



**Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji**

RAPORT

WT.521.2.2024

Data ukończenia: 13.05.2026

RAPORT W SPRAWIE USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ

Świadczenia gwarantowane obejmujące **chirurgiczne
leczenie chorób piersi**

Definicje pojęć i skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
BCS	(ang. <i>Breast Conserving Surgery</i>) chirurgia oszczędzająca piers
BCT	(ang. <i>Breast Conserving Therapy</i>) leczenie oszczędzające piers
BCU	(ang. <i>Breast Cancer Unit</i>) wyspecjalizowany ośrodek zapewniający kompleksową, skoordynowaną i wielospecjalistyczną opiekę osobom z chorobami piersi
CPL	(ang. <i>Comparative Price Levels</i>) względny poziom cen
CP	cennik procedur medycznych
DALY	(ang. <i>disability-adjusted life-years</i>) lata życia skorygowane niesprawnością
dane FK	dane finansowo-księgowe
DiLO	Diagnostyka i Leczenie Onkologiczne
DRG	(ang. <i>Diagnosis Related Groups</i>) Jednorodne Grupy Pacjentów
DSz	dane szczegółowe
GBD	(ang. <i>Global Burden of Disease</i>) kompleksowy projekt naukowy mierzący wpływ chorób, urazów i czynników ryzyka na populację światową
ICD-9 PL	(ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Procedur Medycznych – wersja polska
ICD-10	(ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów; system klasyfikacji pacjentów hospitalizowanych, służący do rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia
KSO	Krajowa Sieć Onkologiczna (Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650, z późn. zm.))
KON-Piers	Kompleksowa Opieka Onkologiczna nad Pacjentem z Nowotworem Piersi (Zarządzenie nr 3/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych z późn. zm.)
Metodyka	proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z ustaleniem taryfy świadczeń, jak również rodzaj i zakres gromadzonych informacji, opisany w dokumencie sporządzonym przez Agencję
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	(ang. <i>National Health Service</i>) Publicznie finansowany system opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii
OAiT	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
OECD	(ang. <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>) Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
OPK	ośrodek powstawania kosztów

OK	Ośrodek Kooperacyjny
PET	(ang. <i>positron emission tomography</i>) pozytonowa tomografia emisyjna
PKB	Produkt Krajowy Brutto
PPP	(ang. <i>Purchasing Power Parity</i>) Parytet Siły Nabywczej
PSZ	Podstawowy Szpitalny System Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej
SOLO	Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego
SZP/LSz	Leczenie Szpitalne; rodzaj świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 poz. 1461)
WKK	własna kalkulacja kosztów
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Spis treści

1	NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE I WNIOSKI	6
2	PROBLEM DECYZYJNY.....	8
2.1	Charakterystyka świadczenia.....	10
2.2	Aktualny stan finansowania w Polsce	18
2.3	Analiza popytu i podaży	29
2.3.1	Leczenie szpitalne.....	29
2.3.2	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.....	63
2.3.3	Potencjał kadrowy – liczba lekarzy	67
2.3.4	Kolejki oczekujących	68
2.4	Stan finansowania w innych krajach	69
2.5	Uwagi do świadczenia	72
3	PROJEKT TARYFY	76
3.1	Pozyskanie danych	76
3.2	Odwrócona Piramida Świadczeń	80
3.3	Analiza danych	89
3.3.1	Aktualizacja danych historycznych	90
3.3.2	Liczba dni pobytu finansowanych grupą	90
3.3.3	Osobodzień optymalny	97
3.3.4	Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą	101
3.3.5	Koszt pobytu	102
3.3.6	Koszt procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych	103
3.3.7	Koszt infrastruktury	110
3.3.8	Stawki godzinowe personelu realizującego procedurę zabiegową.....	112
3.3.9	Czas zajęcia infrastruktury do zabiegu	113
3.3.10	Wyniki analizy kosztów	114
3.4	Projekt taryfy.....	120
4	ANALIZA WPŁYWU NA SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ	126
4.1	Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	126
4.2	Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej	130

5	BIBLIOGRAFIA	134
6	SPIS TABEL I RYSUNKÓW	135
7	ZAŁĄCZNIKI	139

1 Najważniejsze informacje i wnioski

Projektowane taryfy zakładają kompleksową przebudowę produktów rozliczeniowych w obszarze chirurgii piersi. Celem zmian jest **lepsze dostosowanie systemu finansowania do rzeczywistej praktyki klinicznej, organizacji procesu leczenia oraz faktycznej kosztochłonności poszczególnych świadczeń**. Nowe charakterystyki produktów rozliczeniowych zostały opracowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z ekspertami klinicznymi i przekazane do Agencji w ramach projektu *Odwrócona Piramida Świadczeń*.

Istotnym elementem proponowanych zmian jest **odejście od szerokich grup obejmujących świadczenia o różnym stopniu złożoności na rzecz bardziej precyzyjnych produktów rozliczeniowych**. Dotyczy to w szczególności zabiegów obustronnych, procedur rekonstrukcyjnych oraz świadczeń wykonywanych z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych. Wprowadzenie nowych produktów rozliczeniowych ma **zwiększyć przejrzystość systemu oraz ograniczyć ryzyko niedoszacowania bardziej złożonych procedur**.

Szacuje się, że łączna wartość świadczeń objętych analizą **wzrośnie z 856,6 mln zł do 889,7 mln zł, tj. o 33,1 mln zł rocznie (+3,9%)**. Zmiana ta wynika przede wszystkim ze **zwiększenia finansowania leczenia szpitalnego o 85,5 mln zł (+13,9%)** przy jednoczesnym **zmniejszeniu finansowania świadczeń realizowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej o 52,4 mln zł (-21,7%)**.

Największy wzrost finansowania w leczeniu szpitalnym dotyczy świadczeń z zakresu resekcji oraz grup obejmujących mniejsze procedury i leczenie zachowawcze. Wartość świadczeń w grupie resekcji wzrasta o 32,7 mln zł (+8,4%), natomiast w grupach „pozostałych” o 43,0 mln zł (+77,0%). Wzrosty te wynikają przede wszystkim z dostosowania wycen do rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń oraz uporządkowania zakresów poszczególnych grup.

Istotne zmiany dotyczą również procedur rekonstrukcyjnych. W ramach projektu rozdzielono świadczenia wykonywane z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych od rekonstrukcji z użyciem tkanek własnych bez mikrochirurgii. Pozwala to na bardziej adekwatne finansowanie procedur o wyższej złożoności i większej kosztochłonności, które dotychczas były finansowane w ramach wspólnych grup rozliczeniowych.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że rzeczywista struktura realizacji procedur rekonstrukcyjnych po wdrożeniu nowych produktów może różnić się od wartości oszacowanych na podstawie danych historycznych. Można oczekiwać większego udziału procedur mikrochirurgicznych niż wynika to z historycznego przekodowania danych.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej największe znaczenie ma urealnienie wyceny biopsji gruczołowych piersi wspomaganych próżnią. Łączna wartość finansowania grup ZX1 i ZX2 zmniejsza się z 226,0 mln zł do 166,7 mln zł, tj. o 59,3 mln zł (-26,2%). Zmiana ta wynika z dostosowania taryf do rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń, które – według przeprowadzonych analiz – były niższe od dotychczasowego poziomu refundacji.

Jednocześnie projektowane wyceny nadal uwzględniają koszty niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek, w tym koszty obserwacji po wykonaniu procedur zabiegowych. Kalkulacje zostały przygotowane na podstawie najnowszych dostępnych danych kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców realizujących znaczącą liczbę tego typu procedur.

Projektowane zmiany mogą poprawić przejrzystość systemu finansowania i ograniczyć konieczność stosowania współczynników korygujących. W szczególności utworzenie dedykowanych produktów dla zabiegów obustronnych pozwala bezpośrednio uwzględnić ich wyższą kosztochłonność w taryfie, zamiast finansować ją poprzez dodatkowe mechanizmy korekcyjne.

Analiza wskazuje również, że projektowane taryfy mogą poprawić stabilność finansową świadczeń zabiegowych realizowanych w leczeniu szpitalnym, w szczególności w szpitalach powiatowych i klinicznych. Może to przełożyć się na poprawę dostępności nowoczesnych procedur chirurgicznych oraz bardziej równomierny rozwój świadczeń pomiędzy poszczególnymi poziomami zabezpieczenia szpitalnego.

Należy jednocześnie podkreślić, że część wyników ma charakter symulacyjny. Analiza została oparta na danych historycznych z 2024 roku, które zostały przekodowane na nową strukturę produktów rozliczeniowych. Nie we wszystkich przypadkach możliwe było jednoznaczne przypisanie świadczeń do nowych grup w relacji jeden do jednego, dlatego wyniki należy traktować jako szacunkowe odzwierciedlenie wpływu projektowanych zmian na budżet płatnika i organizację systemu opieki zdrowotnej.

2 Problem decyzyjny

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi Plan Taryfikacji na rok 2025, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 25.06.2024 r. w punkcie: I lp.2, odnoszący się do świadczeń wymienionych w Załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.) w obszarze: chirurgicznego leczenia chorób piersi oraz w punkcie II lp.2, odnoszący się do świadczeń wymienionych w załączniku nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 poz. 357 z późn. zm.).

Przedmiotem raportu są świadczenia gwarantowane obejmujące **chirurgiczne leczenie chorób piersi**, realizowane w zakresach:

- **leczenie szpitalne,**
- **ambulatoryjna opieka specjalistyczna.**

W obszarze świadczeń gwarantowanych z **zakresu leczenia szpitalnego**, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach, taryfikacją objęto świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi (kod ICD-9 PL) i rozpoznaniem (kod ICD-10) zamieszczonymi w załączniku nr 1 do raportu,

identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: **leczenie szpitalne**, określonymi w załączniku 1a do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

- *J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej,*
 - *J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera,*
 - *J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi,*
 - *J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.,*
 - *J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.,*
 - *J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,*
 - *J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej,*
 - *J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera,*
 - *J05 Średnia chirurgia piersi,*
 - *J06 Mała chirurgia piersi,*
 - *J07 Choroby piersi łagodne,*
 - *J08 Choroby piersi złośliwe,*
 - *J10 Biopsja mammotomiczna.*
-

W obszarze świadczeń gwarantowanych z **zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach, taryfikacją objęto świadczenia identyfikowane

produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: **ambulatoryjna opieka specjalistyczna**, określonymi w załączniku 2 do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

- 85.02 *Nacięcie sutka,*
- 85.111 *Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi,*
- 85.112 *Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana,*
- 85.113 *Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi,*
- 85.114 *Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana,*
- 85.131 *Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG,*
- 85.132 *Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna,*
- 85.21 *Miejscowe wycięcie zmiany piersi,*
- 85.81 *Szycie rany piersi,*
- 85.91 *Aspiracja z piersi,*
- 85.98 *Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej,*

zwane dalej chirurgicznym leczeniem chorób piersi.

Ponadto w 2019 roku przedmiotem taryfikacji były wybrane produkty z obszaru świadczeń realizowanych w ramach BCU, stanowiące realizację planu taryfikacji na 2018 r., zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia 10.07.2017 r., w punkcie: 1c i 2c, tj. świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze: „Choroby nowotworowe”. W wyniku przeprowadzonej analizy oraz na podstawie wyceny opracowanej przez AOTMiT zostały wyodrębnione i utworzone z istniejących produktów:

- *J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją oraz*
- *J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi w zależności od zastosowanej metody (implant lub tkanka własna)*

nowe, produkty rozliczeniowe¹:

- *J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej **,
- *J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera **,
- *J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej **,
- *J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera **.

¹ Zarządzenie Nr 97/2020/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

2.1 Charakterystyka świadczenia

Specyfika świadczeń objętych analizą taryfikacyjną determinuje grupę jednostek chorobowych oraz procedur medycznych wchodzących w zakres niniejszego opracowania. Analizowane świadczenia dotyczą szerokiego spektrum interwencji chirurgicznych w obrębie piersi, obejmujących zarówno leczenie chorób nowotworowych, jak i nienowotworowych, a także procedury rekonstrukcyjne realizowane z zastosowaniem różnych technik operacyjnych.

Zakres i charakter analizowanych świadczeń pozostają w ścisłym związku z rozpoznaniem klinicznymi stanowiącymi podstawę ich realizacji, tym samym na potrzeby niniejszego raportu za zasadne uznano przedstawienie charakterystyki świadczeń w odniesieniu do problemów zdrowotnych, których dotyczą. Z uwagi jednak na złożoność i różnorodność problemów klinicznych związanych z chorobami piersi, nie podejmowano szczegółowej charakterystyki wszystkich jednostek chorobowych mogących potencjalnie znajdować się w zakresie świadczeń objętych przedmiotową analizą. Skupiono natomiast uwagę na najczęstszych oraz najbardziej istotnych z punktu widzenia epidemiologii, ciężkości przebiegu choroby oraz obciążenia systemu opieki zdrowotnej, w tym w szczególności na schorzeniach wymagających leczenia operacyjnego o różnym stopniu złożoności.

Wśród chorób oraz procedur objętych świadczeniami w obrębie analizowanego obszaru można wyróżnić w szczególności radykalne zabiegi chirurgiczne piersi z jednoczasową lub odroczoną rekonstrukcją, realizowaną zarówno z zastosowaniem tkanek własnych pacjentki, jak i protez lub ekspanderów. Istotną część analizowanego zakresu stanowią również kompleksowe oraz duże zabiegi chirurgiczne w obrębie piersi, różnicowane m.in. ze względu na wiek oraz rozpoznanie nowotworu złośliwego. Ponadto analizą objęto zabiegi rekonstrukcyjne piersi wykonywane jako odrębne procedury, świadczenia z zakresu średniej i małej chirurgii piersi, a także interwencje diagnostyczne, w tym biopsję mammotomiczną. W obrębie analizy uwzględniono również świadczenia związane z leczeniem zarówno łagodnych, jak i złośliwych chorób piersi.

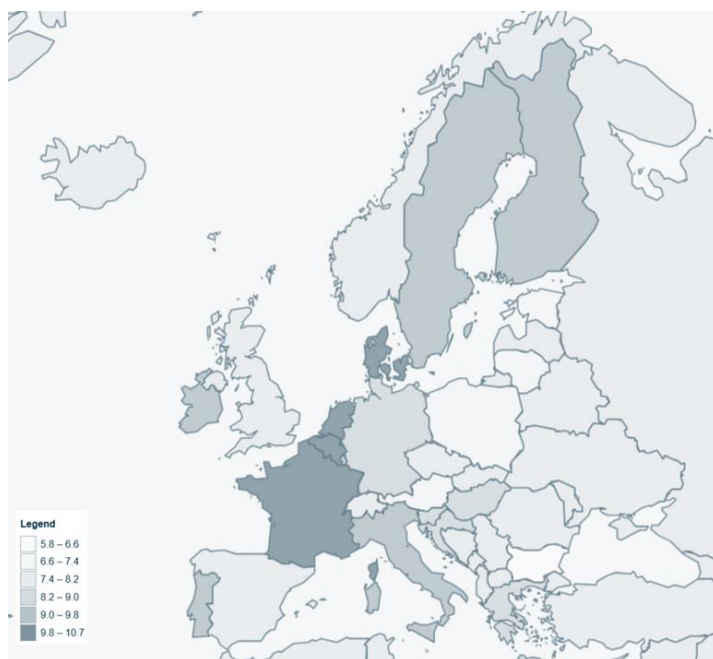
Przedstawiony powyżej zakres świadczeń odzwierciedla zróżnicowanie problemów klinicznych, dla których są one realizowane. W dalszej części raportu odniesiono się do jednostek chorobowych stanowiących podstawę kwalifikacji pacjentów do poszczególnych procedur oraz determinujących zarówno stopień złożoności leczenia, jak i wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia. W związku z powyższym, w kolejnej części opracowania przedstawiono charakterystykę wybranych jednostek chorobowych występujących w obrębie analizowanych świadczeń, ze szczególnym uwzględnieniem schorzeń o potencjalnie największym znaczeniu klinicznym i organizacyjnym.

Choroby nowotworowe

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet wywodzącym się z nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego. Może występować zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, choć u kobiet jest on nieporównywalnie częstszy.

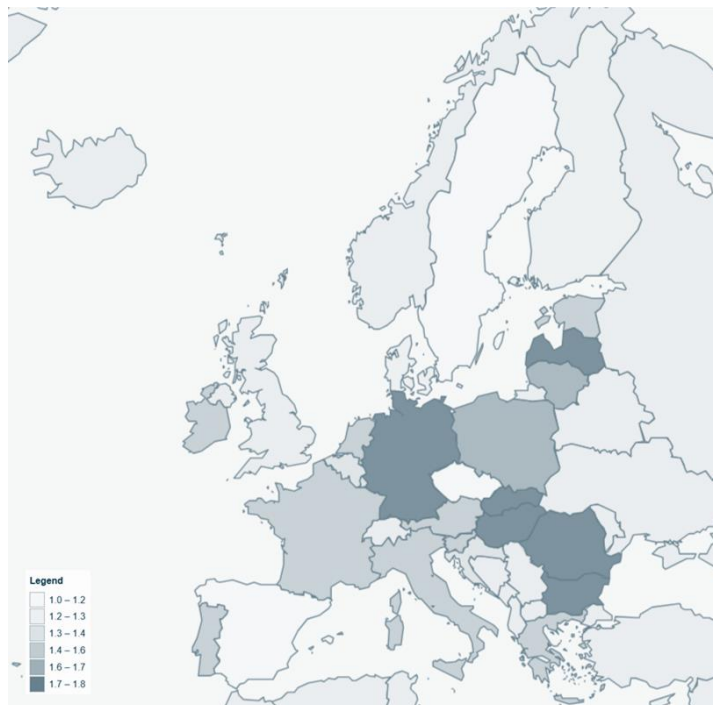
Liczba zachorowań w 2023 roku wynosiła 21 924 (21 716 kobiety, 208 mężczyzn), tym samym był to najczęściej rejestrowany nowotwór u kobiet stanowiący 22,6% wszystkich nowotworów

w danym roku. Jednocześnie standaryzowana zachorowalność (ESP2013) na nowotwory złośliwe piersi wśród kobiet w 2023 roku wynosiła 103,8/105, przy czym odsetek zgonów na nowotworowy złośliwe piersi wynosił 14,6%, a standaryzowany współczynnik umieralności (ESP2013) wynosił 34,7/105 (Joanna A. Didkowska, 2024).



Rysunek 1. Skumulowane ryzyko zachorowania na raka piersi (%) w krajach UE-27 w 2024 roku.

Źródło: ECIS – European Cancer Information System, dostęp: 14.01.2026 r.



Rysunek 2. Skumulowane ryzyko zgonu z powodu raka piersi (%) w krajach UE-27 w 2024 roku.

Źródło: ECIS – European Cancer Information System, dostęp: 14.01.2026 r.

Dla pełniejszego zobrazowania wpływu chorób nowotworowych na populację kobiet, w niniejszym raporcie przywołano dane dotyczące nowotworów piersi, które oddziałują zarówno na długość, jak i jakość życia. W celach poglądowych przedstawiono kalkulacje w zakresie wskaźnika DALY (*disability-adjusted life years*), który uwzględnia zgony, a także niesprawność związaną z daną chorobą.²

Według raportów Global Burden of Disease (GBD), na przestrzeni lat 1990–2020 liczba zgonów spowodowanych rakiem piersi systematycznie rosła – z poziomu 5,1 tys. do 8,6 tys. Natomiast w 2023 roku liczba ta zmalała do 8,2 tys.

Tendencja rosnąca widoczna jest także dla wartości wskaźnika DALY (*disability-adjusted life years*), który utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie. W 1990 roku wskaźnik DALY dla raka piersi wynosił 380, natomiast w 2020 roku wzrósł do 516.

Porównanie wskaźnika DALY i liczby zgonów z powodu raka piersi

Dane za lata 1990–2023 wg. Global Burden of Disease



Porównanie liczby zgonów



Rysunek 3. Porównanie wskaźnika DALY i liczby zgonów z powodu raka piersi dla Polski w latach 1990–2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Global Burden of Disease, 2026)

Do czynników zwiększających ryzyko zachorowania należą:

- płeć (częściej kobiety niż mężczyźni),
- starszy wiek,
- nosicielstwo mutacji genetycznych, w szczególności BRCA1 i BRCA2,
- rodzinne występowanie raka piersi, zwłaszcza zachorowania w młodszy wieku,
- wczesny wiek wystąpienia pierwszej miesiączki,
- późny wiek wystąpienia menopauzy,
- późny wiek pierwszego porodu zakończonego urodzeniem żywego dziecka,

² Jeden DALY oznacza jeden stracony rok zdrowego życia.

- długotrwała hormonalna terapia zastępcza (zwłaszcza preparatami zawierającymi skojarzenie estrogenu i gestagenu),
- długotrwałe stosowanie antykoncepcji hormonalnej (czynnik o niewielkim znaczeniu),
- nadwaga i otyłość w okresie pomenopauzalnym,
- ekspozycja na promieniowanie jonizujące (w szczególności radioterapia okolicy klatki piersiowej przed 30. rokiem życia),
- niektóre łagodne choroby rozrostowe piersi, w tym:
- atypowa hiperplazja,
- nienaciekająca neoplazja zrazikowa (Jassem, 2020) (Szczeklik, 2017).

Do charakterystycznych objawów nowotworów piersi należą:

- wyczuwalny lub widoczny guz w piersi,
- zmiana wielkości, kształtu, obrysu i napięcia skóry piersi,
- wciągnięcie brodawki sutkowej (występujące nagle, tj. rozwijające się w ciągu, np. kilku tygodni),
- wciągnięcie skóry piersi i pojawienie się zmian w obrębie skóry piersi lub zmian w obrębie skóry brodawki (wgłębienia skóry, zaczerwienienia, usztywnienia itp.),
- obrzęk kończyny górnej.

Przy czym należy podkreślić że, zgodnie z literaturą przedmiotu, nowotwór piersi może przez bardzo długi czas nie dawać charakterystycznych objawów. Pacjenci mogą zaobserwować lub wyczuć w rutynowym samobadaniu piersi nieregularny guzek, zgrubienie, które zlewa się z całym gruczołem. Charakterystyczny jest również objaw zaciągania skóry, np. przy podnoszeniu do góry rąk (Jassem, 2020) (Szczeklik, 2017).

Poważnym objawem zaawansowanego raka piersi jest wystąpienie zaczerwienienia i obrzęku skóry piersi z widocznymi drobnymi dołeczkami w skórze (tzw. objaw „skórki pomarańczowej”). Również wystąpienie owrzodzenia, czyli uszkodzenia skóry przez rozwijający się w tkankach piersi guz to bardzo groźny objaw świadczący o znacznym zaawansowaniu choroby. Czasami pierwszym objawem choroby, jest pojawienie się pod pachą powiększonych, twardych guzków – mogą być to pachowe węzły chłonne z przerzutami nowotworu (oczywiście przyczyną powiększenia węzłów chłonnych nie zawsze musi być choroba nowotworowa). Możliwe jest również wystąpienie obrzęku całej kończyny górnej, z powodu utrudnionego odpływu limfy. Do innych objawów można również zaliczyć wyciek płynu surowiczego (a nawet krwistego) z brodawki sutkowej, chociaż rzadko jest to objaw choroby nowotworowej, najczęściej wiąże się z innymi patologiami piersi (np. zapaleniem gruczołu) (Jassem, 2020) (Szczeklik, 2017).

Diagnostyka (ocena zaawansowania)

Podstawowymi badaniami, o największym znaczeniu diagnostycznym, są USG piersi z oceną dołów pachowych oraz mammografia (w przypadkach wątpliwych może okazać się konieczne wykonanie badania MRI piersi). Dodatkowo zlecane jest wykonanie biopsji gruboigłowej, czyli pobranie fragmentu guza, aby ustalić rozpoznanie histopatologiczne, co w najczęściej determinuje właściwe rozpoznanie choroby i ustalenie planu leczenia.

Dodatkowo do oceny zaawansowania nowotworu piersi służą badania obrazowe standardowo wykonywane tak jak w przypadku oceny zaawansowania innych nowotworów złośliwych. Rutynowo wykonuje się tomografię komputerową klatki piersiowej i jamy brzusznej i/lub ultrasonografię jamy brzusznej. Dodatkowo lekarz może również zlecić tomografię komputerową mózgowia i ocenę szkieletu pod kątem obecności przerzutów (scyntygrafię). Czasem wykonuje się także badanie PET, jednak należy podkreślić, że badania nie przeprowadza się rutynowo u każdego pacjenta.

Na podstawie badania pod mikroskopem (histologicznego) wyróżnia się raka:

- przedinwazyjnego (przewodowy, zrazikowy),
- inwazyjnego, czyli naciekającego (inwazyjny bez specjalnego typu (NST), zrazikowy, rdzeniasty, śluzotwórczy, cewkowy oraz inne rzadkie typy).

W określeniu, jakie leczenie będzie optymalne, pomocne są badania molekularne. Badania immunohistochemiczne pozwalają wyróżnić główne podtypy raka piersi: luminalny A, luminalny B, HER2-dodatni nieluminalny oraz bazalny („trójjemny”). Podział ten stanowi podstawę ustalenia indywidualnego nowoczesnego systemowego leczenia przed- i pooperacyjnego (Jassem, 2020) (Szczeklik, 2017).

Leczenie

Do podstawowych sposobów leczenia chorych na raka piersi zalicza się chirurgię, przy czym, w zależności od zaawansowania choroby, można stosować leczenie oszczędzające pierś (*breast conserving surgery* – BCS) lub wymagające usunięcia całego gruczołu.

Leczenie oszczędzające pierś polega na wycięciu guza z odpowiednim marginesem zdrowych tkanek oraz obligatoryjnej uzupełniającej radioterapii na obszar piersi (stanowi to całość procedury zwanej BCT – *breast conserving therapy*). Podczas operacji przeważnie wykonuje się biopsję ze znakowaniem węzła wartowniczego (zbierającego chłonkę z piersi). Jeżeli w badanym materiale nie stwierdzono przerzutów, a w badaniu lekarskim i USG węzły pachowe są ocenione jako niezajęte przez nowotwór, można odstąpić od wycięcia węzłów chłonnych dołu pachowego (limfadenektomia pachowa).

