



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

Odbarczenie kanału kręgowego – inne, Foraminotomia (grupa JGP A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym)

Opracowanie na potrzeby wydania taryfy

Nr: WT.541.9.2016

Data ukończenia: 29.04.2016

Wykaz skrótów

Agencja, AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

ICD-10 - (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

ICD-9 - (ang. *International Classification System For Surgical, Diagnostic And Therapeutic Procedures*) Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych

JGP - Jednorodne Grupy Pacjentów

MZ - Ministerstwo Zdrowia

nd – nie dotyczy

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

Ustawa o świadczeniach – Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.)

Świadczenie opieki zdrowotnej – zbiór wszystkich elementów świadczenia: rzeczowych oraz towarzyszących, udzielonych podczas pojedynczego kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą

Świadczeniodawca – zgodnie z ustawą o świadczeniach jest nim:

- a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
- b) osoba fizyczna inna niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
- c) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;

Spis treści

1. Problem decyzyjny	4
2. Oceniane świadczenie	5
2.1. Charakterystyka świadczenia.....	5
2.1.1. Problem zdrowotny.....	5
2.1.2. Foraminotomia.....	5
2.1.1. Inne odbarczenie kanału kręgowego.....	6
2.2. Sposób oraz poziom finansowania w Polsce.....	6
2.3. Analiza popytu i podaży	8
2.4. Sposób oraz poziom finansowania w innych krajach.....	12
2.4.1. Litwa	12
2.4.2. Serbia	12
2.4.3. Wielka Brytania.....	12
2.4.1. Szwajcaria	12
2.4.2. Niemcy.....	13
2.5. Cenniki komercyjne	13
3. Taryfa.....	19
3.1. Pozyskanie danych	19
3.2. Ustalenie taryfy.....	21
3.2.1. Projekt taryfy.....	21
3.3. Wpływ na budżet płatnika publicznego	22
4. Kluczowe informacje i wnioski	23
5. Źródła.....	24
6. Załączniki	25

1. Problem decyzyjny

Celem opracowania jest weryfikacja wyceny gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej, w oparciu o analizę kosztów przedstawionych przez świadczeniodawców, i zaproponowanie nowej taryfy odzwierciedlającej wyniki analiz.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 roku (MKL-IK-454532/16), w którym polecono przeprowadzenie analiz mających na celu wytypowanie grup z ujętych w planie taryfikacji na 2016 rok sekcji E, H i N oraz innych świadczeń, nieujętych w planie taryfikacji, których wycena jest niewspółmiernie wysoka bądź niewspółmiernie niska w stosunku do kosztów realizacji. Podstawę wyboru świadczeń miała stanowić ich analiza z uwzględnieniem poniższych kryteriów:

- wysoki wpływ na budżet płatnika publicznego;
- wysoka wartość jednostkowa;
- realizacja przez podmioty for-profit;
- wysoki udział kosztów leków/ wyrobów medycznych w pojedynczym świadczeniu;
- informacje od uczestników rynku;
- ocena zasadności podaży świadczeń (ryzyko wystąpienia hazardu moralnego ze strony świadczeniobiorców oraz ryzyko nadużycia ze strony świadczeniodawców).

Dla wytypowanych w ten sposób świadczeń Prezes Agencji ma ustalić wysokości taryf do dnia 30 czerwca 2016 roku. W pracach pod uwagę wziąć należy również liczbę osób oczekujących oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, a także strukturę i dynamikę rynku świadczeń opieki zdrowotnej.

Wykaz świadczeń wytypowanych, zgodnie z powyższymi kryteriami, jako potencjalnie przeszacowane, został przekazany Ministrowi Zdrowia pismem z dnia 16.02.2016 r. znak: AOTMiT-WT-530-5/GS/2015. Minister w swoim piśmie z dnia 16.02.2016 r. znak: IK:490846 wyraził akceptację dla zaproponowanego przez Agencję wyboru.

2. Oceniane świadczenie

Przedmiotem opracowania są dwie najliczniej realizowane w grupy A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym procedury: 03.094 Foraminotomia oraz 03.099 Odbarczenie kanału kręgowego – inne.

2.1. Charakterystyka świadczenia

2.1.1. Problem zdrowotny

Konsekwencją rosnącej długości życia i rozpowszechnienia chorób cywilizacyjnych jest wzrost liczby osób cierpiących z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa. Jednocześnie przybywa osób wymagających leczenia operacyjnego – liczba pacjentów poddanych dużym zabiegom na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym wynosiła w Polsce: 38,9/100 tysięcy mieszkańców w 2013 r. i 41,5/100 tysięcy mieszkańców w 2014 r. W związku z rosnącym zapotrzebowaniem na tego typu zabiegi niezwykle istotna jest ich właściwa wycena [9].

Zmniejszenie rozmiarów i zniesienie fizjologicznego kształtu kanału kręgowego najczęściej jest konsekwencją rozwoju zmian zwyrodnieniowych. Rzadszą przyczyną kompresji elementów nerwowych jest wystąpienie zmian nowotworowych w obrębie kręgosłupa.

W przebiegu procesów zwyrodnieniowych dochodzi do:

- zmian degeneracyjnych w obrębie krążka międzykręgowego, prowadzących do uszkodzenia pierścienia włóknistego i przemieszczenia jądra miazdżystego,
- powstawania wyrostów kostnych – osteofitów w miejscach największego przeciążenia kręgosłupa, w szczególności na krawędziach trzonów kręgów i stawów międzykręgowych,
- zmian w przykręgosłupowych tkankach miękkich – przerostu więzadła żółtego i torebek stawowych, powstawania zbliznowaceń i zwłóknień [1] [2] [3].

Ucisk nerwów rdzeniowych objawia się bólem kręgosłupa, często promieniującym do kończyn dolnych. W przypadku znacznego zwężenia kanału kręgowego dochodzi do wystąpienia chromania neurogennego, zespołów korzeniowych oraz w skrajnych sytuacjach zespołu ogona końskiego [4].

Jeżeli prowadzone leczenie zachowawcze nie przynosi efektów, pojawiają się bardzo nasilone dolegliwości bólowe, zaburzenia czynności zwieraczy, zaburzenia czucia i wystąpienie niedowładów, należy rozważyć leczenie operacyjne. Kwalifikacja do operacyjnego odbarczenia kanału kręgowego odbywa się na podstawie badania fizykalnego oraz wyników badań obrazowych, takich jak RTG, TK i MRI. W niektórych przypadkach stosuje się też badania elektrofizjologiczne – EMG oraz badanie somatosensorycznych potencjałów wywołanych.

2.1.2. Foraminotomia

Jednym z częściej wykonywanych zabiegów odbarczających uciśnięte korzenie nerwowe w otworze międzykręgowym jest foraminotomia. Wykonywana jest ona po otwarciu dostępu do kanału kręgowego. Polega na poszerzeniu otworu międzykręgowego, skąd wychodzi nerw korzeniowy.

Foraminotomia stosowana jest w przypadku zwężenia kanału kręgowego i otworu międzykręgowego oraz nacisku na korzeń nerwu. Nie wymaga stosowania implantów, ponieważ podczas operacji nie dochodzi do uszkodzenia struktur odpowiedzialnych za stabilność kręgosłupa.

Przed operacją konieczne jest przeprowadzenie dokładnych badań (Rtg i MRI), dzięki któremu można precyzyjnie określić miejsce i zakres zabiegu. W trakcie trwania zabiegu powinien być zapewniony śródoperacyjny podgląd Rtg.

Foraminotomia zabiegiem małoinwazyjnym. W celu zmniejszenia urazu operacyjnego używa się mikroskopów, a także endoskopu z własnym źródłem światła. Dzięki ograniczeniu obrażeń tkanek podczas zabiegu i minimalizacji rany operacyjnej (w efekcie: zmniejszone krwawienie, ból i obrzęk pooperacyjny), skraca się czas rekonwalescencji i pacjent może dużo szybciej powrócić do sprawności i aktywności sprzed zabiegu. Pacjent może opuścić szpital nawet po jednej dobie od operacji.

