

PRZEJADAMY ochronę zdrowia



EWA KSIĄŻEK-BATOR

W Polsce, podobnie jak w innych państwach Unii Europejskiej, zachodzą zmiany demograficzne będące ogromnym wyzwaniem dla systemów opieki zdrowotnej. Związane jest to nie tylko z koniecznością zapewnienia opieki nad osobami starszymi, ale przede wszystkim z rosnącymi kosztami jej finansowania. Przykładem mogą być koszty związane z jedną z najczęściej wykonywanych i jednocześnie jedną z najdroższych procedur zabiegowych, jaką jest alloplastyka stawów. Zgodnie z danymi American Joint Replacement Registry z 2021 r., w latach 2012–2020 przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych ponad 2 mln zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego. Szacunkowe dane wskazują, że do 2025 r. będzie wykonywanych około 1,3 mln zabiegów tego typu rocznie. Łatwo więc przewidzieć kilkukrotny wzrost kosztów tych procedur, które w przypadku alloplastyki samego stawu biodrowego są szacowane na ok. 5 mld dolarów rocznie. Utrzymanie dostępności do wymienionych świadczeń wymaga zdecydowanych kroków mających na celu poprawę efektywności ich realizacji. Jednym ze środków wdrażanych na świecie w tym celu jest opracowywanie procedur leczenia stosowanych w trybie hospitalizacji jednego dnia, których koszt w krajach wysoko rozwiniętych jest o ok. 30 proc. niższy niż stacjonarnych hospitalizacji. W 2005 r. Ambulatory Surgery Center Association sprawozdało ponad 25 mln procedur zrealizowanych w ponad 5 tys. centrach chirurgii jednego dnia funkcjonujących w Stanach Zjednoczonych. W zakresie ortopedii w latach 2013–2018 w tym trybie wykonano 34 proc. wszystkich operacji ortopedycznych z zabiegami alloplastyki stawów biodrowego i kolanowego włącznie (Wang KY, Puvanesarajah V, Marrache M, Ficke JR, Levy JF, Jain A. Ambulatory Surgery Centers Versus Hospital Outpatient Departments for Orthopaedic Surgeries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2022 Mar 1;30(5):207-

214). Analiza wyników alloplastyki stawów biodrowych realizowanej w trybie jednodniowym wskazuje, że takie hospitalizacje są równie bezpieczne jak kilkudniowe i dają takie same rezultaty, przy niejednokrotnie większej satysfakcji chorego i mniejszej liczbie powikłań (Toy P, Fournier MN, Throckmorton TW, Mihalko WM. Low rates of adverse events following ambulatory outpatient total hip arthroplasty at a freestanding surgery center. *The Journal of Arthroplasty* 2018;33(1):46-50). Powyższe rozwiązanie zostały również rekomendowane

przez polskie Ministerstwo Zdrowia w obwieszczeniu ministra zdrowia z 27 lipca 2021. Autorzy wymienionego dokumentu, kreśląc kierunki działań mających na celu zwiększenie dostępności świadczeń medycznych, wymieniają na pierwszych dwóch miejscach obniżenie nadmiernej liczby hospitalizacji stacjonarnej oraz preferencyjne traktowanie hospitalizacji jednodniowych. Warto zatem przyjrzeć się, jak wygląda w praktyce wdrażanie powyższych wytycznych w warunkach polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Przedmiotem przedstawianej analizy jest struktura realizacji świadczeń szpitalnych realizowanych w trybie chirurgii jednego dnia w zakresie ortopedii. Pierwszym zaskoczeniem jest fakt, że ustawodawca z 58 procedur związanych z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego uwzględnił tylko 16, które można realizować w trybie jednodniowym.

