

Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób kręgosłupa (WT.521.18.2016) – uwagi do raportu

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag								
1.	Kajetan Łątko	strona 59/9	Postulat:								
			Jednoznaczne przyporządkowanie zabiegów endoskopowych do grupy HK03 z jednoczesnym wprowadzeniem dodatkowych ICD-9:								
			• 84.593 – Wprowadzenie endoskopu transforaminalnie								
			• 84.594 – Wprowadzenie endoskopu interlaminarnie								
			• 84.595 – Resekcja całkowita więzadła żółtego techniką endoskopową na jednym poziomie								
			• 84.596 – Resekcja całkowita więzadła żółtego techniką endoskopową na wielu poziomach								
			Uzasadnienie:								
			Proponowana struktura taryfikacji zakłada raportowanie informacji o wykorzystaniu techniki endoskopowej jedynie w ramach grup HK01–HK06, czyli grup obejmujących zabiegi z zastosowaniem implantów. Jest to rozwiązanie racjonalne, ponieważ zabiegi endoskopowe mają stanowić alternatywę dla technik implantologicznych, oferując minimalną inwazyjność i podobne efekty leczenia, ale bez konieczności stosowania wszczepów. Jednocześnie należy zauważyć, że zabiegi endoskopowe, mimo braku implantów, są wysoce kosztochłonne – wymagają użycia drogich jednorazowych systemów dostępowych, wiertel kanałowych, elektrod koagulacyjnych, systemów płuczających oraz specjalistycznej optyki endoskopowej, której eksploatacja generuje znaczne koszty serwisowe. W efekcie koszty materiałów jednorazowych oraz amortyzacji sprzętu w przypadku zabiegów endoskopowych są na poziomie porównywalnym do procedur implantologicznych, a znacząco przewyższają standardowe koszty zabiegów techniką otwartą.								
			Aktualny raport taryfikacyjny nie przyporządkowuje jednak endoskopii jednoznacznie do żadnej konkretnej grupy – przypisanie tych zabiegów do grupy HK08 (procedury bez implantów) skutkowałoby istotnym niedoszacowaniem kosztów, natomiast przypisanie do grupy HK03 (zabiegi implantologiczne na jednym poziomie) mogłoby być interpretowane jako upcoding ze względu na brak precyzyjnego wskazania tej metody w charakterystyce grupy.								
			W dobie dynamicznego rozwoju chirurgii endoskopowej kręgosłupa, wyróżniamy coraz więcej procedur o istotnie zróżnicowanej złożoności i kosztochłonności. W przyszłości będzie konieczne wyodrębnienie indywidualnej grupy JGP dedykowanej endoskopii kręgosłupa. Dlatego niezbędne jest już teraz rozpoczęcie raportowania sposobu dostępu operacyjnego, co uzasadnia konieczność wprowadzenia powyższych dodatkowych grup JGP.								
Do czasu formalnego wyodrębnienia odrębnej taryfy dla procedur endoskopowych postulujemy jednoznaczne przyporządkowanie tych zabiegów do grupy HK03, która jako jedyna obecnie zapewnia racjonalny poziom finansowania. Koszty materiałów jednorazowych stosowanych w zabiegach endoskopowych należy przyjąć na podobnym poziomie co koszty zastosowania implantów (w załączeniu kalkulacja). Takie rozwiązanie umożliwi dalszy rozwój techniki endoskopowej oraz zapewni jej pełną dostępność dla pacjentów w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.											
Poniżej uzasadnienie kalkulacyjne zabiegów endoskopowych kręgosłupa, które w naszej ocenie powinny zostać jednoznacznie przypisane do grupy JGP HK03, jako minimalnie inwazyjna alternatywa dla zabiegów implantologicznych. Choć nie wykorzystuje się w nich implantów, ich kosztochłonność jest porównywalna, a w wielu aspektach wyższa niż w klasycznych technikach otwartych, co wynika z zastosowania:											
• zaawansowanego sprzętu wymagającego amortyzacji,											
• drogich materiałów jednorazowych,											
• kosztów szkolenia i utrzymania zespołu.											
1. Skład materiałów zużywalnych: W zależności od rodzaju dostępu operacyjnego, niezbędne podstawowe komponenty to: Dostęp transforaminalny: elektroda koagulacyjna, system dostępowy, dren, wiertło do wiertarki endoskopowej (w większości przypadków). Dostęp interlaminarny: elektroda koagulacyjna, dren, wiertło (w większości przypadków). Zabiegi dekompresyjne (np. resekcja więzadła żółtego): elektroda, dren, kilka wiertel, materiały hemostatyczne.											
2. Koszty podstawowych materiałów jednorazowych Na podstawie ofert firm: (nazwy firm ukryte) szacujemy orientacyjny koszt zużywalnych materiałów: Zabieg transforaminalny: elektroda bipolarna: 2 290–3 510 zł, system dostępowy: 1 800–2 000 zł, wiertło: 2 190–2 950 zł, dren: ok. 290 zł → łącznie: 6 570–8 750 zł Zabieg interlaminarny: elektroda bipolarna: 2 290–3 510 zł, wiertło 1-2: 2 190–2 950 zł, dren: 290 zł → łącznie: 4 770–8 549 zł Zabieg dekompresyjny: elektroda bipolarna: 2 290–3 510 zł, wiertło x2: 2 190–2 950 zł, dren: 290, dodatkowy materiał hemostatyczny: 800–1500 zł → łącznie: 7760–8 250 zł											
3. Koszty amortyzacji sprzętu Na podstawie ofert sprzętowych (nazwy firm ukryte): Kolumna endoskopowa: koszt: 949 000–1 337 990 zł, amortyzacja (5 lat, 400 zabiegów rocznie): ~475–670 zł / zabieg Optyka endoskopowa: koszt: 70 000–79 000 zł, żywotność: 100–200 zabiegów, → amortyzacja: ~350–790 zł / zabieg Zestaw instrumentarium: koszt: ok 160 000-200 000 zł, żywotność: 200–400 zabiegów → amortyzacja: 400~1000 zł / zabieg → łącznie amortyzacja sprzętu: 1225–2460 zł / zabieg											
4. Koszty szkolenia, serwisu, konserwacji Roczny koszt zespołowy ok. 50 000–100 000 zł, przy 150 zabiegach rocznie → ~330–670 zł / zabieg											
5. Podsumowanie kosztów całkowitych Przyjmując koszty bazowe wycenę procedury HK08 (14 319 zł), całkowite koszty zabiegów endoskopowych kształtują się następująco:											
<table><tr><td><u>Rodzaj zabiegu</u></td><td><u>Koszt całkowity [zł] – zakres</u></td></tr><tr><td>Transforaminalny</td><td>22444 zł - 26199 zł</td></tr><tr><td>Interlaminarny</td><td>20644 zł - 25998 zł</td></tr><tr><td>Dekompresyjny</td><td>23634 zł - 25699 zł</td></tr></table>				<u>Rodzaj zabiegu</u>	<u>Koszt całkowity [zł] – zakres</u>	Transforaminalny	22444 zł - 26199 zł	Interlaminarny	20644 zł - 25998 zł	Dekompresyjny	23634 zł - 25699 zł
<u>Rodzaj zabiegu</u>	<u>Koszt całkowity [zł] – zakres</u>										
Transforaminalny	22444 zł - 26199 zł										
Interlaminarny	20644 zł - 25998 zł										
Dekompresyjny	23634 zł - 25699 zł										
Przyjęcie kosztów bazowych jako wycena HK08 jest niedoszacowane choćby z uwagi na inne koszty znieczulenia w tych zabiegach, ale wynika z faktu, iż wykonanie zabiegu wiąże się z koniecznością posiadania takiego samego wyposażenia bazowego (choćby z uwagi na konieczność konwersji zabiegów). Dokładna wycena zabiegów możliwa będzie w kolejnej taryfikacji, przy założeniu wprowadzenia dodatkowych proponowanych procedur ICD-9 niezbędnych do raportowania.											