2.1.1. Inne odbarczenie kanału kręgowego

Inną powszechną metodą operacyjną jest odbarczenie kanału kręgowego, które polega na usunięciu struktur chrzęstno-kostnych i miękotkankowych zwężających światło kanału, w celu zniesienia ucisku wywieranego na okoliczne struktury – worek oponowy, korzenie nerwowe i kręgowo naczynia krwionośne.

Odbarczenie kanału kręgowego wykonuje się w znieczuleniu ogólnym, dotchawiczym. W celu weryfikacji poziomu operacyjnego wykorzystuje się przenośny aparat RTG. Stosowane są różne techniki operacyjne – od klasycznych, po metody minimalnie inwazyjne. Zabiegi przeprowadza się z użyciem mikroskopu operacyjnego. Po wykonaniu cięcia skórniego o długości około kilku centymetrów nad zmienionym chorobowo odcinkiem kręgosłupa i odwarstwieniu mięśni przykręgosłupowych usuwa się struktury powodujące ucisk elementów nerwowych.

Jedną z najczęściej stosowanych metod odbarczania jest laminektomia. Zabieg ten polega na obustronnym usunięciu kompleksu więzadeł tylnych kręgosłupa wraz z wyrostkiem kolczystym i blaszką łuku kręgu oraz częścią stawów międzykręgowych. Inną techniką jest hemilaminektomia, która polega na jednostronnym usunięciu łuku kręgu, więzadła żółtego i części stawu międzykręgowego, oszczędzając jednocześnie wyrostek kolczysty i więzadła długie kręgosłupa [5]. Mniej inwazyjnymi metodami są laminotomia, podczas której usuwa się jedynie część blaszki łuku kręgu, skośna laminotomia, gdzie z jednostronnego dostępu operacyjnego wykonuje się odbarczenie struktur nerwowych kanału kręgowego po obu stronach oraz laminoplastyka służąca poszerzeniu łuków kręgowych przy zachowaniu stawów międzywyrostkowych [6] [7]. Inną mało inwazyjną techniką jest fenestracja, w czasie której usuwa się część łuków kręgowych wraz z więzadłami żółtymi i fragmentem jądra miazdżystego uciskającego struktury nerwowe [8].

Czas hospitalizacji wynosi od 2 do 5 dni. Powrót do sprawności zależy od rodzaju zabiegu, przebiegu rekonwalescencji, wykonywanego zawodu i wynosi zazwyczaj od 6 do 12 tygodni. Powrót do pełnej aktywności fizycznej i uprawiania sportu zazwyczaj nie przekracza 3 miesięcy.

2.2. Sposób oraz poziom finansowania w Polsce

Procedury 03.094 *Foraminotomia* oraz 03.099 *Odbarczenie kanału kręgowego - inne* finansowane są ze środków płatnika publicznego w rodzaju leczenie szpitalne, w ramach grupy A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym. Zasady rozliczenia określone zostały w *zarządzeniu nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne*. Świadczenia te mogą być realizowane w ramach hospitalizacji lub hospitalizacji planowej. W tabeli poniżej zamieszone zostały wartości punktowe grupy A22 dla poszczególnych trybów hospitalizacji oraz pozostałe definiujące tą grupę informacje. Cena punktu ustalana jest indywidualnie podczas negocjacji płatnika ze świadczeniodawcami, a oczekiwana wartość jednego punktu wynosi 52 zł.

Tabela 1. wartość punktowa grupy A22 w 2015 r.

kod grupy	kod produktu	nazwa grupy	wartość punktowa - hospitalizacja	wartość punktowa - hospitalizacja planowa	liczba dni pobytu finansowana grupą	wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni	wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą
A22	5.51.01.0001022	Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym	223	212	28	45	6

Źródło: NFZ

Świadczenia te mogą być realizowane w następujących zakresach:

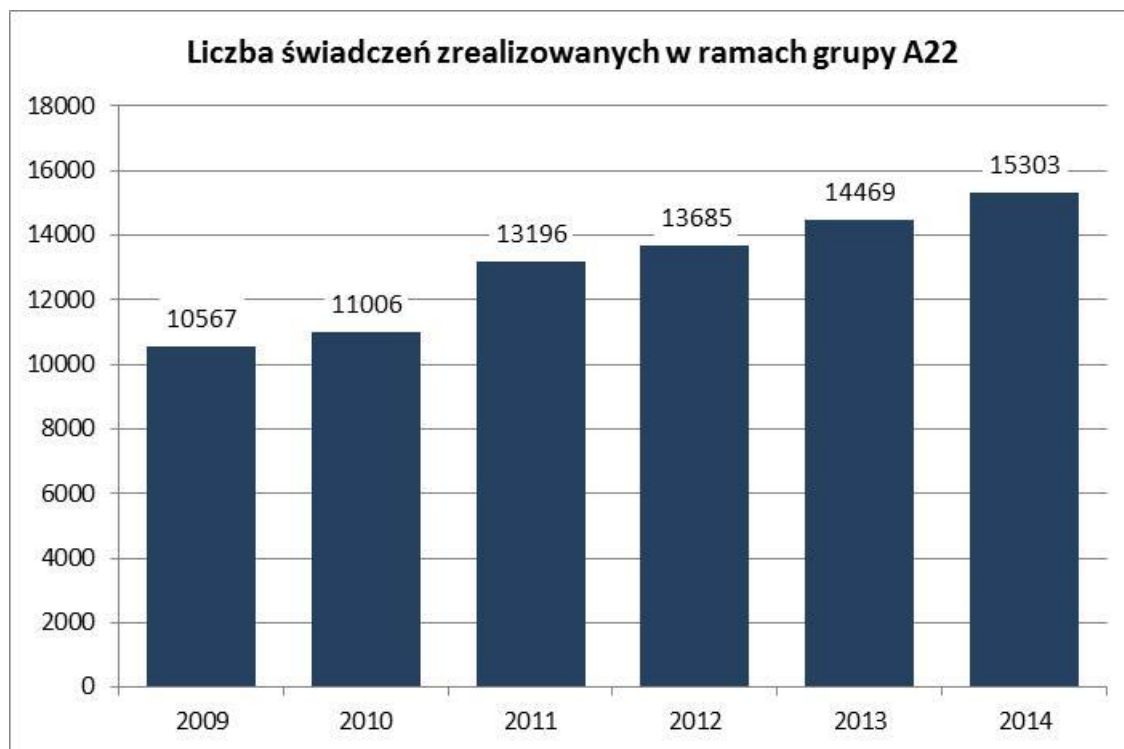
- chirurgia dziecięca
- neurochirurgia, w tym dziecięca
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu, w tym dziecięca

W przepisach prawa brak jest określonych warunków realizacji dedykowanych tym świadczeniom, natomiast w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z 2014 r. poz.1441 oraz z 2015 r. poz.1301 i 1612) wskazane zostały warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej.

Foraminotomia oraz inne odbarczenie kanału kręgowego to procedury najliczniej sprawozdawane w grupie A22. Ich łączny udział w realizacji wszystkich świadczeń rozliczonych w tej grupie w roku 2014 wyniósł 77%.