Ciężko znaleźć przyczynę braku w katalogu świadczeń tych procedur chirurgii jednego dnia, które mogą z powodzeniem być przeprowadzane tym trybie, np. rekonstrukcyjnych funkcji ręki, zabiegów na kręgosłupie z zastosowaniem implantów, kompleksowych zabiegów w zakresie kończyny dolnej czy w końcu omawianych na wstępie zabiegów endoprotezoplastyk. Nie wdając się w przyczynę takiego stanu, analizie poddano 11 procedur z grup JGP rozliczonych w trybie jednodniowym od stycznia do listopa-

” Pomimo kilku prób pozostajemy za innymi państwami w wielkości wydatkowanych pieniędzy i ich właściwego rozdzielania na poszczególne zakresy świadczeń ”



Fot. Adobe Stock

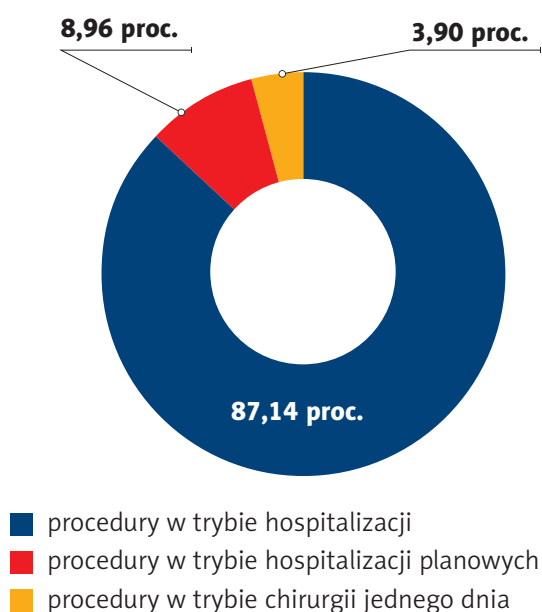
Tabela 1. Liczba procedur w trzech trybach hospitalizacji

Kod JGP	Liczba procedur w trybie hospitalizacji	Liczba procedur w trybie hospitalizacji planowych	Liczba hospitalizacji w trybie chirurgii jednego dnia	Liczba hospitalizacji łącznie
H21 – artroskopowe rekonstrukcje	7576	1237	570	9383
H22-artroskopia lecznicza	10 295	2896	956	14 147
H32 – duże zabiegi na kończynie dolnej	20 754	3423	1690	25 867
H33 – średnie zabiegi na kończynie dolnej	15 786	530	360	16 676
H42 – duże zabiegi na kończynie górnej	19 637	1206	695	21 538
H43 – średnie zabiegi na kończynie górnej	23 186	3359	1419	27 964
H55 – zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa	13 785	1444	873	16 102
H62 – złamania i zwichnięcia w zakresie kończyny dolnej	46 070	0	45	46 115
H63 – złamania i zwichnięcia w zakresie kończyny górnej	33 515	24	56	33 595
H83 – średnie zabiegi na tkankach miękkich	49 748	11 052	4104	64 904
H84 – mniejsze zabiegi w zakresie układu mięśniowo szkieletowego	14 175	1006	615	15 796
suma	254 527	26 177	11 383	292 087

da 2022 r. Należą do nich grupy: H21 – artroskopowe rekonstrukcje z użyciem implantów mocujących, H22 – artroskopia lecznicza, H32 – duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy, H33 – średnie zabiegi na kończynie dolnej, H42 – duże zabiegi na kończynie górnej, H43 – średnie zabiegi na kończynie górnej, H55 – zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie

kręgosłupa, H62 – złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny dolnej, H63 – złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny górnej, H83 – średnie zabiegi na tkankach miękkich, H84 – mniejsze zabiegi w zakresie układu mięśniowo szkieletowego. Wyniki przeprowadzonej analizy zostały przedstawione w tabeli 1.