6. Wnioski											

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag																		
			Koszty te przewyższają wycenę grupy HK08 i HK10, a ich struktura jest najbardziej porównywalna do kosztów HK03 (29 167 zł), szczególnie w odniesieniu do: kosztów materiałów jednorazowych, zaawansowania technologicznego, wymogów dotyczących wyspecjalizowanego sprzętu i zespołu. Dlatego wnosimy o: - Jednoznaczne przyporządkowanie zabiegów endoskopowych do grupy HK03 do czasu wydzielenia osobnej taryfy, - Utrzymanie wyceny na poziomie zapewniającym ich racjonalne finansowanie i dostępność dla pacjentów. W załączeniu przekazujemy szczegółowe cenniki sprzętu i materiałów od producentów: (nazwy firm ukryte), a także dokumentację kosztową z WSS Opole																		
2	Tomasz Sienkiel	strona 59	W odniesieniu do zapisów zawartych w Raporcie AOTMiT nr WT.521.18.2016, dotyczących sposobu rozliczania techniki endoskopowej w chirurgii kręgosłupa w obrębie nowo utworzonych grup JGP, zwracamy uwagę, że proponowane rozwiązanie nie zapewnia właściwego mechanizmu finansowania świadczeń realizowanych z zastosowaniem technologii endoskopowych. Zgodnie z treścią raportu, przypisanie kodu ICD-9 00.94 (technika endoskopowa/laparoskopowa) ma umożliwić porównanie kosztów zabiegów wykonanych różnymi technikami operacyjnymi w ramach tej samej grupy JGP oraz – w przypadku stwierdzenia istotnych różnic kosztowych – wyodrębnienie świadczeń lub zastosowanie współczynników korygujących. Jednakże brak dedykowanej taryfy lub choćby tymczasowego współczynnika dla procedur endoskopowych skutkuje realnym niedoszacowaniem kosztów i w efekcie obniżeniem dostępności tej formy leczenia. Procedury endoskopowe, mimo udowodnionej wysokiej skuteczności i bezpieczeństwa klinicznego, wiążą się ze znacznymi nakładami inwestycyjnymi i operacyjnymi – obejmującymi m.in. kosztowny sprzęt optyczny, narzędzia jednorazowe oraz szkolenia specjalistycznych zespołów. Tymczasem proponowana wycena świadczeń w grupie HK10 (8 695 pkt = 17 042 zł), która ma zastąpić dotychczasową grupę A22 (22 856,48 zł), oznacza obniżenie refundacji o blisko 6 tys. zł bez jednoczesnego wprowadzenia mechanizmu wyrównującego. Co więcej, szacunkowe rzeczywiste koszty wykonania zabiegu endoskopowej dyscektomii w warunkach szpitalnych, nawet przy zastosowaniu zoptymalizowanego modelu opieki, znacznie przekraczają wartość projektowanej taryfy HK10. Na podstawie kalkulacji przeprowadzonej w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym w Zakopanem (USOR), średni koszt jednostkowy leczenia pacjenta z zastosowaniem techniki endoskopowej kształtuje się następująco:																		
			<table><tr><th>Kategoria kosztów</th><th>Kwota [zł]</th></tr><tr><td>Koszty osobowe (opieka medyczna)</td><td>4 602,33</td></tr><tr><td>Koszty medyczne hotelowe</td><td>371,07</td></tr><tr><td>Koszty niemedyczne (logistyka, media)</td><td>2 223,15</td></tr><tr><td>Koszt leków</td><td>157,24</td></tr><tr><td>Koszt zabiegu operacyjnego</td><td>11 048,63</td></tr><tr><td>Badania laboratoryjne</td><td>402,52</td></tr><tr><td>Badania obrazowe</td><td>233,71</td></tr><tr><td>RAZEM – koszt całkowity</td><td>19 038,65</td></tr></table>	Kategoria kosztów	Kwota [zł]	Koszty osobowe (opieka medyczna)	4 602,33	Koszty medyczne hotelowe	371,07	Koszty niemedyczne (logistyka, media)	2 223,15	Koszt leków	157,24	Koszt zabiegu operacyjnego	11 048,63	Badania laboratoryjne	402,52	Badania obrazowe	233,71	RAZEM – koszt całkowity	19 038,65
			Kategoria kosztów	Kwota [zł]																	
			Koszty osobowe (opieka medyczna)	4 602,33																	
			Koszty medyczne hotelowe	371,07																	
Koszty niemedyczne (logistyka, media)	2 223,15																				
Koszt leków	157,24																				
Koszt zabiegu operacyjnego	11 048,63																				
Badania laboratoryjne	402,52																				
Badania obrazowe	233,71																				
RAZEM – koszt całkowity	19 038,65																				
Dodatkowo należy uwzględnić koszty zakupu i amortyzacji sprzętu endoskopowego, systemów optycznych, instrumentarium oraz wydatki związane z kształceniem zespołów operacyjnych. W związku z powyższym, przyjęta wycena w grupie HK10 nie tylko nie zapewnia dodatniego wyniku finansowego, ale w praktyce grozi całkowitą rezygnacją z realizacji procedur endoskopowych przez ośrodki publiczne, mimo ich uznanej skuteczności i rosnącego zapotrzebowania społecznego. Wobec tego postulujemy: • utworzenie odrębnej grupy taryfowej JGP dla zabiegów endoskopowych lub wprowadzenie odrębnego współczynnika korygującego dla świadczeń realizowanych z zastosowaniem techniki endoskopowej,																					
albo alternatywnie: • przypisanie zabiegów endoskopowych do grupy HK03 („Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie”), przy jednoczesnym obowiązkowym oznaczaniu techniki endoskopowej kodem ICD-9 00.94. Takie rozwiązanie: • zapewni bardziej adekwatną wycenę procedur endoskopowych, • umożliwi zbieranie danych porównawczych (endoskopia vs. technika klasyczna), • ułatwi późniejszą analizę kosztów i skuteczności oraz ewentualne wyodrębnienie świadczenia lub dostosowanie wyceny.																					
3.	Bartosz Limanówka	Tabela 38 Projekt taryfy	Grupa HK07 – błędna konstrukcja i zaniżona wycena. Grupa HK07, obejmująca procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdysskowe, została skonstruowana w sposób błędny zarówno klinicznie, jak i kosztowo. Zgrupowanie tych dwóch typów interwencji, przy wspólnej analizie kosztów, doprowadziło do istotnego zaniżenia wyceny całej grupy – niezależnie od znaczących różnic w zakresie technologicznym, kosztowym i terapeutycznym. W praktyce raportowanie procedur wewnątrzdysskowych (np. nukleoplastyki) było dominujące w analizie kosztowej, przez co proponowana taryfa 6003 pkt (ok. 11 760 zł) jest dalece niewystarczająca dla procedur wewnątrztrzonowych – nawet najprostszych. Przykładowo: • Koszt zestawu do jednopoziomowej wertebroplastyki wynosi ok. 4600 zł brutto, bez uwzględnienia kosztów obrazowania, znieczulenia, personelu czy hospitalizacji. • Znacząca część zabiegów dotyczy 2+ poziomów, a koszt zestawu rośnie liniowo. • Kifoplastyka balonowa jest jeszcze droższa – koszt materiałowy dla jednego poziomu to nierzadko 7500–9000 zł brutto. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na błąd metodologiczny związany z raportowaniem i kodowaniem danych źródłowych. Ze względu na: • niedoprecyzowanie procedur w ICD-9, • niejednolite praktyki świadczeniodawców, • oraz brak walidacji danych,																		

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			do raportowania dla grupy HK07, w wyniku błędów kodowania, zostały zaliczone także procedury o zupełnie innej złożoności i kosztach: • neurolizy (p. RFA – radiofrequency ablation), • dokanałowe ostrzyknięcia sterydowe, • nawet blokady stawów międzykręgowych – które kwalifikują się do realizacji w ramach AOS i nie powinny wpływać na wycenę procedur wymagających sali operacyjnej, zespołu ortopedycznego lub neurochirurgicznego i sterylnej instrumentarium. Ich obecność w analizie znacząco zaniżyła średnią kosztową, co skutkuje sztucznym obniżeniem wyceny rzeczywistych zabiegów wewnątrztrzonowych. W konsekwencji proponowana taryfa całkowicie uniemożliwia realną realizację zabiegów takich jak wertebroplastyka i kifoplastyka w polskich szpitalach, co oznacza de facto likwidację małoinwazyjnego leczenia złamań osteoporotycznych. Tymczasem są to procedury o kluczowym znaczeniu dla: • utrzymania samodzielności pacjentów starszych, • zapobiegania trwałym ubytkom neurologicznym, • oraz zmniejszenia śmiertelności po urazach kręgosłupa. Propozycja korekty: • postulujemy podział grupy HK07 na: • HK07A – procedury wewnątrztrzonowe (wertebroplastyka, kifoplastyka, augmentacje trzonów), • HK07B – procedury wewnątrzdygkowe (nukleoplastyka, RFA, chemonukleoliza), • oraz korektę taryfy HK07A w oparciu o rzeczywisty koszt zestawów i konieczność realizacji zabiegów na wielu poziomach, • a także usunięcie z analizy danych dotyczących ostrzyknięć i neurolizy – które powinny być rozliczane wyłącznie w ramach AOS. Pozostawienie obecnej struktury i wyceny oznacza faktyczną eliminację procedur wewnątrztrzonowych z systemu finansowania publicznego, mimo ich klinicznej skuteczności i rekomendacji międzynarodowych, co pozostaje w rażącej sprzeczności z priorytetami polityki zdrowotnej państwa w obszarze starzejącej się populacji.
