Raport nr WT.521.2.2025 – Chirurgia robotowa i radykalna prostatektomia laparoskopowa (JGP F45R, L31L, L31R, M22R). Uwagi spełniające wymogi formalne.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy - Anna Kasprowicz	Rozdz. 4.5, s. 68-69, tab. 46 - M22R	Wnosimy o ponowną weryfikację zasadności obniżenia wartości taryfy M22R o 10,8%. Z perspektywy wysokowolumenowego szpitala onkologicznego obniżenie finansowania tej grupy ogranicza możliwość utrzymania i dalszego rozwoju programu chirurgii robotowej. W analizie własnej świadczeniodawcy, przeprowadzonej na podstawie rzeczywistych danych kosztowych, obniżenie taryfy powoduje spadek opłacalności jednostkowej procedury M22R o ok. 3,0 tys. zł na zabieg. W ocenie świadczeniodawcy uzasadnione jest pozostawienie obecnego poziomu finansowania do czasu przeprowadzenia pełnej weryfikacji danych kosztowych, w szczególności kosztów specyficznych dla wysokowolumenowych ośrodków onkologicznych.
		Rozdz. 5, s. 70 - współczynnik 1,25 dla L31L	Wnosimy o odstąpienie od podwyższania minimalnego progu liczby zabiegów warunkującego zastosowanie współczynnika 1,25 albo o wprowadzenie mechanizmu ochronnego dla ośrodków zapewniających wysoką jakość leczenia. Podniesienie progu, przy jednoczesnym obniżeniu taryfy L31L o 18,5%, może prowadzić do skumulowanego obniżenia finansowania. W analizie własnej świadczeniodawcy opłacalność L31L spada o ok. 6 tys. zł na zabieg po zastosowaniu projektowanej taryfy. W ocenie Szpitala jest to zmiana znacząca z punktu widzenia ekonomicznego świadczeniodawcy. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że proponowana zmiana wyceny jest znacznie większa niż zmiana dotycząca procedury robotowej urologicznej L31R, dla której AOTMiT proponuje pozostawienie wyceny na dotychczasowym poziomie. Dodatkowo rekomendowane przez AOTMiT podwyższenie progu może spowodować utratę współczynnika 1,25, a tym samym dalsze pogorszenie ekonomiki procedury. Wnosimy zatem o pozostawienie obecnego progu do czasu uzyskania danych dotyczących rzeczywistego wpływu zmiany na dostępność świadczeń.
		Rozdz. 6, s. 71-72 oraz rozdz. 4.3-4.4	Wnosimy o szersze uwzględnienie zróżnicowania rzeczywistych kosztów pomiędzy świadczeniodawcami. Sam raport wskazuje, że koszty amortyzacji/leasingu, serwisu, instrumentarium, materiałów zużywalnych oraz organizacji pracy bloku operacyjnego są ewidencjonowane w sposób niejednolity. Dane NFZ nie odzwierciedlają natomiast w pełni rzeczywistego zużycia zasobów ani różnic organizacyjnych pomiędzy podmiotami. W związku z tym średnia taryfa nie powinna być traktowana jako pełna reprezentacja kosztów każdego wysokospecjalistycznego szpitala onkologicznego. Wnosimy o przeprowadzenie analizy wrażliwości taryf na poziom kosztów charakterystyczny dla ośrodków wysokowolumenowych.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
2	Polskie Towarzystwo Urologiczne - prof. dr hab. n. med. Bartosz Małkiewicz	Uwaga ogólna; rozdz. 1 i 4.5, s. 4, 68-69	Poniższe uwagi zostały wypracowane wspólnie przez Prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego (prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa), Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii (prof. dr hab. n. med. Tomasz Szydełko) oraz Zarząd Główny PTU (ZG PTU). W imieniu ZG PTU uwagi przekazuje i podpisuje Wiceprezes ZG PTU – prof. dr hab. n. med. Bartosz Małkiewicz. Uwagi dotyczą grup L31R, L31L i L31; do grup F45R i M22R uwag nie zgłaszamy. Nie kwestionujemy proponowanej wysokości taryfy L31R – uwagi dotyczą metodyki wyceny oraz warunków jej przyszłych zmian. Przedstawione wyliczenia oparto wyłącznie na danych i parametrach zawartych w raporcie Agencji oraz w raporcie NFZ „Radykalna prostatektomia – analiza porównawcza metod na