Rycina 1. Procent hospitalizacji w poszczególnych trybach

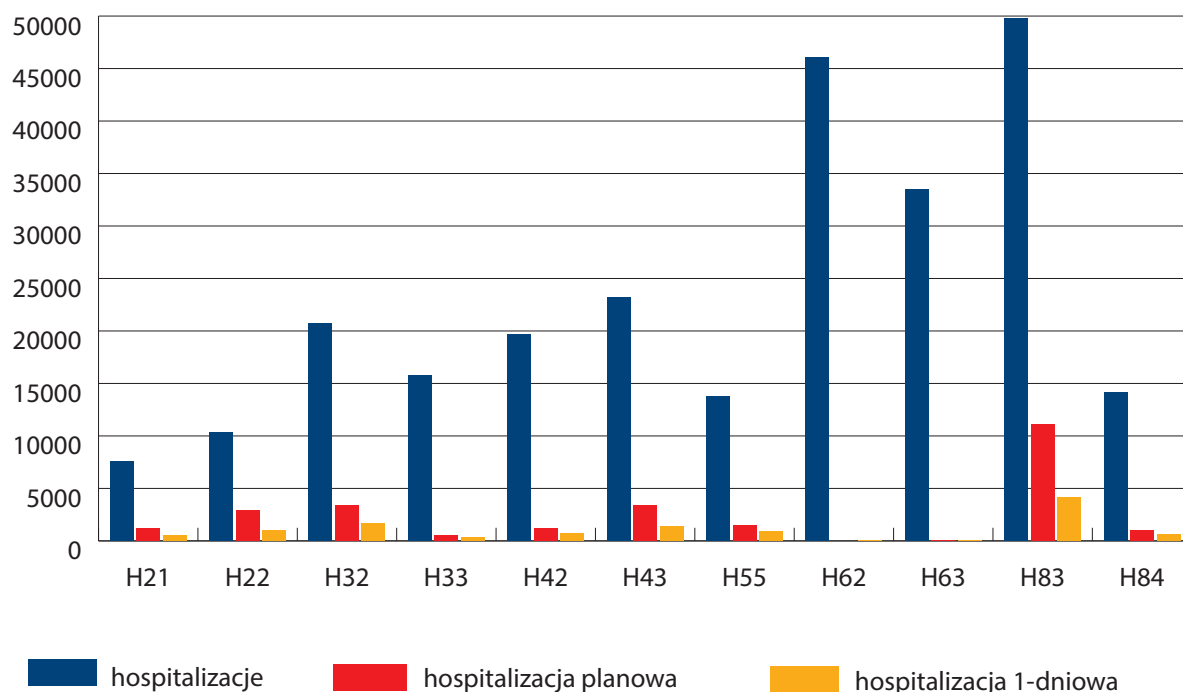


Pierwszy wniosek, jaki się nasuwa po przeanalizowaniu powyższych danych, to bardzo niski ogólny odsetek zabiegów wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia, wynoszący 3,9 proc. (ryc. 1). Co więcej, jest to z pewnością znacznie zawyżony wynik, gdyż przy uwzględnieniu wszystkich procedur wykonywanych na oddziałach ortopedii odsetek zabiegów w trybie jednodniowym byłby z pewnością jeszcze niższy.

Liczba hospitalizacji w trybie stacjonarnym znacznie przewyższała liczbą hospitalizacji w trybie jednodniowym, nawet w zakresie procedur H83 (średnie zabiegi na tkankach miękkich) i H84 (mniejsze zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego), które powinny być wykonywane głównie w trybie jednodniowym (ryc. 2). Co więcej, procedura H83 była najczęściej wykonywaną procedurą w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej (ryc. 2).

Analizując stosunek procentowy hospitalizacji jednodniowych w poszczególnych zakresach w porównaniu z całkowitą liczbą hospitalizacji, uwagę zwraca fakt, że najwyższy wynik zaobserwowano w zakresie procedur artroskopowych i dużych zabiegów na kończynie górnej. Wynik ten potwierdza potencjał oddziałów jednodniowych do realizacji procedur zwyczajowo kojarzonych z dużymi szpitalami (ryc. 2).