Niezbędnym warunkiem przeprowadzenia leczenia oszczędzającego we właściwy sposób, tzn. zapewniający małe prawdopodobieństwo nawrotu choroby, jest przeprowadzenie pooperacyjnej radioterapii. Dodatkowo, jeżeli występują odpowiednie wskazania, wykonywana jest brachyterapia (terapia kontaktowa). Polega ona na tym, że źródło promieniowania jest wprowadzane za pomocą odpowiedniego urządzenia (cienkich igieł) do gruczołu piersiowego, tzn. źródło promieniowania jest w bezpośrednim kontakcie z chorym. Aplikacja urządzeń odbywa się w znieczuleniu ogólnym. Przy odpowiednio zaplanowanym leczeniu dawka promieniowania prawie całkowicie skupia się w obrębie nowotworu, co znacząco ogranicza uszkodzenia okolicznych zdrowych tkanek (Jassem, 2020) (Szczeklik, 2017).

Radykalna amputacja piersi (radykalna mastektomia) to operacja polegająca na usunięciu przez chirurga całej piersi wraz z węzłami chłonnymi pachy. Stosowana w sytuacji, jeżeli leczenie oszczędzające jest niemożliwe (np. z powodu dużego rozmiaru guza lub nie można zastosować po nim uzupełniającej radioterapii). W nielicznych przypadkach, jeżeli ryzyko zachorowania jest

bardzo duże, wykonywana jest tzw. profilaktyczna amputacja piersi. Radioterapię można zastosować także po mastektomii, gdy stwierdzono zajęcie węzłów chłonnych.

Niezależnie od wybranej metody leczenia, po zakończeniu u pacjentów rozważane są opcje zastosowania leczenia systemowego, tj. klasycznej chemioterapii, leków hormonalnych lub nowoczesnych leków ukierunkowanych molekularnie. Natomiast w przypadkach, w których z powodu obecności przerzutów odległych operacja piersi nie przyniosłaby korzyści, od chwili rozpoznania stosowane jest leczenie systemowe. Takie postępowanie łagodzi objawy zaawansowanego nowotworu, może prowadzić do remisji ognisk przerzutowych oraz wyraźnie przedłużać życie (Jassem, 2020) (Szczeklik, 2017).

Integralny element kompleksowego leczenia chirurgicznego raka piersi stanowią zabiegi rekonstrukcyjne piersi, które mogą być wykonywane jednocześnie z zabiegiem radykalnym lub w trybie odroczonym. Rekonstrukcja może dotyczyć zarówno chorych po mastektomii, jak i po leczeniu oszczędzającym pierś w przypadku niezadowalającego efektu estetycznego. W zależności od wskazań klinicznych i preferencji pacjentów stosuje się rekonstrukcje z wykorzystaniem tkanek własnych, implantów lub technik łączonych, przy czym wybór metody oraz czasu przeprowadzenia rekonstrukcji uzależniony jest od stanu ogólnego pacjentów, planowanego leczenia uzupełniającego oraz uwarunkowań anatomicznych (Jassem, 2020).

Nadrzędnym celem rehabilitacji po wycięciu układu chłonnego pachy jest przywrócenie pełnej sprawności ruchowej w obrębie pasa barkowego oraz zmniejszenie ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego. W tym celu możliwe do zastosowania są masaże limfatyczne i manualna rehabilitacja (Jassem, 2020) (Szczeklik, 2017).

Obserwacja po leczeniu

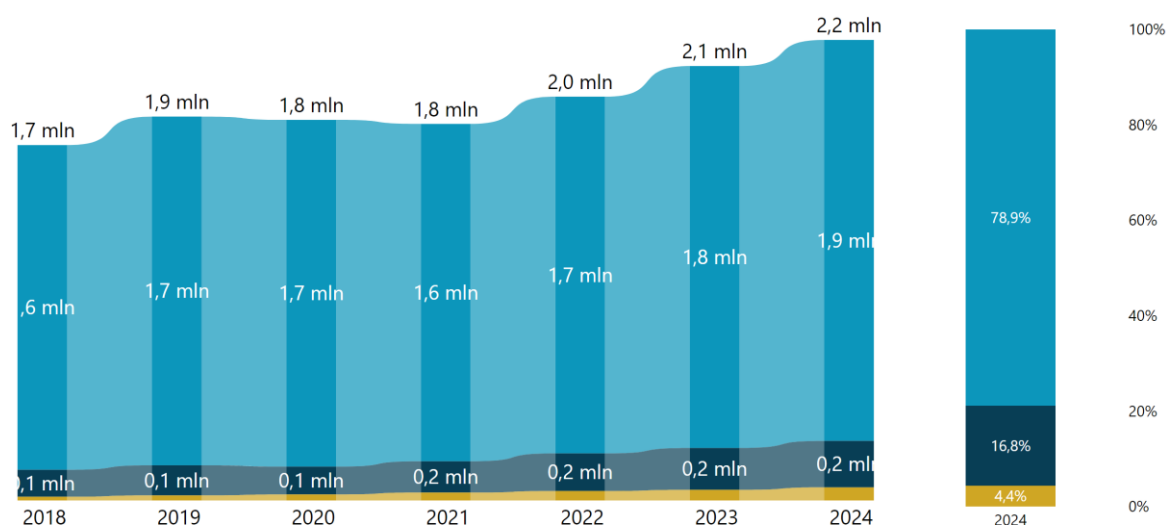
Badania kontrolne po leczeniu pierwotnym z powodu raka piersi mają na celu wczesne wykrycie miejscowego i regionalnego nawrotu choroby oraz nowotworów wtórnych, ocenę późnych powikłań leczenia i jego odległych wyników, a także prowadzenie poradnictwa psychologicznego i społecznego, obejmującego m.in. edukację w zakresie samobadania piersi, promowanie aktywności fizycznej, abstynencji tytoniowej oraz utrzymania prawidłowej masy ciała. Podstawę obserwacji stanowią wywiad i badanie przedmiotowe, prowadzone co 3–4 miesiące w pierwszych 2 latach po leczeniu, następnie co 6–8 miesięcy do 5. roku oraz raz w roku po upływie 5 lat, uzupełnione o coroczną mammografię (po leczeniu oszczędzającym pierś – pierwsze badanie po 6 miesiącach, w razie potrzeby z USG). Samobadanie piersi zaleca się wykonywać co miesiąc. Rutynowe wykonywanie badań laboratoryjnych, markerów nowotworowych oraz rozszerzonych badań obrazowych w celu wykrywania bezobjawowych przerzutów odległych nie jest zalecane i powinno być ograniczone do sytuacji uzasadnionych klinicznie. U wybranych chorych, szczególnie leczonych inhibitarami aromatazy lub z zahamowaną czynnością jajników, wskazana jest okresowa ocena mineralizacji kości co 12–24 miesiące oraz monitorowanie masy ciała z zaleceniem utrzymania BMI w zakresie 20–25 (Jassem, 2020) (Szczeklik, 2017).

Kontekst społeczny

Absencja chorobowa związana z chorobami piersi, w zakresie jednostek chorobowych przypisanych do sekcji J (chirurgia piersi) JGP zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ, wyniosła łącznie 2 226 144 dni, co stanowiło ok. 0,93% całkowitej liczby dni absencji chorobowej w 2024 roku. W latach 2018–2021 największa liczba dni absencji była związana z chorobami nowotworowymi. Łączną liczbę dni absencji w poszczególnych grupach chorób w latach 2018–2024 przedstawia poniższy rysunek.

Liczba dni absencji chorobowej z powodu wybranych chorób piersi związanych z leczeniem chirurgicznym w latach 2018-2024

● Nowotwory ● Choroby piersi łagodne ● Pozostałe

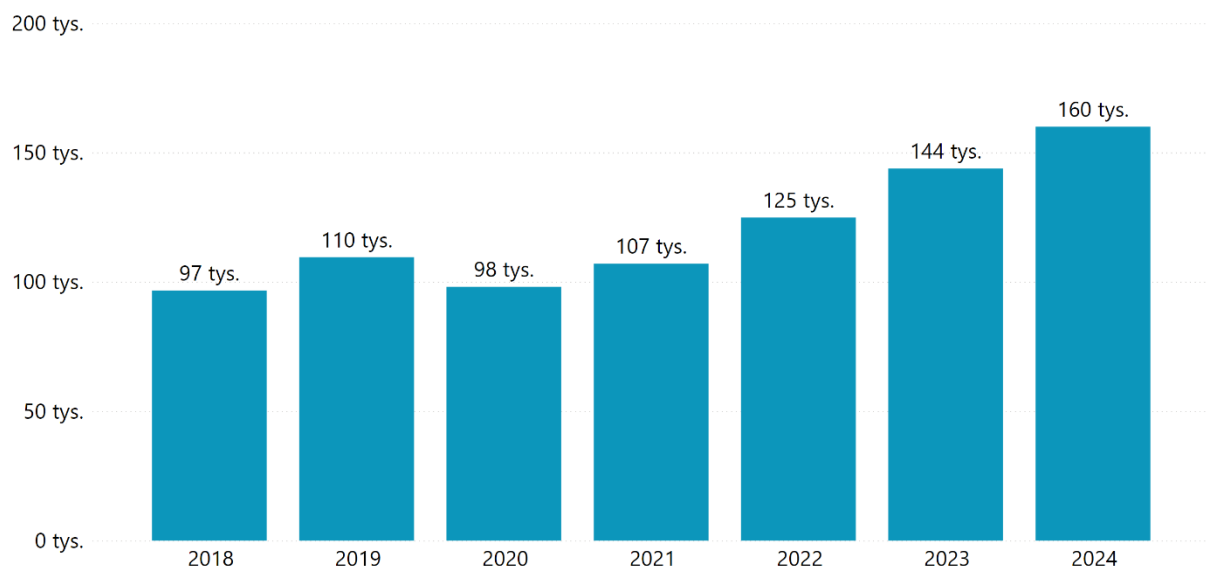


Rysunek 4. Liczba dni absencji chorobowej z powodu wybranych chorób piersi związanych z leczeniem chirurgicznym w latach 2018–2024.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Analiza liczby zwolnień lekarskich z tytułu wybranych chorób piersi związanych z leczeniem chirurgicznym piersi w latach 2018–2024 (Rysunek 5) wskazuje na istotny i trwały wzrost absencji chorobowej w tym obszarze. Po relatywnie stabilnych wartościach w latach 2018–2019 oraz przejściowym spadku w 2020 roku, obserwowanym w okresie ograniczonej dostępności świadczeń, od 2021 roku widoczna jest wyraźna dynamika wzrostowa. Liczba zwolnień zwiększyła się z 107 tys. w 2021 roku do 160 tys. w 2024 roku, co oznacza wzrost o ok. 50% względem poziomu sprzed pandemii. Tendencja ta może odzwierciedlać zarówno nadrobienie odroczonego świadczeń chirurgicznych, jak i rzeczywisty wzrost zapotrzebowania na leczenie chorób piersi, w tym potencjalne skutki demograficzne, epidemiologiczne oraz poprawę dostępu do diagnostyki i leczenia operacyjnego.

Skala i konsekwencja wzrostu po 2021 roku sugerują, że liczba zwolnień lekarskich związanych z chirurgicznym leczeniem chorób piersi stanowi coraz istotniejszy element obciążenia systemu ochrony zdrowia oraz systemu zabezpieczenia społecznego.

Liczba zwolnień lekarskich z powodu wybranych chorób piersi związanych z leczeniem chirurgicznym w latach 2018-2024

Rysunek 5. Liczba zwolnień lekarskich z powodu wybranych chorób piersi związanych z leczeniem chirurgicznym w latach 2018–2024.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

2.2 Aktualny stan finansowania w Polsce

Świadczenia z zakresu chirurgicznego leczenia chorób piersi są finansowane w ramach leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Analizowany obszar obejmuje zarówno leczenie zabiegowe (m.in. radykalne odjęcia piersi z rekonstrukcją, zabiegi w obrębie piersi o różnym stopniu złożoności, biopsje), jak i leczenie zachowawcze chorób piersi łagodnych i złośliwych.

Leczenie szpitalne

Szczegółowe warunki realizacji świadczeń z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi w ramach lecznictwa szpitalnego zostały określone w załączniku nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.). Wymagania dla zakresów, w których możliwa jest realizacja przedmiotowych świadczeń, tj.:

- chirurgia dziecięca,
- chirurgia ogólna,
- chirurgia onkologiczna / chirurgia onkologiczna dla dzieci,
- chirurgia plastyczna / chirurgia plastyczna dla dzieci,
- choroby wewnętrzne,
- geriatria,
- ginekologia onkologiczna,
- onkologia i hematologia dziecięca,
- onkologia kliniczna,
- położnictwo i ginekologia,

przedstawia załącznik nr 2 do niniejszego raportu.

Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi w zakresie leczenia szpitalnego określają zapisy zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

W poniższej tabeli przedstawiono katalog jednorodnych grup pacjentów (JGP), przy czym szczegółowe kryteria kwalifikacji do wybranych JGP w zakresie leczenia szpitalnego dla wybranych procedur związanych z leczeniem chirurgicznym chorób piersi przedstawia załącznik nr 3. W ramach zestawienia wskazano kod i nazwę JGP, wartości punktowe hospitalizacji (zwykłej, planowej i jednego dnia), liczbę dni pobytu finansowanych grupą, wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą, wartości punktowe dla pobytów jedno i dwudniowych oraz możliwość realizacji świadczeń w poszczególnych zakresach (w tym chirurgii onkologicznej, onkologii i ginekologii onkologicznej). Część z wymienionych świadczeń (J01G, J01H, J02, J03E, J03F, J03O) realizowana jest zgodnie z odrębnymi wytycznymi dla leczenia onkologicznego.

Tabela 1 Katalog grup objętych analizą – leczenie szpitalne

Kod i nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Zakresy świadczeń									
									chirurgia dziecięca	chirurgia ogólna	chirurgia onkologiczna / chirurgia onkologiczna dla dzieci	chirurgia plastyczna / chirurgia plastyczna dla dzieci	choroby wewnętrzne	geriatria	ginekologia onkologiczna	onkologia i hematologia dziecięca	onkologia kliniczna	położnictwo i ginekologia / pot. i gín. - drugi p. ref. / pot. i gín. -
Leczenie zabiegowe																		
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	20 108	18 499		17				364		1	3	3			1		3	
J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	10 084	9 277		17				364		1	3	3			1		3	
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	6 648	6 116		18	6 116	6 293	6 471	364		1	3	3			1		3	
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*	4 587	4 220			4 220	4 342	4 465			1	1	1			1		3	
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*	3 872	3 562			3 562	3 665	3 769			1	3	3			1		3	

Kod i nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Zakresy świadczeń									
									chirurgia dziecięca	chirurgia ogólna	chirurgia onkologiczna / chirurgia onkologiczna dla dzieci	chirurgia plastyczna / chirurgia plastyczna dla dzieci	choroby wewnętrzne	geriatria	ginekologia onkologiczna	onkologia i hematologia dziecięca	onkologia kliniczna	położnictwo i ginekologia / pot. i gín. - drugi p. ref. / pot. i gín. -
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	5 757	5 296			5 296	5 450	5 603		1	3	3			1			3	
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	11 264	10 363							1	1	3	3			1		3	
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	5 646	5 194	4 768		5 194	5 345	5 495		1	1	3	3			1		3	
J05 Średnia chirurgia piersi *	1 439	1 324	1 205		1 324	1 362	1 401		1	1	3	3			1		3	
J06 Mała chirurgia piersi *	663	610	552		610	628	645		1	1	3	3			1		3	
J10 Biopsja mammotomiczna *	2 363	2 174	2 008							1	3				1		3	

Kod i nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Zakresy świadczeń									
									chirurgia dziecięca	chirurgia ogólna	chirurgia onkologiczna / chirurgia onkologiczna dla dzieci	chirurgia plastyczna / chirurgia plastyczna dla dzieci	choroby wewnętrzne	geriatria	ginekologia onkologiczna	onkologia i hematologia dziecięca	onkologia kliniczna	położnictwo i ginekologia / pot. i gin. - drugi p. ref. / pot. i gin. -
Leczenie zachowawcze																		
J07 Choroby piersi łagodne	1 083	996		6	324	577	830	189	1	1	3		1	1	1	1	3	
J08 Choroby piersi złośliwe	2 085	1 918		8	625	1 112	1 598	247	1	1	3		1	1	1	1	3	

(*) oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

1 - możliwość realizacji danej JGP w pierwszym z zakresów wskazanych w kolumnie "zakresy świadczeń"

3 - możliwość realizacji danej JGP we wszystkich zakresach wskazanych w kolumnie "zakresy świadczeń"

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne – Załącznik Nr 1a.

Produkty do sumowania

Zgodnie z katalogiem produktów do sumowania, stanowiącym załącznik nr 1c do zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, dla hospitalizacji rozliczanych m.in. w ramach grupy J06 możliwe jest dodatkowe wykazanie produktu do sumowania: 5.53.01.0001473 *Znieczulenie ogólne lub dożylnie u dziecka*, o wartości 270 punktów.

Współczynniki korygujące

Zgodnie z przepisami zarządzenia Prezesa NFZ, w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie karty DiLO możliwe jest zastosowanie współczynnika korygującego dla wybranych produktów rozliczeniowych w leczeniu nowotworu piersi.

W odniesieniu do świadczeniodawców, którzy w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia w rozpoznaniu C50 (nowotwór złośliwy piersi) oraz w wolumenie co najmniej 250 świadczeń, wartość następujących produktów rozliczeniowych podlega korekcie poprzez zastosowanie współczynnika 1,25:

- J01G *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej*,
- J01H *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy / ekspandera*,
- J02 *Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi*.

Ponadto, w przypadku jednoczasowego wykonania obustronnych zabiegów operacyjnych na narządzie parzystym (J01G, J01H, J02, J04G, J04H), stosuje się współczynnik korygujący o wartości 1,54.

Warunki rozliczania wybranych JGP onkologicznych

Zgodnie z przepisami zarządzenia dotyczącego warunków realizacji i rozliczania świadczeń szpitalnych, dla części JGP onkologicznych – w tym J03O *Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.* w rozpoznaniach nowotworów złośliwych oraz J03F *Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. (C50)* wprowadzono dodatkowe kryteria dla świadczeniodawcy.

Uprawnieni do rozliczania tych świadczeń są świadczeniodawcy, którzy spełniają kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń onkologicznych oraz, w danym okresie rozliczeniowym, realizują umowy obejmujące: diagnostyczne pakiety onkologiczne w AOS, chirurgiczne leczenie onkologiczne w rozpoznaniach wskazanych w charakterystyce JGP, a także radioterapię onkologiczną i chemioterapię. Dopuszczono również możliwość rozliczania tych JGP przez świadczeniodawców, którzy wypełniają warunek minimalnej liczby zrealizowanych świadczeń w roku kalendarzowym poprzedzającym rok rozliczenia – dla grupy J03F/J03O próg ten wynosi co najmniej 185 świadczeń.

Krajowa Sieć Onkologiczna

Wraz z wejściem w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, na mocy ustawy z dnia 9 marca 2023 roku o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. 2023 poz. 650), analizowany obszar świadczeń dotyczący chirurgicznego leczenia chorób piersi realizowany w rodzaju „leczenie szpitalne” i w przypadku rozpoznania nowotworów złośliwych, mieści się w definicji „opieki onkologicznej” w rozumieniu ustawy o KSO (diagnostyka, leczenie, monitorowanie).

Zgodnie z ustawą KSO „opieka onkologiczna” w zakresie świadczeń finansowanych przez NFZ może być realizowana wyłącznie przez podmioty zakwalifikowane do KSO, tj. Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (SOLO) I, II, III poziomu lub Ośrodki Kooperacyjne.

W związku z tym zabiegi z grup J01-J10 dotyczące nowotworów złośliwych piersi, w zależności od złożoności problemu, mogą (i powinny) być realizowane przez podmioty zakwalifikowane do odpowiedniego poziomu SOLO.

Kwalifikacja do odpowiedniego poziomu SOLO odbywa się na zasadach określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2024 roku *w sprawie szczegółowych kryteriów warunkujących przynależność podmiotu wykonującego działalność leczniczą do poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego* (Dz.U. z 2024 poz. 1008). Przedmiotowe rozporządzenie określa:

- szczegółowe kryteria kwalifikacyjne dla SOLO I, II i III poziomu,
- wymagania kadrowe (np. liczba specjalistów w chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii, patomorfologii),
- wymagania dotyczące struktury organizacyjnej (poradnie specjalistyczne z określonymi kodami resortowymi),
- wymagania w zakresie potencjału diagnostyczno-terapeutycznego,
- minimalne liczby wykonywanych zabiegów onkologicznych (wolumeny roczne).

Wspomniane wyżej SOLO funkcjonują na trzech poziomach referencyjnych – I, II i III, które odpowiadają za różny zakres świadczeń, dostosowany do potrzeb pacjenta i stopnia zaawansowania jego choroby. Ośrodki I poziomu, czyli SOLO I, obejmują szpitale powiatowe i miejskie. Ich zadaniem jest diagnostyka oraz realizacja podstawowych procedur onkologicznych – takich jak chirurgia, chemioterapia czy radioterapia – zazwyczaj w jednym zakresie.

Na poziomie SOLO II pacjenci mogą liczyć na opiekę wielodyscyplinarnych zespołów. Ośrodki te oferują świadczenia w co najmniej dwóch zakresach (np. chirurgia i chemioterapia). Zlokalizowane są głównie w większych miastach i dysponują szerszym zapleczem diagnostycznym.

SOLO III to ośrodki akademickie i instytuty onkologiczne, takie jak np. Narodowy Instytut Onkologii, w których stosuje się najbardziej nowoczesne i zaawansowane metody leczenia. Na tym poziomie prowadzone są badania kliniczne, terapie celowane, immunoterapie, a także opracowywane są strategie terapeutyczne dla całej sieci. SOLO III posiadają najwyższy poziom referencyjności.

Ośrodki Kooperacyjne to placówki, które nie zostały zakwalifikowane do żadnego poziomu SOLO, ale zapewniają diagnostykę lub leczenie w ramach KSO.

Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)

Należy podkreślić, że leczenie szpitalne rozliczane w systemie JGP oraz onkologiczne świadczenia kompleksowe (KON-Pierś) nie są tożsamymi mechanizmami finansowania. Każdy z tych rodzajów świadczeń funkcjonuje na podstawie odrębnych zarządzeń Prezesa NFZ, obejmuje własne katalogi produktów rozliczeniowych/świadczeń oraz posiada odrębne warunki realizacji i rozliczania umów.

W przypadku pacjentów onkologicznych, realizacja i rozliczenie części świadczeń z analizowanego zakresu (sekcja J – chirurgiczne leczenie chorób piersi) może odbywać się również w ramach KON-Pierś, na zasadach określonych w Zarządzeniu nr 3/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 stycznia 2022 r. z późn. zm. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych. Świadczenia w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi obejmują diagnostykę, leczenie, rehabilitację oraz monitorowanie.

W poniższej tabeli przedstawiono katalog świadczeń odnoszący się do grup z Sekcji J objętych analizą w obszarze KON-Pierś. Jednocześnie szczegółowe warunki rozliczania produktów rozliczeniowych w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi przedstawiono w załączniku nr 3 do niniejszego raportu.

W toku prac analitycznych zidentyfikowano, że procedura ICD-9: 85.314 *Jednostronna symetryzacja piersi zdrowej* jest procedurą przewidzianą do realizacji w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś). Jednocześnie procedura ta nie występuje w charakterystyce świadczeń na liście procedur warunkujących rozliczenie analizowanymi grupami z Sekcji J, w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Tabela 2 Katalog grup objętych analizą – KON-Piers

Kod i nazwa grupy	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej*	20 108	18 499	17				364
J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera*	10 084	9 277	17				364
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi*	6 648	6 116	18	6 116	6 293	6 471	364
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*	4 587	4 220		4 220	4 342	4 465	
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*	3 872	3 562		3 562	3 665	3 769	
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	5 757	5 296		5 296	5 450	5 603	
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej*	11 264	10 363					
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera*	5 646	5 194		5 194	5 345	5 495	
J05 Średnia chirurgia piersi*	1 439	1 324		1 324	1 362	1 401	
J06 Mała chirurgia piersi*	663	610		610	628	645	
J08 Choroby piersi złośliwe	2 085	1 918	8	625	1 112	1 598	247
J10 Biopsja mammotomiczna*	2 363	2 174					

(*) oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zarządzenia nr 3/2022/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych z dnia 3 stycznia 2022 r. z późn. zm. – Załącznik nr 1on.

AmbulATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Szczegółowe warunki realizacji procedur zabiegowych z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zostały określone w załączniku nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.). Zestawienie warunków realizacji procedur przedstawia załącznik nr 2 do niniejszego raportu.

Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń ambulatoryjnych zostały określone w zarządzeniu nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Poniższa tabela prezentuje katalog ambulatoryjnych procedur diagnostyczno-zabiegowych w zakresie chorób piersi, objętych analizą w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Uwzględniono m.in. nacięcie sutka, miejscowe wycięcie zmiany piersi, szycie rany piersi oraz formy biopsji gruboigłowej (w tym celowane, pod kontrolą USG i stereotaktyczne) i cienkoigłowej, wraz z przypisanymi kodami procedur, kodami produktów, grupami, punktacją oraz zakresem poradni, w których mogą być realizowane. Dla wszystkich procedur wskazano obowiązek spełnienia warunków realizacji świadczeń określonych w przepisach AOS.

Tabela 3 Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych objętych analizą

Zakresy świadczeń w poradniach specjalistycznych																
Kod procedury	Nazwa procedury	Kod produktu	Kod grupy	Wartość punktowa	endokrynologia	onkologia i hematologia	dermatologia i wenerologia	onkologia	leczenie AIDS	położnictwo i ginekologia	ginekologia dla dziewcząt	chirurgia ogólna	chirurgia dziecięca	chirurgia onkologiczna	chirurgia onkologiczna dla dzieci	chirurgia plastyczna
85.02	Nacięcie sutka	5.31.00.0000110	Z110	259		X		X	X	X	X	X	X	X	X	
85.111	Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi	5.31.00.0000101	Z101	58	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
85.112	Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana	5.31.00.0000102	Z102	115	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
		5.31.00.0000112	Z112	173	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
85.113	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi	5.31.00.0000103	Z103	173	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
		5.31.00.0000078	Z78	289	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
85.114	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana	5.31.00.0000105	Z105	232	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
		5.31.00.0000079	Z79	404	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
85.131	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	5.31.00.0000022	Z22	2 309				X	X	X		X		X		
85.132	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna	5.31.00.0000022	Z22	2 309				X	X	X		X		X		
85.21	Miejscowe wycięcie zmiany piersi	5.31.00.0000110	Z110	259		X		X	X	X	X	X	X	X	X	
85.81	Szycie rany piersi	5.31.00.0000027	Z27	76					X			X	X			
85.91	Aspiracja z piersi	5.31.00.0000100	Z100	41			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
85.98	Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej	5.31.00.0000103	Z103	173					X	X	X	X	X	X	X	X

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ nr 132/2024/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm. – Załącznik nr 5a.