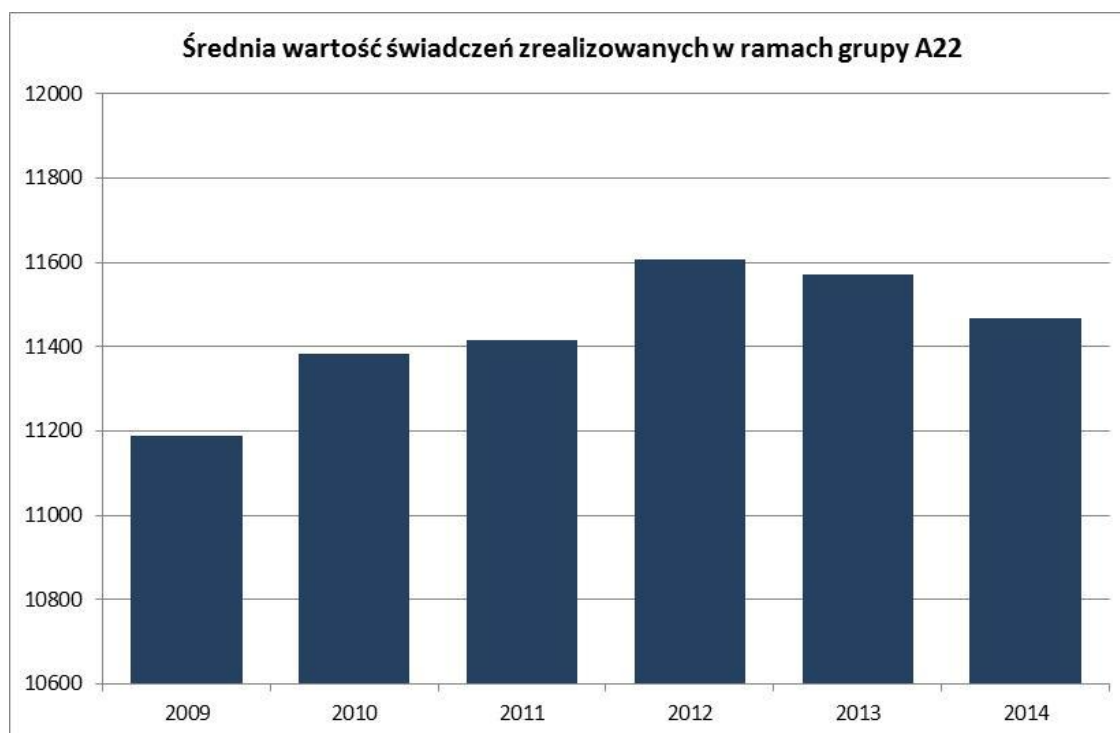
Świadczenia w tej grupie udzielane były przede wszystkim osobom w wieku od 19 do 60 lat, w nieco większej części mężczyznom niż kobietom. Dominanta czasu pobytu wyniosła 4 dni, a najczęstszym trybem przyjęcia było przyjęcie planowe na podstawie skierowania. Ponad 80% świadczeń zrealizowano w zakresie neurochirurgia.

Od roku 2009 można zaobserwować stały wzrost liczby świadczeń rozliczanych w tej grupie.



Wykres 1. Liczba świadczeń zrealizowanych w grupie A22 w latach 2009-2014

Średnia wartość hospitalizacji ulegała w okresie od 2009 do 2014 roku nieznacznym zmianom.¹



Wykres 2. Średnia wartość świadczeń rozliczanych w grupie A22 w latach 2009-2014

Wartość świadczeń rozliczonych grupą A22 wyniosła w 2014 r. blisko 175,5 mln zł, pochłaniając 0,24% budżetu przeznaczanego na leczenie szpitalne oraz 0,13% całkowitego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r.

2.3. Analiza popytu i podaży

W trakcie prac analitycznych podjęta została próba dokonania oceny popytu na świadczenia opieki zdrowotnej oraz podaży tych świadczeń. Przez popyt rozumiana jest głównie liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania na jego udzielenie. Podaż zaś definiowana jest poprzez poziom realizacji danego świadczenia przez podmioty lecznicze, a także potencjał do realizacji tych świadczeń wyrażony wielkością posiadanej infrastruktury i zatrudnionego personelu.

W odniesieniu do wielkości popytu na świadczenia, podstawowym źródłem informacji dotyczących dostępności do świadczeń były dane o liczbie osób oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w „Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne”. Lista oczekujących prowadzona jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Należy

¹ <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/KatalogJGP.aspx>

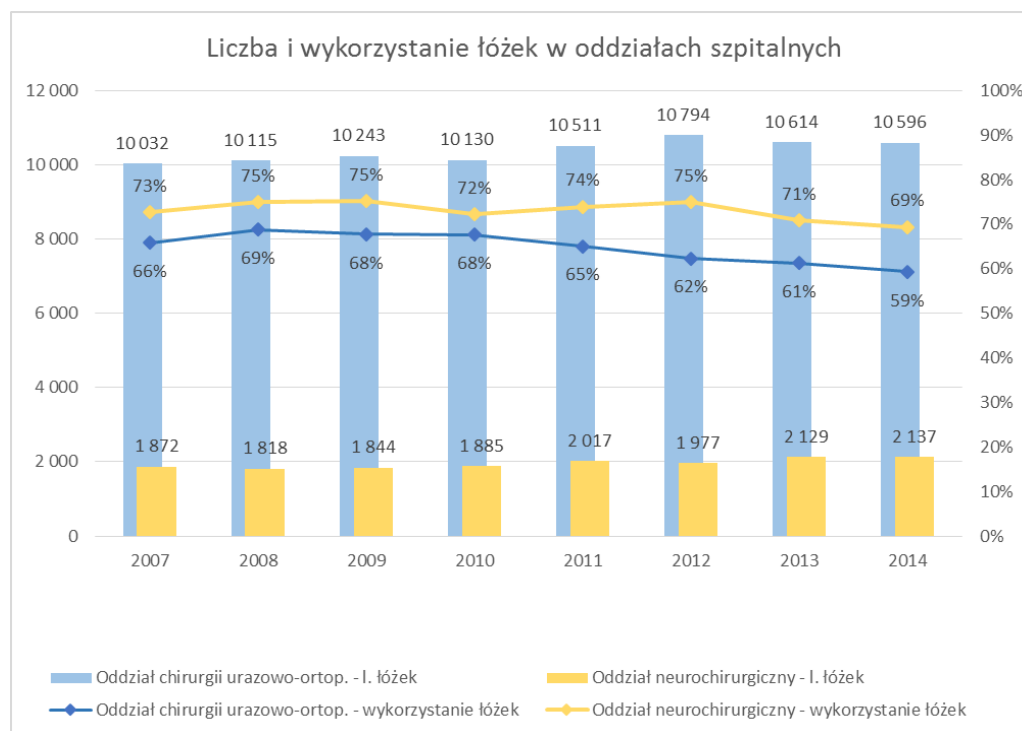
jednak mieć na względzie fakt, iż listy oczekujących prowadzone są, poza kilkoma wyjątkami, do komórki organizacyjnej (oddziału, pracowni), a nie do konkretnego świadczenia. Dlatego też uzyskanie dokładnych i miarodajnych informacji w tym zakresie jest niemożliwe.

Mając na uwadze powyższe, w celu najlepszego przybliżenia poziomu dostępności do świadczeń, pod uwagę wzięte zostały dane ze wszystkich komórek organizacyjnych realizujących taryfikowane świadczenie, w proporcji odpowiadającej udziałowi w realizacji świadczeń wg statystyk Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dodatkowym źródłem informacji o dostępności do świadczeń medycznych było zestawienie tworzone cyklicznie raz na cztery miesiące przez Fundację Watch Health Care. Publikowane dane dotyczą 43 dziedzin medycyny, w obrębie których wyszczególniono wybrane świadczenia, które w opinii autorów są ważne z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa.

