



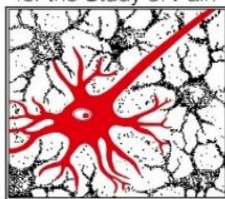
PARLAMENTARNY ZESPÓŁ DS. MEDYCYNY BÓLU

ZMIANY W LECZENIU BÓLU PRZEWLEKŁEGO



Korzyści dla pacjenta, systemu i płatnika

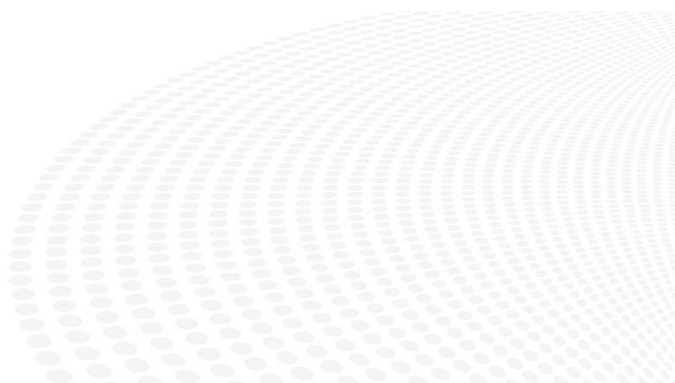
Polskie Towarzystwo
Badania Bólu[®]
Polish Association
for the Study of Pain



EN eksperci
dla zdrowia

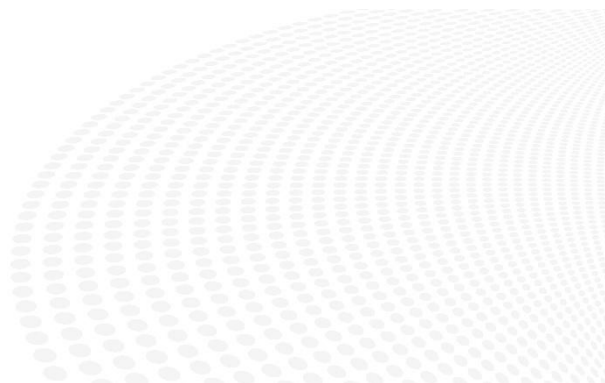
Warszawa 16 grudnia 2025 roku

Raport został opracowany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu i Fundację Ekspertów dla Zdrowia. Powstał w ramach kampanii NIE MUSI BOLEĆ z inicjatywy Parlamentarnego Zespołu ds. Medycyny Bólu.



„Ból przewlekły jest centralnym elementem doświadczenia pacjenta w wielu schorzeniach, a jakość świadczonych w tym przypadku usług zdrowotnych, powinna być uznawana za wskaźnik jakości całego systemu opieki zdrowotnej”

*Elżbieta Polak
Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Medycyny Bólu
Poseł na SEJM RP*





AUTORZY RAPORTU

dr n.med. Magdalena Kocot- Kępska, EDPM

Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

dr hab. n.med. Dariusz Kosson



Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr n.med. Marcin Kołacz

Przewodniczący Sekcji Interwencyjnej Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr n. med. i n. o zdr. Marzena Domańska - Sadyńca, MBA

Prezes Fundacji Ekspertów dla Zdrowia, Członek Polskiego Towarzystwa Badania Bólu



SPIS TREŚCI

Wstęp/ 6

I. Ból przewlekły jako problem zdrowotny/10

II. Pacjent z bólem przewlekłym w poradni leczenia bólu/15

III. Metody inwazyjne w leczeniu bólu przewlekłego w poradni leczenia bólu/16

IV. Zmiany w leczeniu bólu przewlekłego w świetle Raportów Agencji Oceny
Technologii Medycznych i Taryfikacji z 2025 roku/19

V. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Badania Bólu/31

Bibliografia/ 35

Spis Tabel/ 35



WSTĘP

Raport pt.: „Zmiany w leczeniu bólu przewlekłego. Korzyści dla pacjenta, systemu i płatnika” prezentuje kluczowe aspekty związane z leczeniem bólu przewlekłego metodami inwazyjnymi w wielokierunkowej poradni leczenia bólu oraz przedstawia rekomendacje zmian systemowych.

Wskazania do zastosowania metod inwazyjnych występują u około **30 procent** chorych z bólem przewlekłym. Główne wskazania do zabiegu techniką interwencyjną stanowią dolegliwości bólowe odporne na leczenie farmakologiczne i występujące w wyraźnie ograniczonym miejscu (narząd ruchu, ból towarzyszący chorobie nowotworowej, ból neuropatyczny). Zabiegi interwencyjne takie jak neurektomia, termolezja i kriolezja są procedurami medycznymi stosowanymi w leczeniu pacjentów z przewlekłym bólem nocycyptywnym, neuropatycznym, lub mieszanym, związanym lub niezwiązanym z chorobą nowotworową.

Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji zarekomendowała zmiany technologii medycznej w zakresie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczących metod interwencyjnych: *zniszczenia nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego, zniszczenia nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą (termolezja), zniszczenia nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą (kriolezja, krioneuroablacja)*¹. Zakres proponowanych przez AOTMiT zmian obejmuje: modyfikację kryteriów kwalifikacji pacjentów do wymienionych świadczeń – poprzez doprecyzowanie wskazań medycznych oraz określenie obszarów anatomicznych objętych leczeniem, doszczegółowienie interwencji medycznej – poprzez: określenie zasad realizacji procedur medycznych z wykorzystaniem technik obrazowania (w celu precyzyjnej lokalizacji struktur układu

¹ Raport z dnia 25 czerwca 2025 roku w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej art. 31f ust. 5 ustawy, Zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: zniszczenie nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą (termolezja), zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą (kriolezja, krioneuroablacja

nerwowego, poddawanych zabiegowi), doprecyzowanie wymagań dotyczących niezbędnego sprzętu i aparatury, wskazanie składu mieszaniny chemicznej stosowanej w neurolizie chemicznej oraz określenie zakresu temperatur stosowanych w procedurach termolezji i kriolezji.

W celu zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu technik interwencyjnych, Agencja zaproponowała rozszerzenie kryteriów wskazań. Zmianie uległy m.in. kryteria kwalifikacji pacjenta do tych form leczenia. Do bólu przewlekłego dodano ból o charakterze ostrym oraz poszerzono zakres wskazań do stosowania procedur. Dodano następujące wskazania: *pierwotne bóle głowy, neuralgie i neuropatie nerwów obwodowych, neuralgie i neuropatie nerwów czaszkowych, bóle stawów obwodowych, szajnopochodny ból głowy, ból korzeniowy i radikulopatie szyjne, piersiowe i lędźwiowe, ból zależny od układu współczulnego, ból zależny od układu przywspółczulnego, ból mięśniowo-powięziowy, przewlekły ból po zabiegach operacyjnych.*

Szacunkowy wzrost populacji pacjentów wynikający z rozszerzenia wskazań o proponowane jednostki chorobowe to około **10 procent** pacjentów poddawanych do tej pory zabiegom o kodzie ICD-9: 04.24 i 04.25 (termolezja i kriolezja).

Wprowadzenie powyższych zmian generuje korzyści dla pacjenta, systemu ochrony zdrowia i płatnika.

Z perspektywy pacjentów korzyścią jest m.in. zmniejszenie nasilenia bólu, zmniejszenie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe lub nawet ich odstawienie, zmniejszenie liczby objawów niepożądanych po farmakoterapii, poprawa jakości życia, alternatywa do operacji stawów lub kręgosłupa. Ponadto, metody interwencyjne stanowią terapię pomostową przeciwbólową (przy oczekiwaniu przez pacjenta na alloplastykę stawu).

Z perspektywy systemu ochrony zdrowia korzyścią jest możliwość realizacji zabiegów termolezji/kriolezji/neurolizy w warunkach ambulatoryjnych (odciążenie oddziałów zabiegowych z możliwością koncentracji na innych planowych zabiegach – w efekcie skrócenie kolejek oczekujących na zabieg).

