.

Grupy zostały wyróżnione na podstawie ilości stabilizowanych przestrzeni, zużycia materiałowego implantów, stopnia skomplikowania zabiegu (konieczność wykorzystania neuroradiologii oraz

neuromonitoringu - EMG, nowoczesnych technik operacyjnych ortopedycznych, neurochirurgicznych i anestezjologicznych).

Grupa	Wycena punktowa w grupie JGP	Opis
<p>H51 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa</p>	<p><b>504</b></p>	<p>obejmująca jak proponuje NFZ stabilizacje obejmujące 4 i więcej sąsiadujące kręgi, procedura powinna zawierać każdą stabilizację połączenia kręgów w przypadku jednoczesnej operacji z dojścia przedniego i tylnego (tzw. 360 stopni), spondylodezę czaszkowo-szyjną z dojścia tylnego, spondylodeza szyjna z dojścia przedniego z użyciem protezy trzonu.</p> <p>Wymagane wskazanie procedury z listy procedur H51, procedury z listy dodatkowej H7 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań H51 niezbędne do zaliczenia procedury za 504 punktów</p>
<p>H7</p>	<p><b>x</b></p>	<p>Uszczegółowiony gruper H7 niezbędny dla zaliczenia wykonanej procedury do grupy H51 za 504 pkt. Obejmująca jak do tej pory było proponowane stabilizacje 4 i więcej sąsiadujące kręgi, Proponujemy żeby procedura zawierała stabilizację połączenia kręgów w przypadku jednoczesnej operacji z dojścia przedniego i tylnego(tzw. 360 stopni), spondylodezę czaszkowo-szyjną z dojścia tylnego, spondylodezę szyjną z dojścia przedniego z zastosowaniem protezy trzonu.</p>
<p>H52 Zabiegi na kręgosłupie z użyciem przezskórnych plastik kręgosłupa, odbarczenie wyrostka kolczystego</p>	<p><b>270</b></p>	<p>Wymagane wskazanie procedury z listy procedur H52, procedury z listy dodatkowej arkusz H8t oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań H52 niezbędne do zaliczenia procedury za 270 pkt.</p>
<p>H8t</p>	<p><b>x</b></p>	<p>Gruper niezbędny uszczegółowiony dla zaliczenia procedury H52 za 270 pkt. Obejmujący złamanie trzonu zaopatrywane drogą przezskórnej plastyki kręgosłupa, dekompresja wyrostka kolczystego</p>
<p>H52a Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na jednym lub więcej poziomach</p>	<p><b>380</b></p>	<p>wymagane wskazanie procedury z listy procedur H52, procedury z listy dodatkowej H8u oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań H52 niezbędne aby zaliczyć procedurę do tej grupy</p>
<p>H8u</p>	<p><b>x</b></p>	<p>H8u uszczegółowiony gruper umożliwiający zaliczenie wykonanej procedury do grupy nowej H52a za 380 pkt. Spondylodeza szyjna z dostępu przedniego na jednym (1) lub dwu (2) poziomach ( z wprowadzeniem syntetycznych koszyków lub wypełniaczy, lub wprowadzenie protezy krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym), spondylodeza lędźwiowa/lędźwiowo-krzyżowa z dostępu tylnego na jednym (1) poziomie ( z wprowadzeniem syntetycznych koszyków lub wypełniaczy między kręgami, wprowadzenie protezy jądra</p>

Grupa	Wycena punktowa w grupie JGP	Opis
		miażdżystego w odcinku lędźwiowym), spondylodeza piersiowa i piersiowo-lędźwiowa z dojścia tylnego na jednym (1) poziomie, spondylodeza kręgu C2 z dojścia przedniego, tylnego lub przez jamę ustną, wprowadzenie protezy jądra miażdżystego w odcinku lędźwiowym, spondylodeza lędźwiowa/ lędźwiowo-krzyżowa z dostępu przedniego z wprowadzeniem syntetycznych koszyków lub wypełniaczy między kręgami (ALIF).
H52b Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na dwóch lub trzech poziomach	<b>450</b>	wymagane wskazanie procedury z listy procedur H52, procedury z listy dodatkowej <b>H8w</b> oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań H52 niezbędne aby zaliczyć procedurę do tej grupy
H8w		gruper niezbędny uszczegółowiony dla zaliczenia procedury do nowej procedury H52b za 450 pkt. obejmujący spondylodezę szyjną z dojścia przedniego na jednym lub dwóch poziomach ( z wprowadzeniem syntetycznych koszyków lub wypełniaczy i jednoczesnym zastosowaniem stabilizacji płytą przednią), spondylodeza lędźwiowo-krzyżowa z dostępu tylnego na dwu ( 2) lub trzech (3) poziomach ( z wprowadzeniem syntetycznych koszyków lub wypełniaczy między kręgami ), spondylodeza piersiowa i piersiowo-lędźwiowa z dojścia tylnego na dwu (2) lub trzech (3) poziomach
H53 Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów	<b>180</b>	Nie wymagane wskazanie procedury z listy procedur H53 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań H53