Niektóre z procedur ICD-9, taryfikowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi, mogą być realizowane również w leczeniu szpitalnym, w ramach wybranych JGP (dalej: procedury jednoimienne). W poniższej tabeli zestawiono produkty rozliczeniowe, w ramach których realizowane są te procedury.

Tabela 4 Procedury możliwe do realizacji w warunkach leczenia szpitalnego i w trybie ambulatoryjnym

ICD-9	Nazwa procedury	Kod i nazwa grupy	
		Leczenie szpitalne	AOS
85.02	Nacięcie sutka	J06 Mała chirurgia piersi*	Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110
85.21	Miejscowe wycięcie zmiany piersi		Z27 Świadczenia zabiegowe - grupa 27
85.81	Szycie rany piersi		Z105 Świadczenia zabiegowe - grupa 105
85.114	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana		Z79 Świadczenia zabiegowe - grupa 79
85.131	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	J10 Biopsja mammotomiczna*	Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22
85.132	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika nr 1a do zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 kwietnia 2026 r. oraz na podstawie załącznika nr 5a do zarządzenia nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2024 r.

2.3 Analiza popytu i podaży

Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania wartości wyceny świadczenia na jego podaż tak, by zaspokoić popyt, co w przypadku rynku świadczeń opieki zdrowotnej oznacza likwidację lub zmniejszenie kolejek do świadczeń. Ocena taka powinna identyfikować przyczyny niezaspokojonego popytu i niedostatecznej podaży (możliwość wpływania wyceną), a także odnosić się do istotności świadczenia (zasadność wpływania ceną).

Przez popyt na świadczenia rozumie się głównie liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania na jego realizację. Podaż natomiast definiowana jest przez poziom realizacji danego świadczenia przez podmioty lecznicze, wynikający z ich potencjału wykonawczego, określonego skalą posiadanej infrastruktury, zatrudnionego personelu oraz wielkością środków finansowych przeznaczanych na ten cel.

W odniesieniu do wielkości popytu na świadczenia, podstawowym źródłem informacji dotyczących dostępności do świadczeń są dane o liczbie osób oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w „Informatorze o Terminach Leczenia”. Lista oczekujących prowadzona jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 610 z późn. zm.).

Szacunkowa wartość potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń została oparta o analizę liczby zrealizowanych świadczeń, liczby podmiotów realizujących dane, a także kadry medycznej określonych specjalności. W ramach analizy korzystano z publicznie dostępnych źródeł informacji, takich jak mapy potrzeb zdrowotnych.

2.3.1 Leczenie szpitalne

Realizacja świadczeń

W 2024 roku Oddziały Wojewódzkie NFZ zawarły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na realizację analizowanych grup sekcji J tj. J01G, J01H, J02, J03E, J03F, J03O, J04G, J04H, J05, J06, J07, J08 i J10 z 480 świadczeniodawcami, którzy zrealizowali 52 010 świadczeń o wartości 562,5 mln zł.

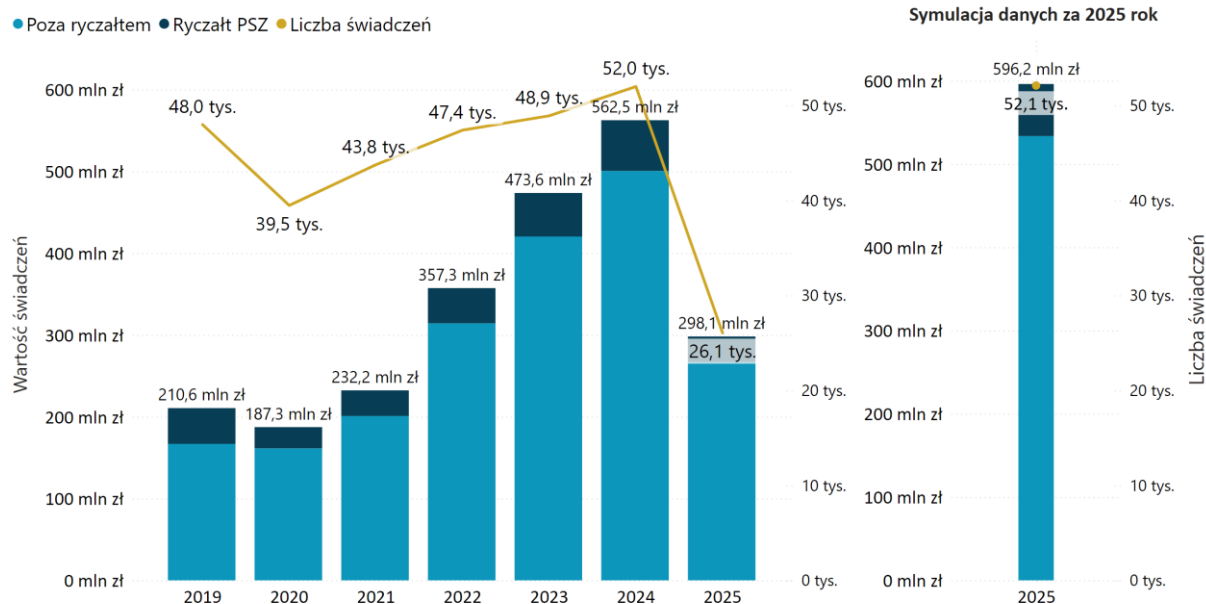
W latach 2019–2025 odnotowano istotne zmiany zarówno w liczbie, jak i w wartości zrealizowanych świadczeń w analizowanym obszarze sekcji J. W 2020 roku zaobserwowano spadek liczby udzielonych świadczeń do poziomu 39,5 tys. o łącznej wartości 187,3 mln zł. Był to najniższy wynik w całym analizowanym okresie, co mogło wiązać się z ograniczeniem korzystania ze świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii COVID-19. W kolejnych latach odnotowano systematyczny wzrost zarówno liczby realizowanych świadczeń, jak i ich wartości. Tendencja ta utrzymywała się w latach 2021–2024, kiedy liczba świadczeń wzrosła z 43,8 tys. do 52 tys., a ich łączna wartość osiągnęła najwyższy poziom w 2024 roku, wynosząc około 562,5 mln zł.

W I połowie 2025 roku udzielono 26,1 tys. świadczeń o wartości 298,1 mln zł, co – przy założeniu utrzymania dotychczasowej dynamiki udzielania świadczeń – pozwala prognozować, że w skali całego roku udzielonych zostało 52,1 tys. świadczeń o szacowanej łącznej wartości 596,2 mln zł.

Ogólną liczbę i wartość zrealizowanych świadczeń z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi w latach 2019–2025 przedstawia poniższy rysunek.

Liczba i wartość świadczeń w obszarze: chirurgiczne leczenie chorób piersi

Dane za lata 2019 - 2025 (I połowa)



Rysunek 6. Liczba i wartość zrealizowanych świadczeń z analizowanego obszaru z sekcji J w latach 2019–2025 (I połowa).

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

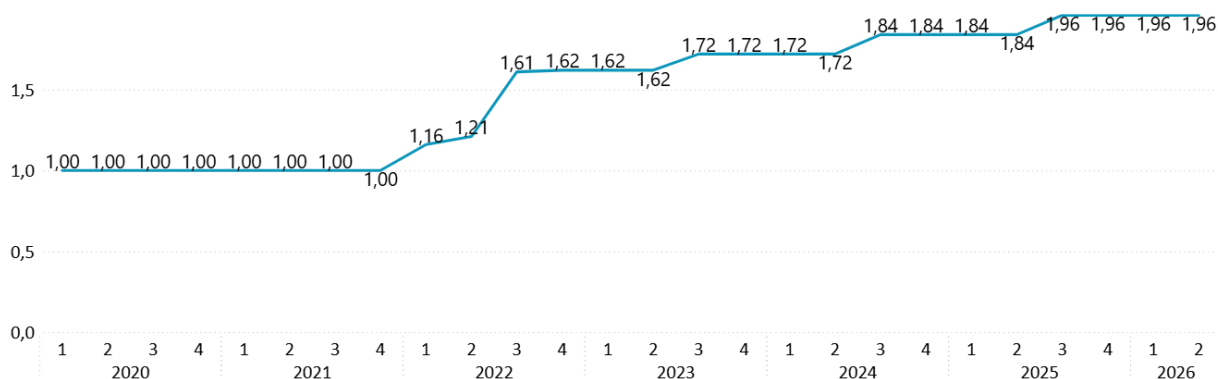
Obserwowany w ostatnich latach wzrost łącznej wartości świadczeń był w znacznym stopniu konsekwencją wzrostu ceny jednostki rozliczeniowej. W 2024 roku 24,84% świadczeń z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi było finansowanych w ramach tego właśnie modelu. Jednocześnie 78,33% pozostałych świadczeń było rozliczanych w ramach opieki kompleksowej (BCU) oraz pakietu onkologicznego. Oznacza to, że świadczenia te nie podlegają limitowaniu – finansowanie następuje za każde zrealizowane świadczenie.

W celu zapewnienia porównywalności oraz uchwycenia efektów cenowych w dalszej analizie, posłużono się ceną odpowiadającą wycenie w ramach ryczałtu PSZ. Należy jednak podkreślić że, pomimo różnic w sposobie finansowania, obserwowane mechanizmy zmian wartości świadczeń – w szczególności wpływ wzrostu ceny jednostkowej – mają charakter analogiczny.

W latach 2020–2021 średnia cena jednostki sprawozdawczej w ryczałcie PSZ pozostawała na niezmiennym poziomie 1,00 zł za punkt, co oznaczało brak wpływu mechanizmu cenowego na zmiany wartości realizowanych świadczeń w tym okresie. Dopiero od 2022 roku nastąpił wyraźny i stopniowy wzrost ceny jednostki rozliczeniowej osiągając, od 1 lipca 2025 roku, poziom 1,96 zł. Łącznie, w analizowanym okresie, cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ wzrosła o około 96% w porównaniu do poziomu obowiązującego do końca 2021 roku, co miało istotny wpływ na wzrost wartości finansowanych świadczeń, niezależnie od zmian ich liczby. Ewolucję ceny jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ przedstawia poniższy rysunek.

Średnia cena jednostki w ryczałcie PSZ

Dane za lata 2020 - 2026 (I połowa)

**Rysunek 7. Cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ.**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Warto zaznaczyć, że zmiana ceny jednostki rozliczeniowej przełożyła się na wzrost refundacji we wszystkich analizowanych grupach JGP, jednak skala tego efektu była wyraźnie zróżnicowana. Największy wzrost kwotowy odnotowano w świadczeniach o najwyższej wartości wyrażonej w punktach.

W analizowanym obszarze najbardziej wyraźny wzrost odnotowano w grupie J01G *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej**. Wartość refundacji w tej grupie wzrosła z 20 076 zł w 2021 roku do 39 349 zł w 2025 roku, co oznacza przyrost o ponad 19 tys. zł. Istotny wzrost refundacji zaobserwowano również w grupie J04G *Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej**. Wartość refundacji wzrosła z 11 219 zł w 2021 roku do 21 989 zł w roku 2025, co stanowi przyrost o ponad 10 tys. zł

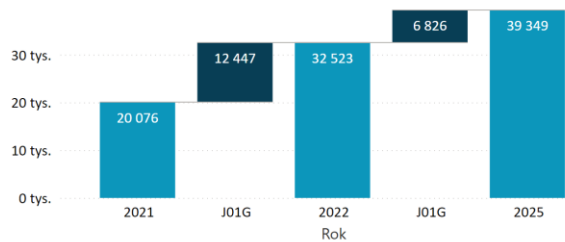
W grupach charakteryzujących się niższą wartością refundacji odnotowano wzrosty o bardziej umiarkowanej skali. W grupie J07 *Choroby piersi łagodne* wartość refundacji wzrosła z 1 062 zł w 2021 roku do 2 082 zł w 2025 roku, co oznacza przyrost o 1 019 zł (w tym 658 zł w latach 2021–2022 oraz 361 zł w latach 2022–2025). Podobną dynamikę zaobserwowano w grupie J06 *Mala chirurgia piersi**, w której wartość refundacji wzrosła z 650 zł w 2021 roku do 1 274 w 2025 roku, tj. 624 zł (403 zł między 2021 a 2022 rokiem oraz 221 zł między 2022 a 2025 rokiem). Szczegóły zmian przedstawiono na poniższym rysunku.

Zmiana refundacji dla JGP w wyniku zmiany ceny jednostki rozliczeniowej

Refundacja na koniec roku w ryczałcie PSZ

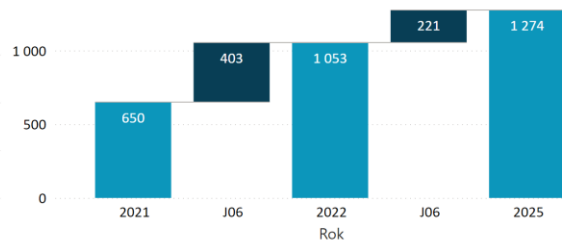
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *

● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne



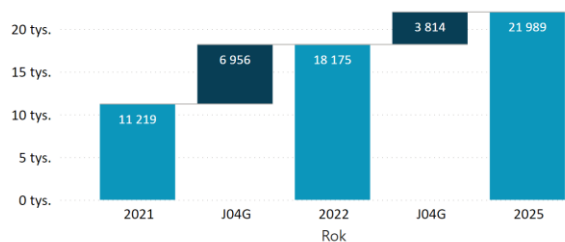
J06 Mała chirurgia piersi *

● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne



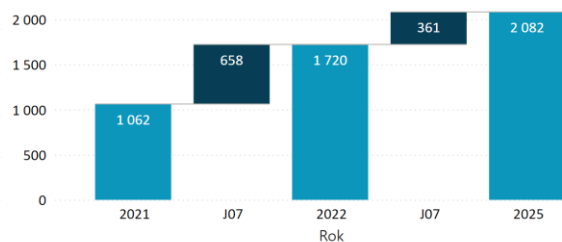
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *

● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne



J07 Choroby piersi łagodne

● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne



Rysunek 8. Zmiana refundacji NFZ w wyniku zmian ceny jednostki rozliczeniowej dla wybranych JGP.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W latach 2019–2024 liczba hospitalizacji rozliczanych w wybranych grupach z sekcji J wykazywała systematyczną tendencję wzrostową, przy jednoczesnym utrzymywaniu się względnie stabilnej struktury udziałów procentowych pomiędzy głównymi JGP. W całym analizowanym okresie najliczniej rozliczaną grupą pozostawała J02 *Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi**, której udział utrzymywał się na poziomie około 35–38% wszystkich hospitalizacji sekcji J w analizowanym obszarze. Liczba hospitalizacji w tej grupie wzrosła z 16 588 w 2019 roku do 19 492 w 2024 roku. Drugą pod względem liczebności grupą były J08 *Choroby piersi złośliwe*, których udział wahał się od 15% w 18%.

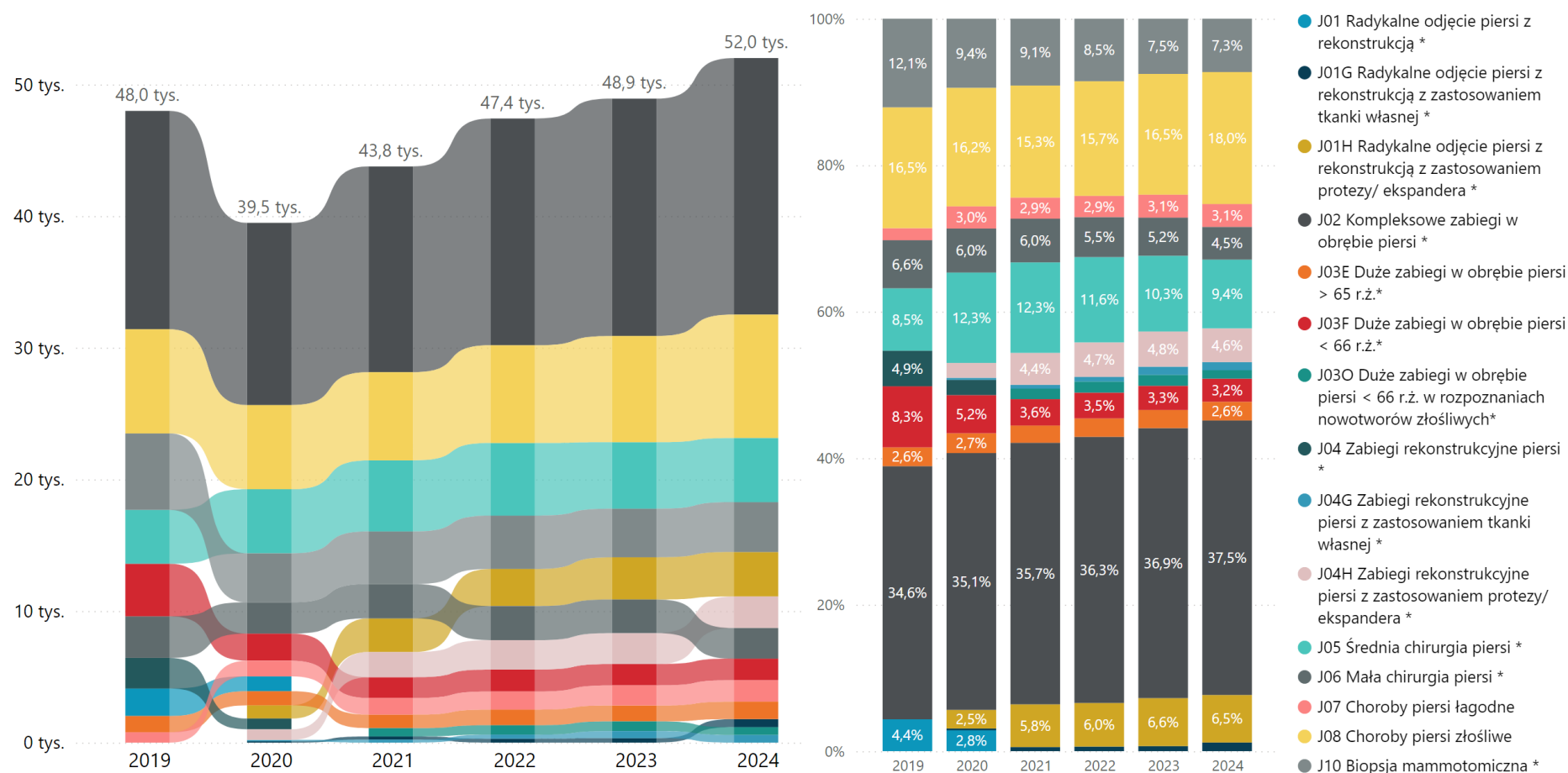
Wyraźny wzrost liczby świadczeń odnotowano również w grupach związanych z radykalnym odjęciem piersi z rekonstrukcją, które w 2020 roku zostały wyodrębnione z grupy J01 *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją ** i zastąpione nowymi grupami: J01G *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej ** i J01H *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ekspandera **. Łączna liczba świadczeń w tych grupach wzrosła z 2 088 (grupa J01) w 2019 roku do 3 991 (łącznie grupy J01G i J01H) w 2024 roku.

Istotne znaczenie w strukturze hospitalizacji zachowały również procedury diagnostyczne i chirurgiczne o średniej intensywności, takie jak J10 *Biopsja marmotomiczna** oraz J05 *Średnia chirurgia piersi**, których łączny udział przez cały okres utrzymywał się na poziomie około 17–22%. Jednocześnie zauważalny jest znaczny spadek liczby hospitalizacji rozliczanych grupą J03F *Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.* z 4 002 w 2019 roku do 1 641 w 2024 roku.

Szczegółowe informacje umieszczono na poniższym rysunku.

Liczba świadczeń z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi

Dane za lata 2019-2024



Rysunek 9. Liczba hospitalizacji w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi w latach 2019–2024.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

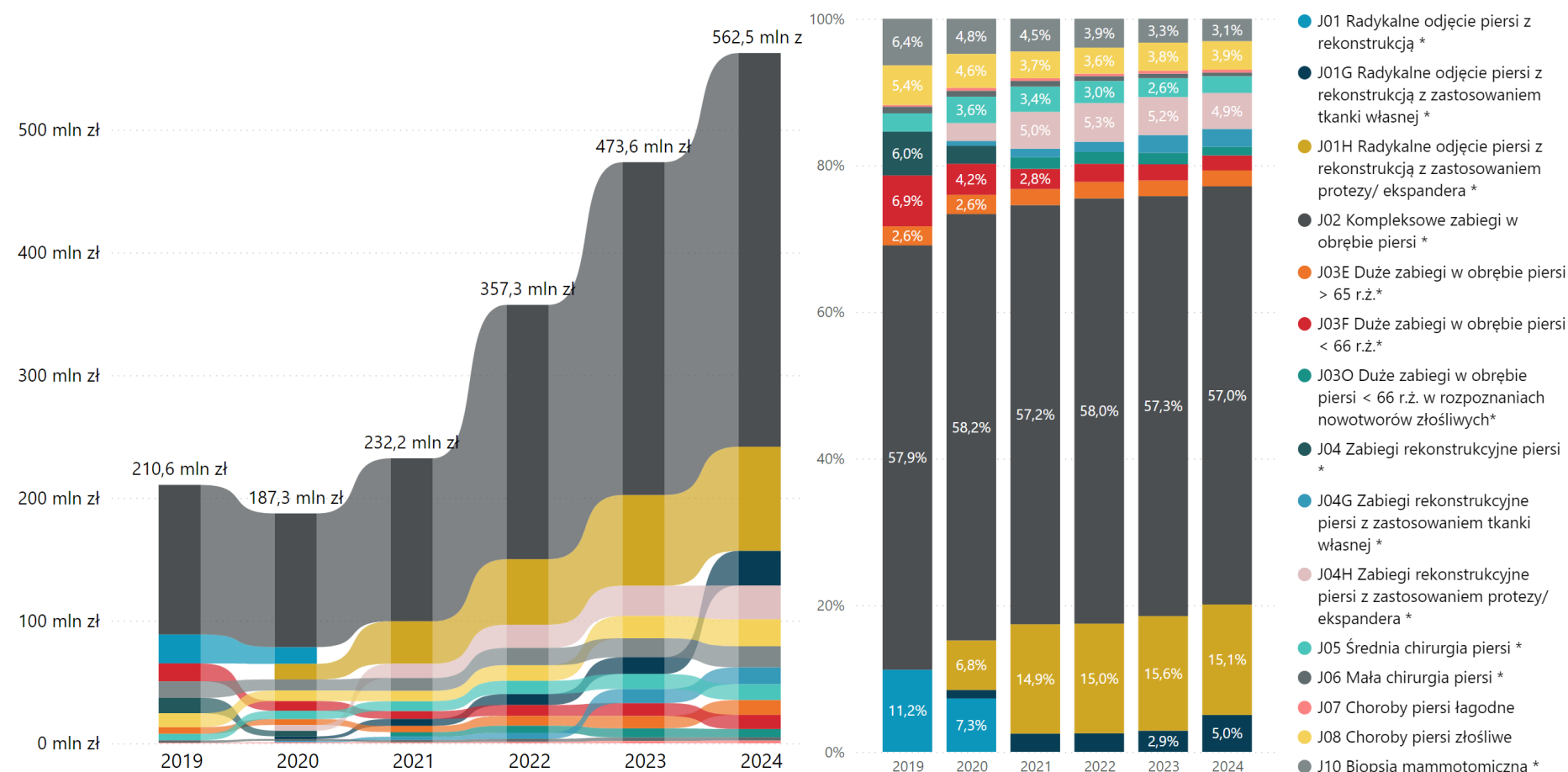
Analiza wartości zrealizowanych świadczeń z sekcji J w latach 2019–2024 wskazuje na istotny i systematyczny wzrost nakładów finansowych przeznaczanych na chirurgiczne leczenie chorób piersi. Łączna wartość świadczeń wzrosła z 210,6 mln zł w 2019 roku do 562,5 mln zł w 2024 roku, co oznacza prawie trzykrotny wzrost w całym analizowanym okresie. Największy przyrost wartości odnotowano po 2021 roku, co koreluje zarówno ze wzrostem wolumenu hospitalizacji, jak i systematycznym zwiększaniem ceny jednostki rozliczeniowej.

W każdym analizowanym roku dominującą pozycję w strukturze wartości świadczeń utrzymywała grupa J02 *Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi**, której udział pozostawał na poziomie ok. 57–58%. Wartość świadczeń w tej grupie wzrosła z 122 mln zł w 2019 roku do 321 mln zł w 2024 roku. Wyraźny wzrost odnotowano również w grupach związanych z radykalnym odjęciem piersi z rekonstrukcją (J01G, J01H). Łączna wartość świadczeń w tych grupach wzrosła z 23,6 mln zł (grupa J01) w 2019 roku do 113 mln (grupy J01G i J01H) w 2024 roku.

Szczegółowe dane dotyczące wartości świadczeń w podziale na grupy JGP przedstawiono na poniższym rysunku.