Z perspektywy płatnika publicznego korzyścią jest m.in. ograniczenie kosztów refundacji leków przeciwbólowych, znaczne ograniczenie kosztów leczenia powikłań błędnej farmakoterapii (np. niewydolność nerek po samoleczeniu i niekontrolowanym

stosowaniu NLPZ od farmakoterapii, poprzez dializoterapię do przeszczepień narządu i późniejszej immunosupresji i jej powikłań), zmniejszenie ilości i tym samym kosztów operacji (np. alloplastyk dużych stawów, zabiegów operacyjnych kręgosłupa), skrócenie czasu oczekiwania na planowany zabieg operacyjny poprzez identyfikację pacjentów, którzy potencjalnie mogą skorzystać na zabiegach termolezji/kriolezji jako metodzie przeciwbólowej.

Obecnie, większość procedur interwencyjnych jest niedoszacowana dla warunków ambulatoryjnych i wykonywane ich stanowi obciążenie dla poradni leczenia bólu. Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z dnia 22.07.2025 pt.: *Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób kręgosłupa* przedstawia analizę kosztową wszystkich procedur możliwych do rozliczenia zarówno w lecznictwie szpitalnym, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Analiza miała na celu zapewnienie adekwatne i sprawiedliwe finansowanie procedur medycznych niezależnie od miejsca ich realizacji.

W analizie wskazano procedury leczenia bólu możliwe do rozliczenia w szpitalu jak i w ambulatorium, takie jak: *wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku, dokanałowe wstrzyknięcie sterydów, zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego, zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą, wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej, wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego, wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego, Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju – inne.*

Na podstawie analiz kosztów jednostkowych oraz ich struktury, opracowano nowy podział grup rozliczeniowych, uwzględniający realne nakłady ponoszone w trybie ambulatoryjnym. Taryfikacja świadczeń zarekomendowana przez AOTMiT powinna umożliwić pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, realizujących procedury w zakresie leczenia bólu, w szczególności przez poradnie leczenia bólu.

Według AOTMiT projekty taryf, oszacowane na podstawie wyników analizy kosztów związanych z realizacją świadczeń są odpowiednio: **wyższe** od aktualnej wartości

katalogowej dla 8 procedur (od 5 procent dla procedury: zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą i zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą do 453 procent dla procedury: wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego i wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych); niższe od aktualnej wartości katalogowej dla 1 procedury tj.: zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego o 48 procent.

W niniejszym raporcie przedstawiono 8 rekomendacji zmian odnoszących się do kwestii natury systemowej, których podjęcie jest wskazane ze względu na zwiększenie bezpieczeństwa i dostępności do leczenia bólu przewlekłego:

1. Uaktualnienie wyceny świadczeń zdrowotnych w obszarze metod interwencyjnych leczenia bólu przewlekłego według taryfikacji zarekomendowanej w raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z dnia 22 lipca 2025 roku.
2. Przesunięcie procedur interwencyjnych (termolezji, kriolezji) z hospitalizacji do poradni leczenia bólu, co zmniejszy koszty dla systemu ochrony zdrowia.
3. Rozszerzenie kryteriów wskazań do zabiegów interwencyjnych (kriolezja, termolezja) – pozytywna opinia Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z dnia 25 czerwca 2025 roku.
4. Opracowanie przez ekspertów standardu świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia bólu ze struktur kręgosłupa (kriolezje, termolezje) w oparciu o jakość, co w konsekwencji zmniejszy koszty dla systemu ochrony zdrowia.
5. Zwiększenie dostępności do wielospecjalistycznych poradni leczenia bólu, co w konsekwencji zmniejszy zużycie analgetyków opioidowych i koszty ich refundacji.
6. Zwiększenie dostępności do wielokierunkowego leczenia bólu przewlekłego.
7. Zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych metod leczenia bólu chorych na nowotwory z bólem opornym na inne metody leczenia (metoda wszczepienia dokanałowego systemu dostarczania leku przeciwbólowego).
8. Utworzenie ośrodków referencyjnych leczenia bólu w Polsce.

I. BÓL PRZEWLEKŁY JAKO PROBLEM ZDROWOTNY

W Polsce na ból przewlekły cierpi 27 procent dorosłych osób, co według danych obejmuje populację w liczbie 8,4 mln. osób², które w przypadku niewłaściwie leczonego lub źle kontrolowanego bólu funkcjonują na co dzień z bólem przewlekłym, o różnym nasileniu i etiologii.

Istotnym jest, że spośród tej populacji, 20 procent (prawie 1,7 mln. osób) deklaruje, że nie byłoby w stanie tolerować silniejszego bólu. Liczba ta, wskazuje na skalę problemu niewłaściwie leczonego lub źle kontrolowanego bólu przewlekłego z jaką mierzą się pacjenci.

Do czynników ryzyka bólu przewlekłego należy między innymi płeć żeńska, starszy wiek, niższy poziom wykształcenia (OR1 2,17), niższy poziom dochodów, bezrobocie, renta, emerytura, bycie samotnym (wdowieństwo, rozwód).

Nieleczony ból przewlekły to nie tylko źródło cierpienia, ale też ogromny problem zdrowotny. Stwierdzono, że nieleczony ból przewlekły powoduje zmiany w substancji szarej, czyli wpływa bezpośrednio na to jak funkcjonuje mózg. Jeden rok chorowania na fibromialgię oznacza 10 lat fizjologicznego starzenia się mózgu. Pacjenci z bólem przewlekłym często mają zaburzenia poznawcze, depresyjne lękowe i zaburzenia snu.

Najczęstszą przyczyną przewlekłych dolegliwości bólowych są: schorzenia mięśniowo-szkieletowe, w tym choroba zwyrodnieniowa stawów: 34 procent, bóle krzyża: 18 procent oraz bóle głowy: 15 procent, w tym migrena 7 procent. Ból neuropatyczny występuje u 7–10 procent dorosłej populacji. Ból u chorych na nowotwory występuje średnio u 50 procent chorych na nowotwór, niezależnie od stadium choroby, z czego: u 39 procent po leczeniu choroby nowotworowej; u 55 procent podczas leczenia nowotworu; u 66 procent w terminalnej, rozsianej fazie nowotworu. Około 38 procent chorych na

² Według danych statystycznych ogólna liczba ludności według grup ekonomicznych z 2024 roku, wyniosła ponad 37 489 mln osób, z czego 58,2 procent tj. prawie 22 mln. stanowiły osoby dorosłe w wieku produkcyjnym (18-59/64 lata) i 23,9 procent osoby dorosłe w wieku poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej), tj. prawie 9 mln osób, co łącznie stanowiło liczbę ponad 31 mln. osób dorosłych w Polsce na dzień 31 grudnia 2024 roku. „Polska w liczbach 2025, Elżbieta Lisiak, Monika Małek, Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych „

nowotwór odczuwa ból o nasileniu w skali NRS > 5, przy czym odsetek ten rośnie do ponad 50 procent u chorych w fazie terminalnej.

Dane wskazują, że największe obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej w zakresie bólu przewlekłego generują pacjenci z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, w tym pacjenci z bólem pleców. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego zajmują obecnie trzecie miejsce wśród chorób dotyczących osób w wieku średnim, stanowiąc połowę schorzeń przewlekłych ludzi po 50 r.ż. Najczęstszą przyczyną ograniczenia aktywności zawodowej osób poniżej 45 r.ż., a w grupie wiekowej 50-64 lat w krajach wysoko rozwiniętych są zespoły bólowe kręgosłupa i przewyższają je tylko schorzenia kardiologiczne oraz choroby reumatyczne (Program Promocji Zdrowia, 2023).