4.	Robert Gasik	Tabela 38	Rozległe zabiegi korekcji (HK01A) i odbarczenia struktur kanału kręgowego wykonywane u osób po 65 r.ż. uzyskały niższą wycenę, co podobno zostało poparte wyliczeniami. Do wyliczeń tych nie ma wglądu i nie wiadomo jakie procedury chirurgiczne (jak bardzo złożone) były źródłem tych wyliczeń. Praktyka zawodowa wskazuje, że zabiegi w tej grupie pacjentów wiążą się zawsze z dużymi kosztami dodatkowymi i stosowaniem sprzętu chirurgicznego identycznego z tym w procedurach onkologicznych kręgosłupa np. cell savera. Znaczne obniżenie wyceny termolezji (zamiast doprecyzowania warunków ich wykonania umożliwiających rozliczenie np. badania dodatkowe i w ich następstwie procedura terapeutyczna), która z zasady była łączona z hospitalizacją, której celem było postawienie rozpoznania w grupie osób starszych wskazując, że leczeniem populacji pacjentów po 65 r.ż. nie stanowi priorytetu w tym projekcie. c.d.- przykładów zaniżania wyceny procedur terapeutycznych dedykowanych leczeniu osób starszych jest więcej np. epiduroplastyka (zabieg wykonywany w grupie osób starszych z krytyczną stenozą kanału kręgowego nie kwalifikujących się z powodów anestezyjologicznych do operacji klasycznej). W celu ograniczenia wykonywania tego typu zabiegu tylko w niezbędnych przypadkach wystarczyło dokładnie opisać procedury dodatkowe np. diagnostyczne i warunki wykonania zabiegu np. znieczulenie oraz wiek pacjenta.
5.	Przemysław Pierożyński	8/99	W technikach nawigacyjnych nie są wymienione: a) Ultrasonografia (w chwili obecnej jest to jedna z najważniejszych i podstawowych form obrazowania przy interwencjach na obwodowym układzie nerwowym) b) CT, czyli tomografia komputerowa - staje się to coraz bardziej powszechne i często jest to niezbędne przy zabiegach wykonywanych w bardziej skomplikowanych przypadkach (przy zmianionej anatomii, np. w chorobach nowotworowych, bądź po operacjach). c) obrazowanie endoskopowe - w wybranych przypadkach również może okazać się niezbędne Przy braku wpisania tych technik może okazać się, że pacjenci nie otrzymają pomocy, gdyż mimo odpowiedniej wiedzy i umiejętności personelu - nie będą mieli dostępu do danej procedury z uwagi na brak finansowania.
		68/99	Należałoby określić, które zabiegi dedykowane są do wykonywania w AOS, a które do hospitalizacji. Z doświadczenia zasadnym wydaje się branie pod uwagę chorób towarzyszących i stanu ogólnego pacjenta, jak również budowy anatomicznej (np BMI - wysoki wskaźnik może znacznie utrudniać wykonanie procedury i wymagać dodatkowych form obrazowania, np wspomnianej wyżej CT). Ponadto warto zaznaczyć, że procedury 05.31 i 05.39 z uwagi na towarzyszące zaburzenia ciśnienia krwi, biorąc pod uwagę bezpieczeństwo pacjenta po zabiegu - powinny być wykonywane jedynie u hospitalizowanych pacjentów (nie dotyczy to zwoju Waltera, gdyż w tym przypadku takie zmiany po zabiegu nie zachodzą). Procedura 03.901 jest procedurą, której towarzyszy znaczny spadek ciśnienia tętniczego krwi i również nie powinna być wykonywana w AOS. W warunkach szpitalnych wykonują ją w przeważającej większości anestezyjologów.
		15/99, 81/99	Brak przypisu anestezyjologów do procedur 05.31 i 05.39 - w większości procedury te wykonywane są przez specjalistów anestezyjologii i intensywnej terapii, znacznie rzadziej przez chirurgów ogólnych/torakochirurgów, niezwykle rzadko przez specjalistów ortopedii z doświadczenia - nie są wykonywane przez ortopedów. Jeśli powyższa procedura nie będzie uwzględniała specjalistów anestezyjologii i intensywnej terapii - istnieje poważne ryzyko, że pacjenci nie będą mieli do niej dostępu (dotyczy to m.in. pacjentów z chorobą nowotworową powodującą ból niemożliwy do opanowania środkami farmakologicznymi).
		74/99	Brak uwzględnienia anestezyjologów jako specjalistów wykonujących zabiegi neuromodulacyjne. W chwili obecnej większość specjalistów pracujących w Poradniach Leczenia Bólu to specjaliści anestezyjologii i intensywnej terapii, a procedury neuromodulacyjne są podstawowymi metodami leczenia bólu przewlekłego. Nieuwzględnienie tej specjalności w opisie powyższych procedur jednoznacznie pozbawi pacjentów dostępu do większości wspomnianych zabiegów w Poradniach Leczenia Bólu.
6.	Dariusz Tomasz Kosson	8/99	Do technik nawigacyjnych należy zaliczyć również 1. USG - przeskórne zabiegi (leczące ból) na obwodowym układzie nerwowym (obecnie podstawowy rodzaj nawigacji). 2. Tomografia Komputerowa - techniki zabiegowego leczenia bólu w obrębie kręgosłupa, układu współczulnego i czaszki w przypadkach trudnych technicznie 3. endoskopia - zabiegi na nerwach obwodowych (z USG w przypadkach trudnych technicznie).
		15/99 81/99	Dokonano „zmian dopasowujących struktury katalogu do rzeczywistego zakresu świadczeń realizowanych w ramach chirurgii kręgosłupa oraz wyeliminowanie pozycji niemających bezpośredniego związku z tą dziedziną”. Jednocześnie wyodrębniono procedury 05.31,05.39-wstrzyknięcia do nerwu współczulnego (np. neuroлиза splotu trzewnego, nerwów trzewnych, lędźwiowa i inne) wykonywana przez anestezyjologów lub chirurgów a nie ortopedów. Przypisanie tych procedur jedynie ortopedom grozi brakiem do nich dostępu pacjentom np. z rakiem trzustki.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag					
		68/99	Zachodzi konieczność określenia zabiegów dedykowanych AOS i hospitalizacji. Szczególnie istotna wydaje się być kwalifikowanie pacjentów do zabiegów w AOS lub w trybie hospitalizacji ze względu na ich stan ogólny. Procedury 05.31, 05.39 z wyjątkiem zwoju nieparzystego powinny być wykonywane w warunkach hospitalizacji ze względu na gwałtowne zmiany w dystrybucji przepływu krwi i spadki ciśnienia tętniczego w pierwszej dobie po zabiegu. To samo dotyczy procedury 03.901 - również wykonywanej głównie przez anestezjologów.					
