

Rekomendacja nr 125/2025

z dnia 10 września 2025 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania chirurgii robotowej nerki jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego

Prezes Agencji nie rekomenduje zakwalifikowania leczenia chirurgicznego nowotworu złośliwego nerki z zastosowaniem systemu robotowego jako nowego świadczenia opieki zdrowotnej.

Jednocześnie Prezes Agencji **rekomenduje** określenie szczegółowych warunków realizacji oraz klinicznych kryteriów kwalifikacji dla chirurgii robotowej nerki w zakresie leczenia szpitalnego wyłącznie we wskazaniu klinicznym określonym jako pierwotny nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej w stadium cT1-2 N0 M0 u pacjentów dorosłych.

Uzasadnienie rekomendacji

Problem decyzyjny dotyczy rozważenia zasadności kwalifikacji chirurgii robotowej we wskazaniach obejmujących nowotwory złośliwe nerki jako nowego świadczenia pod nazwą „Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego nerki z zastosowaniem systemu robotowego” w odrębnej grupie jednorodnych pacjentów [JGP]. Zakres obejmuje wyłącznie lokalizacje nowotworów pierwotnych w obrębie nerki (C64). Ocenianą technologię stanowi wspomaganie interwencji chirurgicznych systemem robotowym [RAN]. W obecnym stanie finansowania świadczeniodawcy w dostępnych JGP, właściwych do rozliczania zabiegowych procedur u pacjentów z nowotworami nerek, mają możliwość oferowania zarówno operacji metodami klasycznymi bez technologicznego wsparcia (chirurgia otwarta [ON]) jak i z wykorzystaniem metod laparoskopowych o zmniejszonej inwazyjności [LN], przez co nie ma formalnych przeszkód do rozliczania w tych produktach również RAN. Mając na względzie powyższe wskazuje się, że populacja docelowa może mieć zaspokojone potrzeby zdrowotne w ramach dostępnych świadczeń, a kwalifikacja odrębnego świadczenia mogłaby prowadzić do potencjalnych nadużyć finansowych przez świadczeniodawców.

Ocena skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania wnioskowanej technologii opiera się na wynikach opracowań wtórnych, czyli przeglądów systematycznych z metaanalizami oraz badań randomizowanych. Odnaleziono 9 przeglądów systematycznych [PS] dla nefrektomii częściowych, 2 PS dla całkowitych oraz jeden dla interwencji RAN w populacji pediatrycznej. W odniesieniu do twardych punktów końcowych związanych z przeżyciem lub progresją jedynie w jednym PS odnotowano istotność statystyczną. Istotne różnice dotyczyły zmniejszenia ryzyka progresji do wyższego stadium przewlekłej choroby nerek dla porównania RAN vs LN po resekcjach częściowych. W pozostałych przeglądach nie raportowano istotnych statystycznie różnic dla porównań z ON lub LN. W zakresie okołoperacyjnych punktów końcowych nie było jednoznacznych wyników. Porównania z ON wskazywały na brak istotności statystycznej przy ocenie parametrów marginesu chirurgicznego, czasu niedokrwienia i stopnia radykalności zabiegu. Jednak w przypadku czasu operacji częściowych w 1/6 PS zaraportowano istotne statystycznie wydłużenie, z kolei dla wielkości utraty krwi i wskaźnika transfuzji w 5/6 PS odnotowano istotne statystycznie wyniki na korzyść ocenianej interwencji. Przeprowadzone porównania z LN wykazały istotność statystyczną w 1/2 PS dla dłuższego czasu operacji oraz większego odsetka dodatnich marginesów chirurgicznych. Czas pobytu w szpitalu istotnie zmniejszył się w przypadku częściowych zabiegów we wszystkich 6 odnalezionych PS dla porównania

z ON, porównania z LN nie były jednoznaczne i raportowano zarówno brak istotnych różnic jak i istotne różnice na rzecz RAN po 1 z przeglądów dla zabiegów częściowych i całkowitych. Podsumowując RAN nie dostarcza dodatkowych efektów zdrowotnych względem technologii medycznych, które aktualnie są finansowane. Raportowane istotne statystycznie różnice w większości przypadków nie były związane z twardymi punktami końcowymi.