Zgodnie z analizą danych sytuacji epidemiologicznej w kraju pod kątem niepełnosprawności (*utrata lat życia spowodowanej niepełnosprawnością, YLD – Years Lived with Disability*) choroby układu mięśniowo-szkieletowego były jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności Polaków w 2021 r. W 2021 r. aż około 84,6 procent wartości wskaźnika YLD w Polsce przypadało na choroby niezakaźne, z których znaczną część, bo około 26 procent stanowiły choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Największy wpływ miały bóle dolnej części pleców, odpowiadające za 14,1 procent wartości wskaźnika. Na 11. miejscu wśród chorób niezakaźnych znalazły się bóle odcinka szyjnego kręgosłupa, stanowiące 2,4 procent wartości YLD (*Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024*).

W 2021 roku choroby niezakaźne były główną przyczyną utraty zdrowia w Polsce, odpowiadając za 74,4 procent wskaźnika DALY (Disability-Adjusted Life Years). W porównaniu z 2019 rokiem odnotowano spadek o około 13,4 procent. Wśród tych chorób, zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego zajęły trzecie miejsce, stanowiąc 7,6 procent całości wskaźnika DALY. Mimo istotnego wpływu na jakość życia, zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego odpowiadały jedynie za około 0,1 procent wszystkich zgonów w Polsce w 2021 roku, co świadczy o ich przewlekłym charakterze, ale relatywnie niskiej śmiertelności (*Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024*).

W 2022 r. liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS związanej z chorobami układu nerwowego oraz układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowiła łącznie 22,8 procent, a w 2023 r. łącznie – 23,1 procent, co stawia te grupy chorób w czołówce schorzeń przyczyniających się do

zwolnień lekarskich w kraju. Najdłuższe absencje związane z ww. grupami chorobowymi w 2023 r. powodowały jednostki chorobowe:

- *zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54)*, stanowiło **3,9 procent** ogółu liczby absencji (3 miejsce w rankingu po opiece położniczej z powodu stanów związanych głównie z ciążą oraz ostrym zakażeniu górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym);
- *bóle grzbietu (M54)*, stanowiło **3,7 procent** ogółu liczby absencji (5 miejsce w rankingu);
- *inne choroby krążka międzykręgowego (M51)*, co stanowiło **2,3 procent** ogółu liczby absencji (7 miejsce w rankingu).

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę dni absencji chorobowej w latach 2022-2023 z powodu różnych grup chorób, w tym chorób układu nerwowego oraz chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej.

Tabela 1. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych wg ZUS-u w 2022 r. oraz 2023 r. dla najczęściej występujących grup chorobowych³

Grupy chorobowe	Liczba absencji chorobowej w 2022 roku		Liczba absencji chorobowej w 2023 roku	
	w tys.	w %	w tys.	w %
OGÓLEM	239 005,8	100	237 309,7	100
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	39 097,0	16,4	40 423,1	17,0
Ciąża, poród i połóg	37 505,7	15,7	33 731,0	14,2
Choroby układu oddechowego	34 014,0	14,2	34 307,1	14,5
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	31 689,2	13,3	31 810,1	13,4
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	23 835,8	10,0	26 095,8	11,0
Choroby układu nerwowego	15 289,2	6,4	14 454,6	6,1
Choroby układu krążenia	10 555,9	4,4	10 812,8	4,6
Choroby układu trawiennego	9 974,0	4,2	10 298,4	4,3
Nowotwory	8 696,0	3,6	9 189,1	3,9
Choroby układu moczowo-płciowego	5 843,0	2,4	6002,6	2,5

Źródło: Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 22.07.2025 w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.521.18.2016 pt. "Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób kręgosłupa"

Ból dolnego odcinka pleców znalazł się na 3 miejscu kluczowych problemów zdrowotnych w rankingu problemów zdrowotnych, stanowiąc tym samym znaczne

³<https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2023+roku.pdf/57361117-44fc-4c48-ecad-82685bebdb32?t=1716895964320> (dostęp w dniu: 10.12.2025 r.)

obciążenie chorobowe dla Polski (Mapy Potrzeb Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z 2021 roku). Według danych z 2023 r. pacjentom z problemami **kręgosłupa oraz grzbietu** udzielono 2 mln. świadczeń, co dało 7 miejsce w stosunku do ogólnej liczby udzielonych świadczeń. **Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) i bóle grzbietu (M 54)** znalazły się **na 8 i 9** miejscu wśród 10 najczęstszych rozpoznań u pacjentów, którym udzielono przynajmniej jednego świadczenia z analizowanym rozpoznaniem ICD-10 jako rozpoznaniem głównym lub współistniejącym w 2023 r.

Prognoza wskaźnika DALY (liczby utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu oraz liczby lat przeżytych z niesprawnością) na 100 tys. ludności, opracowana w ramach projektu *Global Burden of Disease*, zakłada, że w 2050 r. trzema najważniejszymi grupami problemów zdrowotnych pod względem wartości wskaźnika będą; na pierwszym miejscu ma znaleźć się choroba niedokrwienna serca (*spadek wskaźnika DALY o 21procent w porównaniu do 2021 r.*), na drugim rak tchawicy, oskrzeli i płuc (*wzrost wskaźnika DALY o 43 procent w porównaniu do 2021 r.*), a na **trzecim ból dolnej części pleców** (*wzrost wskaźnika DALY o 12 procent w porównaniu do 2021 r.*).

Mając na wadze powyższe dane, istotnym jest skuteczne leczenie bólu przewlekłego w zakresie chorób mięśniowo-szkieletowych. Według danych z Map Potrzeb Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z 2025 roku liczba poradni leczenia bólu wyniosła 194 i zwiększyła się w stosunku do 2022 roku o ponad 8 procent. Większość spośród tych 194 poradni leczenia bólu to gabinety oferujące pacjentowi jedynie farmakoterapię i proste blokady.

Tabela 2. Liczba udzielonych świadczeń w poradni leczenia bólu vs średnia miesięczna udzielonych porad vs. liczba poradni.

Rok	Liczba udzielonych porad	Średnia udzielonych porad miesięcznie	Liczba poradni
2024	542 326	45 194	194
2023	514 062	42 839	189
2022	460 515	38 376	179
2021	438 695	36 558	172
2020	374 000	31 167	178
2019	545 309	45 442	187
2018	553 654	46 138	179
2017	566 334	47 195	176

Źródło: opracowanie własne na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych z 2025 roku

Wielokierunkowe leczenie bólu oferują pacjentowi w Polsce poradnie leczenia bólu posiadające certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu. Dostęp do świadczeń z zakresu wielokierunkowego leczenia bólu jest nierównomierny na terenie Polski. Poradnie znajdują się tylko w 9 województwach: w woj. mazowieckim – 2 poradnie w Warszawie, w woj. podlaskim - w Białymstoku, w woj. śląskim - 7 poradni, w Bytomiu, Dąbrowie Górniczej, Rybniku, Sosnowcu, Tychach i 2 poradnie w Katowicach, w woj. dolnośląskim - w Lubinie, Świdnicy i we Wrocławiu, w woj. wielkopolskim - w Czarnkowie, w woj. pomorskim - w Gdyni, Słupsku i Sopocie, w woj. kujawsko-pomorskim - w Grudziądzu, w woj. zachodnio-pomorskim - w Koszalinie i Szczecinie, w woj. małopolskim - 2 poradnie w Krakowie, w woj. podkarpackim - w Mielcu.

Od lutego 2025 roku liczba poradni leczenia bólu posiadających certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu zwiększyła się z 17 do 23 poradni.





II. PACJENT Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM W PORADNI LECZENIA BÓLU

Świadczenia w poradni leczenia bólu powinny odbywać się w przypadku wyczerpania możliwości diagnostycznych i leczniczych pacjenta w jednostce podstawowej opieki zdrowotnej lub opiece specjalistycznej, niezależnie od przyczyny bólu (ból związany z nowotworem, ból nienowotworowy), w oparciu o wielokierunkowe leczenie bólu przewlekłego z zastosowaniem metod inwazyjnych (termolezja, kriolezja), neuromodulacji (akupunktury), terapii psychologicznych i rehabilitacyjnych.