		74/99	W ASO procedury neuromodulacyjne stosowane są również w Poradniach Leczenia Bólu przez różnych specjalistów- głównie anestezjologów. Poradnie Leczenia Bólu i anesteziolodzy nie zostali uwzględnieni w całym opracowaniu. W związku z powyższym oraz wyżej opisanymi uwagami dotyczącymi procedur ambulatoryjnych 05.031, 05.039, 03.901 należy w odpowiednich procedurach szpitalnych uwzględnić również anestezjologów specjalizujących się w leczeniu bólu (legitymujących się umiejętnością leczenia bólu).					
		85/99 tabela Projekt taryfy dla AOS.	1. Procedura 03.901 jest zbyt nisko wyceniona. Sam cewnik do przewlekłego dokanałowego podawania leków to koszt około 4 tys zł. 2. Procedura 04.80 jest blisko 10 krotnie gorzej wyceniona niż 04.81 i 04.89. jednocześnie procedura 04.89 jednoznacznie zawiera wszystkie zabiegi „wstrzyknięcia do nerwu obwodowego” z wyjątkiem środków neurolytycznych co podważa zasadność wyodrębniania pozostałych 2 procedur. 3. Brak procedury wstrzyknięcia diagnostycznego śr. znieczulającego do nerwu (postulowanej przez PTBB).					
7.	Tomasz Potaczek	1.	Proponowana taryfikacja skutkuje zmniejszeniem rocznych nakładów na leczenie chirurgiczne chorób kręgosłupa o ok. 305 mln zł. Jest to nieuzasadnione, zwłaszcza w kontekście danych przedstawionych w samym raporcie (str. 7–10, 17, 51), które wykazują m.in. istotny wzrost liczby świadczeń z 71 625 (2019) do 105 629 (2023), systematyczne zwiększanie wartości świadczeń oraz wysoką pozycję chorób układu mięśniowo-szkieletowego i nerwowego jako przyczyn absencji chorobowej i niepełnosprawności. Obniżenie wycen spowoduje spadek dostępności do świadczeń i zahamuje rozwój nowoczesnej chirurgii kręgosłupa. PTChK jako aktywny uczestnik prac nad raportem, nie akceptuje prób realizowania oszczędności kosztem jakości i bezpieczeństwa leczenia pacjentów. Dodatkowo, raport oparty jest na niejednolitym i niespójnym sposobie raportowania zużycia materiałów, co znacząco wpływa na wiarygodność danych kosztowych. Dobrym przykładem jest tabela 23 raportu, w której średnia liczba raportowanych nakrętek do śrub jest niższa niż liczba samych śrub, co z punktu widzenia praktyki klinicznej jest mało prawdopodobne – nawet przy uwzględnieniu operacji rewizyjnych, w których częściej wymienia się same nakrętki niż śruby. To oznacza, że dane te mogą być istotnie zaniżone, a na ich podstawie nie można ustalać wiarygodnych taryf.					
		2.	Mimo że raport (str. 65–69) wskazuje na liczne nieprawidłowości w raportowaniu kosztów i kodowaniu procedur nieimplantowych, zdecydowano się na obniżenie wyceny grup HK08 i HK10. Tymczasem dane te są nierzetelne, a ich wykorzystanie do ustalenia taryf jest metodologicznie nieuprawnione. Zamiast czasowego utrzymania finansowania do momentu zebrania wiarygodnych danych, obniżono taryfy, co doprowadzi do ograniczenia realizacji tych świadczeń. Tworzenie nowej grupy HK14 w celu naprawy sytuacji potwierdza istnienie problemu, lecz nie uzasadnia obniżenia wyceny pozostałych grup.					
		3. Rozdział 3.1 i 3.2	Dane kosztowe, które stanowią podstawę ustalania taryf, są niespójne, niejednorodne i – jak przyznano w raporcie – często niepoprawnie raportowane przez świadczeniodawców. Brakuje jednolitego, obowiązkowego i zwalidowanego systemu raportowania kosztów rzeczywistych. To tzw. "grzech pierworodny" raportu, który uniemożliwia rzetelną ocenę kosztów świadczeń. W efekcie taryfy mogą być znacznie niedoszacowane lub przeszacowane. Apelujemy o pilne wdrożenie ustandaryzowanego modelu raportowania kosztów z zaangażowaniem całego środowiska szpitali wykonujących procedury kręgosłupowe.					
		4. Rozdział 2.3 i 3.1.4	Raport nie uwzględnił w analizie kosztów szeregu istotnych technologii podnoszących wartość i jakość procedur, w tym: neuronawigacji, neuromonitoringu śródoperacyjnego, technik endoskopowych i robotycznych, cell-savera, zabiegów małoinwazyjnych itp. Ich nieuwzględnienie prowadzi do zaniżenia kosztów i wyceny grup JGP. Zalecamy wprowadzenie systemowego obowiązku raportowania tych technologii przy kodowaniu świadczeń oraz umożliwienie ich właściwego rozliczania w przyszłej taryfikacji. PTChK deklaruje pomoc w standaryzacji tego procesu wśród świadczeniodawców.					
		5. Załącznik – ICD-9 dla HK09	Wnosimy o rozszerzenie katalogu procedur ICD-9 przypisanych do grupy HK09 o kod 04.25 –Zniszczenie nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą. Procedura ta (termolezja) ma uznaną skuteczność w leczeniu bólu i jest powszechnie wykonywana w warunkach szpitalnych, jednak brak jej przypisania do którejkolwiek grupy JGP ogranicza możliwość prawidłowego rozliczania i planowania zasobów.					
		6. Rozdział 2.5 i 4.1 (str. 51 i 86)	Raport wskazuje na porównawczo niskie finansowanie chirurgii kręgosłupa w Polsce względem krajów UE (str. 51), jednak zamiast dążyć do wyrównania różnic, proponuje się redukcję nakładów. Z perspektywy systemowej nie znajduje to uzasadnienia, szczególnie że w analizie wpływu na system opieki zdrowotnej (str. 86) brak jest precyzyjnego oszacowania ryzyka ograniczenia dostępności i możliwego pogorszenia jakości leczenia. Należy uzupełnić raport o analizę wpływu redukcji taryf na migrację pacjentów do sektora prywatnego oraz na dostępność świadczeń w regionach deficytowych.					
