

**Polskie Towarzystwo Otorynolaryngologów
Chirurgów Głowy i Szyi (PTORL)**

**Stanowisko PTORL
w sprawie rozliczania procedur rynologicznych**

W związku z licznymi zgłoszeniami środowiska otorynologicznego dotyczącymi rozbieżności w interpretacji zasad rozliczania procedur takich jak operacje zatok przynosowych, przegrody nosa czy osteoplastyki wielu kości twarzoczaszki, Polskie Towarzystwo Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi przedstawia niniejsze stanowisko mające na celu ujednolicenie kwalifikacji i wyceny tych świadczeń. Obecny katalog ICD-9 nie zawiera dostatecznie precyzyjnych wytycznych, co skutkuje niejednolitym podejściem kontrolnym Narodowego Funduszu Zdrowia, nakładaniem sankcji za prawidłowo wykonane procedury oraz brakiem racjonalności ekonomicznej w finansowaniu leczenia. Powyższe niekorzystnie wpływa na bezpieczeństwo pacjentów oraz dostępność wysoko specjalistycznych procedur operacyjnych.

Towarzystwo zwraca się do Prezesa NFZ oraz Ministra Zdrowia z prośbą o uwzględnienie poniższych uwag i podjęcie działań systemowych.

I. Osteoplastyka wielu kości twarzoczaszki (ICD-9: 76.692–76.693)

Zgodnie z opisem procedury w klasyfikacji ICD-9, zabiegi te obejmują operacje na rusztowaniu kostnym twarzoczaszki, obejmujące minimum trzy kości spośród anatomicznie zaliczanych do twarzoczaszki:

- parzyste: kości nosowe, kości łzowe, kości podniebienne, kości jarzmowe, małżowiny nosowe dolne, kości szczękowe
- nieparzyste: lemiesz, żuchwa, kość sitowa, kość czołowa (w części nosowej, oczodołowej i łuków brwiowy zaliczana klinicznie i rozwojowo do kości twarzoczaszki)

Wskazane kody dotyczą osteoplastyki wielu kości twarzoczaszki, jednak z wyłączeniem procedur ograniczonych do nosa i zatok przynosowych. Tym niemniej współczesne zabiegi rynologiczne i rekonstrukcyjne obejmują często rozległą ingerencję w struktury kostne twarzoczaszki, wymagającą zaawansowanej techniki, dłuższego czasu operacji i zasobów

porównywalnych z chirurgią czaszkowo-twarzową. Dotyczy to m.in. osteotomii wyrostka czołowego szczęki, operacji obejmujących część kostną kości czołowej i jej wyrostki, rekonstrukcji pourazowych z odtworzeniem podpory szkieletowej nosa. Takie zabiegi korygujące poważne deformacje piramidy kostnej nosa powinny być rozliczane w grupach adekwatnych do rzeczywistej złożoności, a nie w ramach grup czynnościowych C41–C42, które nie odzwierciedlają ich charakteru.

Wytyczne międzynarodowe i krajowe jasno klasyfikują zabiegi rekonstrukcji nośnych struktur kostnych nosa obejmujących wiele z wymienionych powyżej kości jako chirurgię czaszkowo-twarzową, a nie klasyczną chirurgię nosa.

Podobnie operacje zatok przynosowych wychodzące poza ich anatomiczny obręb nie są klasycznymi operacjami zatok a wielospecjalistycznymi operacjami podstawy czaszki (a często i jamy czaszki) i oczodołów.

W praktyce otolaryngologicznej procedury te dotyczą:

- Rozległych zabiegów w obrębie zatok przynosowych głównie zatok czołowych z dojścia wewnątrznosowego (np. Draf IIb, III) lub zewnętrznego, w szczególności reoperacji w przypadku triady aspirynowej, masywnego PZZzPN opornego na leczenie, procesów rozrostowych lub zmian pourazowych twarzoczaszki.
- Zmian penetrujących z zatok do obszarów przylegających jak oczodoł, dół skrzydłowo-podniebienny, dół podskroniowy, wewnątrz jamy czaszki jak i zmian wyłącznie tam zlokalizowanych do których najkrótsza droga dostępu wiedzie właśnie przez zatoki przynosowe

Liczne opracowania naukowe podkreślają, że na złożoność zabiegu rynologicznego decydujący wpływ mają: zakres ingerencji kostnej i ryzyko powikłań neurologicznych, neurochirurgicznych lub okulistycznych. W związku z tym zabiegi o zwiększonym ryzyku powinny mieć zapewnione odpowiednie finansowanie, umożliwiające pełne zabezpieczenie zasobów klinicznych.