Rycina 2. Liczba hospitalizacji w poszczególnych trybach

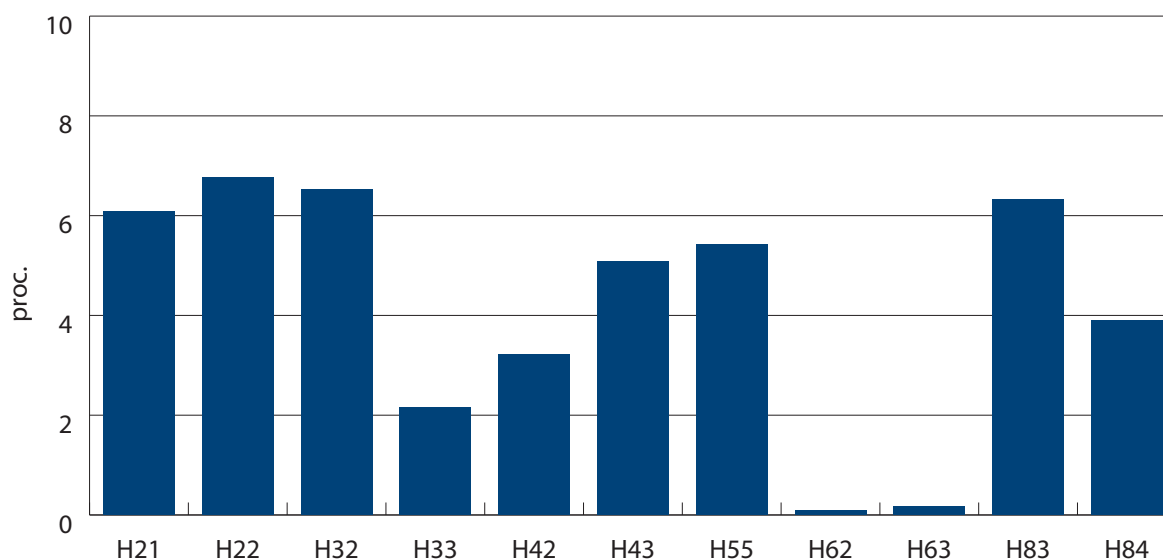


Najniższy odsetek wykonywanych na oddziałach jednodniowych procedur dotyczył leczenia złamań i zwichnięć (H62, H63). Należy jednak zwrócić uwagę, że w trybie jednodniowym wykonano 101 powyższych procedur, co było znacznie wyższym wynikiem w porównaniu z hospitalizacją planową, gdzie zostały zreali-

zowane jedynie 24 zabiegi tego typu w zakresie kończyny górnej (tab. 1).

Analizując rodzaje procedur realizowanych na oddziałach jednodniowych, należy stwierdzić, że rozumienie ich roli, a także uznanie oddziałów chirurgii jednego dnia jako jednostek przeznaczonych do realizacji

Rycina 3. Stosunek procentowy hospitalizacji jednodniowych do całkowitej liczby hospitalizacji



jedynie drobnych zabiegów, jest stanowczo nieaktualne i niedostosowane do potrzeb społeczeństwa. (ryc. 3).

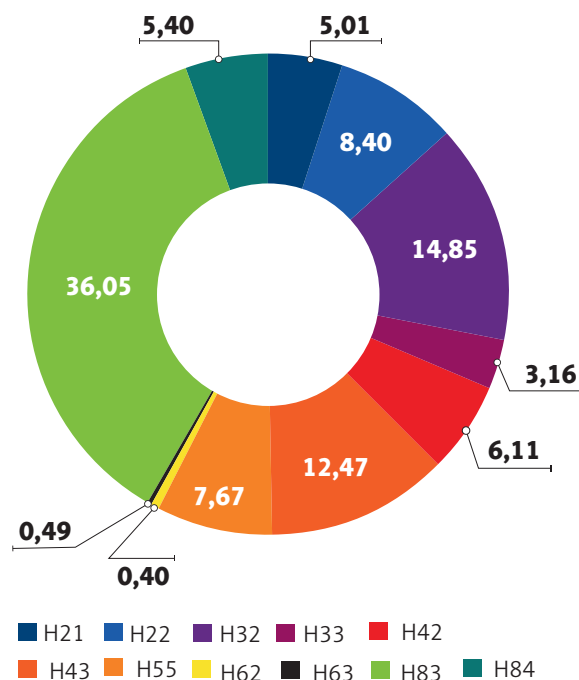
Mnożąc liczbę wykonanych procedur przez ich wartość, łatwo policzyć, że realizując analizowane procedury w trybie jednego dnia, NFZ zaoszczędziłby rocznie ponad 120 mln złotych! Oczywiście przedstawiona analiza dotyczy wąskiego wycinka procedur zabiegowych. Łatwo sobie zatem wyobrazić, o ile więcej operacji można by przeprowadzić, kontraktując takie zabiegi we wszystkich zakresach. Pozostaje więc pytanie, czy komuś zależy na poprawie efektywności w ochronie zdrowia.