podstawie danych NFZ" (lipiec 2025). Utrzymanie wyceny L31R jest zasadne. Popieramy pozostawienie wyceny L31R (17 075 pkt; 28 174 zł). Wynik analizy kosztów Agencji (28 546 zł) przewyższa obecną wycenę o 372 zł (1,3%), co przy 10 548 zabiegach rozliczonych w 2025 r. (Tab. 47) oznacza ok. 3,9 mln zł niedofinansowania rocznie. Raport nie daje więc podstaw do obniżenia L31R. Wycenę L31R obniżono już o 14% od lipca 2025 r. (s. 45); średnia refundacja L31R w 2024 r. wynosiła 32 594 zł (raport NFZ „Radykalna prostatektomia – analiza porównawcza metod na podstawie danych NFZ", lipiec 2025, Tab. 1.1). Niepewność oszacowania nie jest symetryczna – kluczowe składowe kosztu są w raporcie prawdopodobnie niedoszacowane
		Rozdz. 4.4.4 i 4.4.7, s. 63, 68 - czas zabiegu	Czas zabiegu i wrażliwość wyceny. Czas zabiegu L31R przyjęto na poziomie 3,25 h (195 min) po korekcie eksperckiej (Tab. 40), tj. krócej niż dla LRP (3,87 h), mimo że czas ten obejmuje również przygotowanie sali i personelu oraz sprzątanie, a dla RARP także dokowanie systemu. Model Agencji jest silnie wrażliwy na ten parametr: koszt godziny zabiegu L31R (infrastruktura bloku i anestezjologii oraz personel) wynosi 2 390 zł (7 768 zł / 3,25 h; Tab. 45), zatem każde dodatkowe 30 min to +1 195 zł. Przy czasie 4,0 h koszt L31R wynosi 30 339 zł, a przy 4,5 h – 31 534 zł, tj. odpowiednio 7,7% i 11,9% powyżej obecnej wyceny. Wnosimy o przedstawienie rozkładu czasu zabiegu w danych źródłowych przed korektą ekspercką (mediana, IQR, liczebność, z podziałem według zakresu limfadenektomii) oraz analizy wrażliwości taryfy na ten parametr.
		Rozdz. 4.3.1, 4.4.5 i 6 - reprezentatywność i case-mix	Reprezentatywność danych i zróżnicowanie przypadków (case-mix). Próba kosztowa dla L31R obejmuje 12 z 55 realizatorów i 2 012 z 10 548 zabiegów (19%; Tab. 28). WKK przekazano jako średnie zagregowane, część korekt eksperckich - bez liczebności (s. 52), a koszty zmienne wyznaczono jako nieważoną średnią arytmetyczną (s. 64). Wnosimy o przedstawienie dla kluczowych składowych (narzędzia i wyroby medyczne, system robotowy, czas bloku, pobyt) mediany, IQR i liczebności. Grupa L31R obejmuje chorych od cT1 do cT3b N0-1 (Zał. 2) oraz dwie procedury o różnej złożoności: ICD-9 60.54 (limfadenektomia zasłonowa) i 60.55 (limfadenektomia miedniczna) (Zał. 3). Jednolita taryfa może nie odzwierciedlać wyższego kosztu leczenia chorych wysokiego ryzyka i miejscowo zaawansowanych, wymagających rozszerzonej limfadenektomii, operowanych głównie w ośrodkach

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			referencyjnych. Wnosimy o porównanie czasu zabiegu, długości pobytu i kosztów dla procedur 60.54 i 60.55 na danych NFZ oraz rozważenie korekty taryfy za złożoność przypadku.
		Rozdz. 1 i 4.4.3, s. 4-5, 61-62, 66 - amortyzacja	Amortyzacja systemu robotowego. Uwzględnienie w taryfie amortyzacji wyłącznie tej części systemu, którą sfinansowano ze środków własnych, uzależnia taryfę od historycznego źródła finansowania, a nie od ekonomicznego kosztu utrzymania i odtworzenia technologii. Przy jednolitej taryfie uśredniony udział własny oznacza nadpłatę ośrodkom dotowanym i niedopłatę ośrodkom, które zakupiły system ze środków własnych lub korzystają z leasingu albo dzierżawy. Przy przyjętym 8-letnim okresie ekonomicznej użyteczności (s. 62) w perspektywie kilku lat nastąpi wymiana systemów zakupionych w pierwszej fali, również z dotacji – bez gwarancji ponownego dofinansowania. Wnosimy o: (a) przedstawienie wariantu taryfy z pełną amortyzacją (100% wartości początkowej) lub z kosztem odtworzenia systemu; (b) rozbicie kwoty 3 767 zł (Tab. 38) na amortyzację, serwis i sterylizację; (c) wyjaśnienie ujęcia kosztów leasingu i dzierżawy („koszty udostępnienia systemu", s. 66).