PTORL stoi na stanowisku, że sposób kwalifikowania opisanych powyżej operacji wymagany przez NFZ do znacznie niżej wycenianych grup C41 i C42 jest nieuzasadnione klinicznie i ekonomicznie. Procedury w tych grupach mają charakter czynnościowy, a ich zakres, czas trwania, stopień inwazyjności, ryzyko powikłań oraz zapotrzebowanie na zaawansowany sprzęt są nieporównywalnie mniejsze niż w operacjach o charakterze osteoplastycznym. Różnica ta jednoznacznie uzasadnia konieczność odmiennego kodowania i odpowiednio wyższej wyceny zabiegów obejmujących ingerencję w struktury kostne twarzoczaszki.

II. Kodowanie operacji dacryocystorhinostomii DCR

Operacje dacryocystorhinostomii (DCR) wykonywane z użyciem endoskopu nie różnią się istotnie pod względem zakresu i stopnia inwazyjności od zabiegów przeprowadzanych bez jego użycia lub z zastosowaniem innych narzędzi wizualizacji, takich jak mikroskop operacyjny, wziernik nosowy czy lupy powiększające w przypadku dostępu zewnętrznego. Postęp technologiczny ostatnich lat umożliwia dzięki endoskopom większą precyzję w ocenie pola operacyjnego oraz rezygnację z cięć zewnętrznych. Nie przekłada się to jednak na istotne zmniejszenie urazu operacyjnego ani obniżenie kosztów zabiegu. Podobnie jak w technikach zewnętrznych, podczas endoskopowej DCR usuwa się części wyrostka czołowego szczęki i kości łzowej, a w niektórych przypadkach także fragment małżowiny nosowej środkowej. Konieczne jest również wytwarzanie płatów tkanek miękkich w celu zapewnienia prawidłowego gojenia i drożności przetoki.

Rozliczanie tych procedur przy użyciu kodu 09.48 „Endoskopowe wytworzenie przetoki nosowo-łzowej” z grupy C43 (średnie zabiegi nosa) w sytuacji, gdy wykonywane są wszystkie wymienione wyżej etapy chirurgiczne, należy uznać za nieadekwatne i nieuczciwe. Skoro zabiegi realizowane są w praktycznie identycznym zakresie operacyjnym, a jedyną istotną różnicą pozostaje metoda wizualizacji (endoskop, mikroskop, wziernik bądź lupy operacyjne), powinny one być kwalifikowane i rozliczane jednolicie — tj. kodem 09.81 „Zespolenie workowo-nosowe” z grupy B42 (duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym).

III. Kodowanie operacji wielu zatok

Podczas kontroli NFZ nakazuje kwalifikowanie zabiegów obejmujących operacyjne otwarcie wielu zatok do kodu 22.58 (endoskopowe otwarcie wielu zatok – grupa C42), co skutkuje wyceną nawet o około 40% niższą niż w przypadku operacji o analogicznym zakresie, lecz bez wyszczególnienia sposobu wizualizacji pola operacyjnego (np. 22.51 – otwarcie komórek sitowych, grupa C41). Taka wycena pozostaje nieadekwatna do rzeczywistego nakładu pracy, ryzyka śródoperacyjnego, zużycia materiałów oraz czasu trwania zabiegu.

Z anatomicznego punktu widzenia komórki sitowe stanowią jedną zatokę, mimo że wewnętrznie są podzielone licznymi przegrodami kostnymi. Nie ma zatem żadnego uzasadnienia, aby operacja obejmująca wiele zatok była wyceniana niżej niż zabieg obejmujący jedną zatokę (w tym przypadku zatokę sitową).

Endoskopowy sposób wizualizacji pola operacyjnego, poza brakiem cięcia zewnętrznego, nie zmniejsza stopnia złożoności postępowania chirurgicznego. Uraz śródoperacyjny, choć niewidoczny powierzchownie, jest co najmniej porównywalny — a niekiedy większy — z urazem w dostępie zewnętrznym, ponieważ nowoczesne systemy wizualizacji umożliwiają przeprowadzanie szerszych, bardziej zaawansowanych i potencjalnie obarczonych większym ryzykiem, lecz koniecznych procedur. Jednocześnie zastosowanie nowej technologii generuje większe, a nie mniejsze koszty leczenia.

PTORL zwraca się z uprzejmą prośbą o korektę praktyk wyceny stosowanych przez NFZ.

IV. Operacje łączone – brak możliwości łącznego rozliczenia

Aktualnie NFZ umożliwia refundację jedynie jednej procedury spośród kilku wykonanych podczas tego samego zabiegu operacyjnego (np. operacja zatok przynosowych wraz z septoplastyką skutkuje rozliczeniem wyłącznie jednego z tych świadczeń – albo operacji zatok, albo septoplastyki). Takie podejście całkowicie pomija fakt, że wykonanie dwóch lub więcej procedur w trakcie jednego znieczulenia ogólnego wymaga zwiększonego nakładu pracy chirurgów i zespołu anestezjologicznego, wydłuża czas trwania operacji, zwiększa zużycie materiałów jednorazowych oraz obciąża infrastrukturę szpitalną w sposób odpowiadający pełnemu zakresowi rzeczywistych działań medycznych.

