



Informacja prasowa 11.07.2024

Czy polską chirurgię czeka zapaść?

Wieloletnie niedofinansowanie procedur chirurgicznych, mimo licznych apeli przedstawicieli Towarzystwa Chirurgów Polskich, skutkujące pogłębiającym się zadłużeniem szpitali i braki kadrowe to aktualnie główne problemy polskiej chirurgii i przyczyna tego, że w wielu szpitalach oddziały chirurgiczne są zagrożone zamknięciem. A są to oddziały wykonujące większość operacji ratujących życie. Średnia wieku chirurga w Polsce to ok 58 lat, przy czym aż 15% stanowią chirurdzy w wieku emerytalnym powyżej 65 roku życia. Tylko w ostatnich 4 latach wiek emerytalny osiągnęło aż 1703 lekarzy¹ a młodych lekarzy wybierających tę specjalizację jest coraz mniej i nic nie wskazuje by było ich więcej. Każdego roku liczba chirurgów w Polsce maleje - w ciągu ostatnich 10 lat aż o 15%. Oznacza to, że za kilka lat pacjenci w stanie zagrożenia życia mogą nie otrzymać potrzebnej pomocy. Zdaniem Towarzystwa Chirurgów Polskich jedyną szansą by odwrócić ten trend jest zwiększenie finansowania dla polskiej chirurgii i modyfikacja systemu edukacyjnego, tak by młodzi lekarze wybierający tą trudną i wymagającą specjalizację mieli większe perspektywy rozwoju.

Chirurgia to jedna z kluczowych dziedzin medycyny i dziś jedna z najdynamiczniej rozwijających się. Efektywność leczenia operowanych pacjentów i jego jakość są uzależnione w dużej mierze od innowacyjnych technologii i organizacji pracy na bloku operacyjnym a to kosztuje.

- Wyceny procedur chirurgicznych są od lat poniżej realnych kosztów ich wykonania, co sprawia, że oddziały chirurgiczne są jednymi z najbardziej deficytowych jednostek w szpitalach.

¹¹ Opracowanie na podstawie danych ze strony MZ dotyczącej Map Potrzeb Zdrowotnych 2020 dostępnych na platformie BASiW.

Mówimy o tym nieprzerwanie od lat. Ostatnie zwiększenie wycen procedur chirurgicznych przez AOTMiT, choć bardzo ważne i potrzebne nadal nie pokrywa realnych kosztów procedur. Liczymy jako środowisko, że wydatki na chirurgię zgodnie z zapowiedziami będą rosły a my nie będziemy musieli się martwić czy będziemy mogli pomagać naszym pacjentom – zwraca uwagę prof. Krzysztof Zieniewicz prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich - Niestety w przypadku 5 procedur zabiegowych chirurgicznych i endoskopowych dotyczących zarówno górnego, jak i dolnego odcinka przewodu pokarmowego wyceny w niezrozumiały dla nas sposób zostały obniżone. Jeśli nie zostaną odpowiednio i szybko prawidłowo wycenione to ucierpią na tym pacjenci zwłaszcza ci z nowotworami przewodu pokarmowego i przełyku. A tak być nie powinno. To pacjent i prawidłowe postępowanie medyczne zgodne z najnowszą wiedzą medyczną powinno być najważniejsze. Bez odpowiedniego finansowania nie będzie to możliwe. Chirurgia jest dziś podstawą leczenia nowotworów jelita grubego, tymczasem wycena tej procedury została obniżona aż o 27%. Podobnie niezrozumiałe jest dla nas obniżenie wycen dla operacji przełyku (z 37 982 zł do 30 855 zł, czyli o 22,4%) czy dużych zabiegów przełyku takich jak fundoplikacja, kardiomiectomia, protezowanie, operacje uchyłków. Tu obniżono wycenę z 22 342 zł do 17 208 zł (26,4%) a to nie zabezpiecza realnych kosztów jakie są ponoszone przez szpitale. Jesteśmy po rozmowach z NFZ i AOTMiT i 5 procedur dla których wyceny zostały obniżone stanowiąc będzie przedmiot dalszych analiz. Właśnie pracujemy nad zebraniem danych od ośrodków wykonujących te procedury tak by płatnik uzyskał szczegółowe i najbardziej wiarygodne dane na temat realnych kosztów procedur we wszystkich grupach pacjentów - dodaje profesor Zieniewicz.