		7. Rozdział 2.3 oraz str. 15–16	W odniesieniu do procedur wykonywanych techniką endoskopową w chirurgii kręgosłupa zwracamy uwagę, że obecne rozwiązania nie zapewniają adekwatnego finansowania tych świadczeń. Wprowadzenie kodu ICD-9 00.94 nie wiąże się z dedykowanym współczynnikiem korygującym ani osobną taryfą, co skutkuje niedoszacowaniem kosztów. Koszt materiałów jednorazowych i amortyzacji sprzętu przekracza nawet 8–10 tys. zł, a całkowity koszt zabiegu sięga 22–25 tys. zł. Tymczasem wycena HK10 wynosi jedynie 17 042 zł. Wnosimy o: (1) wyodrębnienie osobnej taryfy JGP dla procedur endoskopowych lub (2) przypisanie ich do grupy HK03 (29 167 zł), przy obowiązkowym oznaczeniu kodem 00.94. Takie podejście zapewni adekwatne finansowanie i rozwój nowoczesnych, minimalnie inwazyjnych technik chirurgicznych. W odniesieniu do zapisów zawartych w Raporcie AOTMiT nr WT.521.18.2016, dotyczących sposobu rozliczania techniki endoskopowej w chirurgii kręgosłupa w obrębie nowo utworzonych grup JGP, zwracamy uwagę, że proponowane rozwiązanie nie zapewnia właściwego mechanizmu finansowania świadczeń realizowanych z zastosowaniem technologii endoskopowych. Zgodnie z treścią raportu, przypisanie kodu ICD-9 00.94 (technika endoskopowa/laparoskopowa) ma umożliwić porównanie kosztów zabiegów wykonanych różnymi technikami operacyjnymi w ramach tej samej grupy JGP oraz – w przypadku stwierdzenia istotnych różnic kosztowych – wyodrębnienie świadczeń lub zastosowanie współczynników korygujących. Jednakże brak dedykowanej taryfy lub choćby tymczasowego współczynnika dla procedur endoskopowych skutkuje realnym niedoszacowaniem kosztów i w efekcie obniżeniem dostępności tej formy leczenia. Procedury endoskopowe, mimo udowodnionej wysokiej skuteczności i bezpieczeństwa klinicznego, wiążą się ze znacznymi nakładami inwestycyjnymi i operacyjnymi – obejmującymi m.in. kosztowny sprzęt optyczny, narzędzia jednorazowe oraz szkolenia specjalistycznych zespołów. Tymczasem proponowana wycena świadczeń w grupie HK10 (8 695 pkt = 17 042 zł), która ma zastąpić dotychczasową grupę A22 (22 856,48 zł), oznacza obniżenie refundacji o blisko 6 tys. zł bez jednoczesnego wprowadzenia mechanizmu wyrównującego. Co więcej, szacunkowe rzeczywiste koszty wykonania zabiegu endoskopowej dyscektomii w warunkach szpitalnych, nawet przy zastosowaniu zoptymalizowanego modelu opieki, znacznie przekraczają wartość projektowanej taryfy HK10. Na podstawie kalkulacji przeprowadzonej w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym w Zakopanem (USOR), średni koszt jednostkowy leczenia pacjenta z zastosowaniem techniki endoskopowej kształtuje się następująco:					
		<table><tr><th>Kategoria kosztów</th><th>Kwota [zł]</th></tr><tr><td>Koszty osobowe (opieka medyczna)</td><td>4 602,33</td></tr><tr><td>Koszty medyczne hotelowe</td><td>371,07</td></tr></table>	Kategoria kosztów	Kwota [zł]	Koszty osobowe (opieka medyczna)	4 602,33	Koszty medyczne hotelowe	371,07
Kategoria kosztów	Kwota [zł]							
Koszty osobowe (opieka medyczna)	4 602,33							
Koszty medyczne hotelowe	371,07							

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag												
			<table><tr><td>Koszty niemedyczne (logistyka, media)</td><td>2 223,15</td></tr><tr><td>Koszt leków</td><td>157,24</td></tr><tr><td>Koszt zabiegu operacyjnego</td><td>8 048,63 - 11 048,63</td></tr><tr><td>Badania laboratoryjne</td><td>402,52</td></tr><tr><td>Badania obrazowe</td><td>233,71</td></tr><tr><td>RAZEM – koszt całkowity</td><td>16 038,65 - 19 038,65</td></tr></table>	Koszty niemedyczne (logistyka, media)	2 223,15	Koszt leków	157,24	Koszt zabiegu operacyjnego	8 048,63 - 11 048,63	Badania laboratoryjne	402,52	Badania obrazowe	233,71	RAZEM – koszt całkowity	16 038,65 - 19 038,65
			Koszty niemedyczne (logistyka, media)	2 223,15											
			Koszt leków	157,24											
			Koszt zabiegu operacyjnego	8 048,63 - 11 048,63											
			Badania laboratoryjne	402,52											
Badania obrazowe	233,71														
RAZEM – koszt całkowity	16 038,65 - 19 038,65														
8. Nowe grupy JGP – HK04A/B i HK05A/B	Dodatkowo należy uwzględnić koszty zakupu i amortyzacji sprzętu endoskopowego, systemów optycznych, instrumentarium oraz wydatki związane z kształceniem zespołów operacyjnych. W związku z powyższym, przyjęta wycena w grupie HK10 nie tylko nie zapewnia dodatniego wyniku finansowego, ale w praktyce grozi całkowitą rezygnacją z realizacji procedur endoskopowych przez ośrodki publiczne, mimo ich uznanej skuteczności i rosnącego zapotrzebowania społecznego. Wobec tego postulujemy: utworzenie odrębnej grupy taryfowej JGP dla zabiegów endoskopowych lub wprowadzenie odrębnego współczynnika korygującego dla świadczeń realizowanych z zastosowaniem techniki endoskopowej, albo alternatywnie: przypisanie zabiegów endoskopowych do grupy HK03 („Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie”), przy jednoczesnym obowiązkowym oznaczaniu techniki endoskopowej kodem ICD-9 00.94. Takie rozwiązanie: zapewni bardziej adekwatną wycenę procedur endoskopowych, umożliwi zbieranie danych porównawczych (endoskopia vs. technika klasyczna), ułatwi późniejszą analizę kosztów i skuteczności oraz ewentualne wyodrębnienie świadczenia lub dostosowanie wyceny.														
	W związku z planowanym wdrożeniem nowych grup JGP dla leczenia operacyjnego guzów kręgosłupa (HK04A/B i HK05A/B), wnosimy o uwzględnienie w kryteriach kwalifikacji do tych grup rzeczywistej złożoności procedur oraz zapotrzebowania na zasoby. Obecny system oparty wyłącznie na kodach ICD-10 i ICD-9 nie odzwierciedla różnic w kosztach leczenia i trudności technicznej, które są determinowane m.in. przez: - stopień niestabilności kręgosłupa (np. SINS ≥13 – wymaga rozległej stabilizacji, powinna kwalifikować do HK05A/B), - status neurologiczny (Bilsky 2–3 – wskazanie do pilnej dekompresji), - typ nowotworu i jego biologiczne cechy (guzy radiooporne jak nerka, czerniak czy mięsak - leczenie chirurgiczne agresywne, guzy radiosensytywne przy stabilnym kręgosłupie – leczenie mniej inwazyjne), - zakres procedury (corpectomia lub ≥2-poziomowa instrumentacja – wyższa grupa JGP), - zastosowane technologie (mikrochirurgia, neuronawigacja, neuromonitoring, współudział zespołu onkologicznego), - rokowanie wg skali Tomita i Tokuhashi – które mogą uzasadniać leczenie radykalne lub paliatywne. Zastosowanie ww. czynników w kwalifikacji do grup JGP umożliwi lepsze różnicowanie procedur pod względem kosztów, ryzyka i nakładów organizacyjnych. Wnosimy o pilotażowe wdrożenie modelu opartego o checklistę zawierającą ww. parametry kliniczne w ośrodkach referencyjnych, przy równoczesnym zaangażowaniu zespołów neurochirurgicznych i onkologicznych w dalsze prace taryfikacyjne.														
	Grupa HK07	Wspólne zestawienie procedur wewnątrztrzonowych i wewnątrzdysskowych w praktyce powoduje konieczność dopłaty szpitali do procedur wewnątrztrzonowych. Wycena grupy została nienależycie obniżona poprzez wspólną analizę z procedurami wewnątrzdysskowymi, w ramach których raportowano również przezskórne ablacje i zabiegi, które płatnik chce przenieść do lecznictwa ambulatoryjnego. Proponowana wycena na poziomie 6003 pkt. nawet przy najtańszym zabiegu z grupy wewnątrztrzonowej, tj. wertebroplastyce powoduje konieczność dopłaty szpitali do procedur wewnątrztrzonowych. Sam koszt instrumentarium do 1 poziomowego zabiegu wraz z aplikatorem to ok. 4600 zł brutto. Zabiegi te często wymagają zaopatrzenia 2 i więcej poziomów na raz, co tym bardziej pozostanie niewykonalne (koszt instrumentarium rośnie 1:1 z zakresem). Należy pokreślić, że tym bardziej nie będzie możliwości realizacji droższych zabiegów wewnątrztrzonowych, m.in. kifoplastyki. Proponowana zmiana w praktyce oznacza zakończenie małoinwazyjnego leczenia w Polsce m.in. złamań osteoporotycznych kręgosłupa, tak istotnych dla jakości życia, uniknięcia trwałych ubytków neurologicznych oraz niejednokrotnie przeżycia starzejącej się populacji. Postulujemy podział grupy na HK07A (procedury wewnątrztrzonowe) i HK07B (wewnątrzdysskowe) ze stosownym zwiększeniem wyceny grupy HK07A, tj. procedur wewnątrztrzonowych.													