Obowiązujące zasady rozliczeń są nieadekwatne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta, organizacji opieki zdrowotnej oraz ekonomiki szpitali, ponieważ:

- generują istotne straty finansowe dla podmiotów leczniczych, mimo wykonania pełnego zakresu świadczeń,
- wymuszają sztuczne rozdzielanie procedur na osobne hospitalizacje,
- narażają pacjentów na powtarzane znieczulenia oraz dodatkowe ryzyko operacyjne,
- wydłużają proces leczenia i rekonwalescencji, utrudniając szybki powrót do zdrowia,
- zwiększają obciążenie systemu ochrony zdrowia poprzez konieczność powtórnych przyjęć i hospitalizacji.

W ocenie PTORL konieczne jest wprowadzenie mechanizmu pełnej refundacji wszystkich wykonanych procedur operacyjnych w ramach jednego zabiegu — proporcjonalnie do rzeczywistego nakładu pracy i ryzyka medycznego. Alternatywnie, możliwe jest stworzenie dedykowanej grupy wycen dla procedur łączonych, która uwzględniałaby ich zwiększoną

złożoność oraz korzyści kliniczne wynikające z kompleksowego postępowania podczas jednego znieczulenia.

V. Wycena endoskopowej septoplastyki (21.87)

Procedura endoskopowej septoplastyki (21.87, grupa C43) jest obecnie wyceniana istotnie niżej niż klasyczna plastyka przegrody nosa (21.841, grupa C42), mimo że cechuje ją wyższy poziom zaawansowania technicznego, konieczność wykorzystania specjalistycznego sprzętu endoskopowego oraz większe koszty eksploatacyjne. Zastosowanie endoskopu zapewnia precyzyjną ocenę miejsca operowanego, umożliwia delikatniejsze i bardziej ukierunkowane manipulacje chirurgiczne oraz zwiększa szanse na uzyskanie optymalnego wyniku czynnościowego. Nie oznacza to jednak redukcji złożoności zabiegu — przeciwnie, w wielu przypadkach zakres procedury ulega poszerzeniu, ponieważ lepsza wizualizacja pozwala na dokładniejsze wyrównanie deformacji przegrody nosa, co może wymagać większego nakładu pracy.

Lepsza wizualizacja to bardziej zaawansowana chirurgia — i jednocześnie wyższe koszty organizacyjne i sprzętowe. Septoplastyka pozostaje tą samą procedurą operacyjną niezależnie od sposobu wizualizacji pola operacyjnego, dlatego różnicowanie wyceny jedynie na tej podstawie jest nieuzasadnione.

PTORL apeluje o przeniesienie procedury 21.87 do grupy wyceny adekwatnej do rzeczywistej złożoności i kosztów zabiegu, tożsamej z klasyczną plastyką przegrody nosa.

W trosce o transparentność rozliczeń, bezpieczeństwo pacjentów oraz racjonalność ekonomiczną systemu ochrony zdrowia, PTORL apeluje o pilne podjęcie działań na rzecz zmiany zasad rozliczania procedur rynologicznych oraz opracowanie jednoznacznych wytycznych dotyczących kodowania świadczeń rynologicznych w tym obejmujących wiele struktur twarzoczaszki oraz rozległe operacje zatok przynosowych. Obecne zaniżanie wyceny świadczeń prowadzi do ograniczenia wykonywania wysokospecjalistycznych procedur, co w bezpośredni sposób wpływa na ich dostępność dla pacjentów.

Brak pokrycia realnych kosztów procedur chirurgicznych, w tym kosztów pracy bloku operacyjnego, szczególnie wysokospecjalistycznych ośrodków, kosztów jednorazowego sprzętu, systemów nawigacji i systemów endoskopowych zwiększa ryzyko „unikania” wykonywania wysokospecjalistycznych zabiegów w ośrodkach referencyjnych z powodu niedoszacowania finansowego. Sytuacja taka z kolei narusza zasady równego dostępu do

świadczeń o najwyższym stopniu zaawansowania medycznego a dodatkowo powoduje nasilanie sporów refundacyjnych pomiędzy świadczeniodawcami, a NFZ.

W imieniu środowiska otorynolaryngologicznego wnosimy o podjęcie działań umożliwiających właściwą wycenę i rozliczanie procedur, których realizacja stanowi ważny element nowoczesnej, bezpiecznej i skutecznej opieki nad pacjentami w Polsce.