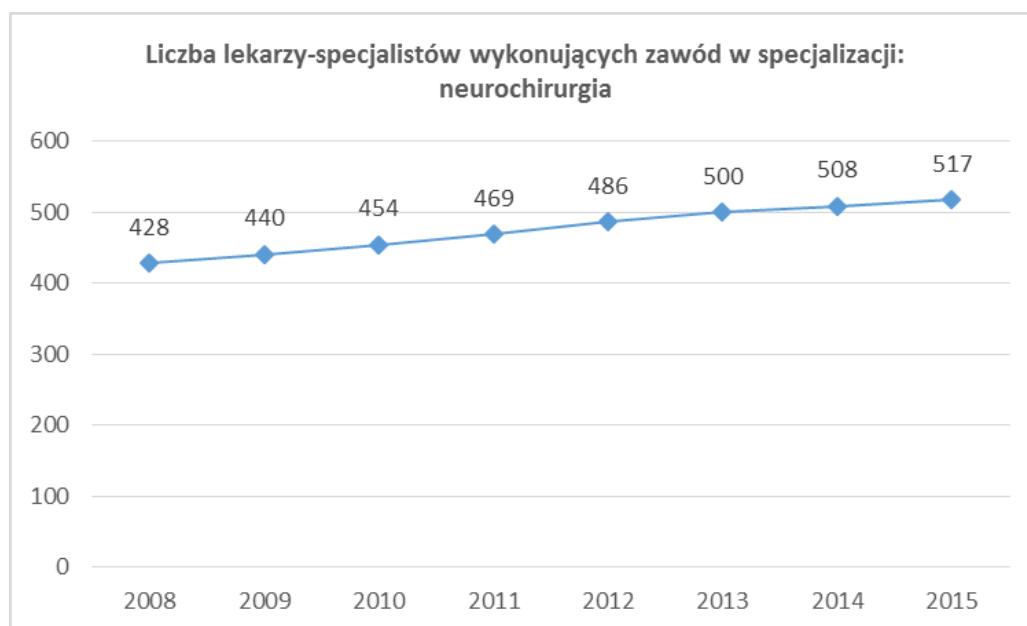
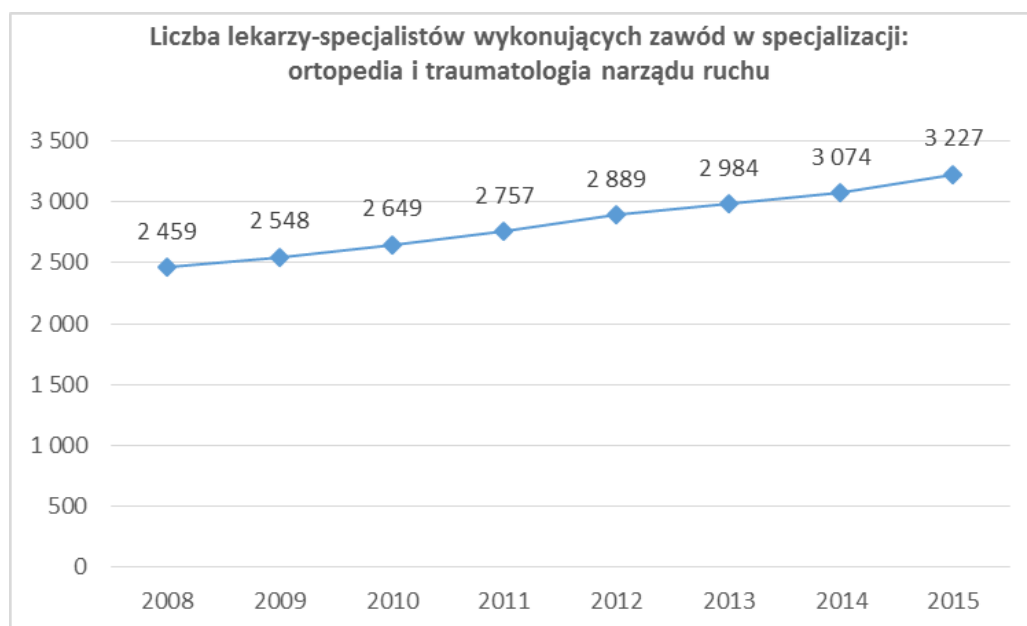
Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń zostało oparte o analizę liczby podmiotów realizujących dane świadczenie, liczby łóżek oraz liczby lekarzy specjalistów z danej dziedziny medycyny. Korzystano z publicznie dostępnych źródeł informacji, takich jak sprawozdania podmiotów medycznych gromadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Liczba łóżek oraz poziom ich wykorzystania oszacowane zostały na podstawie danych publikowanych w „Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia”. W celu określenia potencjału do realizacji świadczeń dokonano również analizy trendu i zmian liczby lekarzy zatrudnionych w podmiotach realizujących taryfikowane świadczenia.

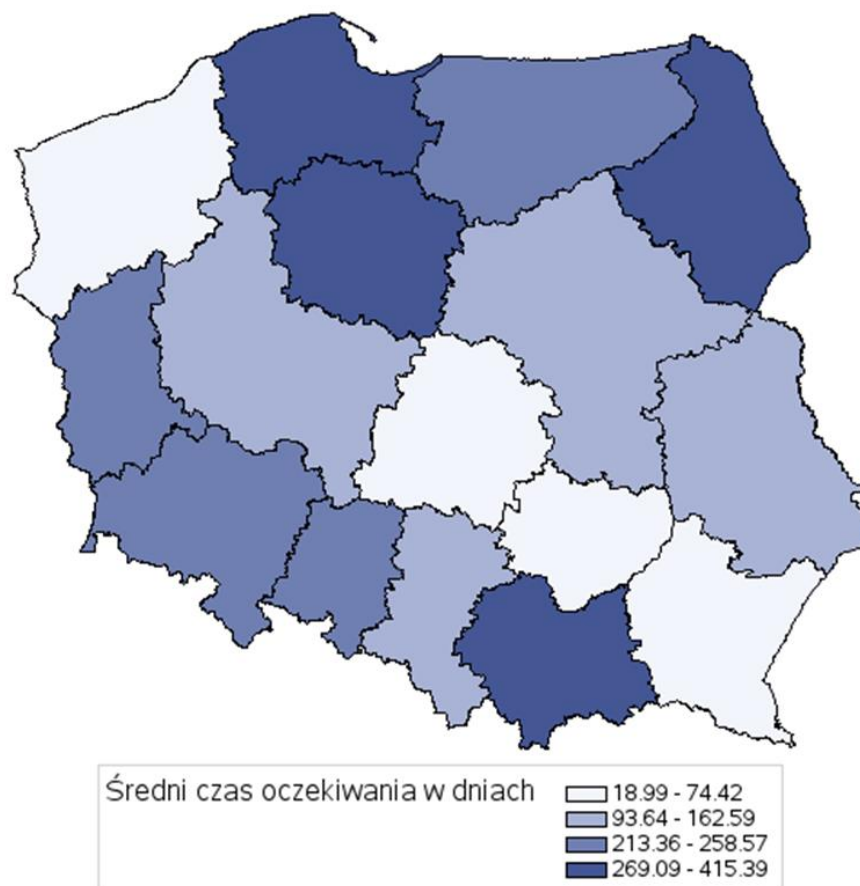
Poniższe wykresy obrazują wyniki tych analiz w odniesieniu do grupy A22.



Wykres 3. Liczba i wykorzystanie łóżek szpitalnych w oddziałach realizujących procedury z grupy A22²

² Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za lata 2007-2014. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Wykres 4. Specjaliści neurochirurdzy wykonujący zawód (2008-2015)³Wykres 5. Specjaliści ortopedzi traumatolodzy wykonujący zawód (2008-2015)⁴³ Źródło: Naczelna Izba Lekarska⁴ Źródło: Naczelna Izba Lekarska



Rysunek 1. Średni czas oczekiwania w dniach (przypadki stabilne) do świadczeniodawców realizujących procedury z grupy A22 w podziale na województwa⁵

⁵ stan na 03 2016

2.4. Sposób oraz poziom finansowania w innych krajach

Koszty zabiegów operacyjnego odbarczenia kanału kręgowego za granicą są bardzo zróżnicowane. Należy zaznaczyć, że porównanie tych kosztów ma jedynie charakter poglądowy.

W dalszej części przedstawione zostały rozwiązania w tym zakresie przyjęte w wybranych krajach.