Tak złożoną opiekę zapewniają specjalistyczne poradnie leczenia bólu posiadające certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, w których pacjenci korzystają z programu, którego efektem jest nie tylko zmniejszenie bólu, ale także powrót do aktywności rodzinnej i społecznej.

Stosowanie wielu metod jednocześnie to tzw. multimodalne leczenie bólu, skuteczne w bólu przewlekłym, a także w bólu ostrym. Stosowanie wielu metod jednocześnie pozwala na lepszą kontrolę bólu i zmniejszenie dawek leków przeciwbólowych i adjuwantów, i tym samym zmniejszenia ryzyka objawów ubocznych po lekach. Wybór metod jest zawsze indywidualny, dobrany do potrzeb pacjenta, preferencji i możliwości.

Główne cele stawiane w wielodyscyplinarnych ośrodkach leczenia bólu to identyfikacja możliwie wszystkich problemów związanych z bólem u pacjenta, eliminowanie błędnie stosowanych leków, złego ich kojarzenia, zastąpienie ich właściwą farmakoterapią. Wprowadzane są także programy wspomagające poprawę aktywności ruchowej. Praca z pacjentem polega na propozycji eliminowania, w miarę możliwości, niepotrzebnych zachowań bólowych. U wielu pacjentów z bólem przewlekłym współwystępuje depresja, stąd jej leczenie jest istotnym elementem terapii. Ważna jest edukacja pacjenta odnośnie jego dolegliwości, obejmująca fizjologiczne i psychospołeczne aspekty bólu.

III. METODY INWAZYJNE W LECZENIU BÓLU PRZEWLEKŁEGO W PORADNI LECZENIA BÓLU

Wskazania do zastosowania technik inwazyjnych występują u około 30 procent chorych z bólem przewlekłym. Istotną przesłanką do zastosowania tych technik jest możliwość działania bezpośrednio w miejscu powstawania lub przewodzenia bodźca bólowego.

Zastosowanie metod inwazyjnych powinno się rozważyć, jeśli zachowawcze metody leczenia bólu (farmakoterapia, fizjoterapia, psychoterapia) są nieskuteczne lub powodują nieakceptowalne objawy niepożądane, a charakter bólu i jego lokalizacja odpowiadają wskazaniom do zastosowania danej metody. Główne wskazania stanowią dolegliwości bólowe odporne na leczenie farmakologiczne, występujące w wyraźnie ograniczonym miejscu (narząd ruchu, ból towarzyszący chorobie nowotworowej, ból neuropatyczny).

Pełne rozpoznanie, rodzaj procedury interwencyjnej i stan ogólny pacjenta (podobnie jak kwalifikacja anestezyjologiczna do znieczulenia do każdej procedury zabiegowej) determinują sposób i miejsce wykonania zabiegu: ambulatorium / ambulatorium poradni leczenia bólu, warunki oddziału szpitalnego/ szpitalnego oddziału leczenia bólu.

Przed przeprowadzeniem zabiegu interwencyjnego lekarz ma obowiązek udzielić choremu wszechstronnej, wyczerpującej informacji i uzyskać świadomą, pisemną zgodę na dany zabieg.

Warunkiem wykonania zabiegu jest brak przeciwwskazań do procedury inwazyjnej, przekazanie przez lekarza choremu pełnej informacji na temat celu, skuteczności i bezpieczeństwa danego zabiegu oraz wyrażenie przez chorego świadomej zgody na piśmie.

Lekarz wykonujący zabieg powinien dysponować odpowiednią wiedzą i umiejętnościami. Zabieg powinien być wykonany prawidłowo technicznie z zachowaniem aseptyki i odpowiedniej ostrożności, w warunkach gabinetu zabiegowego, przy pomocy stymulatora, USG, fluoroskopii lub innych metod w celu identyfikacji struktur nerwowych i mięśniowo-szkieletowych.

Istotnym warunkiem wykonania zabiegu przez lekarza jest porównanie stanu miejscowego (zakresu ruchomości w stawie, temperatury skóry, zmiany zabarwienia

skóry, bolesności i in.) przed zabiegiem oraz po jego wykonaniu oraz ocena efektu przeciwbólowego i ewentualnych objawów niepożądanych w określonych (także odległych) punktach czasowych.

Wyboru metody inwazyjnej zawsze dokonuje lekarz na podstawie danych z wywiadu i badania przedmiotowego, planowanego przebiegu leczenia bólu oraz realistycznych oczekiwań chorego.

Przeprowadzenie zabiegu neurodestrukcyjnego (neuroлиза, kriolezja, termolezja) należy **poprzedzić wykonaniem blokady diagnostyczno-prognostycznej**, która ma na celu nie tylko potwierdzenie lokalizacji źródła bólu, ale także wskazanie pacjentowi, jakich doznań będzie doświadczał po neurodestrukcji (np. ulga lub zniesienie bólu, mrowienie, drętwienie).

NEUROLIZA polega na podaniu pod kontrolą USG lub RTG w okolicę danej struktury nerwowej środka neurolytycznego, którym najczęściej jest alkohol etylowy w stężeniu 50–96%. Mechanizm działania środka neurolytycznego polega na wywołaniu tzw. wallerianowskiego uszkodzenia włókien nerwowych, co się przejawia uszkodzeniem substancji białkowych i lipidowych w aksonach, a końcowym efektem jest długotrwałe zahamowanie przewodzenia bodźca elektrycznego wzdłuż aksonu. Wkrótce po neurolyzie rozpoczyna się regeneracja nerwu, a czas trwania tego procesu jest osobniczo zmienny.

Powrót prawidłowej funkcji nerwu objawia się nawrotem dolegliwości bólowych, można więc uznać, że zabieg neurolyzy jest rodzajem blokady o długim (tygodnie, miesiące) czasie trwania.

TERMOLEZJA jest metodą niszczenia struktur nerwowych za pomocą działania temperatury około 60–80°C, generowanej wokół końca specjalnej elektrody, którą się wprowadza precyzyjnie do tkanki nerwowej. Zabieg taki rozważa się, gdy zawodzą inne, mniej inwazyjne metody leczenia, a wynik blokady prognostycznej i terapeutycznej był dodatni, tj. uzyskano przynajmniej 30-50 procentową ulgę w bólu.

KRIOLEZJA polega na wprowadzeniu aplikatora niskiej temperatury do miejsca planowanego uszkodzenia tkanki nerwowej. Na końcu aplikatora generowana jest temperatura około –60°C. Zamrożenie blokuje przewodnictwo nerwowe podobnie do leków znieczulenia miejscowego, choć blokada działa znacznie krócej.

INWAZYJNE METODY NEUROMODULACYJNE

Dokładny mechanizm analgetyczny inwazyjnych metod neuromodulacyjnych nie został w pełni poznany. Można je stosować jedynie u wybranych chorych z przewlekłymi dolegliwościami, u których zawiodły inne metody leczenia przeciwbólowego.

RODZAJE NEUROMODULACJI INWAZYJNEJ:

1) *bezpośrednia stymulacja nerwów obwodowych* – przez elektrodę wszczepioną podskórną lub w pobliżu nerwu obwodowego albo przymocowywaną bezpośrednio do nerwa właściwego nerwu

2) *stymulacja rdzenia kręgowego* – elektrodę wszczepia się w grzbietowej części przestrzeni zewnątrzoponowej w odcinku szyjnym lub piersiowym kręgosłupa (przezskórnie lub operacyjnie – laminektomia), gdzie wytwarza ona pole elektryczne, które stymuluje rogi grzbietowe rdzenia kręgowego.

3) *stymulacja mózgowia* – stymulację prowadzi się przez elektrody wszczepione bezpośrednio do struktury docelowej w mózgu (np. tylnej części podwzgórza w przypadku bólów klastrowych); stosowana rzadko, tylko w przypadku bólu opornego na inne metody leczenia.