8.	Lech Paweł Grzelak	1. Uwagi ogólne.	Proponowana taryfikacja skutkuje zmniejszeniem rocznych nakładów na leczenie chirurgiczne chorób kręgosłupa o ok. 305 mln zł. Jest to nieuzasadnione, zwłaszcza w kontekście danych przedstawionych w samym raporcie (str. 7–10, 17, 51), które wykazują m.in. istotny wzrost liczby świadczeń z 71 625 (2019) do 105 629 (2023), systematyczne zwiększanie wartości świadczeń oraz wysoką pozycję chorób układu mięśniowo-szkieletowego i nerwowego jako przyczyn absencji chorobowej i niepełnosprawności. Obniżenie wycen spowoduje spadek dostępności do świadczeń i zahamuje rozwój nowoczesnej chirurgii kręgosłupa. Dodatkowo, raport oparty jest na niejednorodnym i niespójnym sposobie raportowania składowych kosztów w tym zużycia materiałów, co znacząco wpływa na wiarygodność kosztów globalnie. Dobrym przykładem jest tabela 23 raportu, w której średnia liczba raportowanych nakrętek do śrub jest niższa niż liczba samych śrub, co z punktu widzenia praktyki klinicznej jest mało prawdopodobne – nawet przy uwzględnieniu operacji rewizyjnych, w których częściej wymienia się same nakrętki niż śruby. To oznacza, że dane te mogą być istotnie zaniżone, a na ich podstawie nie można ustalać wiarygodnych taryf.												
		2. Grupy HK08 i HK10	Mimo że raport (str. 65–69) wskazuje na liczne nieprawidłowości w raportowaniu kosztów i kodowaniu procedur nieimplantowych, zdecydowano się na obniżenie wyceny grup HK08 i HK10. Tymczasem dane te są nierzetelne, a ich wykorzystanie do ustalenia taryf jest metodologicznie nieuprawnione. Zamiast czasowego utrzymania finansowania do momentu zebrania wiarygodnych danych, obniżono taryfy, co doprowadzi do ograniczenia realizacji tych świadczeń. Tworzenie nowej grupy HK14 w celu naprawy sytuacji potwierdza istnienie problemu, lecz nie uzasadnia obniżenia wyceny pozostałych grup nieimplantowych.												
		3. Rozdział 2.3 i 3.1.4	Raport nie uwzględnił w analizie kosztów szeregu istotnych technologii podnoszących wartość i jakość procedur, w tym: neuronawigacji, neuromonitoringu śródoperacyjnego, technik endoskopowych i robotycznych, cell-savera, zabiegów małoinwazyjnych itp. Ich nieuwzględnienie prowadzi do zaniżenia kosztów i wyceny grup JGP. Zalecam wprowadzenie systemowego obowiązku raportowania tych technologii przy kodowaniu wszystkich świadczeń oraz umożliwienie ich właściwego rozliczania w przyszłej taryfikacji.												
		4. Załącznik – ICD-9 dla HK09	Wnosimy o rozszerzenie katalogu procedur ICD-9 przypisanych do grupy HK09 o kod 04.25 – „Zniszczenie nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą”. Procedura ta (termolezja) ma uznaną skuteczność w leczeniu bólu i jest powszechnie wykonywana w warunkach szpitalnych, jednak brak jej przypisania do którejkolwiek grupy JGP												

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			ograniczać możliwość prawidłowego rozliczania i planowania zasobów. Jest to metoda szczególnie wykorzystywana u ludzi starszych po 65 r.ż, a przecież ta grupa pacjentów była objęta szczególną troską w tworzeniu katalogu.
		5. Rozdział 2.5 i 4.1 (str. 51 i 86)	Raport wskazuje na porównawczo niskie finansowanie chirurgii kręgosłupa w Polsce względem krajów UE (str. 51), jednak zamiast dążyć do wyrównania różnic, proponuje się redukcję nakładów. Z perspektywy systemowej nie znajduje to uzasadnienia, szczególnie że w analizie wpływu na system opieki zdrowotnej (str. 86) brak jest precyzyjnego oszacowania ryzyka ograniczenia dostępności i możliwego pogorszenia jakości leczenia. Należy uzupełnić raport o analizę wpływu redukcji taryf na migrację pacjentów do sektora prywatnego oraz na dostępność świadczeń w regionach deficytowych.
9.	Jarosław Czubak		Nie mam uwag do przedstawionego raportu, poza jedną zasadniczą: W raporcie przedstawiono realne koszty procedur na podstawie informacji z ostatnich lat z różnych ośrodków. Nie wiem czy wzięto tylko pod uwagę chociażby koszty utrzymania szpitali (prąd, gaz), które wzrosły w ostatnich latach. Dlatego wątpliwym jest czy propozycja wyceny procedur na podstawie kosztów z poprzednich lat jest prawidłowa. Ale wyliczeń w tym zakresie nie posiadam. Dlatego trudno jest przedstawić konkretne uwagi do tego raportu bez dogłębnej analizy kosztów, zwłaszcza tych dotyczących utrzymania ośrodka. Dane są zróżnicowane w zależności od tego czy jest to szpital monoprofilowy o profilu kręgosłupa, np. Szpital w Zakopanem, czy jest to szpital wieloprofilowy z dużym oddziałem neurochirurgii i innymi. To mój jedyny komentarz.
10.	Wojciech Jerzy Wasilewski	Grupy HK08 i HK10	Mimo że raport (str. 65–69) wskazuje na liczne nieprawidłowości w raportowaniu kosztów i kodowaniu procedur nieimplantowych, zdecydowano się na obniżenie wyceny grup HK08 i HK10. Tymczasem dane te są nierzetelne, a ich wykorzystanie do ustalenia taryf jest metodologicznie nieuprawnione. Zamiast czasowego utrzymania finansowania do momentu zebrania wiarygodnych danych, obniżono taryfy, co doprowadzi do ograniczenia realizacji tych świadczeń. Tworzenie nowej grupy HK14 w celu naprawy sytuacji potwierdza istnienie problemu, lecz nie uzasadnia obniżenia wyceny pozostałych grup.
		Rozdział 3.1 i 3.2	Dane kosztowe, które stanowią podstawę ustalania taryf, są niespójne, niejednorodne i – jak przyznano w raporcie – często niepoprawnie raportowane przez świadczeniodawców. Brakuje jednolitego, obowiązkowego i zwalidowanego systemu raportowania kosztów rzeczywistych. To tzw. "grzech pierworodny" raportu, który uniemożliwia rzetelną ocenę kosztów świadczeń. W efekcie taryfy mogą być znacznie niedoszacowane lub przeszacowane. Apelujemy o pilne wdrożenie ustandaryzowanego modelu raportowania kosztów z zaangażowaniem całego środowiska szpitali wykonujących procedury kręgosłupowe.
		Rozdział 2.3 i 3.1.4	Raport nie uwzględnił w analizie kosztów szeregu istotnych technologii podnoszących wartość i jakość procedur, w tym: neuronawigacji, neuromonitoringu śródoperacyjnego, technik endoskopowych i robotycznych, cell-savera, zabiegów małoinwazyjnych itp. Ich nieuwzględnienie prowadzi do zaniżenia kosztów i wyceny grup JGP. Zalecamy wprowadzenie systemowego obowiązku raportowania tych technologii przy kodowaniu świadczeń oraz umożliwienie ich właściwego rozliczania w przyszłej taryfikacji. PTChK deklaruje pomoc w standaryzacji tego procesu wśród świadczeniodawców
		Rozdział 2.5 i 4.1 (str. 51 i 86)	Raport wskazuje na porównawczo niskie finansowanie chirurgii kręgosłupa w Polsce względem krajów UE (str. 51), jednak zamiast dążyć do wyrównania różnic, proponuje się redukcję nakładów. Z perspektywy systemowej nie znajduje to uzasadnienia, szczególnie że w analizie wpływu na system opieki zdrowotnej (str. 86) brak jest precyzyjnego oszacowania ryzyka ograniczenia dostępności i możliwego pogorszenia jakości leczenia. Należy uzupełnić raport o analizę wpływu redukcji taryf na migrację pacjentów do sektora prywatnego oraz na dostępność świadczeń w regionach deficytowych.