2.4.1. Litwa

Duże zabiegi kanału i rdzenia kręgowego (w tym odbarczenie i foraminotomia) rozliczane są według katalogu DRG w grupie szpitalnej. Podstawowe, minimalne koszty grupy, związane także z powikłaniami, chorobami współistniejącymi, ryzykiem itp., wynoszą ok. 1 033-2 062 € (4 406-8 795 zł).

2.4.2. Serbia

Oficjalne ceny serbskie zabiegów grupy A22 to 12 280 RSD (441 zł). Zgodnie z informacjami przekazanymi przez stronę serbską, są to ceny niemiarodajne.

2.4.3. Wielka Brytania

Tabela 2. Koszty referencyjne zabiegów odbarczających kręgosłupa w Wielkiej Brytanii

Grupa	Opis	Koszt (£)	Koszt (zł)
HC62A	Very Major Extradural Spinal Procedures with CC Score 4+	9 964,13	60 491
HC62B	Very Major Extradural Spinal Procedures with CC Score 2-3	6 745,85	40 953
HC62C	Very Major Extradural Spinal Procedures with CC Score 0-1	5 789,84	35 150
HC63A	Major Extradural Spinal Procedures with CC Score 4+	8 020,05	48 689
HC63B	Major Extradural Spinal Procedures with CC Score 2-3	5 628,09	34 168
HC63C	Major Extradural Spinal Procedures with CC Score 0-1	4 632,62	28 124

Źródło: National Schedule of Reference Costs Year : 2014 - 15 - All NHS trusts and NHS foundation trusts - HRG Data.

2.4.1. Szwajcaria

Tabela 3. Wartość grupy I10C w Szwajcarii w 2016 r.

DRG	Opis	Waga kosztowa	Średni czas trwania (w dniach)	Pierwszy dzień z odcięciem	Odcięcie (za dzień)	Pierwszy dzień z dopłatą	Dopłata (za dzień)
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, Alter > 15 Jahre	1,068	6	1	0,261	12	0,077

Koszt hospitalizacji może się różnić w zależności od szpitala, w którym dokonano zabiegu (różna stawka bazowa, zmienna dla różnych landów i ośrodków). Dla średniej stawki bazowej 11 000 CHF możliwy koszt operacji z grupy I10C to 11 748 CHF (45 968 zł).

2.4.2. Niemcy

Tabela 4. Koszty zabiegów odbarczających kręgosłupa w Niemczech wg G-DRG

DRG	Opis	Współczynnik kosztowy dla oddziału	Średni czas trwania	Dolna granica		Górna granica		przeniesienie poza oddział – redukcja współczynnik kosztowy/dzień
				pierwszy dzień z redukcją	Współczynnik kosztowy/dzień	pierwszy dzień z opłatą dodatkową	Współczynnik kosztowy/dzień	
I10B	Andere Eingr. an der WS mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl., od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an WS, Spinalkanal und Bandscheibe ohne auß. schw. CC od. best. and. Operationen an der WS mit auß. schw. CC und > 1 BT	2,116	8,8	2	0,304	18	0,073	0,093
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, mit intervertebralem Cage 1 Segment oder bei best. Spinalkanalstenose oder best. Bandscheibenschäden oder Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat	1,606	6,3	1	0,315	12	0,070	0,086
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat	1,516	7,7	2	0,247	16	0,067	0,085

Przybliżone średnie koszty grup z zabiegami odbarczającymi wynoszą od 3 312 € do 7 008 € (od 14 096 zł do 29 826 zł).

2.5. Cenniki komercyjne

Poza świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych pacjenci w Polsce korzystają z usługi niepublicznych podmiotów leczniczych, które finansowane są głównie poprzez opłatę za usługę (*fee for service*).

W przypadku świadczeń zabiegowych całkowity koszt nabycia takiej usługi na rynku komercyjnym obejmuje obok zabiegu operacyjnego konsultację przedoperacyjną, a także w części przypadków koszty badań diagnostycznych zleconych przed zabiegiem. Podczas konsultacji przedoperacyjnej omówiony zostaje szczegółowo sam zabieg jak i jego koszty oraz pacjent otrzymuje wykaz badań diagnostycznych, które należy wykonać przed zabiegiem. Przed zabiegiem pacjent odbywa rozmowę z anestezjologiem.

Informacje o cenach komercyjnych poszczególnych świadczeń wyszukiwano wśród świadczeniodawców realizujących takie usługi. Byli oni identyfikowani na podstawie analizy treści stron internetowych podmiotów poprzez wyszukiwarki internetowe. W przypadku części podmiotów cenniki były dostępne bezpośrednio na stronach internetowych z adnotacją, że „Podane ceny usług medycznych są publikowane tylko w celach informacyjnych i nie stanowią oferty handlowej wg art. 66 § 1 Kodeksu Cywilnego (co oznacza, że jest to jedynie zaproszenie do zawarcia umowy wg art. 71 KC). Podane ceny mogą ulec zmianie. Zastrzegamy

sobie prawo do zmian". Poziom szczegółowości dostępnych cenników był różny – w części szczegółowo określano cenę zabiegu wraz z jej składowymi (np. ceną wyrobu medycznego), w innych cena była wskazywana ogólnie bez szczegółowego wymienienia, co jest wliczone z cenę zabiegu operacyjnego lub też przedstawiony był zakres cen (od ceny minimalnej do maksymalnej).

Pozostała część podmiotów leczniczych odsyłała pacjentów poprzez formularz lub też numer telefonu dostępny na stronie internetowej do kontaktu celem umówienia się na wizytę i ustalenia szczegółów zabiegu oraz kosztów z nim związanych. W przypadku braku informacji podjęto próbę pozyskania jej telefonicznie.

Ustalenie krajowych cen komercyjnych dla zabiegów odbarczenia kanału kręgowego jest trudne, ze względu na jednoczesowe wykonywanie omawianej procedury z innymi zabiegami w obrębie kręgosłupa, związanymi z jego stabilizacją, usunięciem przepukliny jądra miazdżystego oraz usunięciem krążka międzykręgowego. Wiele z tych procedur wymagało zastosowania implantów, co dodatkowo podwyższało proponowany koszt zabiegu i utrudniało ustalenie rzeczywistej ceny odbarczenia kanału kręgowego.

Na podstawie analizy dostępnych cenników można przyjąć, że komercyjne ceny dekompresji kanału kręgowego wahają się od 5 500 zł do około 25 000 zł.

Tabela 5. Ceny komercyjne zabiegów dekompresji kanału kręgowego

Podmiot leczniczy	Miasto	Usługa	Cena (zł)		
			procedura	implant	razem
Copernicus	Gdańsk	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym z dostępu tylnego	10 000		10 000
Copernicus	Gdańsk	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym z dostępu tylnego ze stabilizacją międzykolcową	10 000	4 000	14 000
Copernicus	Gdańsk	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowym lub lędźwiowym z dostępu przedniego (implant stały)	20 000	2 000	22 000
Copernicus	Gdańsk	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowym lub lędźwiowym z dostępu przedniego (proteza dynamiczna)	20 000	10 000	30 000
Copernicus	Gdańsk	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowym lub lędźwiowym z dostępu tylnego - jeden poziom	20 000	6 000	26 000
Copernicus	Gdańsk	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym z dostępu przedniego (implant stały)	15 000	1 500	16 500
Copernicus	Gdańsk	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym z dostępu przedniego (proteza dynamiczna)	15 000	10 000	25 000
Copernicus	Gdańsk	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym z dostępu tylnego	10 000		10 000
Cskmwia	Warszawa	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym-operacyjne z dostępu przedniego (z kosztem implantu)			27 000
Cskmwia	Warszawa	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowym i/lub lędźwiowym-operacyjne z dostępu przedniego (z kosztem implantu)			25 000
Cskmwia	Warszawa	Odbarczenie struktur nerwowych rdzenia - powtórna eksploracja na uprzednio operowanym poziomie			20 000