Stymulacja rdzenia kręgowego hamuje ból ciągły, nie wpływa natomiast na ból ostry. Używa się jej w bólu neuropatycznym (zespół bólowy po nieskutecznej operacji kręgosłupa, wielobjawowy miejscowy zespół bólowy [CRPS], neuropatia cukrzycowa, ból fantomowy,) oraz w bólu naczyniopochodnym, gdy zawiodły inne metody leczenia przeciwbólowego.

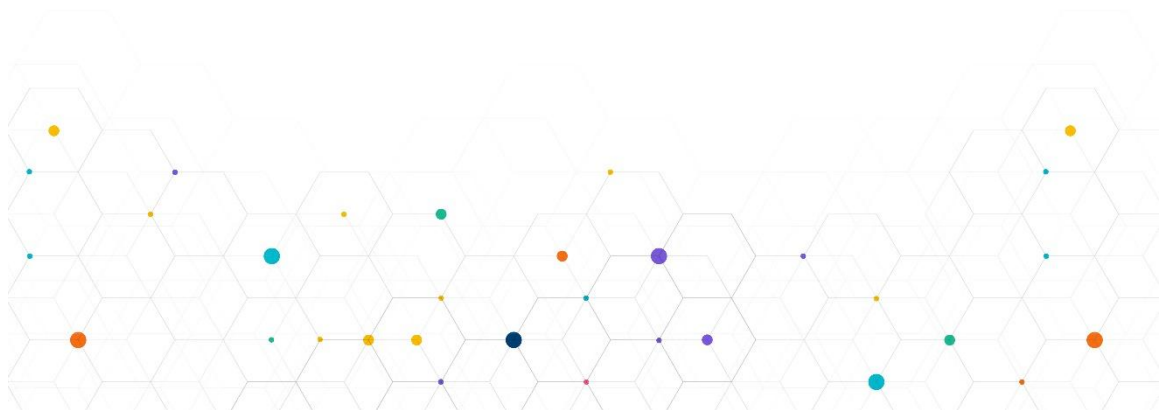
DOKANAŁOWE PODAWANIE LEKÓW

Podając analgetyki dokanałowo (do przestrzeni podpajęczynówkowej lub zewnątrzoponowej), osiąga się silny efekt przeciwbólowy przy niewielkiej dawce leku i niewielkich objawach niepożądanych. Metodę najczęściej wykorzystuje się u chorych na nowotwór złośliwy, którzy nie mogą przyjmować leków przeciwbólowych drogą nieinwazyjną lub u których takie leczenie jest nieskuteczne bądź powoduje ciężkie objawy

niepożądane. Leki podaje się przez cewnik wprowadzony na różnych poziomach kręgosłupa.

LECZENIE OPERACYJNE

ZABIEGI ODTWÓRCZE polegają najczęściej na dekompresji uciśniętego nerwu lub usunięciu nerwiaka i następczym zespoleniu końców nerwu. Przykładem jest dekompresja nerwów w zespołach z ucisku, na przykład w zespole cieśni nadgarstka. Tego rodzaju zabiegi wykonuje się w większości ośrodków ortopedycznych i neurochirurgicznych.



IV. ZMIANY W LECZENIU BÓLU W ŚWIETLE RAPORTÓW AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNEJ I TARYFIKACJI

Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji zarekomendowała zmiany technologii medycznej w zakresie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczących: *zniszczenia nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego, zniszczenia nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą (termolezja), zniszczenia nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą (kriolezja, krioneuroablacja)*⁴.

Zakres proponowanych zmian przez AOTMiT obejmuje: modyfikację kryteriów kwalifikacji pacjentów do wymienionych świadczeń – poprzez doprecyzowanie wskazań medycznych oraz określenie obszarów anatomicznych objętych leczeniem, doszczegółowienie interwencji medycznej – poprzez: określenie zasad realizacji procedur medycznych z wykorzystaniem technik obrazowania (w celu precyzyjnej lokalizacji struktur układu nerwowego, poddawanych zabiegowi), doprecyzowanie wymagań dotyczących niezbędnego sprzętu i aparatury, wskazanie składu mieszaniny chemicznej stosowanej w neurolizie chemicznej oraz określenie zakresu temperatur stosowanych w procedurach termolezji i kriolezji.

Celem proponowanej zmiany technologii medycznej jest: zwiększenie bezpieczeństwa i skuteczności zabiegów poprzez wprowadzenie obrazowania USG w trakcie ich wykonywania, co umożliwi precyzyjne zlokalizowanie struktur układu nerwowego poddawanych interwencji oraz rozszerzenie kryteriów wskazań, które przyczyni się do poprawy dostępności do nowoczesnych metod leczenia oraz ograniczenia ryzyka działań niepożądanych poprzez zmniejszenie stosowania silnych analgetyków opioidowych.

⁴ Raport z dnia 25 czerwca 2025 roku w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej art. 31f ust. 5 ustawy, Zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: *zniszczenie nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą (termolezja), zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą (kriolezja, krioneuroablacja)*

Zaproponowano doprecyzowanie definicji zarówno termolezji oraz kriolezji przy jednoczesnym określeniu/modyfikacji zakresu temperatur. Dla termolezji wskazano zakres od 42 do 90 stopni (poprzednio: 60-80), dla kriolezji: od -60 do -80 stopni.

W celu zwiększenia dostępności do świadczeń, Agencja zaproponowała rozszerzenie kryteriów wskazań do stosowania w przypadku tych procedur. Zmianie uległ warunek stosowania tych form leczenia od „wyłącznie w przypadku ściśle określonych zespołów bólu przewlekłego”, dodając również ból o charakterze ostrym oraz poszerzony zakres wskazań do stosowania procedur. Dodano następujące wskazania: *pierwotne bóle głowy, neuralgie i neuropatie nerwów obwodowych, neuralgie i neuropatie nerwów czaszkowych, bóle stawów obwodowych, szyjnopochodny ból głowy, ból korzeniowy i radikulopatie szyjne, piersiowe i lędźwiowe; ból zależny od układu współczulnego, ból zależny od układu przywspółczulnego, ból mięśniowo-powięziowy, przewlekły ból po zabiegach operacyjnych.*

Proponowane rozszerzenie wskazań do zbiegów neurodestrukcyjnych wynika z aktualnej wiedzy. Szacunkowy wzrost populacji pacjentów wynikający z rozszerzenia wskazań o proponowane jednostki chorobowe to około **10 procent** poddawanych do tej pory zabiegom o kodzie ICD-9: 04.24 i 04.25 (termolezja i kriolezja). Populacja pacjentów poddawanych neuroлизie chemicznej nie powinna ulec zmianie.

Przed wykonaniem zabiegu neurodestrukcyjnego rekomenduję się wykonanie blokady diagnostycznej. Przeprowadzenie blokady diagnostyczno- prognostycznej, jak i samego zabiegu docelowego wymaga dużej precyzji co wiąże się z koniecznością zastosowania wizualizacji ultrasonograficznej lub RTG. Agencja dopuszcza wykorzystanie w tym celu obrazowania TK. Zmiana warunków realizacji termolezji poprzez umożliwienie przeprowadzenia zabiegu pod kontrolą ultrasonografii oraz rozszerzenie zakresu temperatury, umożliwi wykonywanie bezpiecznie zabiegu termolezji pulsacyjnej, pozwoli na lepszy dobór metody do zgłaszanych dolegliwości bólowych bez istotnego zwiększenia populacji pacjentów. Kriolezja jest procedurą minimalnie inwazyjną, bezpieczną i skuteczną, która znacząco zmniejsza nasilenie bólu. Obecne wymagania odnośnie kriolezji wskazują wyłącznie na wymóg posiadania aparatu do kriolezji. Proponowana zmiana zakłada dodanie wymagania posiadania w lokalizacji: aparat USG i RTG z torem wizyjnym lub tomograf komputerowy.