- Chirurgia przełyku stanowi wysokospecjalistyczną i wymagającą dziedzinę chirurgii, w której budowanie zespołu i wyposażenie w kosztowny sprzęt trwa latami. Tak drastyczne zmniejszenie finansowania przyczyni się do redukcji zasobów kadrowych i zmniejszenia i tak obecnie niedużej liczby ośrodków specjalizujących się w chirurgii przełyku. W związku z drastycznym obniżeniem finansowania przełykowych grup zabiegowych należy spodziewać się ograniczenia dostępu do tej niszowej i wysokospecjalistycznej dziedziny chirurgii dla wymagających pacjentów z chorobami przełyku – podkreśla prof. dr hab. n. med. Grzegorz Wallner z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego – Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 przy ul. Staszica 16 w Lublinie konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej

Propozycje nowych wycen procedur w sposób istotny uderzyły nie tylko w zabiegi chirurgiczne, ale również w endoskopowe.

Proponowane przez płatnika przeniesienie procedury 45.431 (endoskopowa ablacja guza jelita grubego) w rozpoznaniu innym niż nowotwór złośliwy jelita grubego do grupy F38 skutkuje obniżeniem wyceny procedury do poziomu 3037 punktów. Stanowi to 50% obniżkę w stosunku do obecnie występującej.

- Zastosowanie proponowanej stawki sprawi, że każdy zabieg endoskopowy wykonywany z powodu rozległego gruczolaka w obrębie jelita grubego będzie generował straty dla świadczeniodawcy. Zabiegi te – rozległe mukozektomie, endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa, endoskopowe resekcje pełnościenne – są standardem postępowania w gruczolakach jelita grubego, które nie kwalifikują się do polipektomii ambulatoryjnej, a nie wymagają resekcji chirurgicznej. Dzięki zastosowaniu powyższych zaawansowanych technik kilkakrotnie maleje liczba operacji kolorektalnych wykonywanych z powodu zmian łagodnych w jelicie grubym. Niewątpliwie jest to korzystne zarówno dla pacjentów, jak również dla płatnika. Dodatkowo powyższe zabiegi są standardem postępowania medycznego w obowiązujących nas rekomendacjach Europejskich Towarzystw Naukowych (ESGE, EAES) – zaniechanie ich wykonania w przypadku gruczolaka jest błędem – zwracają uwagę we wspólnym liście do prezesa NFZ dr hab. n. med. Krzysztof Kurek Prezes Sekcji Endoskopii Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii oraz Dr hab. n. med. Michał Spychalski Przewodniczący Sekcji Chirurgii Endoskopowej Towarzystwa Chirurgów Polskich

- Zabiegi te są trudne technicznie, często trwają kilka godzin, wymagają kilkudniowej hospitalizacji pacjenta, znieczulenia, a sprzęt używany do ich wykonania jest jednorazowy. Koszty sprzętowe wahają się, w zależności od typu zmiany od 2 (proste mukozektomie) do 6-8 tysięcy złotych (ESD z zamykaniem ubytku śluzówki, resekcja pełnościenna). Suma kosztów sprzętowych, osobowych oraz kosztów hospitalizacji często przekracza obecną wycenę. Należy również zaznaczyć, że wykonywanie tych procedur musi być poprzedzone długotrwałym i kosztownym szkoleniem zespołu endoskopowego oraz często reorganizacją pracy oddziału - dodają

Dobra wycena procedur chirurgicznych odpowiadająca realnym kosztom, jakie ponosi oddział jest kluczowa nie tylko dla prawidłowego funkcjonowania tych oddziałów, ale także dla zapewnienia pacjentom najwyższej jakości opieki medycznej. Tymczasem w Polsce mamy do czynienia z sytuacją, gdzie zaniżone wyceny świadczeń wpływają nie tylko na rentowność oddziałów, ale na sytuację kadrową.