Cskmwia	Warszawa	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-łędźwiowym - operacyjne z dostępu tylnego (z kosztem implantu)			25 000
Eskulap	Bydgoszcz	Dyscectomia szyjna z dostępu przedniego ze stabilizacją międzytrzonową (z kosztem implantu)			11 000
Eskulap	Bydgoszcz	Microdyscectomia łędźwiowa (1 poziom)			8 200
Eskulap	Bydgoszcz	Microdyscectomia łędźwiowa-reoperacja			16 500
Euromedic	Katowice	Konsultacja ortopedyczna profesorska			250
Euromedic	Katowice	Operacyjne usunięcie dysku w odcinku łędźwiowym poprzez mikrodyscektomię bez zastosowania implantu	7 000		
Euromedic	Katowice	Operacyjne odbarczenie stenozy kanału kręgowego w odcinku łędźwiowym bez zastosowania implantu	8 000		
Euromedic	Katowice	Operacyjne usunięcie dysku w odcinku szyjnym z zastosowaniem implantu międzytrzonowego	9 000		
Euromedic	Katowice	Operacyjne usunięcie dysku w odcinku łędźwiowym poprzez mikrodyscektomię z zastosowaniem implantów (stabilizacja transpedikularna i międzytrzonowa)	9 000	3 000	12 000
Euromedic	Katowice	Operacyjne odbarczenie stenozy kanału kręgowego w odcinku łędźwiowym z zastosowaniem implantów (stabilizacja transpedikularna i międzytrzonowa)	11 000	4 000	15 000
szpital im. Dietla	Kraków	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego (odbarczenie korzeni rdzeniowych w odcinku łędźwiowym)			4 000 - 12 000
szpital im. Rydygiera	Kraków	Koszt osobodnia opieki pacjenta (komercyjna doba hotelowa) komercyjna doba hotelowa - nie uwzględnia kosztów pracy występujących na oddziale, kosztów komórek pomocniczych szpitala związanych ze strefą techniczną i gospodarczą szpitala oraz kosztów organizacyjnych szpitala.			140
szpital im. Rydygiera	Kraków	Konsultacja			100
szpital im. Rydygiera	Kraków	Dodatkowa opieka pielęgniarska / cena za 1 godzinę			35
szpital im. Rydygiera	Kraków	Usunięcie jądra miażdżystego w odcinku łędźwiowym - jednopoziomowe			9 000
szpital im. Rydygiera	Kraków	Usunięcie więzadła żółtego jednopoziomowe			8 500
Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa	Koszty ogólne jednego dnia pobytu - Klinika Neurochirurgii			500
Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa	Dyskopatia łędźwiowa jednopoziomowa leczona operacyjnie bez stabilizacji			15 000

Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa	Dyskopatia szyjna jednopoziomowa (bez kosztu implantów)			25 000
Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa	Operacyjna korekcja/odbarczenie zniekształcenia odcinkowego kręgosłupa ze stabilizacją			18 000
Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa	dodatkowo odbarczenie struktur nerwowych kanału kręgowego			3 450
Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa	dodatkowo plastyka opony rdzenia			2 300
Szpital Medicover	Warszawa	Operacyjne leczenie dyskopatii lędźwiowej metodą mikrodiscektomii			12 000
Szpital Medicover	Warszawa	Tyłna stabilizacja kręgosłupa szyjnego z laminektomią odbarczającą			18 000
Szpital Medicover	Warszawa	Usunięcie trzonów kręgów szyjnych ze stabilizacją w celu odbarczenia kanału kręgowego	18 000	6 000	24 000
Szpital św Łukasza	Bydgoszcz	Odbarczenie elementów nerwowych kanału kręgowego (centralna flawektomia, foraminotomia) ze stabilizacją międzykolumnistą sztywną implantem tytanowym – 1 poziom			14 300
Szpital św Łukasza	Bydgoszcz	Usunięcie dysku ze stabilizacją międzytrzonowa implantem PEEK – 1 poziom			11 500
Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego S.A.	Puszczykowo	Odbarczenie kanału kręgowego - stabilizacja międzykolumnista (bez ceny dystraktora międzykolumnistycznego)			5 500
Centrum Medyczne Gizińscy	Bydgoszcz	Odbarczenie kostne kanału kręgowego (I poziom)			13 600
Artmedik	Jedrzejów	Implantacja dystraktora międzykolumnistycznego przezskórna			7 000
Artmedik	Jedrzejów	Operacja stenozы lędźwiowej			9 900
Artmedik	Jedrzejów	Operacja stenozы szyjnej od tyłu			9 900
Artmedik	Jedrzejów	Operacja stenozы szyjnej od przodu			13 000

Ceny komercyjne zagraniczne zostały pozyskane przez przeszukiwanie stron internetowych jak również drogą mailową.

Tabela 6. Ceny zabiegów z grupy A22 w innych krajach

Kraj	Procedura	Cena	Źródło
ANGLIA	Back Surgery (Slipped Disc) Lower Back	£6 995	http://www.spirehealthcare.com/norwich/facilities-treatments-and-consultants/our-treatments/back-surgery/
ANGLIA	Back Surgery (Trapped Nerve Release)	£8 965	
USA	odbarczenie kanału kręgowego	\$12 749	http://us.milliman.com/uploadedFiles/insight/2015/utilization-lumbar-spinal-stenosis-surgery.pdf
USA	laminektomia	\$12 000	http://consumerhealthchoices.org/wp-content/uploads/2012/10/Laminectomy-HCBB.pdf
INDIE	łędźwiowa laminektomia	\$6 200	http://www.transearthmedicaltourism.com/orthopedic-surgery/spinal-disc-replacement-24
INDIE	operacje endoskopowe kręgosłupa	\$6 900	
INDIE	foraminotomia	\$6 200	
INDIE	fuzja	\$5 900	
INDIE	discektomia	\$6 200	
INDIE	wymiana dysku	\$7 350	
CZECHY	fuzja i stabilizacja	11 150 €	
CZECHY	Odbarczanie kanału kręgowego	9 900 €	http://www.medicaltourism.cz/25250-fair-price-neurology-neurosurgery
CHORWACJA	foraminotomia	6 000 €	http://www.axis-hospital-croatia.com/spinal-surgery-in-europe-price-comparison/
CHORWACJA	laminektomia	6 000 €	
CHORWACJA	discektomia	6 000 €	
HISZPANIA	operacje kręgosłupa	8 000-12 000 €	http://www.whatclinic.com/orthopaedic/spain/benalmadena/sandalf-clinica-medica-internacional/orthopedic-spine-surgery
NIEMCY	discektomia	5 400 €	http://www.germanmedicine.net/en/pricecomparisonspinal-surgery.html
NIEMCY	endoskopowa discektomia	13 500 €	
NIEMCY	laminoplastyka	17 500 €	
NIEMCY	odbarczenie kanału kręgowego	6 000-10 000 €	
NIEMCY	endoskopowa operacja kręgosłupa	9 000 €	http://www.joint-surgeon.com/orthopedic-services/pricelist/spine-surgery
NIEMCY	przezskórne odbarczenie kanału kręgowego	6 500 €	

ESTONIA	Odbarczanie kanału kręgowego	3 430 €	http://www.medicineestonia.eu/en/spinal-neurosurgery/
ESTONIA	Chirurgiczne leczenie bólu korzeniowego (odcinek szyjny i lędźwiowy)	6 300 €	
TURCJA	laminektomia	5 000 €	http://www.flymedi.com/ethica-incirli-hospital/6
WĘGRY	Discectomia	£3 800	http://www.treatmentabroad.com/hospitals-clinics/private-hospitals-hungary-budapest-medical-services-32946
WĘGRY	operacja przepukliny krążka międzykręgowego	£3 800	
WĘGRY	Fuzja kręgów + stabilizacja	£5 400	
SŁOWACJA	odbarczenie kanału kręgowego + discectomia	£1 775	http://www.treatmentabroad.com/agencies/retia-medical-travel-1844
ZJEDNOCZONE EMIRATY ARABSKIE	Discectomia dysku lędźwiowego	£8 197	http://www.treatmentabroad.com/hospitals-clinics/private-hospitals-united-arab-emirates-saudi-german-hospital---dubai-32659

3. Taryfa

3.1. Pozyskanie danych

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, AOTMiT przeprowadziła postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotów, z którymi zawarte zostały umowy dotyczące przygotowania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą prawną dla przeprowadzonego postępowania jest art. 311c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.). Zgodnie z ust. 4 „(...) Agencja zawiera umowy na podstawie określonego przez Agencję postępowania zapewniającego poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania podmiotów oraz zawarcia umowy z podmiotem spełniającym obiektywne, proporcjonalne i niedyskryminacyjne warunki określone w tym postępowaniu”.