Odnalezione trzy analizy ekonomiczne, dotyczyły szerszego zakresu populacji pacjentów względem ocenianego, obejmowały pacjentów nie tylko z nowotworami złośliwymi. Wyniki porównań z komparatorami nie były jednoznaczne. Dodatkowo, należy mieć na uwadze fakt braku możliwości ekstrapolacji wyników analiz farmakoekonomicznych na warunki krajowe. Wydatki płatnika publicznego w ciągu pierwszych pięciu lat obowiązywania pozytywnej decyzji o kwalifikacji przedmiotowego świadczenia, uległyby znaczącemu wzrostowi o około 230 mln zł w wariantcie podstawowym. Za najbardziej istotne ograniczenie analizy finansowej należy uznać niepewności w zakresie liczebności populacji docelowej oraz hipotetycznej wyceny takiego świadczenia.

Odnaleziono 2 rekomendacje refundacyjne z zagranicznych instytucji NHS 2016 oraz OH 2023. W dokumencie angielskim wskazano na zasadność refundacji RAN w leczeniu wczesnych stadiów raka nerki niekwalifikujących się do konwencjonalnej operacji laparoskopowej, przy spełnieniu określonych kryteriów (m.in. kwalifikacja przez MDT, stadium T1a z wynikiem Padua >6) oraz realizacji w wyznaczonych ośrodkach. W pozostałych przypadkach rekomendowane jest wykorzystanie innych technik chirurgicznych w zależności od indywidualnej oceny. W ocenie kanadyjskiej nie precyzowano kryteriów dla populacji docelowej lub pozycji tej technologii względem alternatyw. Decyzja została poparta przez dane kliniczne, pomimo że przeprowadzona analiza ekonomiczna nie przyniosła jednoznacznych wyników.

Prezes Agencji, uwzględniając Stanowisko Rady Przejrzystości, mając na uwadze wszystkie powyższe aspekty, jednak w szczególności wysokie koszty jednostkowe i spodziewany wpływ na budżet, uważa kwalifikację chirurgii robotowej nerki jako odrębnego świadczenia za niezasadną. W związku z brakiem pozytywnej rekomendacji dotyczącej kwalifikowania chirurgii robotowej nerki Prezes Agencji wskazuje na brak zasadności przeprowadzania procesu wyceny lub retaryfikacji istniejących JGP: L00 Nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek; L05 Duże endoskopowe zabiegi nerek; PZL01 Nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek < 18 r.ż. Niemniej, Prezes Agencji biorąc pod uwagę aktualne brzmienie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wskazuje na zasadność określenia szczegółowych warunków realizacji oraz klinicznych kryteriów kwalifikacji dla chirurgii robotowej w zakresie leczenia nowotworów nerki. Dodatkowo istotnym aspektem do rozważenia jest dokonanie zmian legislacyjnych, poprzez wskazanie w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia możliwości tworzenia w oparciu o zapisy art. 19 ust 1a rejestru medycznego w zakresie monitorowania i oceny bezpieczeństwa, skuteczności, jakości i efektywności kosztowej dla procedur leczenia chirurgicznego z zastosowaniem systemu robotowego.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania jako świadczenia gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego pod nazwą „Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego nerki z zastosowaniem systemu robotowego”, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.).

Problem zdrowotny

Rak nerkowokomórkowy (RCC) to trzeci pod względem zachorowalności nowotwór złośliwy układu narządów moczowo-płciowych i stanowi około 80–90% wszystkich guzów nerek. W większości przypadków rozwija się z nabłonka cewek krętych bliższych, a bardzo rzadko z innych struktur nerki.