- *Nasz kraj jest jednym z nielicznych w Europie, gdzie nie ocenia się jakości leczenia chirurgicznego. Brak rejestrów i audytów odpowiada między innymi za to, że wyniki leczenia chirurgicznego nowotworów w Polsce znacznie odbiegają od średniej europejskiej.*

Ponadto brak kontroli systemu ustawicznego kształcenia kadr medycznych w naszym kraju jest ewenementem w skali światowej w budowaniu właściwej ochrony zdrowia i odpowiada za złe wyniki leczenia – alarmuje Prof. dr hab. n med. Adam Dziki Sekretarz Generalny Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Oddziały chirurgiczne, chcące leczyć dobrze wszystkich pacjentów wymagających leczenia operacyjnego, są jednymi z najbardziej deficytowych oddziałów szpitali. Powoduje to, że praca chirurgów, słabo przez dyrekcje szpitali wyceniana i opłacana, traktowana jest jako „zło konieczne”. Staje się przez to coraz bardziej frustrująca i mniej atrakcyjna dla młodych lekarzy. A należy pamiętać, że praca chirurga, przy takich niedoborach kadrowych nie kończy się na dyżurze. Często jest to ciężka fizycznie praca w godzinach nocnych, pod dużą presją i z ogromną odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjenta. Do tego dochodzi kwestia braku szkoleń i perspektyw rozwoju zawodowego. Dziś ponad połowa miejsc dla lekarzy chcących się specjalizować w chirurgii pozostaje nieobsadzona a średnia wieku chirurgów stale rośnie. Musimy działać tu i teraz by uzdrowić polską chirurgię - komentuje Prof. Krzysztof Zieniewicz Prezes Zarządu Głównego Chirurgów Polskich.

Co zatem proponują i o co postulują chirurdzy?

Oddziały chirurgiczne w Polsce to miejsce, gdzie wykonuje się najwięcej zabiegów operacyjnych, w tym zdecydowaną większość operacji ratujących życie. Sprawne funkcjonowanie tych oddziałów, gdzie codziennie odbywa się kilka tysięcy operacji, jest konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego kraju. O tym powinni pamiętać wszyscy zajmujący się polityką zdrowotną w naszym kraju. Prawidłowe funkcjonowanie oddziałów chirurgicznych, to również podstawa udzielania pomocy medycznej w sytuacjach klęsk, katastrof czy innych masowych zdarzeń. Bez właściwego finansowania, ale też bez zasobów kadrowych nie będzie to możliwe.

Aby uzdrowić polską chirurgię niezbędne jest:

1. Monitorowanie jakości leczenia chirurgicznego poprzez ocenę efektów leczenia.
2. Poprawa dostępności nowoczesnych metod operacyjnych.
3. Zmniejszenie obciążeń administracyjnych lekarzy na rzecz większej ilości czasu dla pacjenta.

4. Reforma szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego.
5. Wsparcie systemu szkolenia lekarzy w zakresie nowoczesnych metod leczenia chirurgicznego.
6. Pilne urealnienie wyceny procedur chirurgicznych w oparciu o ścieżkę opieki nad pacjentem.
7. Uwolnienie limitów na zabiegi chirurgiczne.
8. Powołanie zespołu z udziałem przedstawicieli Towarzystwa Chirurgów Polskich, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na rzecz poprawy opieki chirurgicznej.

Komunikat prasowy w wersji online dostępny pod linkiem

<https://tiny.pl/dlssp>

Kontakt dla mediów

Karolina Waligóra

k.waligora@compasspr.pl

Tel 500 088 365

Angelina Sahloul

a.sahloul@compasspr.pl

Tel 886 574 738