

Tab. 1. Uwagi do projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia w (projekt zarządzenia z 27 czerwca 2024 r.)

Lp.	Podmiot przekazujący uwagi	Nr paragrafu/ punktu/ załącznika	Treść uwag
1	Konsultant krajowy z dziedziny chirurgii ogólnej	Załącznik 1 (1a) i Załącznik 5 (9)	<p><b>F05</b> Diagnostyczne i małe zabiegi górnego odcinka przewodu pokarmowego - procedura <b>45.30</b> Endoskopowe wycięcie/ zniszczenie zmiany dwunastnicy</p>
	Konsultant krajowy z dziedziny 2 chirurgii ogólnej	Załącznik 1 (1a) i Załącznik 5 (9)	<p><b>F06</b> Średnie i endoskopowe zabiegi górnego odcinka przewodu pokarmowego - procedury: <b>44.681</b> Opasanie żołądka [laparoskopowo] i <b>44.93</b> Wprowadzenie balona żołądkowego</p>
	Konsultant krajowy z dziedziny 3 chirurgii ogólnej	Załącznik 1 (1a) i Załącznik 5 (9)	<p><b>F06</b> Średnie i endoskopowe zabiegi górnego odcinka przewodu pokarmowego - procedura <b>43.49</b> Zniszczenie lub usunięcie zmiany lub tkanki – inne</p>

Konsultant krajowy z dziedziny 4 chirurgii ogólnej	Załącznik 1 (1a) i Załącznik 5 (9)	<b>F30</b> Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego
Konsultant krajowy z dziedziny 5 chirurgii ogólnej	Załącznik 1 (1a) i Załącznik 5 (9)	<b>F30</b> Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego i procedury: <b>46.11</b> Czasowa kolostomia, <b>46.13</b> Stała kolostomia, <b>46.19</b> Kolostomia – inna
Konsultant krajowy z dziedziny 6 chirurgii ogólnej	Załącznik 1 (1a) i Załącznik 5 (9)	<b>F38</b> Średnie i endoskopowe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego - procedury: <b>43.49</b> Zniszczenie lub usunięcie zmiany lub tkanki – inne, <b>45.119</b> Przewlekła endoskopia jelita cienkiego – inna, <b>45.14</b> Zamknięta endoskopowa biopsja jelita cienkiego, <b>45.33</b> Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanek jelita cienkiego za wyjątkiem zmian w dwunastnicy
Specjalista krajowy z dziedziny 7 chirurgii ogólnej	Załącznik 1 (1a) i Załącznik 5 (9)	<b>F38</b> Średnie i endoskopowe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego - procedura <b>45.431</b> Endoskopowa ablacja guza jelita grubego

⇒ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w  
wysokospecjalistyczne

#### Uzasadnienie/ propozycja zmiany

Umieszczenie tej procedury w grupie F05 nie odpowiada jej złożoności, ryzyku i poniesionym nakładom finansowym na jednorazowy sprzęt endoskopowy. Dwunastnicy, podobnie jak pozostała część jelita cienkiego ma bardzo cienką ścianę i jej uszkodzenie może wywołać poważne powikłania, największe jeśli idzie o jelito cienkie. Konsekwencją leczenia takiego powikłania jest operacja sp. Whipplea-pankreatoduodenektomia. Do bezpiecznego usunięcia zmiany z dwunastnicy potrzebne są wszystkie narzędzia jak do ESD, bardzo duże doświadczenie operatora i czas, który może przekroczyć czas klasycznego zabiegu operacyjnego. Jednocześnie usunięcie zmiany metodą małoinwazyjną pozwala pacjentowi szybko opuścić szpital (w 2-3m doby) i szybko powrócić do pracy. Jest to korzystne zarówno od strony pacjenta jak i od strony płatnika. Proponuję przenieść tą

Obie w procedury są małoinwazyjnym leczenie w przypadku patologicznej otyłości. Wymagają jednorazowego sprzętu (opaski, balonu), których koszt przewyższa wartość procedury. Dodatkowo pacjent wymaga po zabiegu hospitalizacji, obserwacji, nawodnienia i szybkiej rehabilitacji. Z tego powodu proponuję przenieść tą procedurę **do grupy F12**