Wartość świadczeń z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi

Dane za lata 2019-2024



Rysunek 10. Wartość hospitalizacji w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi w latach 2019–2024.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

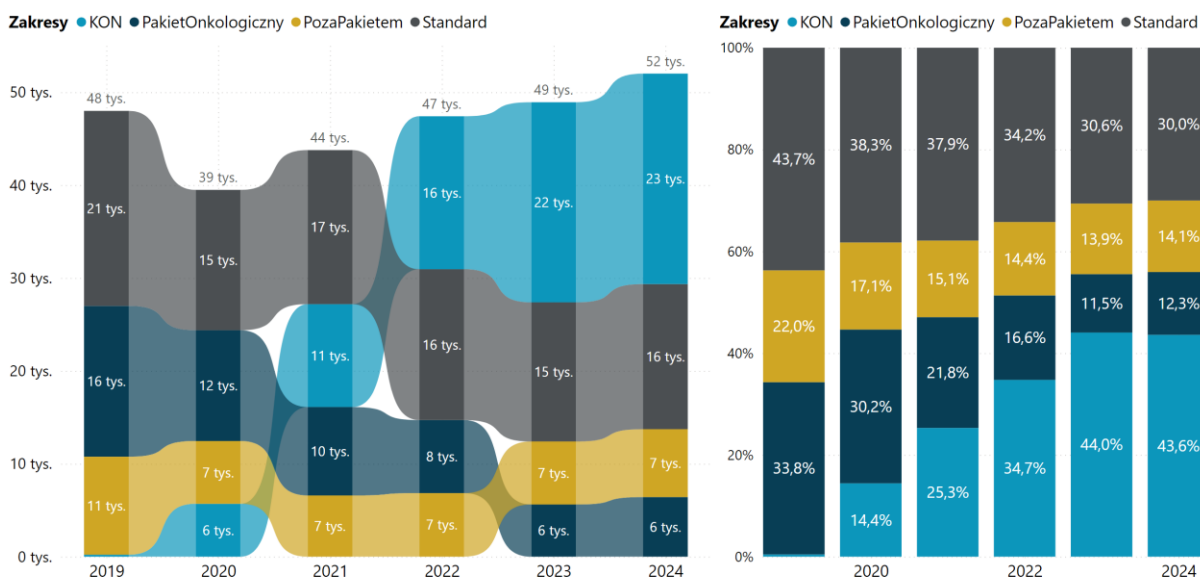
W latach 2019–2024 zmieniła się struktura zakresów, w których realizowane są świadczenia chirurgicznego leczenia chorób piersi. W 2023 roku świadczenia realizowane w ramach *Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi* (KON-Pierś) zdominowały świadczenia udzielane na zasadach ogólnych (standard), przy jednoczesnym spadku udziału świadczeń realizowanych w pakiecie onkologicznym.

Jednocześnie należy podkreślić skalę świadczeń realizowanych w ramach zakresów finansowanych bezlimitowo. W 2024 roku w ramach KON-Pierś zrealizowano ok. 23 tys. świadczeń, co stanowiło 43,6% świadczeń sekcji J, natomiast w ramach pakietu onkologicznego – ok. 6 tys. świadczeń, tj. 12,3% świadczeń sekcji J. Łącznie oznacza to ok. 29 tys. świadczeń, czyli 55,9% wszystkich analizowanych świadczeń z sekcji J w 2024 roku.

Szczegółowe informacje odnoszące się do liczby świadczeń zrealizowanych w poszczególnych typach zakresów w latach 2019–2024 zostały zaprezentowane na poniższych rysunkach.

Zmiany realizacji produktów rozliczeniowych w zakresach świadczeń

Dane za lata 2019-2024



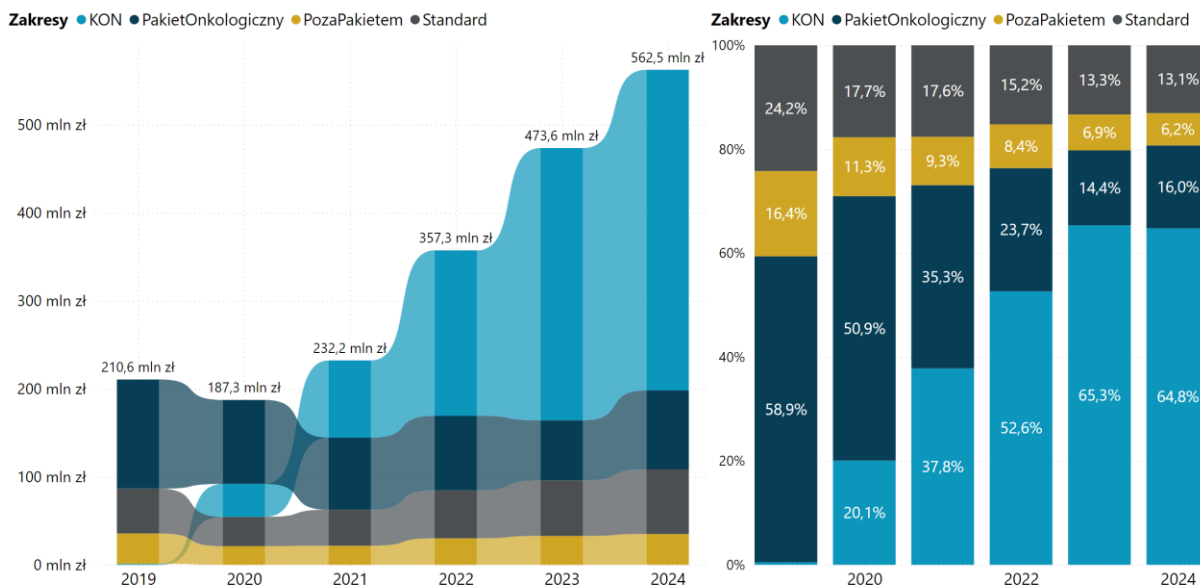
Rysunek 11. Zmiana zakresów realizacji świadczeń w latach 2019–2024.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Kluczowe jest jednak to, że zakresy finansowane bezlimitowo (KON-Pierś oraz pakiet onkologiczny) dominują nie tylko w ujęciu liczby świadczeń, lecz przede wszystkim w ujęciu wartościowym. W 2024 roku świadczenia realizowane w ramach KON-Pierś oraz pakietu onkologicznego odpowiadały łącznie za ok. 454,1 mln zł, tj. 80,7% całkowitej wartości sekcji J (562,5 mln zł), w tym KON-Pierś stanowił 364,3 mln zł (64,8%), a pakiet onkologiczny 89,7 mln zł (16,0%). W analizowanych latach obserwuje się zasadniczą zmianę struktury finansowania – z realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w kierunku opieki kompleksowej.

Zmiany wartości produktów rozliczeniowych w zakresach świadczeń

Dane za lata 2019-2024

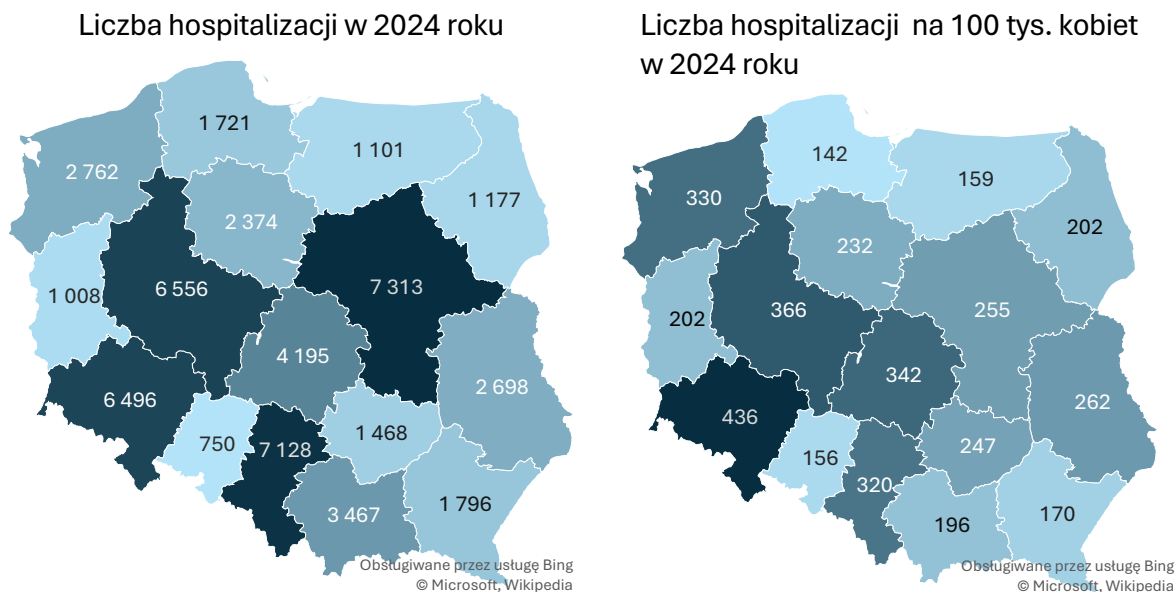
**Rysunek 12. Zmiana zakresów realizacji świadczeń w latach 2019–2024.**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Dominacja zakresów finansowanych bezlimitowo w ujęciu wartościowym oraz obserwowana zmiana struktury finansowania w kierunku opieki kompleksowej rodzą pytanie o rozmieszczenie faktycznej realizacji świadczeń w skali kraju. Analiza dostępności świadczeń w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi (sekcja J) w układzie wojewódzkim pokazuje, że skala realizacji świadczeń jest silnie zróżnicowana zarówno pod względem liczby hospitalizacji, liczby hospitalizacji przypadających na 100 tys. kobiet, jak i liczby podmiotów realizujących te świadczenia.

Analiza liczby hospitalizacji w 2024 roku wskazuje na wyraźne zróżnicowanie skali realizacji świadczeń z zakresu chirurgicznego leczenia chorób piersi pomiędzy województwami. Najwyższą bezwzględną liczbę hospitalizacji odnotowano w województwach: mazowieckim (7 313; 14% udziału), śląskim (7 128; 13,7% udziału), wielkopolskim (6 556; 12,6% udziału) oraz dolnośląskim (6 496; 12,5% udziału). Wymienione województwa odpowiadały łącznie za ok. 52,9% wszystkich hospitalizacji w kraju, co wskazuje na znaczną koncentrację świadczeń. Pośredni poziom liczby hospitalizacji charakteryzował województwa małopolskie (3 467 w 2024 roku), kujawsko-pomorskie (2 374) oraz pomorskie (1 721). Najniższe poziomy hospitalizacji wystąpiły natomiast w województwach opolskim (750), lubuskim (1 008) oraz warmińsko-mazurskim (1 101).

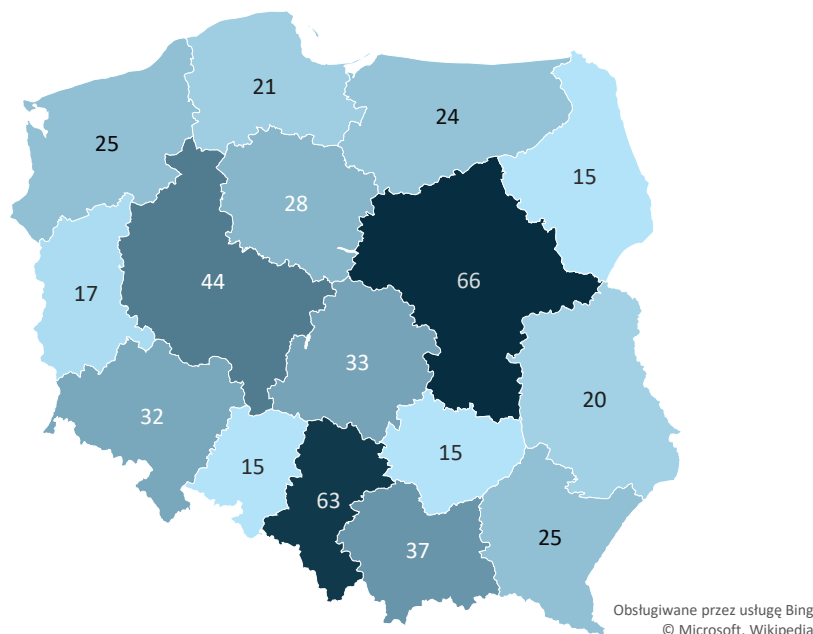
Ujęcie wskaźnikowe, odnoszące liczbę hospitalizacji do populacji 100 tys. kobiet, częściowo modyfikuje obraz wynikający z wartości bezwzględnych. Najwyższe wskaźniki hospitalizacji obserwowane są w województwach: dolnośląskim (436 świadczeń na 100 tys. kobiet) oraz w wielkopolskim (366 świadczeń na 100 tys. kobiet), co sugeruje relatywnie wysoką intensywność udzielania świadczeń w tych regionach. Natomiast najniższy wskaźnik charakteryzuje województwo pomorskie (142 świadczeń na 100 tys. kobiet) oraz opolskie (156 świadczeń na 100 tys. kobiet), charakteryzowały się jednocześnie niższą liczbą podmiotów realizujących świadczenia.



Rysunek 13. Liczba hospitalizacji oraz liczba hospitalizacji na 100 tys. kobiet w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi w podziale na województwa w 2024 roku.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2024 roku rozkład liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia z sekcji J w analizowanym obszarze również wykazywał istotne zróżnicowanie regionalne, co pozostaje spójne z obserwowanymi różnicami w poziomie wskaźników hospitalizacji. Najwięcej podmiotów występowało w województwie mazowieckim (66), śląskim (63) oraz wielkopolskim (44). Natomiast najmniej świadczeniodawców odnotowano w województwach: opolskim (15), świętokrzyskim (15) oraz podlaskim (15).



Rysunek 14. Liczba świadczeniodawców realizujących w 2024 roku świadczenia dla wybranych JGP z sekcji objętych analizą.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Analiza migracji pacjentek pomiędzy województwami dostarcza dodatkowego kontekstu dla obserwowanych różnic regionalnych. Dane wskazują, że w części województw istotna część świadczeń realizowana jest na rzecz pacjentek spoza województwa zamieszkania, co świadczy o funkcjonowaniu regionalnych i ponadregionalnych centrów leczenia. Szczególnie wyraźny napływ pacjentek obserwowany jest do województw małopolskiego, mazowieckiego, dolnośląskiego oraz śląskiego, które przyjmują znaczną liczbę pacjentek z województw sąsiednich, m.in. opolskiego, lubuskiego, podkarpackiego, warmińsko-mazurskiego czy lubelskiego.

Jednocześnie województwa o relatywnie niskiej liczbie hospitalizacji i ograniczonej bazie realizatorów charakteryzują się wyższym odpływem pacjentek do innych regionów. Dotyczy to w szczególności województw opolskiego, lubuskiego oraz warmińsko-mazurskiego, z których znaczna część pacjentek korzysta ze świadczeń udzielanych w sąsiednich województwach. Wzorce migracyjne mają w dużej mierze charakter geograficzny (sąsiedztwo województw), jednak widoczne są również przepływy do województw pełniących rolę centrów o charakterze ponadregionalnym, przede wszystkim mazowieckiego i małopolskiego.

Zidentyfikowane zróżnicowanie regionalne oraz obserwowane przepływy pacjentek wskazują, że analiza dostępności świadczeń nie może być prowadzona wyłącznie w ujęciu terytorialnym, lecz powinna uwzględniać także uwarunkowania systemowe i organizacyjne determinujące rozmieszczenie oraz rolę poszczególnych realizatorów. W tym kontekście kluczowe znaczenie ma funkcjonowanie Krajowej Sieci Onkologicznej, która w praktyce stanowi główną strukturę organizacyjną realizacji świadczeń w analizowanym obszarze.

Potwierdzeniem tej roli jest struktura realizatorów świadczeń w 2024 roku, w której zdecydowana większość aktywności skoncentrowana była w podmiotach zaliczonych do Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Spośród 480 świadczeniodawców jedynie 8 nie było zaliczonych do KSO, a ich aktywność miała charakter marginalny – zrealizowali łącznie 31 świadczeń. W związku z tym dalsze analizy dotyczące rozmieszczenia i struktury realizatorów odnoszono do ośrodków funkcjonujących w strukturach KSO.

W strukturze KSO wyodrębnia się trzy poziomy referencyjności SOLO (I, II, III) oraz Ośrodki Kooperacyjne (OK), odpowiadające za różny zakres świadczeń, dostosowany do potrzeb pacjenta oraz stopnia złożoności procesu diagnostyczno-terapeutycznego. W 2024 roku najliczniejszą grupę stanowiły Ośrodki Kooperacyjne (łącznie 237 podmiotów), następnie SOLO I (łącznie 142 podmiotów). Mniej liczne były ośrodki SOLO II (66 podmiotów), natomiast najmniej było ośrodków SOLO III (25 podmiotów). Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu referencyjności maleje liczba realizatorów, a opieka wysokospecjalistyczna ma charakter bardziej skoncentrowany.

Rozmieszczenie regionalne ośrodków nie jest w pełni równomierne i wykazuje wyraźną koncentrację w wybranych województwach. Najwięcej Ośrodków Kooperacyjnych zapewniających diagnostykę lub leczenie w ramach KSO odnotowano w województwie mazowieckim (40) oraz wielkopolskim (22), natomiast najmniej w świętokrzyskim (5) i łódzkim (6).

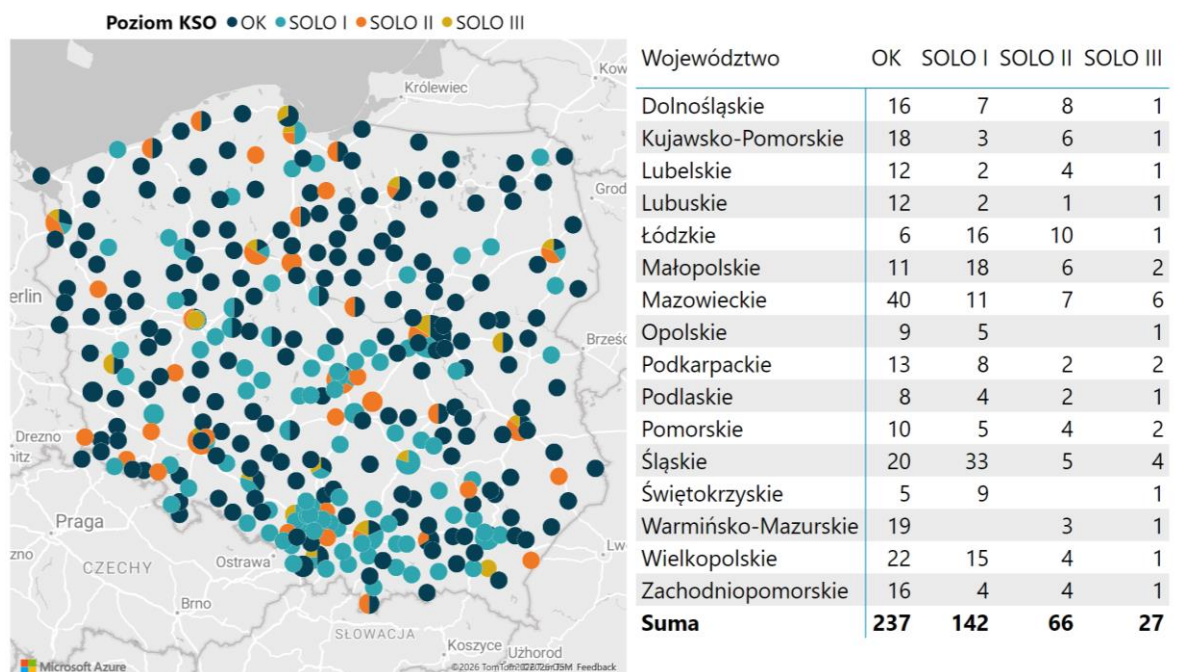
Na poziomie SOLO I najwyższą liczbę podmiotów odnotowano w województwie śląskim (33), a następnie w małopolskim (18), łódzkim (16) oraz wielkopolskim (15). Najmniej ośrodków SOLO I zarejestrowano w województwach lubelskim i lubuskim (po 2) oraz w kujawsko-pomorskim (3),

podlaskim (4) i zachodniopomorskim (4), przy czym w województwie warmińsko-mazurskim nie odnotowano świadczeniodawców na tym poziomie SOLO.

Na poziomie SOLO II koncentracja jest jeszcze bardziej widoczna – największą liczbę ośrodków odnotowano w województwie łódzkim (10), dolnośląskim (8) oraz mazowieckim (7), natomiast najmniej w podlaskim i podkarpackim (po 2) oraz lubuskim (1). W województwach opolskim i świętokrzyskim nie odnotowano żadnych świadczeniodawców.

Na najwyższym poziomie referencyjności (SOLO III) można odnotować największą liczbę ośrodków w województwie mazowieckim (6) oraz śląskim (4), natomiast w pozostałych województwach odnotowano jedynie 1–2 podmioty realizujące świadczenia na tym poziomie.

Na poniższym rysunku przedstawiono przestrzenne rozmieszczenie świadczeniodawców KSO realizujących świadczenia w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi w 2024 roku. Każdy punkt odpowiada lokalizacji podmiotu, a jego wielkość odzwierciedla liczbę świadczeniodawców w danej lokalizacji.



Rysunek 15. Liczba świadczeniodawców należących do KSO realizujących analizowane JGP z sekcji J w 2024 roku.

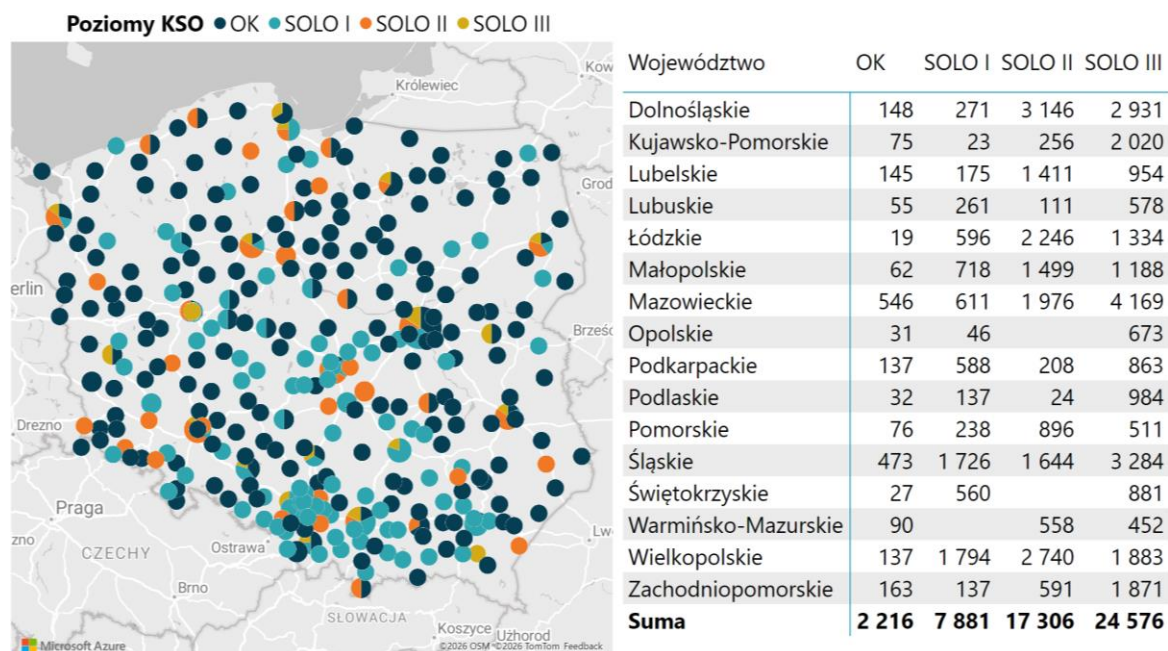
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2024 roku zróżnicowanie regionalne jest widoczne także pod względem liczby świadczeń zrealizowanych przez podmioty zakwalifikowane do KSO na każdym z poziomów SOLO. Na poziomie Ośrodków Kooperacyjnych (OK) największą liczbę świadczeń zrealizowano w województwach mazowieckim (546) oraz śląskim (473), a następnie zachodniopomorskim (163) i dolnośląskim (148). Natomiast najmniejszą liczbę świadczeń odnotowano natomiast w województwach świętokrzyskim (27) oraz łódzkim (19).

Na poziomie SOLO I największą liczbę świadczeń realizowano w województwach wielkopolskim (1 794) i śląskim (1 726), a następnie małopolskim (718), mazowieckim (611) oraz łódzkim (596). Natomiast najniższe wartości odnotowano w województwach kujawsko-pomorskim (23) oraz opolskim (46).

Świadczeniodawcy z poziomu SOLO II najwięcej świadczeń zrealizowali w województwach dolnośląskim (3 146), wielkopolskim (2 740), łódzkim (2 246) oraz mazowieckim (1 976), a także śląskim (1 644) i małopolskim (1 499). Natomiast najmniej świadczeń zrealizowali świadczeniodawcy w województwach podlaskim (24) oraz lubuskim (111).

Najwyższy poziom referencyjności (SOLO III) charakteryzuje się najsilniejszą koncentracją realizacji świadczeń. Najwięcej zrealizowanych świadczeń odnotowano w województwach mazowieckim (4 169), śląskim (3 284), dolnośląskim (2 931) oraz kujawsko-pomorskim (2 020).



Rysunek 16. Realizacja świadczeń w ramach analizowanych JGP z sekcji J w 2024 roku przez podmioty należące do KSO.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Analiza struktury świadczeń wskazuje na wyraźną koncentrację ich realizacji w relatywnie niewielkiej liczbie podmiotów wojewódzkich i klinicznych. Jednostki te, mimo ograniczonej liczby placówek, odpowiadają za zasadniczą część zarówno liczby, jak i wartości udzielonych świadczeń. Szpitale wojewódzkie, których liczba wynosi jedynie 80, generują ponad połowę łącznej wartości świadczeń. W 2024 roku odpowiadały one za 46,4% wszystkich hospitalizacji, o łącznej wartości blisko 283 mln zł. Szpitale kliniczne zrealizowały 24,2% świadczeń, których wartość wyniosła 137 mln zł.

Najliczniejszą grupę stanowią podmioty powiatowe, gminne i miejskie które, mimo dużej liczby jednostek, realizują niewielką liczbę świadczeń oraz generują niski udział w łącznej wartości finansowej. Łącznie 237 podmiotów tej kategorii zrealizowało 14,4% świadczeń o wartości około 65 mln zł. Szpitale niepubliczne odpowiadały za porównywalną liczbę świadczeń jak szpitale powiatowe, przy istotnie mniejszej liczbie podmiotów, co wskazuje na względnie wyższą koncentrację realizacji świadczeń w tej grupie.