Rak nerki stanowi 5% nowotworów złośliwych u mężczyzn i 3% u kobiet, przy czym do tej statystyki zalicza się nowotwory wywodzące się z kory nerki i część nowotworów pochodzących z nabłonka dróg

moczowych. Klasyczny rak nerkowokomórkowy wywodzący się z kory nerki, stanowi 80% przypadków raka nerki. Największą częstość zachorowań na RCC odnotowuje się w Europie Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych. Ogółem w ciągu 2 ostatnich dekad zaobserwowano rocznie 2-procentowy wzrost częstości występowania RCC zarówno na świecie, jak i w Europie. Wśród chorych dominują mężczyźni (1,5:1), a szczyt zachorowań odnotowuje się między 60. a 70. rokiem życia. W ostatnich latach - według Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce stwierdza się około 5000 zachorowań na RCC rocznie (mężczyźni - około 3000, kobiety - około 2000 przypadków), a z powodu raka nerki umiera każdego roku około 2500 chorych (odpowiednio: 1500 i 1000 osób).

Zgodnie z danymi NFZ wskazuje się na rosnącą liczbę rokrocznie sprawozdawanych pacjentów z rozpoznaniem głównym określonym jako C64 (rak nerki z wyłączeniem miedniczki nerkowej). W roku 2008 odnotowano 28 tys. przypadków, a w ostatnim w pełni sprawozdanym 2024 r. 47 tys. przypadków.

Alternatywna technologia medyczna

Finansowanymi ze środków publicznych są operacje otwarte i metody laparoskopowe zabiegów o zmniejszonej inwazyjności.

Opis wnioskowanego świadczenia

Zgodnie z kartą świadczenia opieki zdrowotnej [KŚOZ] wnioskowane jest utworzenie nowej, odrębnej JGP o nazwie „Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego nerki z zastosowaniem systemu robotowego” dla procedury ICD-9 00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego, która miałaby mieć zastosowanie z następującymi procedurami: 55.399 miejscowe zniszczenie lub wycięcie zmiany bądź tkanki nerki – inne; 55.42 klinowa resekcja nerki; 55.470 częściowe wycięcie nerki proste laparoskopowo; 55.49 częściowe wycięcie nerki – inne.

Częściowa nefrektomia wspomagana robotem to zaawansowana, minimalnie inwazyjna procedura chirurgiczna, polegająca na precyzyjnym usunięciu fragmentu chorej nerki przy użyciu systemów robotowych. Zabieg ten jest stosowany głównie w przypadku niewielkich guzów nowotworowych oraz innych zmian patologicznych nerek, które objęły tylko część narządu. Procedura ta pozwala na zachowanie maksymalnej ilości zdrowej tkanki nerkowej. Robot przekształca ruch gałek ocznych i ręki chirurga na ruch robotyczny, niwelując naturalne drżenie rąk oraz zapewniając szerszy zakres ruchów przy wyższej precyzji wykonywanych czynności.

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Ocena skuteczności i bezpieczeństwa analizowanej technologii była przedmiotem wielu badań zarówno o charakterze pierwotnym jak i wtórnym. W rekomendacji przedstawiono zbiorcze dane pochodzące z przeglądów systematycznych z metaanalizami dla populacji pacjentów dorosłych. Szczegółowe wyniki badań pierwotnych i opracowań wtórnych oraz analizowanych punktów końcowych zostały przedstawione w Raporcie oceny świadczenia Agencji.