W ramach tej procedury wykonuje się zaawansowane zabiegi endoskopowe w obrębie żołądka - endoskopowe mukozektomie i dysekcje podśluzówkowe (EMR, ESD). Obie wymagają specjalistycznego, jednorazowego sprzętu, którego koszt przewyższa wycenę procedur z grupy F06. Wymagają czasu i doświadczenia i wykonywane są wyspecjalizowanych Oddziałach, często w warunkach bloku operacyjnego. Proponuję przywrócić tą procedurę do grupy **F12**

Likwidacja dotychczasowej grupy **F31 połączona z 27% obniżką finansowania** (obniżenie z 15056 do 13566pkt przy likwidacji współczynnika korygującego 1,2) w przypadku procedur wykonywanych głównie ze wskazań onkologicznych jest skandalem. Obecnie procedury w dobrych Oddziałach wykonuje się metodą laparoskopową, która jest droższa od klasycznej, ale pacjenci mają mniejsze dolegliwości, szybciej wracają do pełnej sprawności i do pracy w porównaniu z zabiegami klasycznymi (mniejszy uraz okołoperacyjny, mniej powikłań ogólnych, w zakresie ran pooperacyjnych, mniejszy odsetek zakażeń miejsca operowanego, szybszy powrót do pełnej sprawności fizycznej, krótszy okres rekonwalescencji, a w związku z tym szybszy powrót do aktywności zawodowej - co jest korzystne ze strony płatnika). Takie postępowanie narusza bezpieczeństwo pacjentów i jest sprzeczne z rekomendacjami światowych towarzystw naukowych. Likwidacja tej grupy jest szkodliwa dla standardów leczenia. Nie wiem czemu ma służyć tak wyraźna obniżka finansowania tych procedur - chyba tylko ograniczeniu ich dostępności dla pacjentów i generowaniu większego zadłużenia oddziałów chirurgicznych a w konsekwencji zadłużeniu szpitali. Wprowadzenie do tej grupy ww procedur świadczy o zupełnym braku orientacji w wykonywaniu procedur chirurgicznych i onkologicznych. Nakład finansowy w porównaniu z zabiegami resekcyjnymi jest mniejszy i zrównanie wyceny procedury paliatywnej z leczniczą jest wyjątkowo perfidnym działaniem na szkodę pacjentów. Proponuję przenieść ww procedury **do grupy F42**

Wszystkie ww procedury dotyczą zabiegów endoskopowych jelita cienkiego. Endoskopia jelita cienkiego jest złożoną i kosztochłonna procedurą, trwająca zwykle ponad 2 godziny, wymagającą dedykowanego sprzętu endoskopowego giętkiego oraz jednorazowych narzędzi endoskopowych. Wycena procedury F38 uniemożliwiła małoinwazyjne leczenie zmian przednowotworowych i wczesnych nowotworowych jelita cienkiego metodami małoinwazyjnymi. Jest to sprzeczne z współczesnymi wytycznymi światowych towarzystw naukowych. Proponuje wszystkie ww metody przenieść **do grupy F42**, lub najlepiej **pozostawić zlikwidowaną grupę F32**

W ramach tej procedury wykonuje się zaawansowane zabiegi endoskopowe w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego - endoskopowe mukozektomie i dysekcje podśluzówkowe (EMR, ESD), które zawsze połączone są z ablacją endoskopową. Obie wymagają specjalistycznego, jednorazowego sprzętu, którego koszt znacznie przewyższa wycenę procedur z grupy F38. Procedury te wykonuje się w przypadku zmian nowotworowych złośliwych i niezłośliwych, które mogą na przestrzeni czasu ulec złośliwieniu. Dotychczasowa wycena procedury 45.431 w ramach grupy F32 była niejednokrotnie poniżej granicy opłacalności, a obecna 50% obniżka finansowania spowoduje poważne ograniczenie jej stosowania. W efekcie powtórzy się sytuacja sprzed lat gdy amputacja kończyny w przypadku niedokrwienia była bardziej opłacalna dla Szpitali niż jej wyleczenie. Złożoność procedury, czas potrzebny na jej wykonanie, doświadczenie lekarzy oraz ilość zużytego jednorazowego drogiego sprzętu endoskopowego jest nieporównywalny z proponowaną wyceną. Proponuję przeniesienie tej procedury **do grupy F42** lub **przywrócenie dotychczasowej grupy F32**