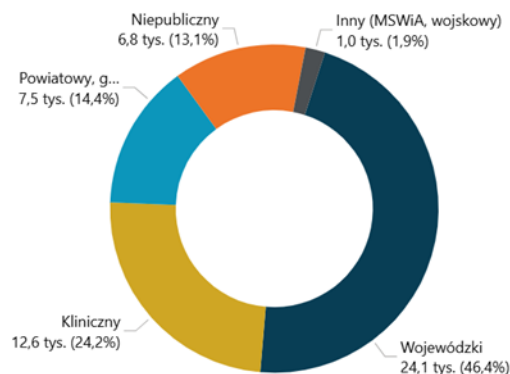
Najmniejszy udział w realizacji świadczeń dotyczących chirurgicznego leczenia chorób piersi odnotowano w placówkach zaliczanych do kategorii „inne” tj. w szpitalach MSWiA oraz wojskowych, które odpowiadały za 1,9% hospitalizacji ogółem.

Strukturę realizacji świadczeń według kategorii szpitala przedstawia poniższy rysunek.

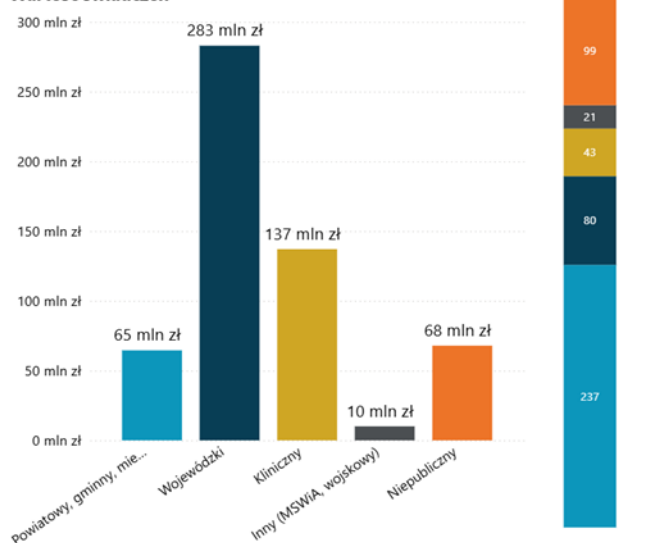
Struktura hospitalizacji z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi wg kategorii szpitala

Dane za 2024 rok

Liczba świadczeń



Wartość świadczeń



Liczba podmiotów

**Rysunek 17. Struktura hospitalizacji z sekcji J w podziale na kategorie szpitala w 2024 roku.**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W ujęciu rodzajowym dominującą kategorią były zabiegi kompleksowe, które stanowiły 37,5% liczby świadczeń i generowały aż 57,0% ich wartości. Drugą co do liczby kategorią było leczenie zachowawcze (21,1% świadczeń), jednak jego udział wartościowy pozostawał niski (4,3%). Szczególne znaczenie mają zabiegi rekonstrukcyjne, które przy udziale 13,4% liczby świadczeń odpowiadały za 27,4% łącznej wartości, co potwierdza ich wysoką kosztocłonność.

Profil świadczeń różni się istotnie pomiędzy kategoriami szpitali. W szpitalach wojewódzkich i klinicznych dominują zabiegi kompleksowe oraz rekonstrukcyjne, które generują największą część wartości świadczeń i potwierdzają rolę tych ośrodków jako centrów leczenia bardziej złożonych przypadków. Szpitale kliniczne charakteryzują się relatywnie wyższym udziałem procedur o wysokiej złożoności, natomiast szpitale wojewódzkie łączą wysoki wolumen z dużą wartością finansową świadczeń.

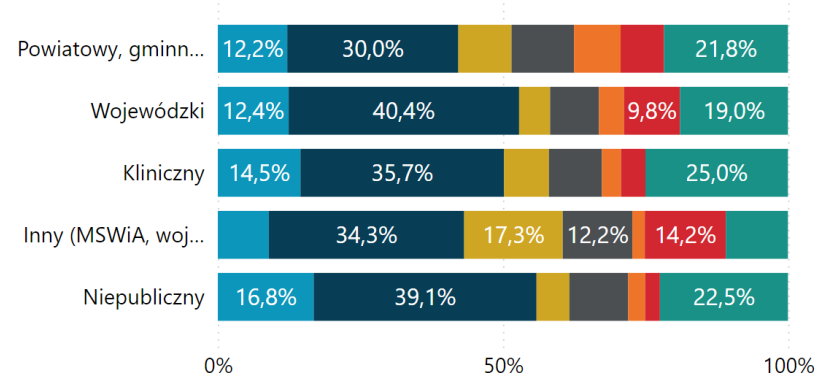
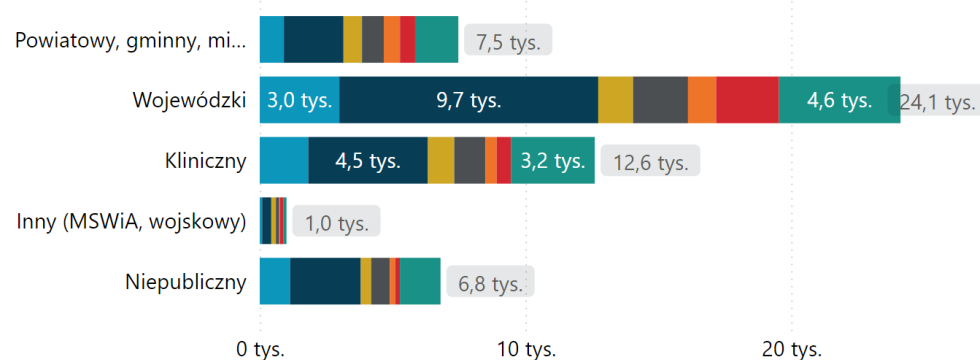
Z kolei szpitale powiatowe, gminne i miejskie realizują głównie świadczenia o niższej złożoności – obok zabiegów kompleksowych istotny jest w nich udział leczenia zachowawczego oraz procedur mniejszych i średnich, przy relatywnie niższym znaczeniu wartościowym. Szpitale niepubliczne wykazują natomiast wyższą koncentrację realizacji wybranych, kosztocłonnych procedur, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych, mimo mniejszej liczby podmiotów.

Realizacja produktów rozliczeniowych według rodzaju świadczeń i kategorii szpitala

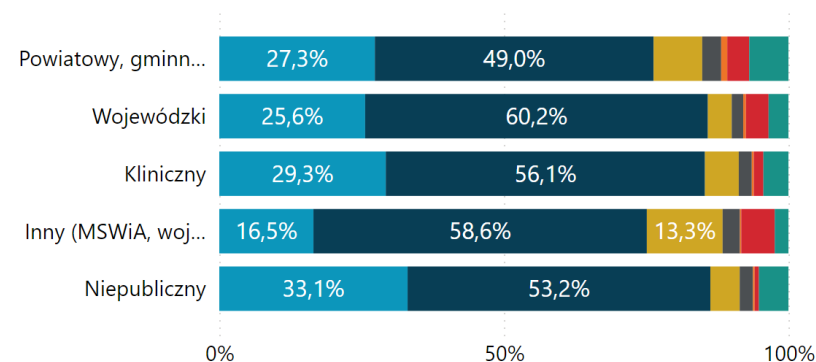
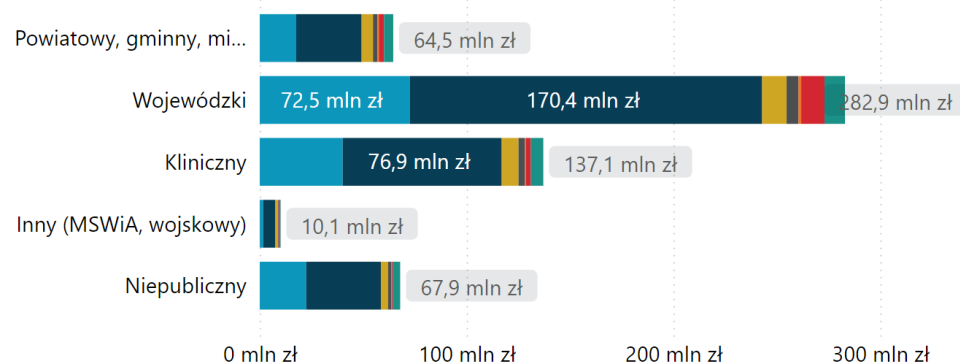
Dane za 2024 rok

● Zabiegi rekonstrukcji ● Zabiegi kompleksowe ● Zabiegi duże ● Zabiegi średnie ● Zabiegi małe ● Biopsje ● Leczenie zachowawcze

Liczba świadczeń



Wartość świadczeń



Rysunek 18. Realizacja produktów rozliczeniowych według rodzaju świadczeń i kategorii szpitala w 2024 roku.

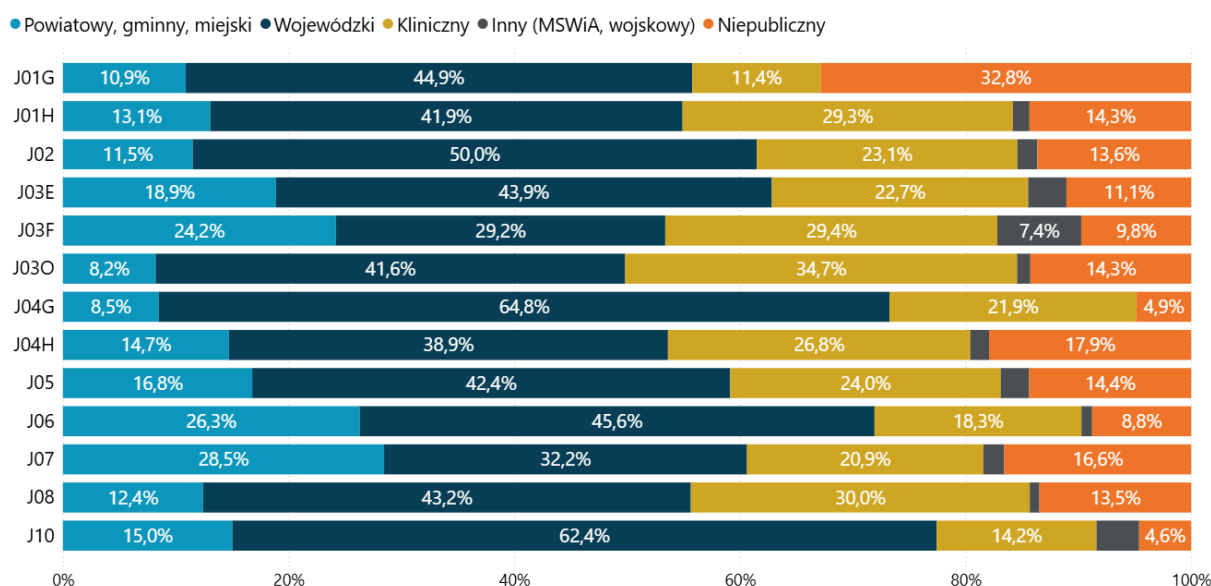
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Zaprezentowane powyżej różnice w strukturze realizowanych świadczeń według kategorii szpitala znajdują swoje odzwierciedlenie także na poziomie poszczególnych JGP. Analiza udziałów kategorii szpitali w realizacji konkretnych grup pozwala na bardziej precyzyjną ocenę stopnia centralizacji poszczególnych rodzajów świadczeń oraz roli poszczególnych typów realizatorów w systemie.

We wszystkich analizowanych grupach z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi widoczny jest największy udział szpitali wojewódzkich. W większości JGP udział tej kategorii przekracza 40%, a w wybranych grupach sięga ponad 60%, co potwierdza centralizację realizacji świadczeń. Szpitale kliniczne odgrywają szczególnie istotną rolę w grupach obejmujących bardziej złożone procedury, w tym w JGP J03F *Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*, gdzie ich udział jest zbliżony do udziału szpitali wojewódzkich. Na uwagę zasługuje również wysoki udział szpitali niepublicznych w realizacji wybranych grup zabiegowych, zwłaszcza JGP J01G *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej**, który wynosił 32,8%.

Szpital powiatowe, gminne i miejskie częściej uczestniczą w realizacji świadczeń o niższym stopniu złożoności, natomiast ich udział w najbardziej zaawansowanych procedurach pozostaje ograniczony. Kategoria „inne” (MSWiA, wojskowe) ma marginalne znaczenie we wszystkich analizowanych grupach JGP.

Struktura realizacji świadczeń z obszaru chirurgicznego leczenia chorób piersi wg kategorii szpitala w 2024 roku



Rysunek 19. Realizacja poszczególnych JGP w ramach analizowanego obszaru z sekcji J w podziale na kategorie szpitali w 2024 roku.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2024 roku w analizowanych JGP rozliczono łącznie 52 010 hospitalizacji. Spośród poszczególnych grup największy udział zarówno w liczbie, jak i wartości odnotowano w J02 *Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi**. Grupa ta odpowiadała za 37,5% wszystkich hospitalizacji, generując 57% łącznej wartości świadczeń (320,8 mln zł), co potwierdza jej kluczową rolę w analizowanym zakresie.

Kolejne pod względem liczby były grupy: J08 *Choroby piersi złośliwe* – 18%, J05 *Średnia chirurgia piersi** – 9,4%, J10 *Biopsja mamentomiczna** – 7,3% oraz J01H *Radykalne odjęcie piersi*

z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ekspandera* – 6,5%. Łączna liczba hospitalizacji rozliczonych w ramach tych JGP stanowiła 79% wszystkich zrealizowanych pobytów w sekcji J w analizowanym obszarze.

Pod względem wartości świadczeń kolejne istotne pozycje zajmowały grupy: J01H *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ekspandera** (84,8 mln zł; 15% udziału) oraz J04H *Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ekspandera** (27,6 mln zł; 4,9% udziału). Łącznie trzy wskazane grupy odpowiadały za blisko 77% wartości wszystkich świadczeń z analizowanego obszaru sekcji J w 2024 roku.

Szczegółowe zestawienie dotyczące realizacji i wartości w ramach poszczególnych JGP przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 5 Liczba i wartość hospitalizacji w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi w 2024 roku

Kod i nazwa grupy	Liczba hospitalizacji	% udział liczby	Wartość świadczeń [zł]	% udział wartości
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	615	1,2%	28 302 590	5,0%
J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	3 376	6,5%	84 753 469	15,1%
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	19 492	37,5%	320 837 736	57,0%
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	1 329	2,6%	12 208 322	2,2%
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	1 641	3,2%	11 496 804	2,0%
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	596	1,1%	6 652 211	1,2%
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	576	1,1%	13 692 506	2,4%
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	2 400	4,6%	27 624 159	4,9%
J05 Średnia chirurgia piersi *	4 880	9,4%	12 884 150	2,3%
J06 Mała chirurgia piersi *	2 323	4,5%	2 731 393	0,5%
J07 Choroby piersi łagodne	1 623	3,1%	2 200 565	0,4%
J08 Choroby piersi złośliwe	9 371	18,0%	21 926 252	3,9%
J10 Biopsja mammotomiczna *	3 788	7,3%	17 191 081	3,1%
Łącznie	52 010	100,0%	562 501 238	100,0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Wartość produktów towarzyszących³ dosumowanych do hospitalizacji rozliczanych grupami z sekcji J w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi wyniosła 78,1 mln zł w 2024 roku. Warto zaznaczyć, że 75,9% wartości świadczeń rozliczonych dodatkowo, stanowiły badania genetyczne i patomorfologiczne co wskazuje na ich fundamentalne znaczenie diagnostyczne. Doliczono je ponad 23 tys. razy a ich wartość wyniosła 59,3 mln zł. Uwagę zwraca również wysoka liczba doliczonych świadczeń „Dobry posiłek w szpitalu”⁴ – 43 tys., a także leczenie krwią – 10 tys.

³ W analizie nie uwzględniono produktów podlegających samodzielnemu rozliczeniu w obszarach opieki długoterminowej, psychiatrii oraz rehabilitacji, które zostały sprawozdane wraz z analizowanymi świadczeniami.

⁴ Program pilotażowy „Dobry posiłek w szpitalu” został zakończony z końcem 2025 roku, przy czym same koszty dodatku żywieniowego nie zostały wyeliminowane z systemu finansowania. Zostały one zastąpione Standardem żywienia w podmiotach leczniczych i obecnie są rozliczane na zasadach ogólnych, jako element składowy wyceny świadczeń. Wartości punktowe świadczeń zostały zwiększone o uśrednione wartości punktowe. W konsekwencji odrębne finansowanie dodatku żywieniowego nie jest już stosowane.

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę i wartość produktów towarzyszących rozliczonych ze świadczeniem podstawowym (JGP) z sekcji J w podziale na kategorie produktów.

Tabela 6 Liczba i wartość produktów towarzyszących rozliczonych wraz ze świadczeniem podstawowym z sekcji J w 2024 roku

Produkt towarzyszący	Liczba produktów	Liczba hospitalizacji	Wartość produktów towarzyszących [zł]
Badania genetyczne i patomorfologiczne	23 116	19 734	59 301 723
Pozostałe	12 580	9 858	3 522 394
Świadczenie zdrowotne - Dobry posiłek w szpitalu	43 183	38 801	3 092 898
Chemioterapia i programy lekowe	2 423	862	2 708 603
Leczenie krwią	10 451	8 318	2 684 582
Refundacja zgodnie z fakturą	228	172	2 545 002
Implantacja portu naczyniowego	401	400	1 911 282
Leczenie w OAiT	250	49	1 116 326
Plan leczenia onkologicznego	1 480	1 480	667 230
Leczenie nerkozastępcze	9	4	236 301
Radioterapia	10	10	159 899
Żywienie	152	70	144 572
Znieczulenie u dziecka	62	62	30 355
Pobyt opiekuna	105	99	6 495
Razem	94 450	41 856	78 127 663

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Jeden lub więcej produktów towarzyszących zostało rozliczonych wraz z 41,9 tys. świadczeń podstawowych, co stanowiło 80,5% hospitalizacji z powodu chorób piersi w 2024 roku. Należy podkreślić, że produkty towarzyszące zostały doliczone do ponad 90% zabiegów rekonstrukcyjnych, kompleksowych oraz dużych, w tym:

- J01G *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej* * – 96,6%,
- J01H *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera* * – 93,4%,
- J02 *Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi* * – 96,6%,
- J03E *Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.** – 96,1%,
- J03F *Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.** – 92,6%,
- J03O *Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych** – 99,3%,
- J04G *Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej* * – 96,2%.

Badania genetyczne i patomorfologiczne były najczęściej doliczane do radykalnego odjęcia piersi z rekonstrukcją, zabiegów kompleksowych oraz do dużych zabiegów w obrębie piersi u pacjentek poniżej 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych (J02, J03E, J03O, J01G i J01H).

Plan leczenia onkologicznego najczęściej był dosumowany do hospitalizacji rozliczonych grupą J01G *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej* *, a chemioterapię i programy lekowe najczęściej doliczano do grupy J08 *Choroby piersi złośliwe*.

Leczenie krwią najczęściej dotyczyło hospitalizacji rozliczonych w ramach grup: J02 *Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi* * i J01H *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją*

z zastosowaniem protezy/ ekspandera *. Wysoki udział odnotowano również w przypadku świadczenia „Dobry posiłek w szpitalu”, które zostało doliczone do 74,6% hospitalizacji.

Najwyższe średnie wartości produktów towarzyszących odnotowano w JGP J08 *Choroby piersi złośliwe* (2 716 zł) oraz J02 *Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi ** (2 488 zł). Szczegółowe informacje zostały zamieszczone na poniższym rysunku.

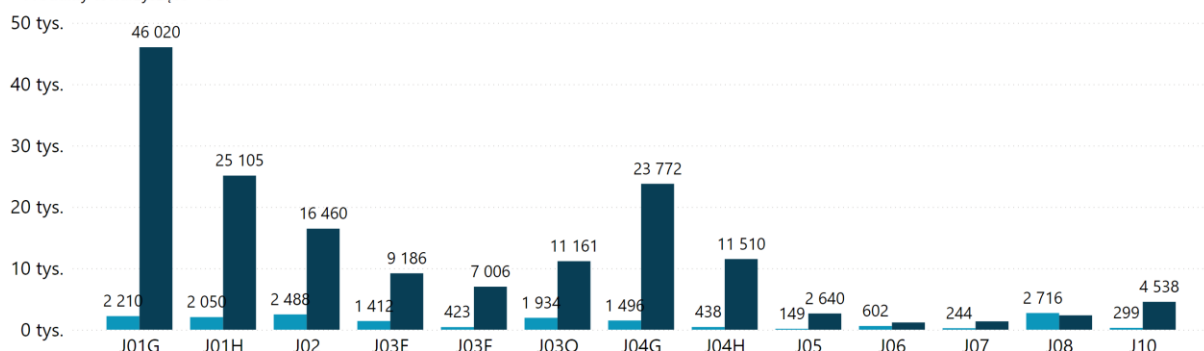
Świadczenia towarzyszące rozliczane wraz z produktem podstawowym (JGP)

Dane za 2024 rok

Produkt towarzyszący	J01G	J01H	J02	J03E	J03F	J03O	J04G	J04H	J05	J06	J07	J08	J10	Suma
Badania genetyczne i patomorfologiczne	58,7%	57,1%	70,8%	43,2%	11,2%	68,5%	35,6%	10,1%	1,7%	7,6%	0,2%	16,5%	6,2%	37,9%
Chemioterapia i programy lekowe		0,1%	0,1%	0,1%					0,0%	0,0%		9,0%	0,0%	1,7%
Implantacja portu naczyniowego			0,1%									4,1%		0,8%
Leczenie krwią	18,9%	22,9%	25,3%	16,4%	17,3%	15,9%	16,0%	16,5%	14,2%	3,3%	4,5%	6,1%	0,2%	16,0%
Leczenie nerkozastępcze											0,1%	0,0%		0,0%
Leczenie w OAiT	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%				0,2%	0,1%		0,1%
Plan leczenia onkologicznego	23,3%	3,2%	4,8%	6,8%	1,6%	7,7%	7,3%	0,2%	0,0%	0,0%		0,8%	0,0%	2,8%
Pobyt opiekuna			0,0%				0,2%	0,1%	0,5%	1,0%	2,8%	0,0%		0,2%
Pozostałe	19,2%	24,8%	30,2%	23,9%	14,3%	26,0%	10,2%	13,8%	7,7%	12,1%	6,5%	11,3%	2,3%	19,0%
Radioterapia			0,0%									0,1%		0,0%
Refundacja zgodnie z fakturą												1,8%		0,3%
Świadczenie zdrowotne - Dobry posiłek w szpitalu	95,0%	90,2%	92,3%	89,6%	91,5%	86,4%	94,6%	83,5%	75,6%	50,2%	64,1%	49,3%	23,8%	74,6%
Znieczulenie u dziecka										1,8%	1,2%			0,1%
Żywnienie			0,0%			0,2%					0,1%	0,7%		0,1%
Suma	96,6%	93,4%	96,6%	96,1%	92,6%	99,3%	96,2%	86,8%	77,8%	58,8%	65,2%	63,7%	28,3%	80,5%

Średnie wartości produktów towarzyszących i JGP

● Produkty towarzyszące ● JGP



Rysunek 20. Rozkład liczby produktów towarzyszących i wartość produktów towarzyszących rozliczonych wraz ze świadczeniem podstawowym z sekcji J w 2024 roku.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Uzupełnieniem analizy struktury produktów rozliczeniowych, w tym produktów dosumowanych do podstawowych produktów, jest ocena świadczeń w ujęciu zakresów ich realizacji (Rysunek 21). Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że w 2024 roku dominującym zakresem udzielania świadczeń z sekcji J była *Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON Piersi)*, w ramach której udział wartości świadczeń wyniósł 64,8% wszystkich hospitalizacji. Drugim pod względem udziału zakresem była chirurgia onkologiczna, odpowiadająca za 21,2% wartości hospitalizacji. Pozostałe zakresy miały wyraźnie mniejsze znaczenie finansowe i stanowiły łącznie mniej niż 15% wartości świadczeń.

Analiza struktury realizacji świadczeń według rodzaju opieki oraz kategorii podmiotu leczniczego wskazuje na wyraźne zróżnicowanie organizacyjne, silnie powiązane ze stopniem złożoności świadczeń. Największą koncentrację obserwuje się w przypadku opieki kompleksowej, która w 2024 roku była w większości realizowana w szpitalach wojewódzkich. W 2024 roku podmioty tej

kategorii odpowiadały za ok. 57,6% świadczeń kompleksowych, przy jednoczesnym istotnym udziale ośrodków klinicznych (25%).

W przypadku świadczeń realizowanych w standardowym trybie hospitalizacji struktura realizatorów miała charakter bardziej rozproszony. Największy udział nadal przypadł na szpitale wojewódzkie (38,9%), jednak istotna była również rola szpitali powiatowych, gminnych i miejskich (26,3%) oraz ośrodków klinicznych (22,2%). Odmienny charakter ma struktura świadczeń realizowanych poza pakietem onkologicznym, gdzie ponownie widoczna jest wyraźna dominacja szpitali wojewódzkich (50,7%) przy jednocześnie wysokim udziale ośrodków klinicznych (26,4%).