		Rozdz. 3.2, 4.4.6, 4.5 i 5 - współczynniki	Współczynniki korygujące i neutralność technologiczna. Rekomendacja niestosowania „dodatkowych współczynników korygujących in plus" wyłącznie do procedur robotowych (s. 70) jest sprzeczna z deklarowaną neutralnością ekonomiczną przy wyborze technologii (s. 69) oraz z propozycją z s. 67, aby współczynnik jakościowy (Pay for Quality) przysługiwał niezależnie od techniki operacyjnej. Po proponowanej obniżce L31L ze współczynnikiem 1,25 wyniesie 26 568 zł przy koszcie 21 254 zł (+5 314 zł; +25%), podczas gdy L31R – 28 174 zł przy koszcie 28 546 zł (−372 zł; −1,3%). Obecnie L31L ze współczynnikiem (32 603 zł) przewyższa L31R, co sprzyja opisanemu na s. 45 downcodingowi: w 2024 r. 1 235 z 4 253 zabiegów rozliczonych grupą L31L (29%) sprawozdano z procedurą 00.98 (raport NFZ, Tab. 1.1). Wnosimy o wycofanie rekomendacji wyłączającej L31R ze współczynników korygujących oraz o objęcie wszystkich technik (L31, L31L, L31R) jednolitym mechanizmem premiującym wolumen i jakość – docelowo w formule Pay for Quality opartej na wskaźnikach klinicznych
		Rozdz. 3.6, 4.2 i 4.4.6 - koszt epizodu 180 dni	Koszt całego epizodu leczenia (180 dni). Raport wycenia wyłącznie hospitalizację indeksową. Przytoczona analiza NFZ (31 235 pacjentów, X 2022 - III 2025) wykazała, po uwzględnieniu wieku, wielochorobowości i doświadczenia ośrodka, że RARP w porównaniu z LRP wiąże się z krótszą hospitalizacją (o 0,8 dnia) oraz mniejszą szansą przetoczenia krwi (o 40%), rehospitalizacji zabiegowej w ciągu 180 dni (o 19%), rehospitalizacji w ciągu 30 dni (o 20%) i refundacji świadczeń związanych z nietrzymaniem moczu w ciągu 180 dni (o 36%) (raport NFZ, Tab. 1.13); wyniki zasadniczo potwierdziły analizy wrażliwości (raport NFZ, Zał. 1-2). Wnosimy o oszacowanie kosztu 180-dniowego epizodu leczenia (hospitalizacja indeksowa, rehospitalizacje, przetoczenia, świadczenia i wyroby związane z nietrzymaniem moczu) dla L31, L31L i L31R na danych NFZ oraz uwzględnienie go przy ustalaniu relacji taryfowych. Potencjalne ograniczenie dostępu do RARP powinno być oceniane także w perspektywie kosztów i następstw klinicznych całego epizodu leczenia, a nie wyłącznie hospitalizacji indeksowej (s. 50).

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		Rozdz. 5, s. 70 - przyszła analiza i tańsze systemy	Zapowiedź ponownej analizy i tańsze systemy robotowe. Zapowiedź ponownej analizy taryf po roku, z uwzględnieniem wzrostu wolumenu i wejścia systemów produkowanych w Chinach i Indiach, opiera się na informacji przekazanej na posiedzeniu sejmowej podkomisji 24 lipca 2025 r. (s. 70), a nie na danych kosztowych. Niższa cena zakupu nie przesądza o niższym koszcie zabiegu; decydują m.in. koszt narzędzi i limity ich użyć, serwis, dostępność systemu (uptime), szkolenie i proctoring, czas zabiegu, krzywa uczenia oraz możliwy roczny wolumen. Wzrost wolumenu obniża jedynie składowe stałe (amortyzacja, serwis), nie zmienia kosztu narzędzi ani czasu pracy bloku. Wnosimy, aby ewentualna zmiana taryfy L31R: (a) opierała się na danych jednostkowych z polskich ośrodków, obejmujących pełny koszt posiadania (TCO) i co najmniej 12 miesięcy rzeczywistego użytkowania nowych platform; (b) nie uwzględniała przewidywanych oszczędności przed ich potwierdzeniem; (c) była poprzedzona konsultacją z PTU i Konsultantem Krajowym w dziedzinie urologii. Jeżeli poszczególne platformy wykażą trwałe i istotne różnice kosztu całkowitego, zasadniejsze będzie zróżnicowanie finansowania niż jednolita obniżka L31R dla wszystkich ośrodków.