Szczegółowy opis proponowanej zmiany technologii medycznej w przypadku poszczególnych procedur medycznych przedstawia tabela poniżej.

Tabela 3. Zmiany technologii medycznych

Procedura medyczna	Obszar zmiany technologicznej kryteria kwalifikacji	Interwencja medyczna
<i>04.21 zniszczenie nerwów czaszkowych i obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego</i>	<ul style="list-style-type: none"> - doprecyzowanie wskazań medycznych – usunięto wskazania: klasterowe bóle głowy, neuralgia trójdzielna i międzyżebrowa; dodano: pierwotne bóle głowy, neuralgie i neuropatie nerwów czaszkowych (glicerol, fenol), nerwów obwodowych (fenol) oraz ból zależny od układu współczulnego (etanol, fenol) - zmiana obszarów neurolyzy- usunięto: splot podbrzusny górny, zwój nieparzysty, zwój skrzydłowo-podniebienny - dodano: splotów i zwojów autonomicznego układu nerwowego, neurolyzy nerwów czaszkowych, neurolyzy nerwów obwodowych 	<ul style="list-style-type: none"> - określenie wymogu potwierdzenia położenia igły i rozchodzenia się leku z kontrastem przed podaniem czynnika neurolytycznego przy użyciu aparatu USG i RTG z torem wizyjnym lub TK - modyfikacja wymagań sprzętowych – dodano konieczność posiadania aparatu USG i RTG z torem wizyjnym lub TK - doprecyzowanie stosowanych substancji oraz ich stężenia: etanol (60-96%0, fenol (3-15%), glicerol (25-100%)
<i>04.25 zniszczenie nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą (termolezja)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - zmieniono warunek stosowania wyłącznie w bólach przewlekłych – dopuszczono także bóle ostre - usunięto: klasterowy ból głowy, neuralgię nerwów potylicznych (C2), neuralgię międzyżebrową, zespół bolesnego barku (wymagana wcześniejsza rehabilitacja bierna 	<ul style="list-style-type: none"> - obecnie do realizacji wymagany RTG z torem wizyjnym i aparat do termolezji – proponuje się dodanie: aparat USG lub tomografii komputerowej - zmiana zakresu temperatur z 60-80 C na 42 - 90 C
<i>04.25 zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą (kriolezja, krioneuroablacja)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - dodano: pierwotne bóle głowy, neuralgie i neuropatie nerwów czaszkowych i obwodowych, bóle stawów obwodowych, szyjnopochodny ból głowy, ból korzeniowy i radikulopatie (szyjne, piersiowe i lędźwiowe), bóle zależne od układu współczulnego i przywspółczulnego, ból mięśniowo-powięziowy, przewlekły ból po operacjach - doprecyzowano: <ul style="list-style-type: none"> - „zespoły bólowe kręgosłupa” zamiana na „zespoły bólowe kręgosłupa szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, krzyżowego (ból dyskogeny, dysfunkcja stawów międzywyrostkowych wraz ze stawem krzyżowo-biodrowym” - „ból kikuta” zmiana na „ból po amputacji kończyny” 	<ul style="list-style-type: none"> - obecnie do realizacji wymagany aparat do kriolezji – proponuje się dodanie: aparat USG lub RTG z torem wizyjnym lub tomografii komputerowej - określono zakres temperatur od – 60 C do - 80 C.

Źródło: Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji z dnia 25 czerwca 2025 roku w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej art. 31f ust. 5 ustawy, zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Omawiane świadczenia mogą być realizowane w ramach porad specjalistycznych – poradnia leczenia bólu, neurochirurgia, chirurgia szczękowo-twarzowa, ortopedia i traumatologia narządu ruchu. Dla tych porad zgodnie ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia, wymagane jest zapewnienie dostępu lub posiadanie w lokalizacji aparatu RTG lub USG, przy czym nie jest wymagane posiadanie tomografu komputerowego.

Obecnie wycena punktowa świadczeń z zakresu zniszczenia nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego, zniszczenia nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą (termolezja), zniszczenia nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą (kriolezja, krioneuroablacja) wynosi 1039 punktów, przy szacowanej wartości 1787,08 złotych.

Z perspektywy pacjentów korzyścią z wprowadzenia analizowanych świadczeń jest m.in. zmniejszenie nasilenia bólu, zmniejszenie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe lub nawet ich odstawienie, zmniejszenie liczby objawów niepożądanych po farmakoterapii, poprawa jakości życia (snu, funkcjonowania, zmniejszenie objawów depresyjnych), alternatywa do operacji stawów lub kręgosłupa (przy dużym ryzyku okołoperacyjnym lub niechęci pacjenta), terapia pomostowa przeciwbólowa np. przy oczekiwaniu na alloplastykę stawu. Jednakże, istnieje ryzyko związane z zabiegami inwazyjnymi (infekcja, krwawienie, brak zamierzonego efektu przeciwbólowego, narażenie na promieniowanie RTG).

Z perspektywy świadczeniodawców / systemu ochrony zdrowia korzyścią jest możliwość realizacji zabiegów termolezji/kriolezji/neurolizy w warunkach ambulatoryjnych (odciążenie oddziałów zabiegowych z możliwością koncentracji na innych planowych zabiegach – w efekcie skrócenie kolejek oczekujących na zabieg). Z drugiej strony, ograniczeniem może być konieczność rozwiązań infrastrukturalnych oraz inwestycja w wymagany sprzęt i kadrę medyczną oraz konieczność rozwiązania problemu obserwacji i /lub hospitalizacji pacjenta po procedurze ambulatoryjnej w przypadku powikłań.

Z perspektywy płatnika publicznego mocną stroną jest m.in. ograniczenie kosztów refundacji leków przeciwbólowych, znaczne ograniczenie kosztów leczenia powikłań błędnej farmakoterapii (np. niewydolność nerek po samoleczeniu i niekontrolowanym stosowaniu NLPZ od farmakoterapii, poprzez dializoterapię do przeszczepień narządu i

późniejszej immunosupresji i jej powikłań), zmniejszenie ilości i tym samym kosztów operacji (np. alloplastyk dużych stawów, zabiegów operacyjnych kręgosłupa), skrócenie czasu oczekiwania na planowany zabieg operacyjny poprzez identyfikację pacjentów, którzy potencjalnie mogą skorzystać na zabiegach termolezji/kriolezji jako metodzie przeciwbólowej.

Aktualizacja świadczeń i postawienie wymogów sprzętowych i kadrowych z pewnością będzie skutkowało zwiększeniem wyceny konkretnych procedur. Jednakże proponowane usystematyzowanie wskazań do procedur (włączywszy blokadę diagnostyczną jako element określający wskazania do konkretnej procedury inwazyjnej) poprawi ich skuteczność poprawiając jednocześnie kontrolę płatnika nad ich wykorzystaniem, co do tej pory stanowiło duży problem.

Metody interwencyjne w zakresie leczenia bólu przewlekłego są realizowane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz w lecznictwie szpitalnym.

W celu dokładnej oceny rzeczywistych nakładów finansowych ponoszonych przez świadczeniodawców, w raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z dnia 22.07.2025 pt.: *Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób kręgosłupa* przedstawiono wspólną analizę kosztową wszystkich procedur możliwych do rozliczenia zarówno w lecznictwie szpitalnym, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Prezentowane w niniejszym raporcie dane z Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji skupiają się na procedurach interwencyjnych leczenia bólu w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Analiza przeprowadzona przez AOTMiT miała na celu identyfikację różnic w kosztach realizacji świadczeń w obu trybach, a także ocenę efektywności obecnych mechanizmów taryfikacyjnych oraz wskazanie potencjalnych obszarów wymagających korekty wycen tak, aby zapewnić adekwatne i sprawiedliwe finansowanie procedur medycznych niezależnie od miejsca ich realizacji.