		Grupa HK07	Wspólne zestawienie procedur wewnątrztrzonowych i wewnątrzdyiskowych w praktyce powoduje konieczność dopłaty szpitali do procedur wewnątrztrzonowych. Wycena grupy została nienależycie obniżona poprzez wspólną analizę z procedurami wewnątrzdyiskowymi, w ramach których raportowano również przeskórne ablace i zabiegi, które płatnik chce przenieść do lecznictwa ambulatoryjnego. Proponowana wycena na poziomie 6003 pkt. nawet przy najtańszym zabiegu z grupy wewnątrztrzonowej, tj. wertebroplastyce powoduje konieczność dopłaty szpitali do procedur wewnątrztrzonowych. Sam koszt instrumentarium do 1 poziomowego zabiegu wraz z aplikatorem to ok. 4600 zł brutto. Zabiegi te często wymagają zaopatrzenia 2 i więcej poziomów na raz, co tym bardziej pozostawia niewykonalne (koszt instrumentarium rośnie 1:1 z zakresem). Należy pokreślić, że tym bardziej nie będzie możliwości realizacji droższych zabiegów wewnątrztrzonowych, m.in. kifoplastyki. Proponowana zmiana w praktyce oznacza zakończenie małoinwazyjnego leczenia w Polsce m.in. złamań osteoporotycznych kręgosłupa, tak istotnych dla jakości życia, uniknięcia trwałych ubytków neurologicznych oraz niejednokrotnie przeżycia starzejącej się populacji. Postulujemy podział grupy na HK07A (procedury wewnątrztrzonowe) i HK07B (wewnątrzdyiskowe) ze stosownym zwiększeniem wyceny grupy HK07A, tj. procedur wewnątrztrzonowych.
11.	Anna Danielewicz		Procedura PZH08 jest jedyną procedurą w Raporcie, która dotyczy pacjentów pediatrycznych. Nie uwzględnia ona specyfiki chorób i dodatkowych obciążeń zdrowotnych dzieci oraz szerokiego wachlarza procedur operacyjnych w obrębie kręgosłupa. Ze względu na wiek pacjenta, a co za tym idzie dojrzałość szkieletową stosuje się różne taktyki postępowania operacyjnego. U dzieci rosnących leczenie operacyjne rozłożone jest na kilka etapów planowych, a każdy jest o innym zakresie i co za tym idzie - kosztach. Dodatkową, specyficzną grupą pacjentów są dzieci i młodzież ze skoliozami neurogennymi/syndromalnymi/wrodzonymi, (m41.4), których leczenie obarczone jest większym ryzykiem okołoperacyjnym, potrzeba hospitalizacji w Oddziałach Intensywnej Terapii, dłuższym pobytem w szpitalu, częstsza potrzeba leczenia powikłań czy wykonywania reoperacji. Systemy rozliczeń w Niemczech i Szwajcarii uwzględniają tę grupę pacjentów w taryfikacji. Propozycja zmian: stworzenie większej liczby grup taryfowych dla pacjentów pediatrycznych wyłonienie procedur pediatrycznych w zakresie leczenia chorób kręgosłupa do osobnego postępowania taryfikacyjnego wprowadzenie współczynnika (1,3-1,5) dla pacjentów z rozpoznaniem M41.4 str. 13. Autorzy Raportu powołując się na Rekomendację nr 72/2025 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji rekomendują usunięcie procedury PZH08 z listy JGP uprawnionych do otrzymania współczynnika korygującego. Brak jest w powyższych dokumentach merytorycznego uzasadnienia decyzji.
			Wycena grupy taryfowej PZH08 nie pokrywa ceny implantów "nietypowych", które pojawiają się na rynku i są stosowane w ośrodkach na świecie. Ceny implantów takich jak MAGEC, VBT czy Marvel przekraczają 100000 PLN, a rozliczenie indywidualne (przekraczające trzykrotność procedury) nie ma zastosowania. Naraża to szpitale na dopłacanie do zabiegów, a pacjentów pozbawia dostępności do nowych technologii, co z kolei generuje wyższe koszty dla NFZ finansującego indywidualne leczenie pacjenta zagranicą i marnotrawienie środków publicznych.
		tabela 10, str. 32	Dane z tabeli (liczba procedur 713) nie uwzględniają wszystkich procedur wykonywanych w kraju. Część raportujących ośrodków rozlicza operacje korekcji deformacji kręgosłupa u dzieci procedurą H51, co powoduje, że powyższe dane są niepełne. To oznacza, że dane te mogą być istotnie zaniżone, a na ich podstawie nie można ustalać wiarygodnych taryf.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		rozdział 3.1 i 3.2	Dane kosztowe, które stanowią podstawę ustalania taryf, są niespójne, niejednorodne i – jak przyznano w raporcie – często niepoprawnie raportowane przez świadczeniodawców. Brakuje jednolitego, obowiązkowego i zwalidowanego systemu raportowania kosztów rzeczywistych. W efekcie taryfy mogą być znacznie niedoszacowane lub przeszacowane. Apelujemy o pilne wdrożenie ustandaryzowanego modelu raportowania kosztów z zaangażowaniem całego środowiska szpitali wykonujących procedury kręgosłupowe.
		rozdział 2.3 i 3.1.4	Raport nie uwzględnia w analizie kosztów szeregu istotnych technologii podnoszących wartość i jakość procedur, w tym: neuronawigacji, neuromonitoringu śródoperacyjnego, technik endoskopowych i robotycznych, cell-savera, zabiegów małoinwazyjnych itp. Ich nieuwzględnienie prowadzi do zaniżenia kosztów i wyceny grup JGP. Zalecamy wprowadzenie systemowego obowiązku raportowania tych technologii przy kodowaniu świadczeń oraz umożliwienie ich właściwego rozliczania w przyszłej taryfikacji. PTChK deklaruje pomoc w standaryzacji tego procesu wśród świadczeniodawców
12.	Przemysław Kozłowski	8/99	Do technik nawigacyjnych należy zaliczyć również 1. USG - przezskórne zabiegi (leczące ból) na obwodowym układzie nerwowym (obecnie podstawowy rodzaj nawigacji). 2. Tomografia Komputerowa - techniki zabiegowego leczenia bólu w obrębie kręgosłupa, układu współczulnego i czaszki w przypadkach trudnych technicznie 3. endoskopia - zabiegi na nerwach obwodowych (z USG w przypadkach trudnych technicznie).
		15/99	
		81/99	Dokonano „zmian dopasowujących struktury katalogu do rzeczywistego zakresu świadczeń realizowanych w ramach chirurgii kręgosłupa oraz wyeliminowanie pozycji niemających bezpośredniego związku z tą dziedziną”. Jednocześnie wyodrębniono procedury 05.31,05.39-wstrzyknięcia do nerwu współczulnego (np. neuroлиза splotu trzewnego, nerwów trzewnych, lędźwiowa i inne) wykonywana przez anestezjologów lub chirurgów a nie ortopedów. Przypisanie tych procedur jedynie ortopedom grozi brakiem do nich dostępu pacjentom np z rakiem trzustki.
		68/99	Zachodzi konieczność określenia zabiegów dedykowanych AOS i hospitalizacji. Szczególnie istotna wydaje się być kwalifikowanie pacjentów do zabiegów w AOS lub w trybie hospitalizacji ze względu na ich stan ogólny. Procedury 05.31, 05.39 z wyjątkiem zwoju nieparzystego powinny być wykonywane w warunkach hospitalizacji ze względu na gwałtowne zmiany w dystrybucji przepływu krwi i spadki ciśnienia tętniczego w pierwszej dobie po zabiegu. To samo dotyczy procedury 03.901 - również wykonywanej głównie przez anestezjologów.
		74/99	W ASO procedury neuromodulacyjne stosowane są również w Poradniach Leczenia Bólu przez różnych specjalistów - głównie anestezjologów. Poradnie Leczenia Bólu i anesteziolodzy nie zostali uwzględnione w całym opracowaniu!!! W związku z powyższym oraz wyżej opisanymi uwagami dotyczącymi procedur ambulatoryjnych 05.031, 05.039, 03.901 należy w odpowiednich procedurach szpitalnych uwzględnić również anestezjologów specjalizujących się w leczeniu bólu (legitymujących się umiejętnością leczenia bólu).