Skuteczność

Częściowa resekcja nerki

- RAN vs LN
 - Wykazano istotne statystycznie korzyści w zakresie:
 - zmniejszenia ryzyka progresji do wyższego stadium zaawansowania przewlekłej choroby nerek; OR 0,41 (95% CI: 0,26; 0,64);
 - zmniejszenia wartości wskaźnika transfuzji krwi; OR 0,55 (95% CI: 0,38; 0,80);
 - zwiększenia szansy na osiągnięcie złożonego punktu końcowego związanego z oceną trzech kluczowych celów chirurgicznych; OR 3,33 (95% CI: 1,51; 7,14).
 - Wyniki dla pozostałych, analizowanych w przeglądach systematycznych, punktów końcowych (dodatni margines chirurgiczny, czas operacji, utrata krwi, czas niedokrwienia, wskaźnik konwersji do operacji otwartej, zmiany wskaźnika eGFR, czas

pobytu w szpitalu) nie były jednoznaczne (część przeglądów wskazywała na istotność porównań a część na brak istotności).

- RAN vs ON
 - Wykazano istotność statystyczną w zakresie zmniejszenia całkowitego czasu pobytu w szpitalu w sześciu przeglądach, wyniki dla różnicy średnich zawarły się w zakresie między 0,7 a 1,6 dnia.
 - Brak jednoznacznych lub brak istotności statystycznej wyników uzyskano dla analizy przeżycia całkowitego, wolnego od: nawrotu, choroby, progresji; wskaźnika nawrotów, oceny marginesu chirurgicznego, czasu operacji, utraty krwi, wskaźnika transfuzji krwi, czasu niedokrwienia, radykalności resekcji, zmiany wskaźnika eGFR oraz zmiany w zakresie złożonego punktu końcowego.

Całkowita resekcja nerki

- RAN vs LN
 - Wykazano istotne statystycznie korzyści w zakresie zwiększenia liczby wyciętych węzłów z przestrzeni zaotrzewnowej; 24,2% vs 12,6%; $p=0,03$.
 - Wyniki dla pozostałych, analizowanych w przeglądach systematycznych, punktów końcowych (przeżycie całkowite, ocena marginesu chirurgicznego, czasu operacji, utraty krwi, wskaźnika transfuzji, wskaźnika konwersji do operacji otwartej oraz całkowitego czasu pobytu w szpitalu) nie były jednoznaczne (część przeglądów wskazywała na istotność porównań a część na brak istotności).
- RAN vs ON
 - Wykazano istotne statystycznie korzyści w zakresie:
 - zmniejszenia ilości utraty krwi; o 7,02 (95% CI: -12,55; -1,49) ml;
 - zwiększenia liczby wyciętych węzłów z przestrzeni zaotrzewnowej; o 5 węzłów, $p=0,03$.
 - Brak jednoznacznych lub brak istotności statystycznej wyników uzyskano dla analizy przeżycia całkowitego, wolnego od nawrotu, oceny marginesu chirurgicznego, wskaźnika transfuzji oraz czasu operacji.

Bezpieczeństwo

W odniesieniu do bezpieczeństwa operacji typu resekcji częściowych wykorzystanie wsparcia robotowego w porównaniu do metod laparoskopowych wiązało się z istotnie niższym wskaźnikiem powikłań pooperacyjnych (OR 0,72). W odniesieniu do pozostałych punktów końcowych nie odnotowano różnic istotnych statystycznie. W porównaniach z metodami klasycznymi chirurgii typu otwartego odnotowano istotność dla wskaźnika powikłań ogółem (OR 0,49-0,58) oraz powikłań pooperacyjnych (OR 0,49-0,51).

Porównania dla resekcji całkowitych nie odnotowano żadnych istotnych różnic względem LN. Względem ON odnotowano istotność różnic dla wskaźnika powikłań ogółem (OR 0,56) oraz poważnych powikłań ≥ 3 stopnia wg klasyfikacji Clavien-Dindo (OR 0,58).

