Nadchodzi zapaść polskiej chirurgii

9 sierpnia 2024

Za 5 lat duża grupa chirurgów z pokolenia wyżu chirurgicznego, która w tej chwili jest w wieku emerytalnym, ale cały czas pracuje, zrezygnuje. Gdy do tego dojdzie, nastąpi zapaść, zniknie nam około 30-40 proc. aktywnych chirurgów – alarmuje prof. Tomasz Banasiewicz z Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Prof. Tomasz Banasiewicz, członek Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich, pytany przez PAP o największe wyzwania, przed którymi stoi środowisko chirurgów, zwrócił uwagę, że problemem krótkofalowym jest wycena procedur medycznych. Długofalowym – brak chętnych do tej specjalizacji. „Wycena procedur została zwiększona, ale wciąż nie pokrywa realnych kosztów wykonania większości z nich. To powoduje, że w szpitalach chirurgia staje się, a właściwie jest od lat, fragmentem działalności szpitala, który nie jest dla niego opłacalny ekonomicznie. Przynosi straty, więc siłą rzeczy powoduje, że dyrekcje szpitali chirurgię traktują jako zło konieczne" – ocenił profesor. Przekłada się to – jego zdaniem – nie tylko na zarobki chirurgów, ale również na ich pozycję w szpitalach.

Kolejną sprawą, na którą wskazał specjalista, jest „odwieczny problem" dotyczący braku przełożenia kosztów w stosunku do płatności. „Innymi słowy, Narodowego Funduszu Zdrowia nadal nie interesuje to, czy na sto pacjentów przeżyje sto, czy umrze sto. Szpital otrzyma takie samo finansowanie niezależnie od wyniku. Jest to początkiem tej patologii, bo mówimy o sytuacji, w której nikt nie patrzy, za co płaci. W żadnym modelu na świecie to się dobrze nie kończy" – podkreślił chirurg. Jak dodał, nie ma też systemowej zachęty ani promowania jakości.

Prof. Banasiewicz zwrócił również uwagę na problemy długofalowe, czyli brak w zawodzie młodych ludzi. „Średnia wieku chirurga w tej chwili to 60 lat. Jednocześnie obserwujemy bardzo duży deficyt młodych, którzy robią tę specjalizację. Za pięć lat duża grupa chirurgów z pokolenia wyżu chirurgicznego, która w tej chwili jest w wieku emerytalnym, ale cały czas pracuje i ciągnie tę specjalizację, zrezygnuje. Gdy do tego dojdzie, nastąpi zapaść, podczas której zniknie nam około 30-40 proc. aktywnych chirurgów. To sytuacja, w której co trzecie miejsce chirurgiczne, co trzeci oddział, co trzecia poradnia zostanie zamknięta" – wyjaśnił.

Dopytywany o przyczynę niechęci studentów do wybierania tej specjalizacji prof. Banasiewicz odpowiedział, że wpływają na to właśnie krótkotrwałe problemy – to ciężka specjalizacja, w szpitalach traktowana jako zło konieczne. „Mamy fatalny system kształcenia chirurgów, którego ministerstwo, mimo naszych bardzo uporczywych starań, nie chce zmienić. To system archaiczny, w którym żeby zostać chirurgiem, trzeba nadal wykonywać ręcznie próbę krzyżową krwi na kursie z przetoczeń, czego nie zrobi nigdy żaden lekarz, bo w świetle aktualnych przepisów nie ma prawa takiego badania zrobić" – zaznaczył.

Wyjaśnił, że zniechęcający jest również brak pewnych „ukierunkowań oddziałów". Młodzi ludzie długo szkolą się w bardzo ogólnym zakresie, choć chcieliby już wchodzić w pewne procedury specjalistyczne. „Mamy olbrzymi deficyt miejsc do symulacji medycznej. To tak jakby wyobrazić sobie w tej chwili szkolenie pilotów bez użycia symulatorów. Obecnie chirurgów szkolimy na zasadzie: popatrz, a potem zaryzykuj i zrób pierwszy zabieg" – dodał profesor. Przy okazji zwrócił uwagę na rolę chirurgów podczas konfliktu zbrojnego lub katastrofy naturalnej. „Mamy takie obserwacje i dane z Ukrainy, że opieka nad osobami poszkodowanymi – czy w wyniku katastrofy naturalnej, czy wybuchu wojny – bez chirurgii nie istnieje" – powiedział. Tym samym inwestycja w centra symulatorowe ma – według niego – kluczowe znaczenie, szczególnie w obecnej

sytuacji geopolitycznej.