W analizie wskazano procedury leczenia bólu jednoimienne tj. możliwe do rozliczenia w szpitalu jak i w ambulatorium:

- 03.901 Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku
- 03.921 Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów
- 04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego
- 04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą
- 04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej
- 04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego
- 05.31 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego
- 05.39 Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju – inne.

W celu zapewnienia porównywalności pomiędzy świadczeniami realizowanymi w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym, przyjęto założenie, że standard realizacji świadczeń ambulatoryjnych powinien odpowiadać standardowi analogicznych świadczeń wykonywanych w warunkach szpitalnych. Ma to szczególne znaczenie w kontekście podejmowanych działań zmierzających do przesuwania ciężaru realizacji wybranych świadczeń z poziomu leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w celu odwrócenia piramidy świadczeń.

Na podstawie danych przekazanych w ramach współpracy eksperckiej, z uwagi na znaczne różnice w czasie procedury oraz zaangażowaniu personelu, [wyodrębniono trzy nowe grupy zabiegowe w AOS](#) dla procedur zarówno z zakresu neurologii, jak i chirurgii kręgosłupa:

1. ZX1 Świadczenia zabiegowe – grupa X1

- 03.901 Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku,
- 03.921 Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów,
- 04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego,
- 05.31 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego,

- *05.39 Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju – inne.*

2. ZX2 Świadczenia zabiegowe – grupa X2

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

3. ZX3 Świadczenia zabiegowe – grupa X3

- *04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej,*
- *04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego,*
- *04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych.*

Na podstawie przeprowadzonych analiz kosztów jednostkowych oraz ich struktury, opracowano nowy podział grup rozliczeniowych, uwzględniający realne nakłady ponoszone w trybie ambulatoryjnym. Zachowano przy tym zasadę adekwatności kosztowej, tak aby zapewnić opłacalność realizacji świadczeń poza szpitalem, bez uszczerbku dla ich jakości i bezpieczeństwa pacjentów.

W wyniku przeprowadzonych analiz [zaproponowano zmianę grup rozliczeniowych dla tych procedur](#). Projekty taryf dla procedur zabiegowych realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmują utworzenie nowych produktów rozliczeniowych.

Celem działań jest dostosowanie systemu taryfikacji do zmieniających się realiów klinicznych oraz zapewnienie adekwatnej wyceny świadczeń medycznych. Proponowane przez AOTMiT taryfy mają również na celu odwrócenie piramidy świadczeń, przeniesienie procedur interwencyjnych z lecznictwa szpitalnego do AOS. Umożliwi to świadczeniodawcom realizację określonych procedur w warunkach ambulatoryjnych, co przyczyni się do zwiększenia dostępności świadczeń, skrócenia czasu oczekiwania na leczenie oraz optymalizacji kosztów systemu ochrony zdrowia.

W celu zapewnienia równowagi kosztowej pomiędzy świadczeniami realizowanymi w trybie stacjonarnym a ambulatoryjnym oraz w celu stworzenia mechanizmów

zachęcających świadczeniodawców do szerszej realizacji procedur w ramach AOS, dokonano szczegółowej kalkulacji kosztów tych świadczeń.

Projekty taryf, oszacowane na podstawie wyników analizy kosztów związanych z realizacją świadczeń są odpowiednio:

- wyższe od aktualnej wartości katalogowej dla 8 procedur, od 5 procent dla procedury 04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą i 04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą do 453 procent dla procedury 04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego i 04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych,
- niższe od aktualnej wartości katalogowej dla 1 procedury tj.: 04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego o 48 procent,
- pozostawione na obecnym poziomie dla procedury 04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej.

Projekty taryf przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 4. Projekt taryfy dla produktów AOS

Kod i nazwa procedury	Obecna wycena		Projekt taryfy		% zmiany
	[PKT]	[ZŁ]	[PKT]	[ZŁ]	
03.901 Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku	232	427	544	1000	134 %
03.921 Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów	184	339	544	1000	195 %
04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego	1039	1912	544	1000	-48 %
05.31 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego	115	212	544	1000	373 %
05.39 Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju – inne	115	212	544	1000	373 %
04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą	1039	1912	1092	2009	5 %

04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą	1039	1912	1092	2009	5 %
04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej	80	147	80	147	0 procent
04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego	80	147	443	815	453 %
04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych.	80	147	443	814	453 %

dla wartości 1 pkt = 1,84 zł, stanowiącym średnią cenę jednostki rozliczeniowej, dla analizowanych świadczeń, obowiązującą do 30 czerwca 2026 r.

Źródło: Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z dnia 22.07.2025 pt.: Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób kręgosłupa.

Należy mieć na uwadze, że wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się ze zwiększeniem wydatków po stronie płatnika publicznego o ok. 26 mln zł, co odpowiada o 53,8 procent zwiększeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do estymowanej wartości świadczeń w roku 2023 r. Taryfikacja świadczeń w obszarze technik interwencyjnych leczenia bólu powinna umożliwić pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, realizujących procedury w zakresie leczenia bólu, w szczególności przez poradnie leczenia bólu. Zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania jest kluczowe dla utrzymania jakości udzielanych świadczeń, ich dostępności oraz tworzenia się nowych poradni leczenia bólu

Tabela 5. Analiza wpływu na budżet płatnika

Kod i nazwa	Liczba świadczeń	Aktualne wydatki NFZ [Zł]	Wydatki NFZ po zmianach [Zł]	Zmiana [Zł]	Zmiana [%]
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	72 270	48 330 326	74 309 700	25 979 374	53,8 %
03.901 Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku	10	4 454	10 445	5 990	134,5%
03.921 Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów	5 365	1 881 869	5 530 029	3 648 161	193,9%
04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych	7017	13 771 200	7 211 293	- 6 559 907	- 47,6%

<i>przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego</i>					
<i>04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą</i>	7 627	14 389 290	15 123 296	734 006	5,1%
<i>04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą</i>	5 955	11 627 255	12 229 562	602 308	5,2%
<i>04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej</i>	4 751	536 067	536 067	0	0,0%
<i>04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego</i>	6 818	1 014 392	5 558 324	4 543 932	447,9%
<i>04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych</i>	34 557	5 069 057	27 936 875	22 867 818	451,1%
<i>05.31 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego</i>	27	6 325	29 918	23 593	373,0%
<i>05.39 Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju-inne</i>	143	30 418	113 473	113 473	373%

Źródło: Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z dnia 22.07.2025 pt.: Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób kręgosłupa.

Rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji dotyczą także procedur w chirurgii kręgosłupa w leczeniu szpitalnym.

Projekty taryf, oszacowane na podstawie wyników analizy kosztów związanych z realizacją świadczeń z zakresu chirurgii kręgosłupa, są odpowiednio:

- wyższe od aktualnej wartości katalogowej dla 10 grup JGP, od **21 procent** dla *HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. , do **196 procent** dla *HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym ,**
- niższe niż ich aktualna wartość katalogowa dla 11 grup JGP i różnica waha się odpowiednio od **1 procent** dla grupy *HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie i PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. do **52 procent** dla grupy *HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnętrztrzonowe i wewnętrztrzonowe),**
- wyższe o **86 procent** dla produktu do sumowania *Przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie* oraz **69 procent** dla produktu *odrębnego Neuromodulacja krzyżowa – I etap - wszczepienie elektrody testowej.*

W leczeniu szpitalnym oszacowano 105 422 świadczeń z zakresu chirurgii kręgosłupa; zabiegów kompleksowych, dużych, średnich, stymulatorów. Aktualne wydatki tych świadczeń są na poziomie 2 213 276 015 złotych. Wydatki po zmianach taryfy wynoszą 1 881 985 960 złotych, co daje 331 290 056 złotych oszczędności, w tym największe oszczędności wskazano na zabiegach średnich - 294 040 908 złotych.