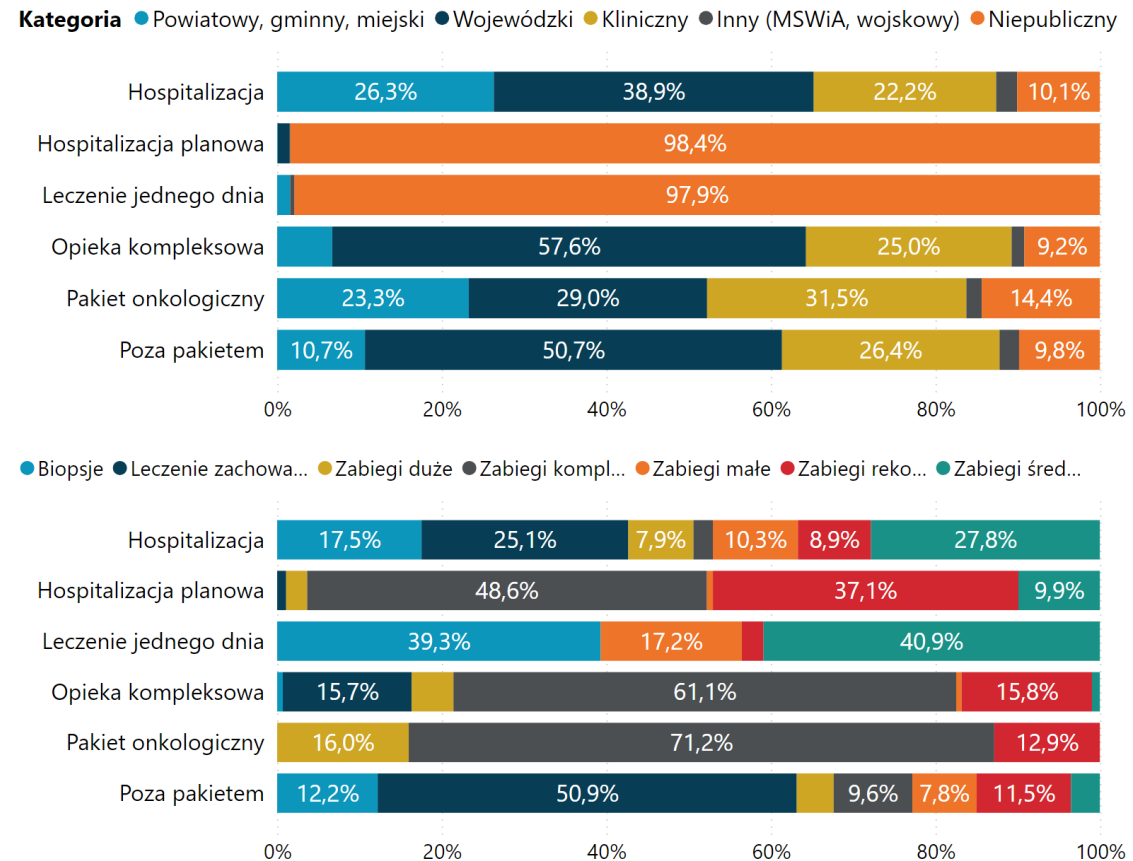
W przypadku pakietu onkologicznego struktura podmiotowa była bardziej wyrównana w porównaniu z innymi zakresami. Największy udział w realizacji tych świadczeń miały ośrodki kliniczne (31,5%) oraz szpitale wojewódzkie (29,0%), co wskazuje na większe rozproszenie realizacji w ramach tej formy finansowania, przy jednoczesnym utrzymaniu istotnej roli podmiotów o wysokim poziomie referencyjności.

Z kolei hospitalizacja planowa oraz leczenie jednego dnia charakteryzowały się bardzo wysoką koncentracją realizacji w podmiotach niepublicznych, które odpowiadały odpowiednio za 98,4% oraz 97,9% świadczeń. Udział pozostałych kategorii podmiotów miał w tych zakresach charakter marginalny, co wskazuje na wyraźną specjalizację sektora niepublicznego w realizacji tego typu świadczeń.

Analiza struktury rodzajowej wskazuje, że w ramach leczenia jednego dnia realizowano przede wszystkim zabiegi o średniej złożoności oraz procedury biopsyjne, natomiast w ramach hospitalizacji planowej dominowały zabiegi kompleksowe oraz rekonstrukcyjne. Struktura świadczeń realizowanych w trybie standardowej hospitalizacji miała charakter najbardziej zróżnicowany i obejmowała zarówno procedury zabiegowe różnego stopnia złożoności, jak i biopsje oraz leczenie zachowawcze. Jednocześnie zarówno w ramach opieki kompleksowej, jak i pakietu onkologicznego, dominującą kategorią były zabiegi kompleksowe, co pozostaje spójne z założeniami organizacyjnymi tych zakresów.

Struktura świadczeń w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi w podziale na zakresy w 2024 roku

Zakres świadczeń (uproszczony)	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	% Wartości
UNIT PIERŚ	22 671	364 339 398,52 zł	64,77%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	14 758	119 215 265,77 zł	21,19%
CHIRURGIA OGÓLNA	6 468	48 937 480,28 zł	8,70%
ONKOLOGIA KLINICZNA	4 336	8 116 743,32 zł	1,44%
CHIRURGIA PLASTYCZNA	999	7 903 006,01 zł	1,40%
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA	1 301	6 969 808,25 zł	1,24%
CHOROBY WEWNĘTRZNE	715	3 229 346,19 zł	0,57%
GINEKOLOGIA	375	2 654 379,19 zł	0,47%
CHIRURGIA DZIECIĘCA	267	532 698,45 zł	0,09%
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	55	353 903,22 zł	0,06%
GERIATRIA	32	153 709,02 zł	0,03%
CHIRURGIA PLASTYCZNA DZIECIĘCA	10	70 173,70 zł	0,01%
ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA	23	25 325,89 zł	0,00%
Suma	52 010	562 501 237,80 zł	100,00%



Rysunek 21. Struktura hospitalizacji według zakresu świadczeń w 2024 roku.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie NFZ

Z przeprowadzonych analiz wynika, że najwyższy poziom realizacji zabiegów z rekonstrukcją piersi (J01G, J01H, J04G, J04H) odnotowano w ośrodkach klinicznych i centrach onkologicznych, w tym w szczególności w:

- Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu (334 świadczenia),
- Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy (284 świadczenia),
- Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie (263 świadczenia),
- Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie (256 świadczeń),
- Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu (255 świadczeń).

Największy poziom realizacji zabiegów kompleksowych (J02) zarejestrowano w:

- Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy (1 313 świadczeń),
- Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie (1 151 świadczeń),
- Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu (978 świadczeń),
- Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie (930 świadczeń),

Liczba zrealizowanych dużych zabiegów (J03E, J03F, J03O) jest wyraźnie niższa od realizacji świadczeń kompleksowych. Najwyższe liczby odnotowano w ośrodkach takich jak:

- Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie (232 świadczenia),
- Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu (149 świadczeń).

W większości podmiotów, roczna liczba zrealizowanych średnich zabiegów (J05) mieści się w przedziale od kilku do kilkudziesięciu. Największe ilości tych zabiegów zrealizowano w:

- Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy (358 świadczeń),
- Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi (221 świadczeń).

W kategorii zabiegów małych (J06) wartości te są podobne jak w przypadku zabiegów średnich. Najwyższe wartości odnotowano w:

- Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu (291 świadczeń),
- Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie (212 świadczeń).

Przeprowadzona analiza wskazuje także na znaczące różnice w liczbie wykonywanych zabiegów biopsji. Ośrodkiem dominującym w tym zakresie jest Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu z realizacją 1 371 biopsji. Kolejne pozycje pod względem liczby realizowanych zabiegów zajmują: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu (325 biopsji) oraz Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka w Kielcach (317 biopsji). Jednocześnie należy podkreślić, że świadczenia biopsji mammotomicznej, w skali całego kraju, co do zasady realizowane są w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a ich realizacja w ramach leczenia szpitalnego jest marginalna.

W przypadku leczenia zachowawczego najwyższy poziom realizacji świadczeń odnotowano w:

- Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu (814 świadczeń),
- Katowickim Centrum Onkologii (602 świadczenia),
- "Ars Medical" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością w Pile (518 świadczeń),
- Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu (491 świadczeń),
- Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi (474 świadczenia).

Charakterystyka świadczeniobiorców

W analizowanym okresie zdecydowaną większość pacjentów stanowiły kobiety, których udział pozostawał wysoki we wszystkich latach (ponad 96%). Liczba pacjentek wzrosła z 39 tys. w 2019 roku do 41,9 tys. w 2024 roku, przy jednoczesnych wahaniach w latach pośrednich. Udział mężczyzn był marginalny i utrzymywał się na poziomie ok. 1 tys. przypadków rocznie. Łączna liczba pacjentów wykazywała umiarkowaną zmienność, z wyraźnym spadkiem w 2020 roku oraz stopniowym wzrostem w kolejnych latach.

Tabela 7 Liczba pacjentów* w analizowanym obszarze sekcji J w latach 2019–2024 w podziale na płeć

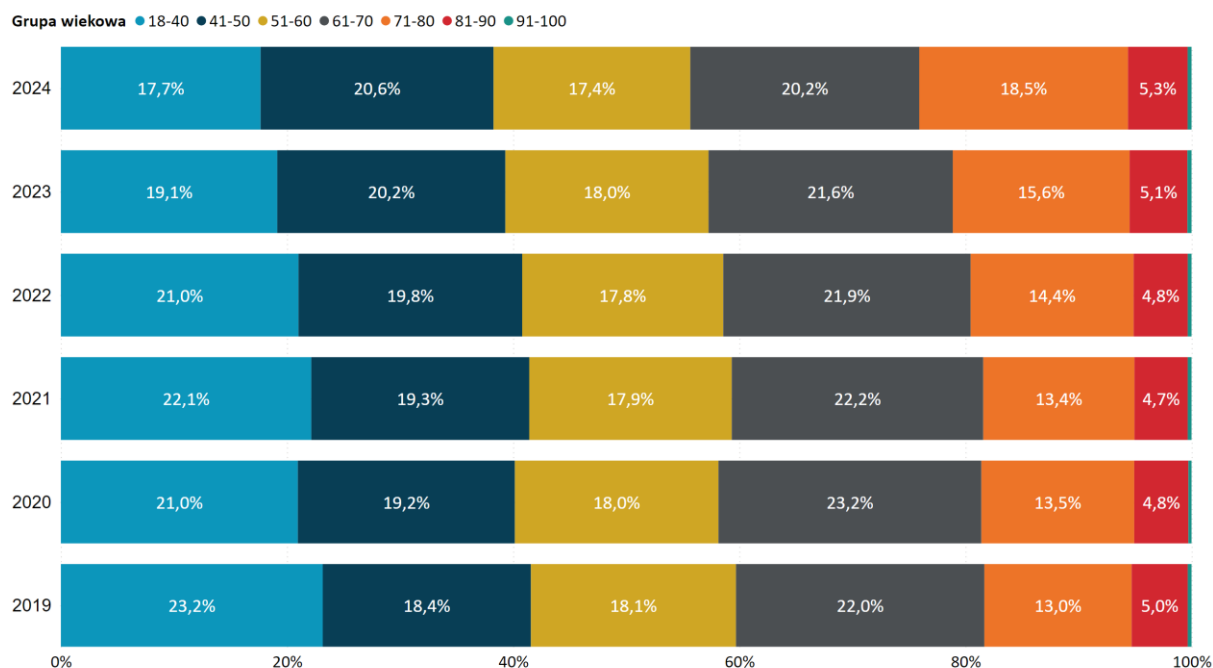
Płeć	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Kobiety	38 975	32 444	36 005	38 735	39 666	41 864
Mężczyźni	1 293	816	854	936	991	944
łącznie	40 268	33 260	36 859	39 671	40 657	42 808

*prezentowana wartość obejmuje wyłącznie liczbę unikalnych pacjentów w danej sekcji.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Struktura wiekowa pacjentów w analizowanym obszarze sekcji J w latach 2019–2024 wskazuje na ogólną stabilność rozkładu wiekowego, przy jednoczesnych stopniowych przesunięciach pomiędzy poszczególnymi kohortami. W całym okresie jedną z dominujących grup pozostawali pacjenci w wieku 61–70 lat, których udział kształtował się na poziomie ok. 20–23%.

Znaczący udział stanowili również pacjenci w wieku 41–50 lat oraz 51–60 lat – łączny udział obu grup w całym analizowanym okresie oscylował wokół 38–40%. Udział grupy 41–50 lat pozostawał relatywnie stabilny (ok. 18–21%), natomiast grupy 51–60 lat również wykazywał niewielkie wahania (ok. 17–18%). Jednocześnie obserwowany był wyraźny spadek udziału najmłodszej grupy wiekowej (18–40 lat) – z 23,2% w 2019 roku do 17,7% w 2024 roku. W starszych kohortach widoczny jest natomiast wzrost znaczenia grupy 71–80 lat, której udział zwiększył się z 13% w 2019 roku do 18,5% w 2024 roku. Grupa 81–90 lat utrzymywała się na relatywnie stabilnym poziomie ok. 4,7–5,3%, natomiast najstarsi pacjenci (91+) stanowili marginalny odsetek we wszystkich analizowanych latach.



Rysunek 22. Struktura pacjentów w ramach analizowanego obszaru z sekcji J w latach 2019–2024 w podziale na grupy wiekowe.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

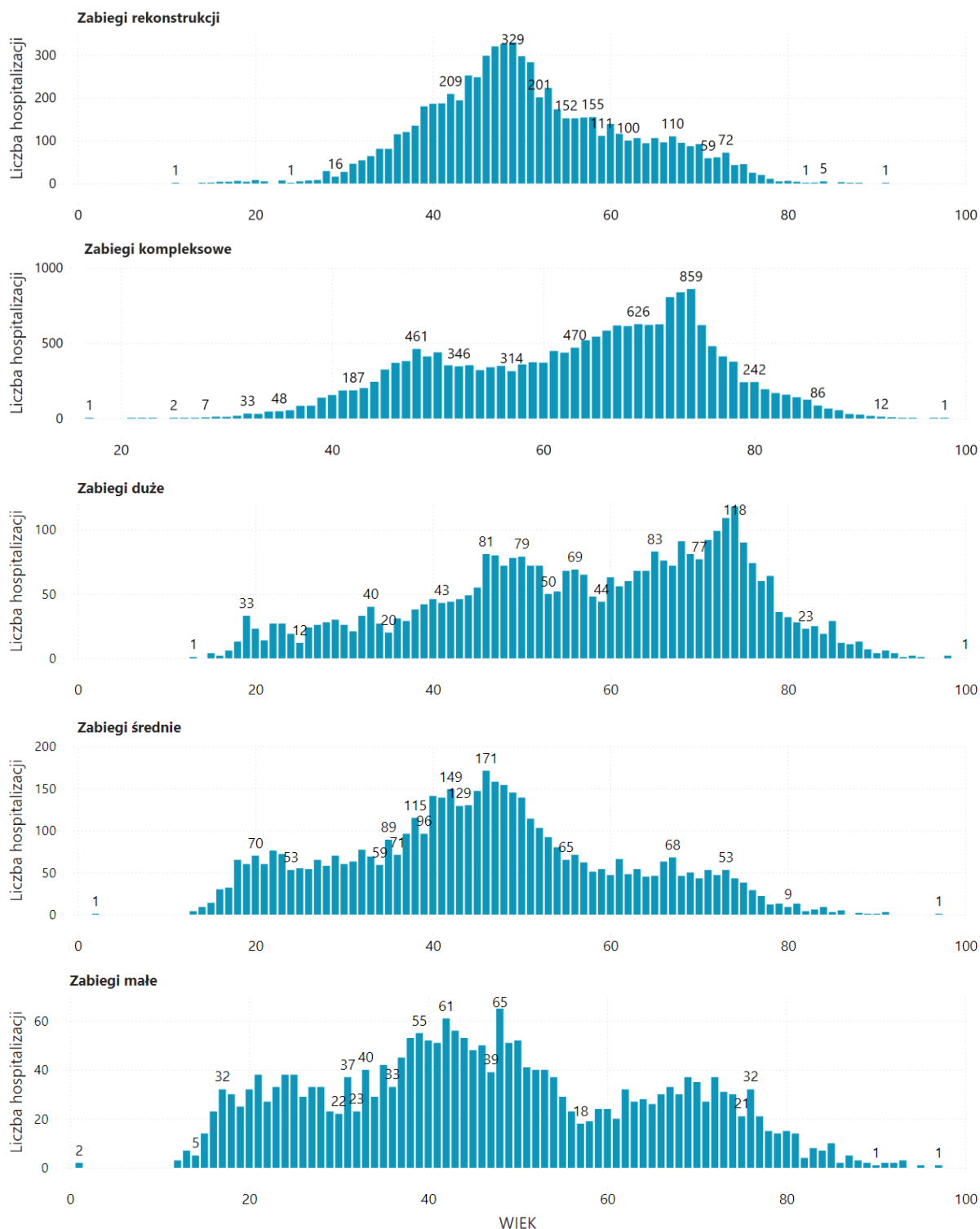
Analiza struktury wiekowej pacjentów w ramach analizowanego obszaru w 2024 roku, wskazuje na istotne zróżnicowanie profilu wiekowego pomiędzy poszczególnymi grupami JGP, pomimo względnie stabilnej struktury wieku w ujęciu całego analizowanego obszaru. Poszczególne grupy świadczeń koncentrują się na odmiennych kohortach wiekowych, co odzwierciedla zarówno charakter kliniczny procedur, jak i ścieżkę leczenia pacjentów.

W przypadku zabiegów kompleksowych w obrębie piersi, największy udział stanowiły osoby w wieku 61–80 lat. Odmienny profil wiekowy obserwuje się w grupach rekonstrukcyjnych (J01G, J01H, J04G, J04H), które charakteryzują się dominacją pacjentów w wieku 41–60 lat, przy istotnym, choć mniejszym udziale grup starszych.

Grupy obejmujące mniej rozległe interwencje chirurgiczne charakteryzują się relatywnie młodszą strukturą pacjentów. Dotyczy to w szczególności grup J05 i J06, w których dominowały osoby w wieku 18–40 oraz 41–50 lat.

W przypadku procedur diagnostycznych (J10 *Biopsja mammotomiczna*) największy udział przypadł na grupy w wieku 18–50 lat. Z kolei leczenie zachowawcze dotyczyło głównie osób w wieku 40–80 lat.

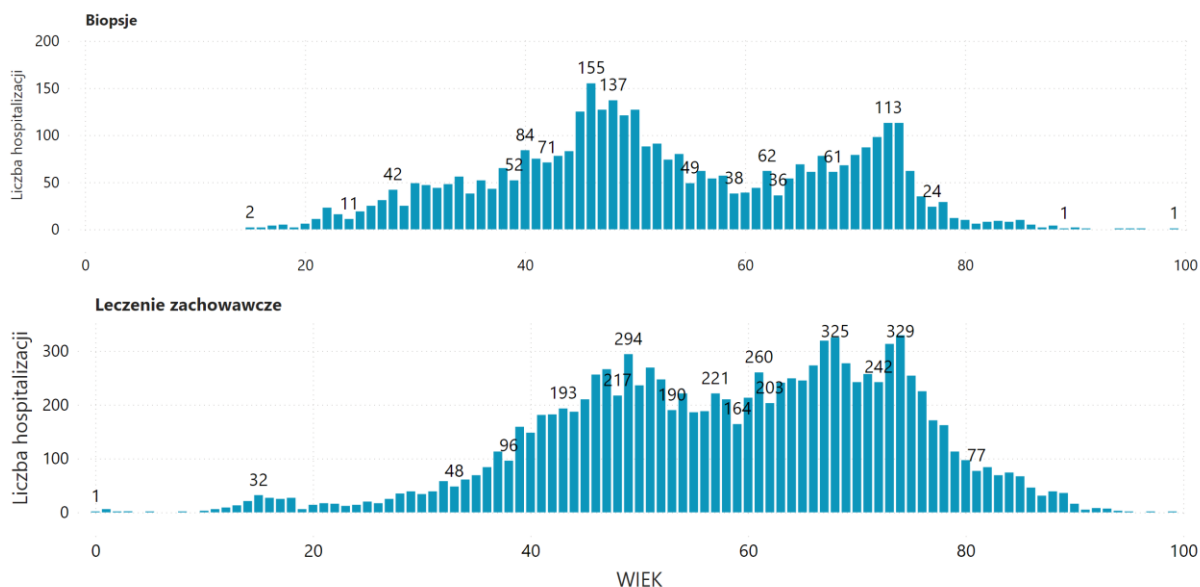
Rozkład liczby świadczeń w zakresie leczenia chirurgicznego chorób piersi według wieku i rodzaju świadczeń w 2024 roku



Rysunek 23. Struktura pacjentów w ramach analizowanego obszaru z sekcji J w podziale na grupy wiekowe w 2024 roku cz.1.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Rozkład liczby świadczeń w zakresie leczenia chirurgicznego chorób piersi według wieku i rodzaju świadczeń w 2024 roku



Rysunek 24. Struktura pacjentów w ramach analizowanego obszaru z sekcji J w podziale na grupy wiekowe w 2024 roku cz.2.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2024 roku długość pobytu pacjentów w analizowanych grupach JGP wykazywała się znacznym zróżnicowaniem w zależności od rodzaju świadczenia, jednakże średnia długość pobytu w większości grup utrzymywała się na niskim poziomie i wynosiła od 1 do 4 dni. Najwyższe średnie wartości (4 dni) odnotowano m.in. w grupach:

- J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera*,
- J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*,
- J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej*.

Najkrótsze średnie pobyty dotyczyły hospitalizacji rozliczanych grupą J10 *Biopsja mammotomiczna*, gdzie pacjenci byli przyjmowani i wypisywani tego samego dnia. Innym przykładem grupy rozliczeniowej z najkrótszym pobytem jest J06 *Mała chirurgia piersi* – średnio 1 dzień.

Mediana długości pobytu była zbliżona do wartości średnich i w większości grup wynosiła od 2 do 3 dni. Szczegóły zaprezentowano w poniższej tabeli.

Tabela 8 Długość pobytu w podziale na JGP zgodnie z realizacją za 2024 rok

Kod i nazwa grupy	Długość pobytu [dni]	
	Średnia	Mediana
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	3	2
J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	4	4
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	3	3
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*	4	3
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*	3	2
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	3	3
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	4	3
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	3	3

Kod i nazwa grupy	Długość pobytu [dni]	
	Średnia	Mediana
J05 Średnia chirurgia piersi *	2	2
J06 Mała chirurgia piersi *	1	1
J07 Choroby piersi łagodne	2	2
J08 Choroby piersi złośliwe	2	0
J10 Biopsja mammotomiczna *	0	0

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Jednocześnie warto zauważyć że, w przypadku podziału hospitalizacji według przedziałów długości pobytów, najwięcej hospitalizacji dotyczyło pobytów trwających 2–3 dni (23 077), następnie 4–7 dni (11 497) oraz krótszych niż 1 dzień (10 984). Pozostałe przedziały długości pobytu występowały znacznie rzadziej: 1 dzień (4 760), 8–14 dni (1 376), 15–30 dni (271) oraz powyżej 30 dni (45).

W większości grup JGP dominowały hospitalizacje 2–3 dniowe oraz 4–7 dniowe, szczególnie wyraźne w grupie kompleksowych zabiegów (J02). W grupach dużych zabiegów (J03E, J03F, J03O) oraz zabiegów rekonstrukcyjnych (J04G i J04H) obserwowano analogiczny rozkład długości pobytów. Natomiast w grupach obejmujących procedury o mniejszym zakresie (J05, J06) większy udział miały krótkie hospitalizacje, w tym pobyty trwające poniżej 1 dnia. Podobną tendencję zaobserwowano w grupach zachowawczych (J07, J08), gdzie istotna liczba przypadków dotyczyła najkrótszych pobytów. W przypadku biopsji mammotomicznej (J10) aż 95% hospitalizacji trwało krócej niż 1 dzień.

Tabela 9 Liczba hospitalizacji ze względu na długość pobytu w podziale na JGP zgodnie z realizacją za 2024 rok

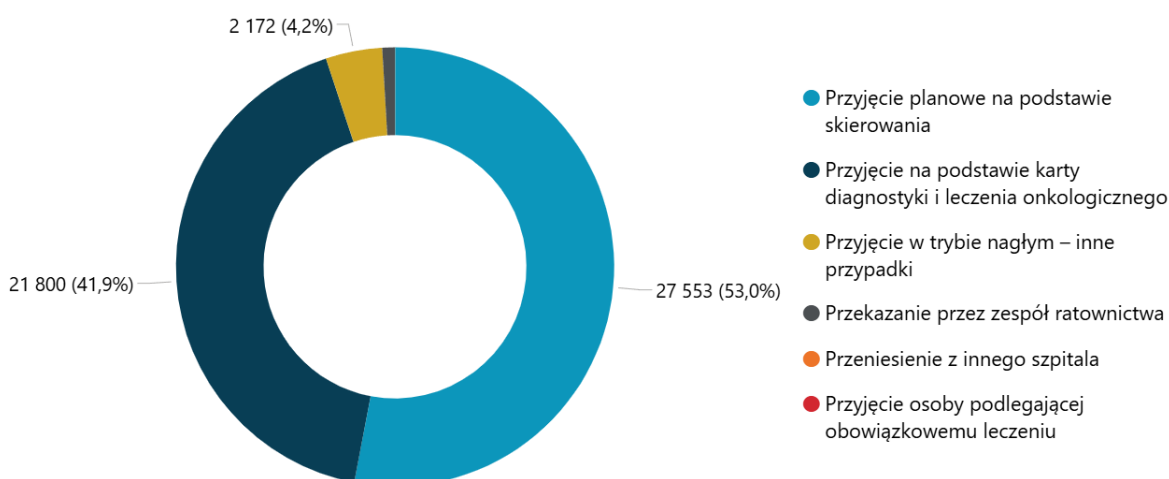
Kod i nazwa grupy	Długość pobytu – przedziały [dni]						
	0	1	2–3	4–7	8–14	15–30	30+
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	1	182	249	167	14	2	–
J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	2	80	1 564	1 487	227	16	–
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	69	1 150	11 818	6 059	365	28	3
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*	14	28	713	518	48	8	–
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*	30	179	978	420	29	5	–
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	7	11	334	234	10	–	–
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	1	22	329	151	64	8	1
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	9	317	1 243	731	90	9	1
J05 Średnia chirurgia piersi *	885	611	2 898	456	22	7	1
J06 Mała chirurgia piersi *	1 084	405	740	74	16	4	–
J07 Choroby piersi łagodne	495	280	579	197	53	15	4
J08 Choroby piersi złośliwe	4 799	1 338	1 594	998	438	169	35
J10 Biopsja mammotomiczna *	3 588	157	38	5	–	–	–
Razem	10 984	4 760	23 077	11 497	1 376	271	45

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Uzupełnieniem analizy długości hospitalizacji jest ocena organizacyjnych aspektów udzielania świadczeń, w szczególności trybu przyjęcia pacjentów do leczenia szpitalnego a także trybu wypisu, co odzwierciedla przebieg procesu leczenia. W 2024 roku ponad połowa (53%) pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób piersi została przyjęta planowo na podstawie skierowania. Drugą pod względem udziału kategorią były przyjęcia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), odpowiadające za 41,9% hospitalizacji.

Pozostałe tryby przyjęcia miały marginalny udział w strukturze hospitalizacji. Przyjęcia w trybie nagłym (inne przypadki) stanowiły ok. 4,2%, natomiast przyjęcia związane z przekazaniem pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego oraz inne szczególne tryby łącznie nie przekraczały 1% wszystkich hospitalizacji. Udział przyjęć wynikających z obowiązkowego leczenia lub przeniesienia z innego szpitala był znikomy.