Postępowanie prowadzone było w sposób zapewniający poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania świadczeniodawców. Zasady postępowania Agencji zostały określone w zarządzeniu 51/2015 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 15 maja 2015 r. w sprawie postępowania dotyczącego wyłaniania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podmiotów innych niż podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, z którymi zawierane są umowy o pozyskanie danych niezbędnych do ustalania taryfy świadczeń oraz postępowania z tymi umowami.

Postępowanie zostało ogłoszone zgodnie z wykazem świadczeń zaakceptowanym przez Pana Krzysztofa Łandę Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pismem z 6 lutego 2016 r. znak: AOTMiT-WT-530-5/GS/2015 i przebiegało w następujących etapach:

1. ogłoszenie o rozpoczęciu postępowania;
2. zebranie ankiet od świadczeniodawców;
3. wybór świadczeniodawców, z którymi Agencja zawarze umowy;
4. ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania oraz wyliczenie przez WT maksymalnego wynagrodzenia dla każdego z wyłonionych świadczeniodawców, który zadeklaruje zawarcie umowy o odpłatne przekazywanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń;
5. przygotowanie i zawarcie umów z wyłonionymi w postępowaniu świadczeniodawcami.

Informacja o ogłoszeniu postępowania została wysłana na adresy e-mail podmiotów realizujących te zakresy świadczeń (826 świadczeniodawców, których listę wraz z danymi teleadresowymi otrzymała AOTMiT z NFZ) oraz ukazała się na stronie internetowej AOTMiT. Ponadto informację o ogłoszeniu postępowania przesłano do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia celem zamieszczenia stosownych informacji na stronach internetowych instytucji oraz z prośbą o przekazanie komunikatu za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI).

Ze względu na ograniczenia czasowe, a także ze względu na rozległy i wieloaspektowy zakres prac analitycznych, Agencja podjęła decyzję o wykorzystaniu danych od wszystkich świadczeniodawców, którzy zadeklarują ich przekazanie w zaproponowanym układzie. Odstąpiono od wymogów określonych w zarządzeniu 51/2015 dotyczących wyboru podmiotów i rankingowania podmiotów (przyjęto ankiety od wszystkich świadczeniodawców, którzy zadeklarowali przekazanie danych w formacie określonym przez Agencję).

W odpowiedzi na ogłoszenie, które ukazało się 19 lutego 2016 r., do 26 lutego 2016 r. wpłynęło 62 ankiety od podmiotów realizujących zakresy świadczeń. Odrzucono 5 ankiet (3, które wpłynęły po terminie, 2 z powodów formalnych).

Ze względu na fakt, że w przypadku 103 świadczeń, dla których miała zostać ustalona taryfa, liczba kart była równa lub mniejsza niż dziesięć, a dla 23 świadczeń nie uzyskano żadnej karty kosztorysów, Agencja wystąpiła z ponownym zaproszeniem do współpracy. Ogłoszenie ukazało się na stronie Agencji 14 marca 2016 r., a podmioty mogły składać ankiety do 17 marca 2016 r.

W odpowiedzi na postępowanie ogłoszone 14 marca 2016 r. wpłynęło 27 ankiet (odrzucono 4 ankiety).

Poniższa tabela zawiera informacje odnośnie procedury będącej przedmiotem opracowania tj. odbarczenia kanału kręgowego-inne, finansowanego w ramach grupy A22

Tabela 7. Statystyka prowadzonego postępowania dotyczącego świadczenia 03.099 – Odbarczenie kanału kręgowego – inne

Liczba świadczeniodawców, realizujących świadczenie (poprzez wskazaną procedurę, produkt rozliczeniowy albo we wskazanym rozpoznaniu) w ramach finansowania świadczeń ze środków publicznych*	117
Liczba przesłanych ankiet, dotyczących przedmiotowego świadczenia	16
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy przed podpisaniem umowy	2
Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowę (odpłatną, nieodpłatną)	14
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna)	3
Liczba świadczeniodawców, którzy nie przekazali danych po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna)	1
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali poprawne dane (umowa odpłatna, nieodpłatna)	10

* dane z NFZ za okres od stycznia do czerwca 2015 r.

Tabela 8. Statystyka prowadzonego postępowania dotyczącego świadczenia 03.094 – Foraminotomia

Liczba świadczeniodawców, realizujących świadczenie (poprzez wskazaną procedurę, produkt rozliczeniowy albo we wskazanym rozpoznaniu) w ramach finansowania świadczeń ze środków publicznych*	85
Liczba przesłanych ankiet, dotyczących przedmiotowego świadczenia	11
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy przed podpisaniem umowy	1
Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowę (odpłatną, nieodpłatną)	10
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna)	3
Liczba świadczeniodawców, którzy nie przekazali danych po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna)	1
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali poprawne dane (umowa odpłatna, nieodpłatna)	6

* dane z NFZ za okres od stycznia do czerwca 2015 r.

Świadczeniodawcy przekazywali dane w formie formularza zawierającego pola do wpisania informacji na temat kosztów ponoszonych przy udzielaniu typowego/ przeciętnego/ najczęściej stosowanego sposobu realizacji danego świadczenia. Wzór tego formularza określony został w Zarządzeniu 7/2016 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 2 marca 2016 roku.

Każdy formularz składał się z następujących arkuszy:

- części ogólnej – zawierającej informacje o świadczeniodawcy i charakterystykę świadczenia opieki zdrowotnej,
- tabeli do wpisania informacji o wszystkich produktach leczniczych, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie realizacji świadczenia, z pominięciem tych używanych w trakcie zabiegu operacyjnego; do każdej pozycji świadczeniodawca miał określić także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys,
- tabel do wpisania wyrobów medycznych stosowanych jednorazowo w odniesieniu do danego pacjenta (np. jednorazowe cewniki itp.), a także krwi, preparatów krwiopochodnych i preparatów żywieniowych oraz wyrobów medycznych, które mogą być zastosowane kilkakrotnie u danego pacjenta albo u kilku

pacjentów; do każdej pozycji świadczeniodawca miał określić także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys,

- tabel zbierających informacje o procedurach wykonywanych na rzecz pacjenta w trakcie przeciętej realizacji świadczenia,
- części zawierającej informacje o wszystkich zasobach i kosztach związanych z realizacją procedury zabiegowej.

Szczegółowy wykaz zawartych umów zawiera **załącznik nr 1**.

3.2. Ustalenie taryfy

W celu ustalenia kosztu świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do każdego z nich wyodrębniono następujące elementy:

- baza – podstawowy koszt świadczenia lub koszt pobytu na danym oddziale szpitalnym; koszt ten uwzględnia zaangażowanie wszystkich zasobów, jakie są wykorzystywane w momencie, kiedy pacjent znajduje się w oddziale bądź też ma udzielane dane świadczenie; w przypadku każdego świadczenia koszt bazowy podzielono dodatkowo na składowe wskazujące na najważniejsze zasoby: lekarze, pielęgniarki, pozostały personel medyczny, infrastruktura; w przypadku świadczeń zabiegowych te same elementy określone zostały dla zabiegu operacyjnego;
- leki i wyroby medyczne;
- procedury medyczne, w tym w szczególności badania laboratoryjne, obrazowe oraz konsultacje zewnętrzne.