Od stycznia do listopada 2022 r. w zakresie świadczeń ortopedia i traumatologia narządu ruchu zrealizowano 449 893 hospitalizacje o wartości 4 011 978 854 zł, co przy założeniu niższej wartości określonych procedur w ramach chirurgii jednego dnia dałoby oszczędności ponad pół miliarda złotych. W mojej ocenie warto zastanowić się nad korzyściami, jakie daje takie rozwiązanie – mniej inwazyjne leczenie pacjentów, szybszy powrót do zdrowia, zmniejszenie dolegliwości bólowych i skrócenie oczekiwania na zabieg. W połączeniu z koordynacją w rehabilitacji aktywni zawodowo wracaliby szybciej do pracy, płacąc składki na ubezpieczenie zdrowotne i korzystając z życia, zamiast cierpieć i ograniczać swoje aktywności oraz brać zwolnienia lekarskie. To też koszt obciążający państwo.

Obserwując od wielu lat działania w tym zakresie, przypominające raczej próby napełniania dziurawej wanny przez coraz większy strumień wody, można mieć wątpliwości. Nawet najbogatszych krajów, w których ponad 30 proc. procedur zabiegowych jest realizowanych w trybie jednodniowym, nie stać na taką rozrzutność. Tym bardziej ciężko znaleźć przesłanki tłumaczące tak małą liczbę i jeszcze mniejszy zakres zabiegów wykonywanych na oddziałach jednodnio-

” Od stycznia do listopada 2022 r. w zakresie świadczeń ortopedia i traumatologia narządu ruchu zrealizowano 449 893 hospitalizacje o wartości 4 011 978 854 zł, co przy założeniu niższej wartości określonych procedur w ramach chirurgii jednego dnia dałoby oszczędności ponad pół miliarda złotych ”

Rycina 4. Procentowy udział procedur wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia



wych w Polsce. Z pewnością przyczyną nie jest mała dostępność tego typu jednostek, czego przykładem jest nowo otwarty oddział ortopedii w Pomorskim Centrum Reumatologicznym w Sopotcie, gdzie podpisany przez NFZ kontrakt na chirurgię jednego dnia wystarcza na pracę tylko 3 dni w miesiącu. To niejedyny taki przypadek, gdy rozdzielane są pieniądze nie w zależności od potrzeb w regionie, tylko według nielogicznego klucza, „aby nikogo nie urazić i dać choć trochę”. Autorzy ostatnio wdrażanych rozwiązań, które mają skrócić pobyty w szpitalu, najwyraźniej zapominają, że chirurgia jednego dnia nie polega na wcześniejszym „wyrzuceniu” zoperowanego pacjenta ze szpitala, ale na stosowaniu odpowiednich technik leczenia wymagających przygotowania personelu medycznego i wyposażenia go w specjalistyczny sprzęt. Warto wspomnieć, że na szpitale i lekarzy, którzy według kontrolerów NFZ oszukiwali płatnika przez nieuzasadnione hospitalizacje i realizowanie procedur, które mogłyby być wykonywane ambulatoryjnie, NFZ nakładał wysokie kary. Kto zatem powinien motywować NFZ do racjonalnego gospodarowania pieniędzmi? Te jak i inne wcześniej postawione pytania, te także pozostaną bez odpowiedzi, bo jedynie pacjenci i lekarze są zainteresowani reformą ochrony zdrowia, a NFZ scentralizowany, bez decyzji w poszczególnych oddziałach, jak powszechnie wiadomo w starciu z polityką i bezwładnym systemem jest bez szans.

Ewa Książek-Bator, dyrektor do spraw finansowych Polskiej Federacji Szpitali