Stanowisko Rady Przejrzystości nr 157/2026 z dnia 26 października 2026 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej dot. endoprotezoplastyki kolana jako świadczeń gwarantowanych

Rada Przejrzystości uznaje za niezasadne zakwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- *endoprotezoplastyka pierwotna częściowa kolana z zastosowaniem systemu robotowego,*
- *endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana z zastosowaniem systemu robotowego,*

jako odrębnych świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Przedmiotem oceny Rady jest wydanie stanowiska, czy pierwotna endoprotezoplastyka kolana z zastosowaniem systemu robotowego, częściowa i całkowita (RAUKA/RATKA), powinna być finansowania jako odrębne świadczenie gwarantowane, czy też zabiegi te powinny być nadal traktowane jako opcjonalne techniki wykonania refundowanych zabiegów z wykorzystaniem standardowego instrumentarium chirurgicznego (CUKA/CTKA) obecnie rozliczanych w grupach JGP odpowiednio H01 i H15.

Endoprotezoplastyka kolana to zabieg ortopedyczny polegający na zastąpieniu zniszczonych elementów stawu kolanowego implantem, stosowana w przypadku nieskuteczności leczenia zachowawczego. System robotowy wykorzystywany jest do planowania zabiegu i pozycjonowania implantu z uwzględnieniem indywidualnej anatomii pacjenta.

Do wnioskowanych świadczeń gwarantowanych kwalifikowani mieliby być pacjenci z zaawansowanymi zmianami zwyrodnieniowymi stawu kolanowego, o różnym mechanizmie powstania (autoimmunologicznym, metabolicznym, zwyrodnieniowym lub naczyniowym).

W Polsce wykonuje się rocznie ok. 45 tys. zabiegów endoprotezoplastyki kolana, w ponad 99% z powodu różnych postaci gonartrozy.

<u>Dowody naukowe</u>

Dostępne publikacje naukowe nie dostarczają dowodów na przewagę metod z zastosowaniem systemu robotowego nad metodami klasycznymi w zakresie funkcji i ruchomości stawu, jakości życia, nasilenia dolegliwości bólowych, satysfakcji pacjenta, żywotności implantu. Metody robotowe i klasyczne charakteryzują się zbliżonym profilem bezpieczeństwa, przy czym czas wykonania operacji robotowej jest dłuższy. Wskazuje się, że RAUKA/RATKA zapewnia większą precyzję techniczną zabiegu ocenianą radiologicznie, co może przekładać się na szczególne korzyści u wybranych pacjentów z nietypową anatomią, deformacjami stawu, nakładającymi się zmianami pourazowymi itp.

Wytyczne kliniczne międzynarodowych towarzystw medycznych nie wskazują na przewagę technik RAUKA/RATKA w zakresie kluczowych parametrów klinicznych, okołooperacyjnych lub przeżywalności implantów. Wskazuje się na możliwość korzyści ze stosowania systemów robotowych w wysoce zindywidualizowanych strategiach pozycjonowania implantu, jednak nie stanowi to rekomendacji do ich rutynowego stosowania.

<u>Problem ekonomiczny</u>

Koszty operacji robotowych są wyższe niż operacji metodami klasycznymi ze względu na wysokie koszty wdrożenia i eksploatacji technologii. Potencjalnie efektywność kosztowa RAUKA/RATKA może być osiągnięta tylko w przypadku wysokiego wolumenu zabiegów, obniżenia kosztów technologii oraz kwalifikacji pacjentów ze szczególnymi wskazaniami klinicznymi (np. wysokim ryzykiem rewizji).

Niezależnie od wysokich kosztów i braku osobnej refundacji, ilość zabiegów RAUKA/RATKA w ostatnich latach w Polsce zwiększa się w szybkim tempie (od 25 zabiegów w 2023 r. do 899 zabiegów w 2025 r. wg danych NFZ). Rośnie także ilość szpitali, w których wdrożono systemy robotowe oraz ilość przeszkolonych zespołów operacyjnych. W najbliższych latach RAUKA/RATKA będzie stopniowo zastępować konwencjonalną endoprotezoplastykę kolana przy zachowaniu tych samych wskazań klinicznych, nie stanowiąc jednak alternatywy dla leczenia zachowawczego ani zabiegów oszczędzających staw.

Analiza wpływu na budżet wykazała, że odrębne finansowanie RAUKA/RATKA wiązałoby się z dodatkowymi kosztami dla NFZ szacowanymi na ponad 172 mln PLN w ciągu 3 lat, z możliwością dalszego wzrostu wraz ze zwiększaniem się udziału zabiegów robotowych.

<u>Główne argumenty decyzji</u>

- *brak dowodów naukowych na korzyści kliniczne ze stosowania technik robotowych w porównaniu z zabiegiem konwencjonalnym;*
- *istotne obciążenie finansowe dla płatnika publicznego;*

- *niepewność co do efektywności kosztowej.*

<u>Uwaga Rady</u>

Zdaniem Rady odrębne finansowanie ocenianych świadczeń jest niezasadne. Świadczenia te należy traktować jako jedną z dostępnych opcji operacyjnych.

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem opracowania nr: DMiOSZ.4100.1.2026 „Endoprotezoplastyka pierwotna częściowa kolana z zastosowaniem systemu robotowego, Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana z zastosowaniem systemu robotowego"; data ukończenia: 21.10.2026 r.