Koszt powyższych elementów obliczony został w oparciu o dane przekazane przez świadczeniodawców, z wykorzystaniem metod opisanych w **załączniku nr 2**.

Efekt analizy danych w odniesieniu do głównych składowych obu świadczeń przedstawiony został w **załączniku nr 3**.

3.2.1. Projekt taryfy

Wysokość proponowanej taryfy, mimo iż przewyższa wyniki analizy danych, ustalona została na poziomie odpowiadającym wycenie grupy H53 Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów, z uwagi na bardzo zbliżone procedury funkcjonujące w obu grupach.

Koszt świadczenia został przeliczony względem wartości punktu określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla świadczeń w zakresie leczenia szpitalne, tj. 52 zł.

Tabela 9. Projekt taryfy

nazwa świadczenia	średnia wartość NFZ w 2014 r.	projekt taryfy		różnica w stosunku do wartości NFZ
		pkt	PLN	
A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym	11 467 zł	180	9 360	-18%

Źródło: opracowanie własne

3.3. *Wpływ na budżet płatnika publicznego*

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie i wartości zrealizowanych produktów jednostkowych w 2014 r. Należy mieć na uwadze fakt, iż wartość świadczeń zrealizowanych uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

Wartość świadczeń zrealizowanych w 2014 r. dla grupy A22 wyniosła 175 307 216 zł.

Poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia wydatki zestawiono z wartością świadczeń po uwzględnieniu propozycji nowej taryfy, przy założeniu realizacji na takim samym poziomie. Zmiana wartości grupy A22 będzie wiązała się ze spadkiem wydatków po stronie płatnika publicznego w wysokości 32 mln zł, co odpowiada zmniejszeniu o 18% kosztów w tym obszarze.

4. Kluczowe informacje i wnioski

Procedury 03.094 Foraminotomia oraz 03.099 Odbarczenie kanału kręgowego – inne, finansowane są w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grupy A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym, w średniej wysokości 11 467 zł.

W celu weryfikacji rzeczywistych kosztów przedmiotowych świadczeń, przeprowadzono analizę kosztów w oparciu o dane przekazane przez świadczeniodawców. Pamiętać jednak należy, iż analiza ta obarczona została pewnymi ograniczeniami:

- Poza taryfikowanymi procedurami w grupie A22 znajdują się także inne, których koszty nie były analizowane. Jednakże z uwagi na to, że taryfikowane procedury stanowiły blisko 80% realizacji grupy, można zakładać, iż analiza pozostałych procedur nie wpłynęłaby w istotny sposób na wycenę całej grupy.
- Świadczeniodawcy w kartach kosztowych mieli wskazać informacje odnoszące się do najbardziej typowego/ przeciętnego/ najczęściej występującego u nich sposobu realizacji taryfikowanego świadczenia. Nie można jednak stwierdzić z całkowitą pewnością, że przekazane przez świadczeniodawców informacje odnosiły się do przypadku najbardziej typowego a nie do wybranego przypadku o kosztach wyższych niż przeciętne.
- Część świadczeniodawców nie była w stanie określić częstości zastosowania wskazanych leków czy wyrobów medycznych w całej grupie pacjentów hospitalizowanych w związku z realizacją taryfikowanego świadczenia, co jest szczególnie istotne w przypadku pozycji o dużym koszcie jednostkowym. W takich sytuacjach dane o lekach i wyrobach medycznych danego świadczeniodawcy nie były włączane do analizy a analizowana próba ulegała pomniejszeniu.
- Ze względu na niejednorodność sprawozdawanych informacji (różne nazewnictwo, różne jednostki miary itp.) analiza przekazanych danych była bardzo utrudniona. Ze względu na ograniczenia czasowe, wyjaśnienia ze świadczeniodawcami prowadzono tylko dla pozycji istotnych kosztowo lub w przypadku większej liczby wątpliwości.
- Pomimo iż w kartach kosztowych zbierane były takie informacje, to dane dotyczące kosztów infrastruktury oraz wynagrodzenia personelu obliczone zostały na podstawie informacji zgromadzonych w bazie danych finansowo-księgowych budowanej na podstawie wszystkich prowadzonych przez Agencję postępowań. Pozwoliło to na ustalenie poziomu kosztów stałych na znacznie większej próbie, a więc bardziej reprezentatywnej dla kraju.

W wyniku analizy kosztów realizacji powyższych procedur na podstawie danych za rok 2015, uzyskanych od świadczeniodawców, oszacowany łączny koszt świadczeń wyniósł 7 202 zł dla foraminotomii oraz 7 604 zł dla innego odbarczenia kanału kręgowego.

Jednakże wysokość proponowanej taryfy ustalona została na wyższym poziomie, odpowiadającym wartości grupy H53 Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów (9 360 zł). Działanie takie spowodowane jest tym, że w grupie H53 znajdują się między innymi te same procedury, które należą do charakterystyki grupy A22. W przypadku ustalenia taryfy dla grupy A22 w wysokości wynikającej bezpośrednio z analizy kosztów, większość świadczeń realizowanych do tej pory w grupie A22 zaczęła by być rozliczana w grupie H53, posiadającej wyższą wycenę.

Jednocześnie podkreślić należy konieczność przeprowadzenia analizy kosztów pozostałych procedur z grupy A22, a także dalsze monitorowanie realizacji grup A22 i H53.

5. Źródła

1.	Jankowski Roman, Nowak Stanisław, Żukiel Ryszard, Stachowska-Tomczak Bogumiła; Leczenie operacyjne stenozy zwyrodnieniowej kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa; Neuroskop 2005; nr 7; 97-103.
2.	Klimek Andrzej; Obraz kliniczny mielopatii szyjnej; Aktualności Neurologiczne 2010; 10 (1); 12-18.
3.	Łątka Dariusz, Miękiśiak Grzegorz; Leczenie operacyjne przepukliny jądra miażdżystego (pjm) w odcinku lędźwiowym – wytyczne w oparciu o dostępne dowody medyczne. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa http://ptchk.pl/upload/PTChK_wytyczne_LS.pdf
4.	Gilis-Januszewski Maciej, Kłosiński Piotr; Chromanie neurogenne jako wiodący objaw kliniczny w przebiegu wąskiego kanału lędźwiowego odcinka kręgosłupa; Neuroskop 2003; tom 1 nr 5; 24-27.
5.	Sobański Dawid, Strohm Wiesław, Kolasa Paweł; Ocena leczenia operacyjnego pacjentów ze stenozą zwyrodnieniową w odcinku lędźwiowym metodą hemilaminektomii; Aktualności Neurologiczne 2014; 14 (1); 70-74.
6.	Jankowski Roman, Nowak Stanisław, Żukiel Ryszard, Blok Tomasz, Pucher Andrzej; Skośna laminotomia w leczeniu stenozy zwyrodnieniowej odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa; Neuroskop 2008; nr 10; 120-124.
7.	Bakalarek Bogdan, Opracowanie: zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (spondyloartroza); http://www.ortopeda.biz.pl/leksykon/spondyloartroza.pdf
8.	Iwatsuki K, Yoshimine T, Aoki M; Bilateral interlaminar fenestration and unroofing for the decompression of nerve roots by using a unilateral approach in lumbar canal stenosis; Surg Neurol 2007 Nov; 68(5):487-492.
9.	Mapa statystyk NFZ 2013/2014; http://sga.waw.pl/web/mapNFZ/

6. Załączniki

Załącznik 1. Zasady analizy danych kosztowych uzyskanych od świadczeniodawców

Załącznik 2. Wykaz zawartych umów

Załącznik 3. Zestawienie elementów składowych taryfy

Załącznik 4. Zestawienie wykonanych procedur, wykorzystanego sprzętu oraz leków w trakcie realizacji świadczenia.

Załącznik 5. Koszty jednostkowe osobodnia.