		85/99 tabela Projekt taryfy dla AOS.	1. procedura 03.901 jest zbyt nisko wyceniona. Sam cewnik do przewlekłego dokanałowego podawania leków to koszt około 4 tys zł. 2. procedura 04.80 jest blisko 10 krotnie gorzej wyceniona niż 04.81 i 04.89. Jednocześnie procedura 04.89 jednoznacznie zawiera wszystkie zabiegi „wstrzyknięcia do nerwu obwodowego” z wyjątkiem środków neurolytycznych co podważa zasadność wyodrębniania pozostałych 2 procedur. 3. brak procedury wstrzyknięcia diagnostycznego środka znieczulającego do nerwu (postulowanej przez PTBB).
13.	Stanisław Adamski	1. Uwagi ogólne	Obecny system kwalifikacji JGP oparty głównie na kodach ICD-10 i ICD-9 nie oddaje w sposób wystarczający stopnia trudności oraz kosztów leczenia guzów kręgosłupa, które nierzadko wymagają: 1. złożonych decyzji interdyscyplinarnych, 2. stosowania technik mikrochirurgicznych, neuronawigacji, neuromonitoringu, robotyki śródoperacyjnej 3. operacji w trybie pilnym w związku z niestabilnością kręgosłupa lub uciskiem na rdzeń kręgowy. A. Proponowane kryteria kwalifikacyjne do JGP a) Stopień niestabilności kręgosłupa (SINS): SINS ≥ 7: wskazanie do stabilizacji chirurgicznej SINS ≥13: kwalifikacja do grupy HK05A lub HK05B b) Status neurologiczny wg klasyfikacji Bilsky: Bilsky 2–3: ucisk na rdzeń kręgowy, wskazanie do dekompresji c) Typ nowotworu (wg algorytmu NOMS): Guzy radiooporne (nerka, czerniak, sarcoma): wyższa grupa JGP Guzy radiosensytywne (rak piersi, prostaty): niższa grupa przy braku niestabilności d) Zakres zabiegu: ≥2 poziomy instrumentacji lub corpectomia: grupa HK05A 1 poziom odbarczenia: HK04B e) Technologia i współpraca zespołów: Zastosowanie neuronawigacji, mikroskopii, neuromonitoringu, robotyki oraz współudział zespołu onkologicznego: HK05A f) Skale prognostyczne: Tomita Score (zakres 2–10): 2–3: długie przeżycie → leczenie radykalne (en bloc) 4–5: przeżycie umiarkowane → resekcja marginalna 6–7: krótkie przeżycie → leczenie paliatywne 8–10: bardzo krótkie przeżycie → leczenie objawowe Tokuhashi Revised Score (zakres 0–15): 0–8: przewidywane przeżycie <6 miesięcy → leczenie objawowe 9–11: przeżycie 6–12 miesięcy → leczenie paliatywne lub ograniczone 12–15: przeżycie >12 miesięcy → możliwa agresywna chirurgia 4. Wnioski Wnosimy o uwzględnienie:

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			skal klinicznych (SINS, Bilsky, Tokuhashi, Tomita), rodzaju guza i jego biologii (wg NOMS), zakresu i złożoności procedury chirurgicznej, zastosowania technologii wysokospecjalistycznych, rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia wysokokosztowe. W załączeniu przekazujemy przykładową checklistę kwalifikacyjną dla potrzeb grup HK04 i HK05, która mogłaby być wdrożona pilotażowo w ośrodkach referencyjnych. Checklista (Formularz kwalifikacyjny JGP HK04/HK05) Checklista kwalifikacyjna do leczenia chirurgicznego guzów kręgosłupa (proponowany załącznik do zgłoszenia JGP) Ocena SINS: ____ pkt (max 18) Ocena Bilsky: ____ (0–3) Typ guza: ____ (radiooporny / radiosensytywny) Zakres operacji: Technologie użyte w zabiegu: Stan ogólny chorego (Karnofsky / ECOG): ____ Ocena Tomita Score: ____ (2–10) Ocena Tokuhashi Revised Score: ____ (0–15) Obecność zespołu wielodyscyplinarnego (MDT): TAK / NIE Wnioskowana grupa JGP: ____ Uwagi dodatkowe: _____)
14.	Magdalena Kocot-Kępska	TABELA 5, str. 12/99	W tabeli nie uwzględniono zabiegów 04.25 (Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą), które podobnie jak 04.21 i 04.24 mogą być wykonywane w ramach AOS.
		str. 31/99	Zgodnie z raportem "świadczenia z obszaru - zabiegi nerwy obwodowe/ból głównie realizowano w szpitalach powiatowych, gminnych i miejskich", co wskazuje na konieczność tworzenia poradni leczenia bólu na poziomie niższym niż szpitale kliniczne lub wojewódzkie. Ponad 90% zabiegów inwazyjnych z zakresu H55, 25% zabiegów z zakresu A25 i 97% zabiegów z zakresu A26 w leczeniu bólu może być wykonywana nie w ramach hospitalizacji, a na poziomie AOS w poradniach leczenia bólu. Zabiegi te były wykonywane w ramach hospitalizacji głównie ze względu na znacznie lepszą ich wycenę przez płatnika oraz brak poradni leczenia bólu w lokalizacji.
		str. 33/99 wykres 25	W raporcie zwraca uwagę znaczny udział ortopedów w ilości wykonanych procedur z zakresu leczenia bólu kręgosłupa A26 i H55. W odniesieniu do zabiegów wykonywanych w leczeniu bólu lekarz specjalista ortopedii i traumatologii nie posiada odpowiedniej i aktualnej wiedzy w zakresie nowoczesnej diagnostyki i leczenia bólu, bowiem obowiązkowy kurs z zakresu diagnostyki i leczenia bólu nie jest objęty programem tej specjalizacji. Brak odpowiedniej i aktualnej wiedzy i nieprawidłowej diagnozy zespołu bólowego bez uwzględnienia mechanizmu powstawania bólu niesie ryzyko nadmiernego i niezgodnego z aktualną wiedzą kierowania pacjentów na kosztochłonne zabiegi inwazyjne (termolezja, kriolezja, dokałowe wstrzyknięcia steroidów), marnotrawienia środków publicznych bez korzyści dla pacjenta (vide wyniki kontroli NFZ). Zabiegi inwazyjne w leczeniu bólu są wykonywane tylko w określonych sytuacjach klinicznych, nie są panaceum na wszystkie dolegliwości bólowe pleców, a w niektórych zespołach bólu pierwotnego (np. niespecyficzny ból krzyża) wręcz mogą nasilić ból.
		str. 59/99	Polskie Towarzystwo Badania Bólu podtrzymuje wniosek o rozszerzenie wskazań do wszczepienia stymulatora. W celu zwiększenia nadzoru nad procedurą i zmniejszenia ryzyka nieprawidłowej kwalifikacji do zabiegu, każdorazowo kwalifikacja do założenia stymulatora powinna być wielospecjalistyczna z udziałem lekarza posiadającego umiejętność w zakresie medycyny bólu, neurochirurga, i psychologa. PTBB proponuje wprowadzenie sprawozdawczości dotyczącej liczby poziomów kręgosłupa, na których dokonano zabiegów ablacyjnych z grupy HK14. W dokumentacji pacjentów zgłaszających się do poradni leczenia bólu po nieskutecznych zabiegach termolezji/kriolezji wykonywanych w ramach hospitalizacji brak tej informacji utrudnia planowanie leczenia, ponadto częste są sytuacje, gdzie opisywany w karcie informacyjnej ww. zabieg wykonywano tylko na 1 poziomie kręgosłupa, co ze względu na anatomię kręgosłupa na pewno nie da efektu przeciwbólowego, jest marnotrawieniem środków publicznych i pogarsza stan pacjentów.
		str. 82/99 tabela 37	Procedura 04.89 zawiera wszystkie zabiegi wstrzyknięcia do nerwu obwodowego poza 04.81, dlatego postulujemy brak wyodrębniania procedury 04.80 i pozostawienie w katalogu AOS dwóch procedur: 04.81 i 04.89 z podobną wyceną. W okolicy nerwu obwodowego można wstrzykiwać steroidy, inne leki adjuwantowe, ale technika, umiejętności, konieczne wyposażenie i monitorowanie nie różnią się od procedury 04.81.