Ograniczenia oceny klinicznej

- Jako główne ograniczenie analizy klinicznej należy wskazać, że wszystkie analizowane przeglądy systematyczne cechowała krytycznie niska jakość wg skali AMSTAR 2.
- Ponadto na zwiększenie zakresu niepewności wpływa fakt wysokiej heterogeniczności badań włączonych do przeglądów zarówno pod względem metodycznym (rozbieżne kryteria kwalifikacji, różne projekty analityczne – randomizowane, obserwacyjne prospektywne i retrospektywne) jak i klinicznym (różne problemy zdrowotne w tym stopnie zaawansowania, różnice charakterystyki i pochodzenie etniczne populacji).
- Dodatkowo wskazuje się na występowanie czynników zakłócających związanych z doświadczeniem operatorów (krzywa uczenia się) oraz stosowanych i dostępnych schematów leczenia farmakologicznego zarówno przed jak i po operacji.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Przeprowadzono przegląd systematyczny celem wyszukania analiz ekonomicznych dla zbliżonego problemu decyzyjnego.

Robotycznie wspomaganą częściową nefrektomią u pacjentów z nowotworem złośliwym nerki:

- Baghli 2023; RAN vs ON; ICER = -12 039 EUR (95% CI: -6 499 EUR; -24 790 EUR); interpretacja: RAN pozwala zaoszczędzić średnio 12 tys. EUR na każdy dodatkowy przypadek unikniętych powikłań w porównaniu z ON.
- Buse 2018; RAN vs ON; ICER = RAN jest strategią dominującą, czyli generuje niższe koszty oraz mniej powikłań.
- Buse 2016; RAN vs LN lub ON; ICER = 5 005 USD względem ON; interpretacja: na każdy dodatkowy przypadek unikniętych powikłań przy wykorzystaniu RAN wiąże się z dodatkowym nakładem 5 tys. USD w porównaniu z ON; brak danych dla porównań z LN.

Ograniczenia oceny ekonomicznej

Ze względu na różne poziomy finansowania oraz organizacji systemów opieki zdrowotnej, wyniki i wnioski z analiz farmakoekonomicznych przeprowadzonych za granicą nie mogą być ekstrapolowane na warunki krajowe.

Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 z późn. zm.)

Nie dotyczy.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Wyniki analizy wpływu na budżet zostały przedstawione w pięcioletnim horyzoncie czasowym z perspektywy płatnika publicznego (NFZ). Przyjęto, że szacowana liczba świadczeń w latach 2026-2030 w obu scenariuszach („istniejącym” i „nowym”) będzie identyczna.

Oszacowano liczbę świadczeń udzielonych kwalifikowaną technologią w scenariuszu nowym na:

- 1. rok: 1 186, 2. rok: 1 701, 3. rok: 2 321, 4. rok: 3 008, 5. rok: 3 710, w odniesieniu do częściowych resekcji nerek u dorosłych;
- 1. rok: 825, 2. rok: 1 116, 3. rok: 1 443, 4. rok: 1 718, 5. rok: 2 098, w odniesieniu do nefrektomii całkowitych u dorosłych.

Wyniki analizy podstawowej wskazują, że kwalifikacja chirurgii robotowej nerek jako odrębnego świadczenia opieki zdrowotnej może wiązać się ze zwiększeniem wydatków płatnika, w horyzoncie 5-letnim dla poszczególnych zabiegów o:

- 139,21 (MIN: 72,73; MAX 190,48) mln zł w odniesieniu do częściowych resekcji nerek u dorosłych;
- 87,27 (46,80; 118,49) mln zł w odniesieniu do nefrektomii całkowitych u dorosłych.

Biorąc pod uwagę dane zawarte w Zintegrowanym Module Analitycznym Centrum e-Zdrowia wyszukano przypadki wykonania procedury 00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego u pacjentów z rozpoznaniem głównym raka nerki (C64). W 2022 roku odnotowano 42 sprawozdane procedury, w 2023 r. 158, 2024 r. 316, do czerwca 2025 r. 207.

Ograniczenia oceny wpływu na budżet

Parametrem charakteryzującym się największym zakresem niepewności jest liczebność populacji docelowej oraz wysokość hipotetycznej wyceny takiego świadczenia.