Podsumowując koszty, wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń w leczeniu szpitalnym i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej będzie wiązało się ze zmniejszeniem wydatków po stronie płatnika publicznego o ok. 305 mln zł, co odpowiada **13,5 procent** zmniejszeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do estymowanej wartości świadczeń w roku 2023 r.





V. REKOMENDACJE POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADANIA BÓLU

REKOMENDACJA 1

WNIOSKUJEMY O UAKTUALNIENIE WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OBSZARZE METOD INTERWENCYJNYCH LECZENIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO WEDŁUG TARYFIKACJI ZAREKOMENDOWANEJ W RAPORCIE AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNEJ I TARYFIKACJI Z DNIA 22 LIPCA 2025 ROKU

W Raporcie AOTMiT pt.: *Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób kręgosłupa* przedstawiono analizę kosztową procedur interwencyjnych leczenia bólu możliwych do rozliczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Nowa wycena świadczeń w obszarze technik interwencyjnych leczenia bólu umożliwi pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez poradnie leczenia bólu.

REKOMENDACJA 2

WNIOSKUJEMY O PRZESUNIĘCIE PROCEDUR INTERWENCYJNYCH (TERMOLEZJI, KRIOLEZJI) Z HOSPITALIZACJI DO PORADNI LECZENIA BÓLU, CO ZMNIJSZY KOSZTY DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Zgodnie z raportem AOTMiT z dnia 22 lipca 2025 roku pt.: „*Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób kręgosłupa*” w ocenie ekspertów medycyny bólu ponad 90 procent zabiegów inwazyjnych z zakresu H55, 25 procent zabiegów z zakresu A25 i 97 procent 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.

REKOMENDACJA 3

WNIOSKUJEMY O ROZSZERZENIE KRYTERIÓW WSKAZAŃ DO ZABIEGÓW INTERWENCYJNYCH (KRIOLEZJA, TERMOLEZJA) – POZYTYWNA OPINIA AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNEJ I TARYFIKACJIZ DNIA 25 CZERWCA 2025 ROKU

Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji zarekomendowała zmiany technologii medycznej w zakresie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczących: *zniszczenia nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego, zniszczenia nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą (termolezja), zniszczenia nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą (kriolezja, krioneuroablacja).*

Zmianie uległy m.in. kryteria kwalifikacji pacjenta do tych form leczenia. Do bólu przewlekłego dodano ból o charakterze ostrym oraz poszerzono zakres wskazań do stosowania procedur. Rozszerzono wskazania: *pierwotne bóle głowy, neuralgie i neuropatie nerwów obwodowych, neuralgie i neuropatie nerwów czaszkowych, bóle stawów obwodowych, szyjnopochodny ból głowy, ból korzeniowy i radikulopatie szyjne, piersiowe i lędźwiowe; ból zależny od układu współczulnego, ból zależny od układu przywspółczulnego, ból mięśniowo-powięziowy, przewlekły ból po zabiegach operacyjnych.*

REKOMENDACJA 4

REKOMENDUJEMY OPRACOWANIE PRZEZ EKSPERTÓW STANDARDU ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W ZAKRESIE LECZENIA BÓLU ZE STRUKTUR KRĘGOSŁUPA (KRIOLEZJE, TERMOLEZJE) W OPARCIU O JAKOŚĆ, CO W KONSEKWENCJI ZMNIĘJSZY KOSZTY DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

REKOMENDACJA 5

REKOMENDUJEMY ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO WIELOSPECJALISTYCZNYCH PORADNI LECZENIA BÓLU, CO W KONSEKWENCJI ZMNIĘSZY ZUŻYCIE ANALGETYKÓW OPIOIDOWYCH I KOSZTY ICH REFUNDACJI

Dostęp do świadczeń zdrowotnych z zakresu wielokierunkowego leczenia bólu jest nierównomierny na terenie Polski. Poradnie certyfikowane przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu znajdują się tylko w 9 województwach: w woj. mazowieckim – 2, w woj. podlaskim – 1, w woj. śląskim - 7, w woj. dolnośląskim – 3, w woj. wielkopolskim - 1, w woj. pomorskim - 3, w woj. kujawsko-pomorskim – 1, w woj. zachodnio-pomorskim - 2, w woj. małopolskim – 2, w woj. podkarpackim - 1.

Narodowy Fundusz Zdrowia odmawia w wielu obszarach kraju tworzenia nowych poradni leczenia bólu, argumentując, że poradnie opieki paliatywnej zapewniają taką samą opiekę.

Starzejące się społeczeństwo to coraz większa liczba pacjentów w bólem przewlekłym, a poradnie leczenia bólu zapewniają leczenie wielokierunkowe, gdzie farmakoterapia jest tylko jedną z metod leczenia.

REKOMENDACJA 6

REKOMENDUJEMY ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO WIELOKIERUNKOWEGO LECZENIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO

Leczenie wielokierunkowe pacjenta z bólem obejmuje indywidualnie dobraną farmakoterapię, zabiegi interwencyjne, rehabilitację, neuromodulację oraz psychoterapię.

Rekomendujemy uwzględnienie w ramach poradni leczenia bólu terapii psychologicznej, porady pielęgniarskiej oraz neuromodulacji nieinwazyjnej (przezczaszkowa stymulacja prądowa, przezczaszkowa stymulacja magnetyczna, stymulacja nerwu błędnego) oraz ich odpowiednią wycenę. Rekomendujemy wyłączenie poradni leczenia bólu analogicznie do poradni opieki paliatywnej ze wskaźnika 0,75, obniżającego wycenę świadczeń w poradni leczenia bólu przez NFZ.

REKOMENDACJA 7

REKOMENDUJEMY ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH METOD LECZENIA BÓLU CHORYCH NA NOWOTWORY Z BÓLEM OPORNYM NA INNE METODY LECZENIA

Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej metody wszczepienia dokanałowego systemu dostarczania leku przeciwbólowego została przekazana przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu do Ministerstwa Zdrowia.

REKOMENDACJA 8

WNIOSKUJEMY O UTWORZENIE OŚRODKÓW REFERENCYJNYCH LECZENIA BÓLU W POLSCE.

Utworzenie Ośrodków zapewni możliwość szczegółowej diagnostyki i leczenia pacjentów będących w kryzysie bólowym, oraz wymagających zastosowania interwencyjnych technik leczenia bólu, takich jak zabiegi neurodestrukcyjne w zakresie układu nerwowego (np. termolezja zwoju Gassera, nerolizy układu współczulnego), i metody dokanałowej podaży leków przeciwbólowych. Obecnie pacjenci z bólem przewlekłym znajdujący się w kryzysie bólowym pozostają bez właściwej opieki medycznej



Bibliografia:

1. Ból pod redakcją Dobrogowski J., Wordliczek J., Kocot-Kępska M. Termedia Wydawnictwo Medyczne Poznań 2020.
2. Polska w liczbach 2025, Elżbieta Lisiak, Monika Małek, Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
3. Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z dnia 22.07.2025 pt.: Świadczenia *gwarantowane obejmujące leczenie chorób kręgosłupa*.
4. Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji z dnia 25 czerwca 2025 roku w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej art. 31f ust. 5 ustawy, zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: zniszczenie nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą (termolezja), zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą (kriolezja, krioneuroablacja).
5. Mapy Potrzeb Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z 2025 roku (dostęp 10.12.2025)
6. <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2023+roku.pdf/57361117-44fc-4c48-ecad-82685bebdb32?t=1716895964320> (dostęp w dniu: 10.12.2025 r.)

Spis tabel:

Tabela 1. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych wg ZUS-u w 2022 r. oraz 2023 r. dla najczęściej występujących grup chorobowych /12

Tabela 2. Liczba udzielonych świadczeń w poradni leczenia bólu vs średnia miesięczna udzielonych porad vs. liczba poradni /13

Tabela 3. Zmiany technologii medycznych /22

Tabela 4. Projekt taryfy dla produktów AOS /27

Tabela 5. Analiza wpływu na budżet płatnika/28