Struktura świadczeń w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi według trybu przyjęcia w 2024 roku



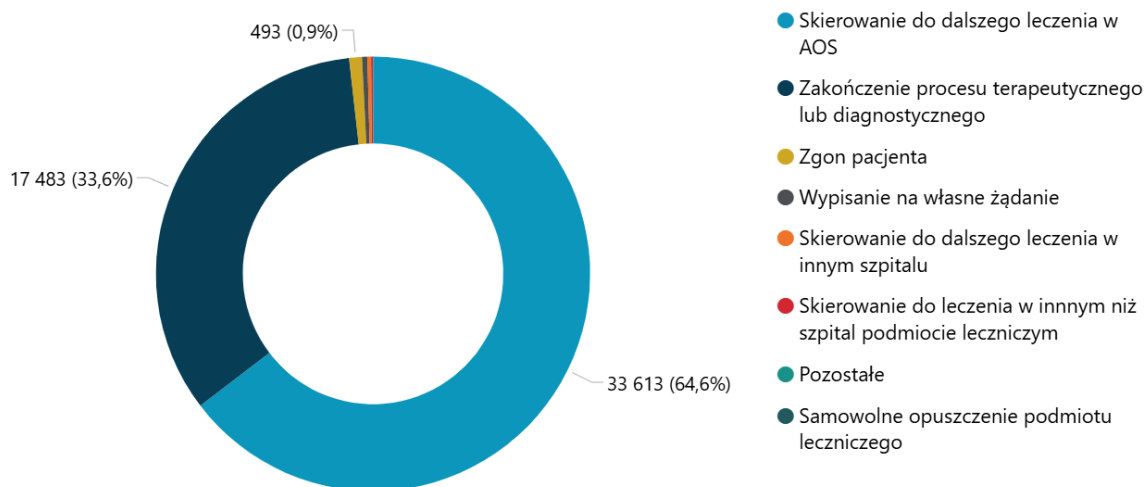
Rysunek 25. Struktura świadczeń w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi według trybu przyjęcia pacjentów w 2024 roku.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Z kolei analiza trybu zakończenia hospitalizacji w 2024 roku wskazuje na wyraźną dominację skierowań pacjentów do dalszego leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), które stanowiły 64,6% wszystkich przypadków. Natomiast w 33,6% przypadków proces terapeutyczny lub diagnostyczny został zakończony bez konieczności dalszego kontynuowania leczenia.

Pozostałe tryby zakończenia hospitalizacji (zgony pacjentów, wypisy na własne żądanie, skierowania do innych podmiotów leczniczych oraz samowolne opuszczenie szpitala) miały charakter marginalny i łącznie stanowiły poniżej 2% wszystkich przypadków.

Struktura świadczeń w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi według trybu wypisu w 2024 roku



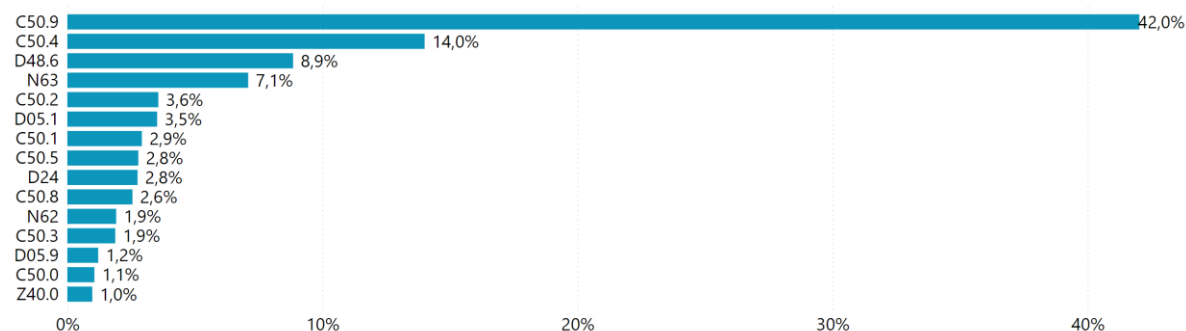
Rysunek 26. Struktura świadczeń w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi według trybu wypisu pacjentów w 2024 roku.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W dalszej kolejności przedstawiono analizę rozpoznań klinicznych, umożliwiającą pogłębienie charakterystyki realizowanych świadczeń oraz lepsze uchwycenie profilu leczonych przypadków, z uwzględnieniem ich specyfiki klinicznej.

W 2024 roku najczęściej występującym rozpoznaniem w analizowanym obszarze był – zgodnie z klasyfikacją ICD-10 – *nowotwór złośliwy piersi, nieokreślony* (C50.9), który stanowił około 42% wszystkich przypadków. Na kolejnych miejscach znalazły się: *nowotwór złośliwy kwadrant górny zewnętrzny piersi* (C50.4) – 14% oraz *zmiany o niepewnym lub nieokreślonym charakterze* (D48.6) – 8,9%, jednak ich udział był wyraźnie niższy. Pozostałe rozpoznania, obejmujące zarówno inne lokalizacje nowotworu piersi (kody C50), jak i choroby łagodne oraz stany „przednowotworowe” (m.in. kody D05, N63, D24), miały rozproszony i zdecydowanie mniejszy udział w strukturze pacjentów – najczęściej na poziomie kilku procent dla pojedynczych jednostek chorobowych. Szczegółowe dane przedstawiono na poniższym rysunku.

Struktura pacjentów w podziale na najczęstsze rozpoznania zgodnie z ICD-10 w analizowanym obszarze sekcji J w 2024 roku



Rysunek 27. Struktura pacjentów w podziale na najczęstsze rozpoznania zgodnie z ICD-10 w analizowanym obszarze sekcji J w 2024 roku.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Leczone schorzenia w istotnym stopniu warunkują dobór oraz zakres wykonywanych procedur medycznych. Najczęściej realizowaną procedurą w ramach kompleksowych zabiegów w obrębie piersi (J02) było *Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych bez centralizacji kompleksu brodawka - otoczka piersiowa lub z centralizacją* (ICD-9: 85.261), którego udział wyniósł 68,9%.

W zabiegach rekonstrukcyjnych i radykalnego odjęcia piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej (J01G i J04G) najczęściej wykonywano *Rekonstrukcję piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym* (ICD-9: 85.842).

W przypadku zabiegów radykalnego odjęcia piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy lub ekspandera dominowało *Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej* (ICD-9: 85.531). Natomiast w ramach zabiegów rekonstrukcyjnych piersi z zastosowaniem protezy lub ekspandera (J04H) najczęściej realizowaną procedurą była *Wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową* (ICD-9: 85.55).

W dużych zabiegach w obrębie piersi najczęściej wykonywano *Wycięcie guza piersi - BCT – inne* (ICD-9: 85.269), *Resekcję kwadrantu piersi* (ICD-9: 85.22) oraz *Obustronną zmniejszającą mammoplastykę* (ICD-9: 85.313).

W grupach średnich zabiegach dominowały *Otwarta biopsja piersi* (ICD-9: 85.12) oraz *Resekcja kwadrantu piersi* (ICD-9: 85.22), natomiast w grupie małych zabiegów – *Miejscowe wycięcie zmiany piersi* (ICD-9: 85.21). Z kolei w ramach biopsji mammotomicznej (J10) najczęściej wykonywano *Biopsję gruboigłową piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG* (ICD-9: 85.131), która została przeprowadzona u 71,7% hospitalizowanych.

Szczegółowe zestawienie struktury procedur realizowanych w ramach analizowanych jednorodnych grup pacjentów zawiera poniższa tabela.

Tabela 10 Realizacja procedur kierunkowych w JGP z sekcji J w 2024 roku

Kod i nazwa grupy	Kod ICD-9 i nazwa procedury	Liczba hospitalizacji z procedurą kierunkową	% udział hospitalizacji z procedurą kierunkową
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	85.432 Zmodyfikowana radykalna mastektomia	4	0,7%
	85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych	12	2,0%
	85.452 Radykalna odjęcie piersi BNO	23	3,7%
	85.842 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym	593	96,4%
	85.851 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym z połączeniem mikrochirurgicznym	14	2,3%
	85.88 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym/ uszypułowanym z protezą piersiową	9	1,5%
	Pozostałe	1	0,2%
	Razem	615	100,0%
J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	85.33 Jednostronna podskórna mamektomia/ wszczep	337	10,0%
	85.35 Obustronna podskórna mamektomia/ wszczep	166	4,9%
	85.432 Zmodyfikowana radykalna mastektomia	467	13,8%
	85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych	1 031	30,5%
	85.452 Radykalna odjęcie piersi BNO	1 438	42,6%

Kod i nazwa grupy	Kod ICD-9 i nazwa procedury	Liczba hospitalizacji z procedurą kierunkową	% udział hospitalizacji z procedurą kierunkową
	85.46 Obustronne radykalne odjęcie piersi	334	9,9%
	85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej	1 958	58,0%
	85.71 Całkowita rekonstrukcja piersi	987	29,2%
	85.72 Obustronna całkowita rekonstrukcja piersi	357	10,6%
	85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi	543	16,1%
	Pozostałe	315	9,3%
	Razem	3 376	100,0%
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	85.261 Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych bez centralizacji kompleksu brodawka - otoczka piersiowa lub z centralizacją	13 436	68,9%
	85.432 Zmodyfikowana radykalna mastektomia	2 290	11,7%
	85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych	2 416	12,4%
	85.452 Radykalna odjęcie piersi BNO	1 250	6,4%
	85.46 Obustronne radykalne odjęcie piersi	62	0,3%
	85.472 Poszerzona radykalna amputacja piersi BNO	157	0,8%
	Pozostałe	23	0,1%
	Razem	19 492	100,0%
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	85.22 Resekcja kwadrantu piersi	313	23,6%
	85.23 Sutotalna mammektomia	27	2,0%
	85.269 Wycięcie guza piersi - BCT - inne	398	29,9%
	85.411 Mastektomia - inna	252	19,0%
	85.412 Mastektomia całkowita	207	15,6%
	85.431 Poszerzona prosta mastektomia - inna	103	7,8%
	Pozostałe	67	5,0%
	Razem	1 329	100,0%
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	85.22 Resekcja kwadrantu piersi	355	21,6%
	85.23 Subtotalna mammektomia	226	13,8%
	85.269 Wycięcie guza piersi - BCT - inne	210	12,8%
	85.313 Obustronna zmniejszająca mammaplastyka	398	24,3%
	85.322 Pomniejszająca mammaplastyka (w ginekomastii)	174	10,6%
	85.411 Mastektomia - inna	160	9,8%
	Pozostałe	246	15,0%
	Razem	1 641	100,0%
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	85.22 Resekcja kwadrantu piersi	167	28,0%
	85.269 Wycięcie guza piersi - BCT - inne	174	29,2%
	85.312 Jednostronna zmniejszająca mammaplastyka	40	6,7%
	85.411 Mastektomia - inna	84	14,1%
	85.412 Mastektomia całkowita	106	17,8%
	85.431 Poszerzona prosta mastektomia - inna	26	4,4%
	Pozostałe	7	1,2%
	Razem	596	100,0%
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi	85.842 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym	419	72,7%
	85.851 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym z połączeniem mikrochirurgicznym	74	12,8%

Kod i nazwa grupy	Kod ICD-9 i nazwa procedury	Liczba hospitalizacji z procedurą kierunkową	% udział hospitalizacji z procedurą kierunkową
z zastosowaniem tkanki własnej *	85.88 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym/ uszypułowanym z protezą piersiową	87	15,1%
	Razem	576	100,0%
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	85.33 Jednostronna podskórna mammektomia/ wszczep	62	2,6%
	85.35 Obustronna podskórna mammektomia/ wszczep	65	2,7%
	85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej	685	28,6%
	85.55 Wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową	1 109	46,3%
	85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi	545	22,8%
	85.97 Wszczepienie ekspanderoprotezy piersiowej	56	2,3%
	Razem	2 394	100,0%
J05 Średnia chirurgia piersi *	85.12 Otwarta biopsja piersi	2 515	52,0%
	85.22 Resekcja kwadrantu piersi	2 153	44,5%
	85.34 Inna jednostronna podskórna mammektomia	33	0,7%
	85.87 Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej - inne	139	2,9%
	85.94 Usunięcie wszczepu piersi	271	5,6%
	85.96 Usunięcie ekspandera z piersi	92	1,9%
	Razem	4 839	100,0%
J06 Mała chirurgia piersi *	85.01 Nacięcie piersi (skóry)	201	8,7%
	85.02 Nacięcie sutka	240	10,3%
	85.114 Przechłonna gruboigłowa biopsja piersi - celowana	624	26,9%
	85.21 Miejscowe wycięcie zmiany piersi	999	43,0%
	85.29 Usunięcie lub zniszczenie tkanki/ tkanek sutka piersi - inne	212	9,1%
	85.93 Rewizja wszczepu piersi	59	2,5%
	Pozostałe	58	2,5%
	Razem	2 323	100,0%
J10 Biopsja mammotomiczna *	85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	2 717	71,7%
	85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna	1 071	28,3%
	Razem	3 788	100,0%
Razem		40 969	100,0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

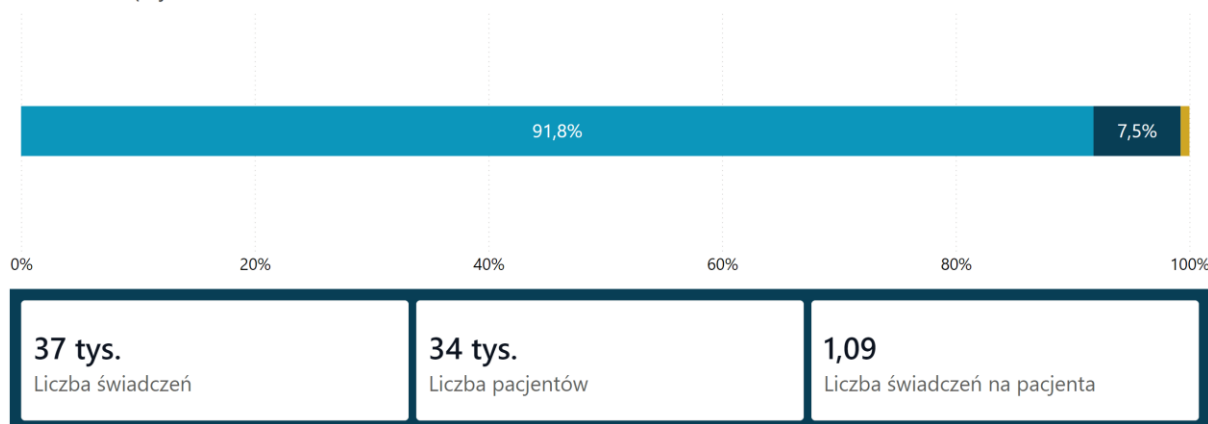
W 2024 roku zrealizowano łącznie 37 tys. świadczeń zabiegowych u 34 tys. pacjentów, co odpowiada średnio 1,09 świadczenia na pacjenta. Więcej niż jedno świadczenie zabiegowe odnotowano u 2 802 pacjentów, co stanowiło 8,2% populacji objętej analizą.

Liczba świadczeń zabiegowych na pacjenta (JGP J01-J06)

Dane za 2024 rok

Liczba świadczeń na pacjenta

● 1 ● 2 ● 3 i więcej

**Rysunek 28. Liczba świadczeń zabiegowych przypadająca na pacjenta w 2024 roku.**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Analiza sekwencji zabiegów w kolejnych hospitalizacjach

Celem przeprowadzonej analizy było określenie najczęściej występujących sekwencji leczenia chirurgicznego w obrębie piersi oraz ocena częstości występowania wybranych wzorców ponownych hospitalizacji w latach 2022–2024. W szczególności analizowano sekwencje pomiędzy kolejnymi typami zabiegów, takimi jak chirurgia oszczędzająca pierś, mastektomia oraz rekonstrukcja piersi. Należy podkreślić, że obserwowane sekwencje leczenia pozostają ściśle związane z charakterystyką kliniczną choroby, w tym typem nowotworu, jego zaawansowaniem, odpowiedzią na leczenie systemowe oraz planowanym schematem leczenia skojarzonego.

Najczęściej obserwowaną sekwencją zabiegów w kolejnych hospitalizacjach w okresie do 365 dni była chirurgia oszczędzająca pierś (BCT), po której następował ponowny zabieg BCT. Sekwencję tę odnotowano 3 106 razy u 2 971 pacjentów, co wskazuje, że w istotnej części przypadków leczenie chirurgiczne wymagało kolejnej interwencji. Niewielka różnica między liczbą świadczeń a liczbą pacjentów sugeruje, że u części chorych wykonano więcej niż jedną reoperację. Mediana odstępu czasowego pomiędzy tymi zabiegami wyniosła 42 dni. Tego typu powtórne zabiegi mogą wynikać m.in. z konieczności uzyskania radykalności onkologicznej (np. dodatnich marginesów chirurgicznych).

Drugą najczęściej występującą sekwencją po zabiegu chirurgii oszczędzającej piersi (BCT) była mastektomia jednostronna. Odnotowano ją 1 665 razy u 1 663 pacjentów, a mediana czasu między hospitalizacjami wyniosła 49 dni. Z kolei mastektomię obustronną po wcześniejszym zabiegu BCT przeprowadzono 60 razy, przy medianie odstępu wynoszącej 167 dni. Zmiana zakresu leczenia z oszczędzającego na radykalne może być związana m.in. z niekorzystnymi wynikami badania histopatologicznego, progresją choroby, obecnością wieloogniskowości lub decyzją terapeutyczną podejmowaną w ramach konsylium onkologicznego.

Istotnym następstwem zabiegów mastektomii jednostronnej były rekonstrukcje piersi, wykonane 1 234 razy u 1 228 pacjentów, co wskazuje na odroczony charakter leczenia rekonstrukcyjnego, które stanowi integralny element procesu terapeutycznego, lecz jest rozliczane jako odrębne świadczenie. Mediana odstępu czasowego między tymi hospitalizacjami osiągnęła wartość 196

dni. Należy jednak podkreślić, że brak jednoczesowej rekonstrukcji może nie wynikać wyłącznie z organizacji świadczeń, lecz często może mieć uzasadnienie kliniczne. Możliwość wykonania rekonstrukcji jednoczesowej jest ograniczona m.in. przez konieczność zastosowania uzupełniającej radioterapii, która może wpływać na wyniki leczenia rekonstrukcyjnego, a także przez czynniki takie jak stopień zaawansowania choroby, obecność przerzutów do węzłów chłonnych, typ biologiczny nowotworu, planowane leczenie systemowe (np. chemioterapia, terapia celowana), stan ogólny pacjentki czy ryzyko powikłań pooperacyjnych.

Zaobserwowano również przypadki wtórnych mastektomii jednostronnych, które mogą odpowiadać etapowemu leczeniu obu piersi w ramach oddzielnych hospitalizacji. Odnotowano je 789 razy u 780 pacjentów, a mediana odstępu czasowego wyniosła 122 dni. W analizowanym okresie stanowiło to około 39% wszystkich kolejnych interwencji po mastektomii jednostronnej. Uzyskane wyniki sugerują, że część procedur raportowanych jako jednostronne może w rzeczywistości stanowić element leczenia obustronnego, realizowanego w dwóch odrębnych etapach, co również może wynikać z uwarunkowań klinicznych oraz planowania leczenia.

Po mastektomii obustronnej wykonano również rekonstrukcje piersi – odnotowano 129 takich zabiegów, przy medianie odstępu czasowego wynoszącej 152 dni. Analogicznie jak w przypadku mastektomii jednostronnych, obserwowany odroczonego charakter rekonstrukcji może być związany zarówno z decyzjami klinicznymi, jak i koniecznością realizacji leczenia uzupełniającego.

Tabela 11 Charakterystyka sekwencji zabiegów chirurgicznych w obrębie piersi na podstawie danych hospitalizacyjnych z lat 2022–2024

Sekwencja zabiegów	Liczba sekwencji zabiegów	Liczba pacjentów	Mediana czasu między hospitalizacjami w dniach
chirurgia oszczędzająca pierś (BCT) → chirurgia oszczędzająca pierś (BCT)	3 106	2 971	42
chirurgia oszczędzająca pierś (BCT) → mastektomia jednostronna	1 665	1 663	49
mastektomia jednostronna → rekonstrukcja piersi	1 234	1 228	196
mastektomia jednostronna → mastektomia jednostronna	789	780	122
mastektomia obustronna → rekonstrukcja piersi	129	129	152
chirurgia oszczędzająca pierś (BCT) → mastektomia obustronna	60	60	167

mastektomia obustronna (85.46, 85.48, 85.421, 85.422, 85.44, 85.313, 85.35)

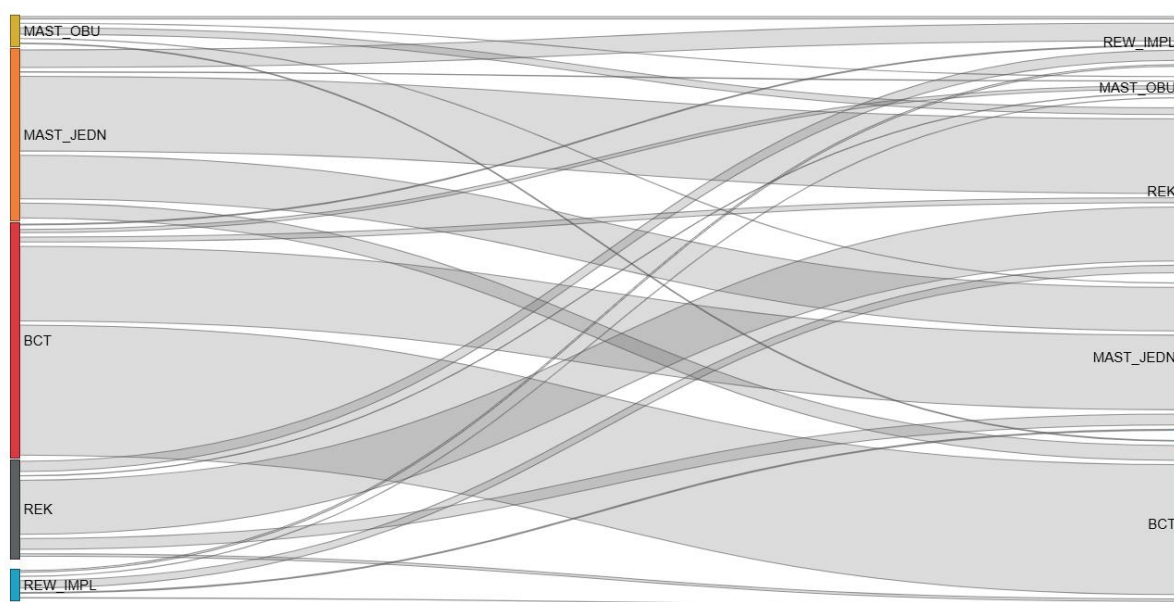
mastektomia jednostronna (85.432, 85.433, 85.451, 85.452, 85.471, 85.472, 85.411, 85.412, 85.431, 85.312, 85.33, 85.34, 85.23, 85.322)

BCT – chirurgia oszczędzająca pierś (ang. Breast Conserving Therapy) (85.261, 85.22, 85.269, 85.21)

rekonstrukcja piersi (85.842, 85.851, 85.88, 85.71, 85.72, 85.531, 85.55, 85.95, 85.97)

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Poniższy rysunek przedstawia strukturę sekwencji zabiegów wykonywanych w kolejnych hospitalizacjach w okresie 365 dni w latach 2022–2024.

Struktura sekwencji zabiegów wykonywanych w okresie 365 dni w latach 2022-2024

MAST_OBU – mastektomia obustronna (85.46, 85.48, 85.421, 85.422, 85.44, 85.313, 85.35)

MAST_JEDN – mastektomia jednostronna (85.432, 85.433, 85.451, 85.452, 85.471, 85.472, 85.411, 85.412, 85.431, 85.312, 85.33, 85.34, 85.23, 85.322)

BCT – chirurgia oszczędzająca piersi (ang. Breast Conserving Therapy) (85.261, 85.22, 85.269, 85.21)

REK – rekonstrukcja piersi (85.842, 85.851, 85.88, 85.71, 85.72, 85.531, 85.55, 85.95, 85.97)

REW_IMPL – zabiegi rewizyjne związane z implantami lub ekspanderami (85.94, 85.96, 85.93)

Rysunek 29. Struktura sekwencji zabiegów wykonywanych w okresie 365 dni w latach 2022–2024.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Przeprowadzona analiza opiera się na danych dotyczących hospitalizacji oraz procedur medycznych raportowanych w systemie sprawozdawczym i jest ograniczona do procedur kierunkowych (koniecznych do sprawozdania celem rozliczenia danej grupy rozliczeniowej). Identyfikacja typów zabiegów oraz sekwencji leczenia została przeprowadzona na podstawie kodów procedur ICD-9 przypisanych do poszczególnych hospitalizacji.

Należy uwzględnić, że dostępne dane nie zawierają informacji o stronie operowanej piersi (lewej lub prawej), co uniemożliwia jednoznaczne rozróżnienie niektórych przypadków, takich jak operacja drugiej piersi czy ponowna interwencja w obrębie tej samej piersi.

Ponadto analiza została przeprowadzona na podstawie danych dotyczących hospitalizacji, co oznacza, że identyfikowane przejścia pomiędzy zabiegami odzwierciedlają sekwencję hospitalizacji pacjentów, a nie zawsze bezpośrednią ciągłość procesu klinicznego.

2.3.2 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W ramach dodatkowej analizy przedmiotowego zakresu, dokonano przeglądu realizacji świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2024 roku, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. procedur jednoimiennych, które zgodnie z obowiązującym koszykiem świadczeń gwarantowanych mogą być wykonywane zarówno w ramach leczenia szpitalnego, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Analiza obejmuje wolumen oraz strukturę udzielonych świadczeń w podziale na grupy rozliczeniowe i wybrane procedury kierunkowe, w oparciu o dostępne dane sprawozdawcze.

Największą liczbę procedur w zakresie chorób piersi udzielonych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej odnotowano w grupie Z22 – 38,3 tys. świadczeń, które realizowało łącznie 269 świadczeniodawców. W grupie Z102 sprawozdano 13,8 tys. świadczeń, natomiast w grupie Z105 – 13,6 tys. świadczeń. W grupie Z110 zrealizowano 4,7 tys. świadczeń, a w grupie Z79 – 2,8 tys. świadczeń. Najmniejszą liczbę odnotowano w grupie Z27, w której wykonano tylko 26 świadczeń.