Opinia NFZ

Zgodnie z przesłanymi danymi dla populacji pacjentów z rozpoznaniem ICD-10: C64 sprawozdano 4 083 hospitalizacje (3 504 poprzez grupę L00 i 545 poprzez grupę L05) na łączną wartość 67 114 657 zł. Średnia wartość JGP w grupie L00 wyniosła 17 468 zł, a w grupie L005 9 984 zł. Mediana długości hospitalizacji w tych grupach wynosiła odpowiednio 5 oraz 4 dni. Do szacowania skutków finansowych dla płatnika publicznego NFZ przyjął 3 warianty uwzględniające dodatkowe koszty oraz alternatywne wartości udziału procentowego świadczeń z zastosowaniem systemu robotowego (15%; 20% lub 66%). Suma rocznych szacowanych dodatkowych kosztów zawiera się w przedziale 9,51-41,91 mln zł.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Opinie ekspertów klinicznych

W opinii większości ankietowanych wskazano na zasadność finansowania ze środków publicznych leczenia chirurgicznego nowotworów nerki z wykorzystaniem systemu robotowego. Podkreślono szczególne uzasadnienie w guzach stopnia T1–T2, w trudnych anatomicznie przypadkach. Zwrócono uwagę na dane dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa pomimo wyższych kosztów jednostkowych.

Uwagi do opisu świadczenia

Ze względu na rozstrzygnięcie rekomendacji Agencja nie zgłasza uwag.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji w odniesieniu do ocenianej technologii

Analiza dokumentów wskazuje, że chirurgia robotowa jest akceptowaną opcją w częściowej i całkowitej nefrektomii, traktowaną jako równoważna wobec techniki otwartej i laparoskopowej, o ile jest onkologicznie bezpieczna i wykonywana przez doświadczonych operatorów. W wytycznych NCCN 2025 wskazano, że wszystkie techniki dają porównywalne wyniki, jeśli wykonuje je doświadczony chirurg. W odniesieniu do szczególnych populacji większość dokumentów wskazuje również pacjentów z jedną nerką.

Odnaleziono 2 rekomendacje refundacyjne z zagranicznych instytucji NHS 2016 oraz OH 2023. W dokumencie angielskim wskazano na zasadność refundacji RAN w leczeniu wczesnych stadiów raka nerki niekwalifikujących się do konwencjonalnej operacji laparoskopowej, przy spełnieniu określonych kryteriów (m.in. kwalifikacja przez MDT, stadium T1a z wynikiem Padua >6) oraz realizacji w wyznaczonych ośrodkach. W pozostałych przypadkach rekomendowane jest wykorzystanie innych technik chirurgicznych w zależności od indywidualnej oceny. W ocenie kanadyjskiej nie precyzowano kryteriów dla populacji docelowej lub pozycji tej technologii względem alternatyw. Decyzja została poparta przez dane kliniczne, pomimo że przeprowadzona analiza ekonomiczna nie przyniosła jednoznacznych wyników.

Oceniana technologia jest wskazana jako finansowana w powszechnym systemie opieki zdrowotnej w 18 krajach: Czechy, Stany Zjednoczone, Kanada, Niemcy, Dania, Szwecja, Wielka Brytania, Francja, Norwegia, Szwajcaria, Australia, Nowa Zelandia, Irlandia, Austria, Brazylia, Hiszpania, Włochy i Japonia.

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2025 r. (znak: DLG.0210.21.2024) w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego nerki z zastosowaniem systemu robotowego, jako świadczenia gwarantowanego, art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 118/2025 z dnia 8 września 2025 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego nerki z zastosowaniem systemu robotowego” jako świadczenia gwarantowanego
2. Raport nr WS.420.8.2025; „Chirurgia robotowa we wskazaniu: nowotwór złośliwy nerki (C64) – ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego”, data ukończenia: 3 września 2025 r.