



Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji

Aneks do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

WT.521.18.2016

Świadczenia gwarantowane obejmujące **leczenie chorób kręgosłupa**

Data ukończenia 22.10.2025

Spis treści

1. Problem decyzyjny	3
2. Propozycja zmian	4
2.1. Zmiany wprowadzane aneksem.....	4
3. Projekt taryfy i wpływ na budżet Płatnika	6

1. Problem decyzyjny

W odpowiedzi na uwagi zgłoszone do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji po opublikowaniu 22 lipca 2025 roku w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT raportu taryfikacyjnego nr WT.521.18.2016, dokonano zmian w zakresie:

- nazwy grupy JGP HK07 *Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdyiskowe)*,
- wprowadzenia obowiązku raportowania przez świadczeniodawców informacji o zastosowanej metodzie wykonania zabiegu, w tym rozszerzenie:
 - listy grup JGP objętych obowiązkiem sprawozdawczości,
 - listy procedur opisujących technikę przeprowadzonego zabiegu,
- grup JGP objętych obowiązkiem sprawozdawczości liczby operowanych poziomów kręgosłupa oraz poziomów lezji.

Zaproponowane w niniejszym aneksie zmiany wynikają z uwag zgłoszonych w toku konsultacji oraz z przeprowadzonych dodatkowych analiz, które wykazały różnice w kosztach procedur, rosnących wraz z liczbą operowanych poziomów kręgosłupa, a także zależnych od zastosowanej metody operacyjnej.

2. Propozycja zmian

2.1. Zmiany wprowadzane aneksem

Mając na uwadze, że wartość taryf została ustalona z uwzględnieniem procentowego udziału poszczególnych procedur, przy czym w grupie *HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdykowe)** procedury wewnątrztrzonowe stanowią dominującą część tej grupy oraz generują wyższe koszty w porównaniu z pozostałymi procedurami, rekomenduje się skrócenie nazwy grupy do brzmienia *HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa*. Zmiana ta pozwoli wyeliminować potencjalne nieścisłości interpretacyjne.

Uwzględniając różnice wynikające ze stosowanych technologii i technik operacyjnych, a tym samym właściwe zróżnicowanie pacjentów pod względem rzeczywistej kosztowności leczenia, istotne jest dokładne raportowanie przez świadczeniodawców pełnego zakresu procedur medycznych.

W związku z powyższym, zasadne jest wdrożenie przez Płatnika mechanizmu, który zobowiąże świadczeniodawców do obowiązkowego sprawozdawania realizacji tych procedur. Pozwoli to pozyskać rzetelne dane niezbędne do właściwej oceny kosztów leczenia w ramach kolejnych prac taryfikacyjnych – po roku od wejścia w życie proponowanych taryf, zgodnie z rekomendacjami zawartymi w raporcie.

Mając powyższe na względzie rekomenduje się uzupełnienie danych sprawozdawczych o informację dotyczącą **techniki wykonania zabiegu**, poprzez przypisanie jednej z poniższych procedur ICD-9 (kody i nazwy procedur do ustalenia na poziomie Płatnika celem zachowania spójności w systemie):

- 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową/laparoskopową,
- XX.XX Zabieg wykonany techniką otwartą/klasyczną,
- XX.XX Zabieg wykonany metodą zamkniętą z wyłączeniem systemu robotowego, techniki endoskopowej lub laparoskopowej (np. mikroskopowo).

Propozycja ta dotyczy grup zabiegowych: **od HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. * do HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów * oraz HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów.**

Dodatkowo, w odpowiedzi na przekazane uwagi, rekomenduje się wprowadzenie obowiązku sprawozdawczości:

- liczby **poziomów kręgosłupa** w grupach JGP:
 - HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. *
 - HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. *
 - HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej > 65 r.ż. *
 - HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej < 66 r.ż. *
 - HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa *
- liczby **poziomów lezji** w:
 - grupie HK14 Zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych - ablacyjne zabiegi przeciwbólowe *
 - procedurach realizowanych w AOS (w przypadku możliwości technicznych po stronie Płatnika):

- 04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą
- 04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą.

Informacje pozyskane w ramach sprawozdawczości pozwolą na porównanie kosztów hospitalizacji w obrębie tych samych grup JGP oraz – w przypadku istotnych różnic kosztowych – wyodrębnienie świadczeń lub nałożenie współczynników korygujących.

Uwzględnienie rozszerzonych kodów ICD-9 w katalogu świadczeń przyczyni się do uporządkowania i doprecyzowania stosowanych procedur medycznych, zwiększając przejrzystość procesu sprawozdawania świadczeń. Rozszerzenie klasyfikacji pozwoli również na bardziej dokładne odwzorowanie rzeczywistego przebiegu leczenia oraz zakresu przeprowadzonych interwencji. Jednocześnie ograniczy to ryzyko nadużyć związanych z tzw. *upcodingiem*, czyli przypisywaniem pacjentów do grup rozliczeniowych zapewniających wyższą refundację, niż wynika to z faktycznie wykonanych procedur.

3. Projekt taryfy i wpływ na budżet Płatnika

Proponowane do wdrożenia zmiany nie wpływają na wysokość projektów taryf zaprezentowanych w raporcie taryfikacyjnym nr WT.521.18.2016.

Wpływ na budżet Płatnika, w wyniku implementacji zmian wskazanych w przedmiotowym aneksie, również nie ulegnie zmianie.