		Rozdz. 1, 4.1, 4.2 i 5 - rejestr kliniczny	Rejestr kliniczny i współpraca. Popieramy rekomendację utworzenia rejestru klinicznego procedur robotowych (s. 70). ZG PTU i Konsultant Krajowy deklarują gotowość współpracy z Agencją, NFZ i Ministrem Zdrowia przy: (a) opracowaniu sposobu pozyskiwania od świadczeniodawców danych kosztowych w ujęciu jednostkowym (na hospitalizację), które pozwolą ocenić rozkład kosztów i zróżnicowanie przypadków; (b) doborze wskaźników jakości (m.in. trzymanie moczu i funkcja erekcyjna po 12 miesiącach, odsetek dodatnich marginesów chirurgicznych, powikłania wg Clavien-Dindo, wznowa biochemiczna), które mogą stanowić podstawę mechanizmu Pay for Quality; (c) zapowiedzianej taryfikacji świadczeń sekcji L JGP (s. 4).
		Zał. 2 - kryteria kwalifikacji do L31R	Kryteria kwalifikacji do L31R. Wnosimy o przekazanie Ministrowi Zdrowia postulatu aktualizacji kryteriów kwalifikacji: (a) wymóg IIEF-5 >21 nie ma uzasadnienia onkologicznego i jest niespójny z dopuszczeniem chorych z cT3a-b N0-1, u których często nie wykonuje się zabiegu oszczędzającego pęczki naczyniowo-nerwowe; (b) wykluczenie przerzutów odległych opiera się wyłącznie na scyntygrafii kości lub MRI całego ciała, bez uwzględnienia PSMA PET/CT, rekomendowanego przez wytyczne EAU w ocenie zaawansowania u chorych wysokiego ryzyka.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
3	Szpital Uniwersytecki w Krakowie - Tomasz Piwowarczyk	S. 62 - amortyzacja części finansowanej ze środków własnych	Do kalkulacji włączono amortyzację wyłącznie części sfinansowanej ze środków własnych. Następnie wyznaczono średnią ważoną wolumenem świadczeń z 2025 r. Takie podejście wprowadza nierówne traktowanie ekonomiczne podmiotów finansujących zakup z własnych środków. Uśrednianie kosztu amortyzacji po pomniejszeniu nakładów o dotacje powoduje, że wsparcie inwestycyjne otrzymane przez część świadczeniodawców obniża wspólną podstawę kalkulacji również dla szpitali, które takiego wsparcia nie otrzymały. Podmioty te poniosły pełny ciężar inwestycji, natomiast otrzymują taryfę uwzględniającą częściowe finansowanie zakupów innych jednostek. Zapobieganie podwójnemu finansowaniu u beneficjenta dotacji nie uzasadnia przenoszenia skutków tej dotacji na pozostałych świadczeniodawców.
		S. 62 i 70 - współczynniki według źródła finansowania	Koszt amortyzacji systemu robotowego uwzględniono w części odpowiadającej nakładom własnym świadczeniodawców, a następnie wyznaczono jego średnią ważoną wolumenem świadczeń. Jednocześnie zarekomendowano niestosowanie dodatkowych współczynników korygujących „in plus” dla świadczeń wykonywanych z wykorzystaniem systemów robotowych. Wnosimy o wprowadzenie współczynników korygujących wartość świadczeń F45R, L31R i M22R w zależności od źródła finansowania zakupu systemu robotycznego. Dla świadczeniodawców, których zakup został w całości pokryty bezzwrotnym finansowaniem zewnętrznym, należy pozostawić proponowaną taryfę bazową i współczynnik 1,00. Dla świadczeniodawców finansujących zakup w całości ze środków własnych należy ustalić współczynnik większy niż 1,00, pokrywający uzasadniony jednostkowy koszt amortyzacji w części przekraczającej koszt już uwzględniony w taryfie bazowej. Przy finansowaniu mieszanym wysokość korekty powinna uwzględniać udokumentowany udział środków własnych. Współczynnik należy wyznaczać według jednolitych zasad, na podstawie uzasadnionej wartości systemu, ekonomicznego okresu użytkowania oraz referencyjnego poziomu jego wykorzystania.
		S. 70 - systemy z Chin i Indii	W uzasadnieniu niestosowania dodatkowych współczynników wskazano zapowiadane wejście na rynek systemów z Chin i Indii o niższych kosztach zakupu i eksploatacji. Przewidywana konkurencja nie potwierdza obniżenia obecnych kosztów. Szpitale realizują wieloletnie umowy zakupu, serwisu i dostaw instrumentarium. Pojawienie się tańszego urządzenia nie daje automatycznej możliwości zmiany posiadanego systemu ani warunków umów. Raport nie wykazuje, w jakim zakresie zapowiadane ceny są już dostępne świadczeniodawcom. Należy oprzeć bieżącą ocenę kosztów na udokumentowanych, dostępnych warunkach zakupowych. Potencjalne oszczędności wynikające z nowych systemów przedstawić jako odrębny scenariusz przyszły i uwzględniać po potwierdzeniu rzeczywistych cen oraz kosztów całego okresu eksploatacji.