Profesor wyjaśnił, że młodych może zniechęcać również to, że chirurdzy muszą przepracować więcej lat, by stać się samodzielnym specjalistą. „Ludzie woleliby szybciej być niezależni, zarówno zawodowo, jak i finansowo. W związku z tym chirurgia powinna być promowana, wspierana, żeby zrekompensować ten dłuższy proces edukacji" – ocenił. Dopytywany, co pozwoliłoby na poprawę sytuacji, wskazał na urealnienie wyceny procedur chirurgicznych na podstawie ścieżki opieki nad pacjentem oraz monitorowanie jakości leczenia chirurgicznego poprzez ocenę jego efektów.

Profesor posłużył się przykładem. „Mamy nowoczesne opatrunki, które wielokrotnie zmniejszają ryzyko zakażenia. Można je utrzymać na ranie 7 dni, czyli dobrze założony opakunek może zostać ściągnięty przez pacjenta w domu. I te opatrunki są oczywiście droższe od klasycznych, ale one się systemowo opłacają" – wyjaśnił. Jak dodał, płatnik powinien zachęcać do używania takich opatrunków, ponieważ spada ryzyko, że rana będzie ponownie operowana ze względu na zakażenie. Zdaniem profesora, promowanie jakości pozwoliłoby na zaoszczędzenie w kilka lat na zrezygnowaniu z dużej liczby działań.

Na początku lipca sprzeciw chirurgów wywołała opracowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nowa wycena świadczeń obejmujących choroby przewodu pokarmowego, wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony. W efekcie została powołana grupa robocza, składająca się z przedstawicieli AOTMiT, NFZ oraz Towarzystwa Chirurgów Polskich. Ma się ona przyjrzeć wycenie pięciu grup świadczeń, która w ostatnim projekcie została obniżona.

Prof. Tomasz Banasiewicz, który jest koordynatorem grupy roboczej ze strony TChP, przekazał, że 8 sierpnia odbędzie się pierwsze spotkanie online, na którym strony przedstawią swoje modele wyliczania kosztów procedur. „Bardzo nam zależy na tym, żeby rozmawiać nie tylko o tych pięciu procedurach, które na

ten moment są wycenione w sposób absurdalnie karykaturalny, ale o całym systemie wyceny kosztów” – wyjaśnił.

Zwrócił uwagę, że zmiany systemowe pozwolą poprawić jakość w szpitalach. „Po co leczyć 15 proc. powikłań, skoro można dołożyć 7 proc. do wyceny procedury, a dzięki temu leczyć efektywnie i mieć tylko 3 proc. powikłań” – tłumaczył chirurg. „Problem polega na tym, że niektóre procedury są dobrze wycenione, a inne są wycenione dobrze, ale pod warunkiem, że będą przebiegały w sposób prosty, szybki i bez powikłań. Czyli jak przyjdzie 30-letni pacjent z kamicą pęcherzyka żółciowego, będzie w szpitalu 3 dni, to NFZ generalnie te koszty pokryje. Ale jak przyjdzie pacjent w wieku 65 lat z cukrzycą i otyłością, to można mieć absolutną pewność, że w szpitalu będzie dłużej, ryzyko jego powikłań wzrasta do 30 proc. i na pewno będzie kosztował więcej. Skutek jest taki, że zaczynamy mieć grupę pacjentów wykluczonych, czyli takich, których żaden oddział nie chce przyjąć. Bo po co, skoro nie ma rozróżnienia w kosztach” – wyjaśnił.

Wspomniał również o modelu opartym na prehabilitacji. Chodzi o przygotowanie pacjenta do zabiegu pod kątem fizycznym, psychicznym i dietetycznym, które powoduje, że ryzyko powikłań spada trzykrotnie.

Po czwartkowym spotkaniu grupy roboczej i określeniu pewnych kamieni milowych eksperci będą pracowali już nad szczegółami rozwiązań – przekazał prof. Banasiewicz.

Autorstwo: Aleksandra Kiełczykowska (PAP)
Źródło: NaukawPolsce.pl