Grupę rozliczeniową realizowaną przez największą liczbę świadczeniodawców w 2024 roku stanowiła grupa Z110, gdzie świadczenia realizowało 547 świadczeniodawców. W realizacji grupy Z102 udział wzięło 247 świadczeniodawców, natomiast grupy Z22 – 269. W grupie Z79 świadczenia realizowało 145 świadczeniodawców, a w grupie Z27 – 13. Średnia liczba świadczeń z wykonaną procedurą w zakresie chorób piersi przypadających na jednego świadczeniodawcę była najwyższa w grupie Z22 (142), a najniższa w grupie Z27 (2).

Poniższa tabela przedstawia szczegółowe zestawienie liczby świadczeń w podziale na analizowane grupy rozliczeniowe.

Tabela 12 Liczba świadczeniodawców i procedur diagnostyczno-zabiegowych w zakresie chorób piersi udzielonych w AOS w podziale na grupy rozliczeniowe w 2024 roku

Grupa rozliczeniowa	Liczba świadczeniodawców	Liczba procedur w zakresie chorób piersi	Średnia liczba świadczeń na świadczeniodawcę
Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22	269	38 273	142
Z102 Świadczenia zabiegowe - grupa 102	377	13 762	37
Z105 Świadczenia zabiegowe - grupa 105	247	13 566	55
Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110	547	4 696	9
Z112 Świadczenia zabiegowe - grupa 112	162	2 930	18
Z79 Świadczenia zabiegowe - grupa 79	145	2 815	19
Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100	76	2 446	32
Z103 Świadczenia zabiegowe - grupa 103	130	1 508	12
Z101 Świadczenia zabiegowe - grupa 101	106	1 176	11
Z78 Świadczenia zabiegowe - grupa 78	24	165	7
Z27 Świadczenia zabiegowe - grupa 27	13	26	2

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) w 2024 roku najwyższy wolumen świadczeń odnotowano dla procedury 85.131 *Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG*, realizowanej głównie w ramach grupy Z22, w której wykonano 34 169 świadczeń. Analogiczna procedura w warunkach leczenia szpitalnego była rozliczana w ramach JGP J10 *Biopsja mammotomiczna**, w której zrealizowano łącznie 2 717 świadczeń.

W ramach grupy J10 udzielono 1 071 świadczeń z procedurą 85.132 *Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczną*, podczas gdy w AOS procedura ta została rozliczona 4 104

razy. W grupie JGP J06 *Mała chirurgia piersi ** wykonano 999 świadczeń obejmujących procedurę 85.21 *Miejscowe wycięcie zmiany piersi*, która była również realizowana w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w ramach grupy Z110 (2 935 świadczeń).

W AOS znaczną liczbę świadczeń wykazano również dla 85.114 *Przezskórnej biopsji piersi*, realizowanej przede wszystkim w grupie Z105 (13 566 świadczeń) oraz w grupie Z79 (2 815 świadczeń). W przypadku procedury 85.112 *Przezskórnej cienkoigłowej biopsji piersi – celowanej* odnotowano 13 762 świadczenia w grupie Z102 oraz 2 930 w grupie Z112. Pozostałe procedury były wykonywane z mniejszą częstotliwością, w tym 85.91 *Aspiracja z piersi* (2 446 świadczeń w grupie Z100) oraz 85.02 *Nacięcie sutka* (1 761 świadczeń w grupie w Z110).

Poniższa tabela przedstawia szczegółowe zestawienie analizowanych danych.

Tabela 13 Liczba procedur w zakresie chorób piersi zrealizowanych w warunkach ambulatoryjnych i leczeniu szpitalnym w 2024 roku

Kod ICD-9 i nazwa procedury	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna											Leczenie szpitalne	
	Z22	Z102	Z105	Z110	Z112	Z79	Z100	Z103	Z101	Z78	Z27	J06	J10
85.02 Nacięcie sutka	–	–	–	1 761	–	–	–	–	–	–	–	240	–
85.111 Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi **	–	–	–	–	–	–	–	–	1 176	–	–	–	–
85.112 Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana **	–	13 762	–	–	2 930	–	–	–	–	–	–	–	–
85.113 Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi **	–	–	–	–	–	–	–	1 441	–	165	–	–	–
85.114 Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana	–	–	13 566	–	–	2 815	–	–	–	–	–	–	–
85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	34 169	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2 717
85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna	4 104	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1 071
85.21 Miejscowe wycięcie zmiany piersi	–	–	–	2 935	–	–	–	–	–	–	–	999	–
85.81 Szycie rany piersi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	26	48	–
85.91 Aspiracja z piersi **	–	–	–	–	–	–	2 446	–	–	–	–	–	–
85.98 Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej **	–	–	–	–	–	–	–	67	–	–	–	–	–

** Procedury, które nie są wymagane jako kierunkowe (niezbędne do rozliczenia grupy) w leczeniu szpitalnym.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

2.3.3 Potencjał kadrowy – liczba lekarzy

Przeanalizowano dane dotyczące liczby lekarzy zawarte w *Mapach potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026* z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW). Przedmiotem analiz była liczba lekarzy specjalizujących się w dziedzinie chirurgii ogólnej, onkologicznej, plastycznej oraz dziecięcej na przestrzeni lat 2019–2024. Analiza danych wskazała na zróżnicowanie liczebności kadr lekarskich w wybranych specjalizacjach chirurgicznych, przy czym najwyższe wartości w całym okresie odnotowano w chirurgii ogólnej (od 8 340 do 9 019 lekarzy). W tej specjalizacji widoczny jest niewielki trend spadkowy w ostatnich latach. Chirurgia dziecięca charakteryzowała się stabilnym poziomem liczebności kadr, oscylującym ok. 1,1 tys. lekarzy. W przypadku chirurgii onkologicznej obserwowany jest stopniowy wzrost liczby lekarzy – z 990 w 2019 roku do 1 107 w 2024 roku. Najniższą liczebnością kadr w całym analizowanym okresie cechowała się chirurgia plastyczna (od 224 do 297 lekarzy), przy umiarkowanym wzroście do 2023 roku i niewielkim spadku w 2024 roku.

Tabela 14 Zróżnicowanie dostępności kadr lekarskich według wybranych specjalizacji chirurgicznych dla województw w latach 2019–2024

Dziedzina	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Chirurgia dziecięca	1 085	1 096	1 096	1 096	1 091	1 070
Chirurgia ogólna	9 018	9 019	8 739	8 940	8 476	8 340
Chirurgia onkologiczna	990	1 040	1 062	1 115	1 115	1 107
Chirurgia plastyczna	224	251	275	288	297	290

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych BASiW

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę lekarzy w wybranych specjalizacjach chirurgicznych w 2024 roku, wraz ze wskaźnikiem liczby lekarzy przypadających na 100 tys. mieszkańców. W analizowanym roku w specjalizacji chirurgia ogólna odnotowano 8 340 lekarzy, co odpowiada wskaźnikowi 22,2 na 100 tys. mieszkańców. W przypadku chirurgii onkologicznej liczba lekarzy wynosiła 1 107, a wskaźnik nasycenia kadrami kształtował się na poziomie 3,0 na 100 tys. mieszkańców. Chirurgia dziecięca obejmowała 1 070 lekarzy, co przekładało się na wskaźnik 2,9 na 100 tys. mieszkańców. Najniższe wartości odnotowano w chirurgii plastycznej, gdzie liczba lekarzy wyniosła 290, a wskaźnik – 0,8 na 100 tys. mieszkańców. Zestawienie ilustruje zróżnicowanie liczebności kadr lekarskich pomiędzy poszczególnymi specjalizacjami chirurgicznymi, zarówno w ujęciu bezwzględnym, jak i względnym.

Tabela 15 Liczba lekarzy w podziale na wybrane specjalizacje chirurgiczne w 2024 roku

Dziedzina	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
Chirurgia dziecięca	1 070	2,9
Chirurgia ogólna	8 340	22,2
Chirurgia onkologiczna	1 107	3,0
Chirurgia plastyczna	290	0,8

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych BASiW

2.3.4 Kolejki oczekujących

Świadczenia obejmujące chirurgiczne leczenie chorób piersi realizowane są przede wszystkim w ramach *kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi* (KON-Piers), a także w ramach szybkiej ścieżki diagnostyki i leczenia onkologicznego, opartej na karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). W przypadku świadczeń onkologicznych obowiązują odrębne zasady organizacji diagnostyki i leczenia, obejmujące m.in. ustawowo określone terminy realizacji poszczególnych etapów diagnostyki oraz koordynację procesu terapeutycznego. Pacjenci objęci kartą DiLO korzystają z priorytetowej ścieżki dostępu do świadczeń, co powoduje, że klasyczne listy oczekujących nie odzwierciedlają rzeczywistej organizacji i dostępności świadczeń w tym obszarze. Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia nie prowadzi odrębnych list oczekujących odnoszących się bezpośrednio do świadczeń obejmujących chirurgiczne leczenie chorób piersi. W związku z powyższym odstąpiono od analizy kolejek oczekujących w tym zakresie.

2.4 Stan finansowania w innych krajach

W celu porównania sposobu i poziomu finansowania taryfikowanych świadczeń z ich odpowiednikami w innych krajach, odnaleziono i zestawiono informacje o wycenach świadczeń w Polsce, Anglii i Niemczech. Informacje odnaleziono na stronach internetowych podmiotów odpowiedzialnych lub związanych z realizacją zadań na rzecz oceny technologii medycznych i taryfikacji świadczeń. Zebrane informacje przedstawiono w podziale na poszczególne kraje i zamieszczono w załączniku 4. Koszty i ceny podane w innych walutach zostały przeliczone na PLN, zgodnie z aktualnymi kursami walut, opublikowanymi w serwisie internetowym Narodowego Banku Polskiego.

Dodatkowo w analizie zostały przedstawione informacje dotyczące parytetu siły nabywczej (ang. PPP, *Purchasing Power Parities*).⁵ Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych taryf wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Ze względu na różnice w systemach ubezpieczeń zdrowotnych, kompetencjach podmiotów pełniących funkcję płatnika, tożsame świadczenie może być zdefiniowane i finansowane w inny sposób i na innych zasadach w poszczególnych krajach (np.: HRG, DRG, FFS, osobodzień itd.). Także klasyfikacja jednorodnych grup pacjentów: cechy pacjentów, czas hospitalizacji oraz rodzaj leczenia, które są uwzględnione przez klasyfikacje mogą wykazywać bardzo wysoki poziom zróżnicowania pomiędzy poszczególnymi krajami.

Z uwagi na powyższe, a także na trudności w dotarciu do dokładnych informacji o ujętych w taryfie kosztach, niemożliwe jest jednoznaczne porównanie refundacji analizowanych procedur w Polsce i w obrębie innych systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach. Jeżeli nie zaznaczono inaczej, w zestawieniu ujęto koszty finansowania grup podobnych do polskich JGP (na podstawie nazwy grupy), wynikające bezpośrednio z konkretnego katalogu, bez uwzględnienia dodatkowych innych opłat, np. ponoszonych przez pacjenta, czy też naliczanych przez szpitale na podstawie obowiązujących w danym kraju przepisów prawa. Podstawowe informacje o wycenie wybranych świadczeń dotyczących leczenia chorób piersi w Polsce, Anglii, Niemczech zebrano w poniższej tabeli.

Tabela 16 Podsumowanie finansowania leczenia wybranych świadczeń dedykowanych leczeniu schorzeń piersi w 2026 roku w wybranych krajach

	Polska	Anglia	Niemcy
Waluta	PLN	GBP	EUR
Kurs waluty (13.01.2026)	nd.	4,8644	4,2116
PKB per capita (USD) (dane na grudzień 2024)	25 103	53 246	56 103
PKB per capita PPP (USD)	43 106	53 873	60 968
CPL	100	165	144

⁵ PPP służy do przeliczania walut w taki sposób, by wyeliminować różnice w poziomie cen pomiędzy krajami oraz pozwala ustalić rzeczywistą siłę nabywczą danej waluty.

Parytety PPP są średnimi ważonymi relacji cen, ustalonymi dla krajów OECD. W bazie danych OECD te relacje cenowe są przekształcane w taki sposób, by wyrażały siłę nabywczą poszczególnych krajów, tj., aby dana suma pieniędzy w dolarach USA po zamianie na różne waluty w jednostkach parytetu siły nabywczej tworzyła ten sam koszyk dóbr i usług. W literaturze przedmiotu parytet siły nabywczej (PPP) może być definiowany przy pomocy kilku wskaźników. Dla celów porównawczych wykorzystano wskaźnik CPL (ang. *Comparative Price Levels*) – względny poziom cen.

	Polska	Anglia	Niemcy
CPL/CPL PL	1	1,65	1,44
Kodowanie rozpoznań	ICD-10	ICD-10	ICD-10-GM
Kodowanie procedur	ICD-9	OPCS	OPS

Źródło: PKB - <https://data.worldbank.org/> (data dostępu: 16.01.2026 r.); CPL – <https://data-explorer.oecd.org> (data dostępu: 16.01.2026 r.); kurs waluty – <http://www.nbp.pl> (data dostępu: 16.01.2026 r.).

Poniżej przedstawiono informacje dotyczące wyceny świadczeń związanych z leczeniem chorób piersi w Anglii i Niemczech na 2026 rok. Szczegółowe zestawienie znajduje się w załączniku nr 4.

Anglia

W angielskim systemie zidentyfikowano 35 grup dedykowanych leczeniu chorób piersi, w tym 28 grup zabiegowych oraz 7 grup zachowawczych, tj. takich, w których w nazwie wskazano brak interwencji (ang. *without Interventions*).

Na poniższym rysunku przedstawiono taryfy dla wybranych, najwyżżej wycenionych grup związanych z chirurgicznym leczeniem chorób piersi – przede wszystkim zabiegi resekcyjne i rekonstrukcyjne realizowane w trybie planowym. Najwyższe wartości dotyczą procedur obustronnych, w szczególności:

- obustronnego wycięcia piersi z jednoczasową rekonstrukcją wolnym płatem (JA37Z – 87 802 zł),
- obustronnej rekonstrukcji odroczonej wolnym płatem (JA35Z – 75 924 zł).

JA37Z Obustronne wycięcie piersi z natychmiastową rekonstrukcją wolnym płatem	87 802 zł
JA35Z Obustronna odroczone rekonstrukcja piersi wolnym płatem	75 924 zł
JA36Z Jednostronne wycięcie piersi z natychmiastową rekonstrukcją wolnym płatem	58 533 zł
JA34Z Jednostronna odroczone rekonstrukcja piersi wolnym płatem	52 891 zł
JA33Z Obustronne wycięcie piersi z natychmiastową rekonstrukcją uszypułowanym płatem mięśniowo-skórnym	51 436 zł
JA31Z Obustronna odroczone rekonstrukcja piersi uszypułowanym płatem mięśniowo-skórnym	39 557 zł
JA12D Złośliwe choroby piersi z interwencjami, z wynikiem CC 7+	38 599 zł
JA32Z Jednostronne wycięcie piersi z natychmiastową rekonstrukcją uszypułowanym płatem mięśniowo-skórnym	34 289 zł
JA30Z Jednostronna odroczone rekonstrukcja piersi uszypułowanym płatem mięśniowo-skórnym	27 576 zł
JA39Z Obustronne bardzo duże zabiegi piersi	26 706 zł
JA41Z Obustronna mammoplastyka terapeutyczna	24 312 zł
JA38A Jednostronne bardzo duże zabiegi piersi z wynikiem CC 5+	21 350 zł
JA21A Obustronne duże zabiegi piersi z wynikiem CC 1+	19 662 zł
JA40Z Jednostronna mammoplastyka terapeutyczna	19 409 zł
JA38B Jednostronne bardzo duże zabiegi piersi z wynikiem CC 2–4	19 389 zł
JA38C Jednostronne bardzo duże zabiegi piersi z wynikiem CC 0–1	18 164 zł
JA21B Obustronne duże zabiegi piersi z wynikiem CC 0	16 991 zł
JA12E Złośliwe choroby piersi z interwencjami, z wynikiem CC 3–6	16 520 zł

Rysunek 30. Wycena wybranych najwyżżej wycenionych grup związanych z leczeniem piersi w Anglii w 2026 roku w trybie planowym.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie 2025/26 Annex A of the 2025/26 NHS Payment Scheme

Zabiegi obustronne są wyżej finansowane niż jednostronne, a rekonstrukcje z użyciem wolnych płatów osiągają wyższe taryfy niż rekonstrukcje z użyciem płatów uszypułowanych mięśniowo-skórnych. Ponadto, w obrębie porównywalnych technik, rekonstrukcja jednoczasowa jest zazwyczaj wyżej wyceniana niż rekonstrukcja odroczone.

Z kolei bardzo duże i duże zabiegi piersi osiągają istotnie wyższe taryfy niż mammoplastyki terapeutyczne oraz mniejsze procedury, przy czym różnice między kolejnymi poziomami złożoności sięgają średnio od 1,3 do 2 razy.

Niemcy

W niemieckim systemie zidentyfikowano łącznie 33 grupy rozliczeniowe związane z leczeniem chorób piersi. Spośród nich 27 grup dotyczy leczenia zabiegowego, obejmującego operacje plastyczne oraz leczenie urazów skóry i piersi, natomiast 6 grup odnosi się do leczenia zachowawczego, w tym terapii nowotworów złośliwych oraz niezłośliwych chorób piersi.

Na poniższym rysunku przedstawiono taryfy dla wybranych, najwyżej wycenionych grup związanych z leczeniem chorób piersi – przede wszystkim związanych z radioterapią i leczeniem podciśnieniowym (VAC) realizowanych w trybie planowym, a w przypadku zabiegów chirurgicznych w szczególności:

- złożona obustronna rekonstrukcja plastyczna piersi (J12Z – 78 925 zł);
- rekonstrukcja plastyczna piersi ze złożonym przeszczepem skóry (J26Z – 62 465 zł).

J17Z Radioterapia w chorobach i zaburzeniach skóry, tkanki podskórnej i piersi; napromienianie co najmniej przez 9 dni	86 994 zł
J35Z Złożone leczenie podciśnieniowe (VAC) w chorobach i zaburzeniach skóry, tkanki podskórnej i piersi	84 612 zł
J12Z Złożona obustronna rekonstrukcja plastyczna piersi	78 925 zł
J26Z Rekonstrukcja plastyczna piersi ze złożonym przeszczepem skóry albo duże zabiegi na piersi w nowotworze złośliwym z zabiegiem złożonym,	62 465 zł
J01Z Przeszczep tkanek z zespoleniem mikronaczyniowym w przypadku nowotworu złośliwego skóry, tkanki podskórnej i piersi	61 874 zł
J18A Radioterapia w chorobach i zaburzeniach skóry, tkanki podskórnej i piersi; więcej niż 1 dzień pobytu; napromienianie co najmniej przez 5 dni	51 660 zł
J62A Nowotwory złośliwe piersi: > 1 dzień pobytu; ze skrajnie ciężkimi CC	46 082 zł
J14Z Rekonstrukcja plastyczna piersi w nowotworze złośliwym z zaawansowaną rekonstrukcją albo obustronna mastektomia w nowotworze złośliwym	43 798 zł
J44Z Geriatryczne wczesnorehabilitacyjne kompleksowe leczenie w chorobach i zaburzeniach skóry, tkanki podskórnej i piersi	43 717 zł
J77Z Kompleksowe leczenie w przypadku drobnoustrojów wymagających izolacji w chorobach i zaburzeniach skóry, tkanki podskórnej i piersi	43 349 zł
J06Z Mastektomia z implantacją protezy i operacją plastyczną w nowotworze złośliwym albo złożona implantacja protezy	35 604 zł
J18B Radioterapia w chorobach i zaburzeniach skóry, tkanki podskórnej i piersi; więcej niż 1 dzień pobytu; napromienianie krócej niż 5 dni	35 202 zł
J16B Radioterapia z procedurą operacyjną w chorobach i zaburzeniach skóry, tkanki podskórnej i piersi	33 356 zł
J16A Obustronna mastektomia w nowotworze złośliwym	33 346 zł
J11A Inne zabiegi na skórze, tkance podskórnej i piersi z zabiegiem złożonym przy rozpoznaniu powikłanym lub przy para-/tetraplegii	31 866 zł

Rysunek 31. Wycena wybranych grup związanych z leczeniem piersi w Niemczech w 2026 roku w trybie planowym.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie aG-DRG 2026 (Fallpauschalen-Katalog), InEK

Ponadto widoczna jest wyraźna zależność między stopniem złożoności procedury a jej wyceną – zabiegi złożone i wieloetapowe (np. rekonstrukcje, procedury łączone) osiągają istotnie wyższe wartości niż procedury standardowe. Radioterapia o dłuższym czasie trwania jest konsekwentnie wyżej finansowana niż krótsze schematy leczenia, a różnice pomiędzy kolejnymi poziomami złożoności i intensywności terapii sięgają średnio od około 1,2 do 1,8 razy.

2.5 Uwagi do świadczenia

W przestanych do Agencji uwagach dotyczących analizowanych świadczeń, środowisko wskazuje na istotne niedoszacowanie oraz niedostosowanie systemu JGP do rzeczywistego zakresu, złożoności i kosztów leczenia. Zastrzeżenia dotyczą w szczególności grup J01G, J01H, J02, J03, J04G, J04H, J05, J06, J07 oraz J08 które, zdaniem świadczeniodawców, nie odzwierciedlają faktycznych nakładów finansowych, organizacyjnych i kadrowych związanych z realizacją świadczeń.

W zgłoszonych uwagach wskazano również, że obecny system taryfikacji nie nadąża za współczesną praktyką kliniczną, w której leczenie chorób piersi ma charakter wieloetapowy, kompleksowy oraz coraz bardziej zaawansowany technologicznie. W szczególności zwraca się uwagę na brak różnicowania wycen pomiędzy procedurami o istotnie odmiennym stopniu złożoności zarówno w zakresie zabiegów jednostronnych i obustronnych, jak i operacji klasycznych, onkoplastycznych oraz rekonstrukcyjnych wykonywanych różnymi technikami. W efekcie procedury bardziej złożone, czasochłonne i kosztochłonne są finansowane na poziomie świadczeń znacznie prostszych.

W ocenie zgłaszających uwagi niedoszacowanie świadczeń wynika z kilku nakładających się czynników. Przede wszystkim wskazuje się na rosnące koszty materiałów medycznych (zwłaszcza wyrobów wszczepialnych, takich jak implanty, ekspandery czy siatki chirurgiczne) a także wzrost kosztów pracy personelu i utrzymania infrastruktury szpitalnej. Jednocześnie w wycenach nie uwzględnia się w sposób adekwatny czasu trwania zabiegów, stopnia zaangażowania zespołu operacyjnego ani kosztów procedur dodatkowych, w tym diagnostycznych i śródoperacyjnych.

Istotnym problemem wskazywanym w uwagach jest brak możliwości rozliczania części procedur, które stanowią integralny element procesu terapeutycznego. Dotyczy to zwłaszcza kolejnych etapów leczenia rekonstrukcyjnego oraz procedur uzupełniających, takich jak symetryzacja piersi zdrowej czy zabiegi korekcyjne. W praktyce klinicznej świadczenia te są wykonywane rutynowo, jednak nie posiadają adekwatnego odzwierciedlenia w systemie JGP, przez co są rozliczane w sposób nieadekwatny lub w ogóle nie znajdują pokrycia finansowego.

Szczególną uwagę środowisko poświęca procedurom rekonstrukcyjnym piersi, które (zdaniem zgłaszających uwagi) należą do najbardziej niedoszacowanych obszarów. Problem dotyczy zarówno rekonstrukcji z użyciem protez lub ekspanderów, jak i rekonstrukcji z zastosowaniem tkanek własnych. Największe rozbieżności wskazywane są w odniesieniu do technik mikrochirurgicznych, które wymagają wielogodzinnych operacji, specjalistycznego sprzętu oraz wysoko wykwalifikowanego zespołu. Pomimo tego obecny system nie różnicuje ich w sposób adekwatny względem prostszych procedur, co ogranicza dostępność tych metod.

W odniesieniu do leczenia onkologicznego raka piersi podkreśla się, że aktualna refundacja nie uwzględnia w wystarczającym stopniu rozwoju chirurgii onkoplastycznej oraz nowoczesnych metod diagnostycznych i śródoperacyjnych. W szczególności wskazuje się na brak adekwatnej wyceny procedur wymagających lokalizacji zmian niepalpacyjnych, wykonywania śródoperacyjnej oceny preparatu czy stosowania bardziej zaawansowanych technik operacyjnych. Zabiegi te są bardziej złożone i zasobochłonne niż klasyczne operacje, jednak ich wycena pozostaje na zbliżonym poziomie.

Równolegle środowisko zwraca uwagę na brak ujęcia w systemie lub brak odrębnej wyceny szeregu procedur diagnostycznych i przygotowawczych, które stanowią obecnie standard postępowania.

Dotyczy to m.in. implantacji znaczników do guza przed leczeniem neoadjuwantowym, śródoperacyjnej mammografii preparatu, mammografii z kontrastem czy biopsji wykonywanych z wykorzystaniem zaawansowanego obrazowania. Brak ich finansowania powoduje, że koszty te są przenoszone na świadczeniodawców, co może ograniczać ich stosowanie.

Istotnym elementem zgłaszanych uwag jest również sposób finansowania wyrobów medycznych. Włączenie kosztów materiałów wszczepialnych do ryczałtowej wyceny grup JGP powoduje, że znacząca część wartości świadczenia jest konsumowana przez same materiały. W praktyce prowadzi to do ograniczenia możliwości stosowania nowoczesnych rozwiązań oraz stwarza ryzyko obniżenia jakości leczenia. W związku z tym postulowane jest wyodrębnienie kosztochłonnych materiałów i ich odrębne rozliczanie.

W zgłoszonych uwagach wskazano także potrzebę zwiększenia kompleksowości leczenia oraz odejścia od rozdzielania procedur, które z klinicznego punktu widzenia powinny być wykonywane łącznie. Podkreślono, że obecne ograniczenia w tym zakresie prowadzą do fragmentacji terapii oraz wydłużenia procesu leczenia. W szczególności dotyczy to możliwości jednoczesowego wykonywania:

- zabiegów amputacji piersi wraz z rekonstrukcją i symetryzacją,
- profilaktycznej mastektomii kontralateralnej,
- kilku procedur chirurgicznych w ramach jednego pobytu szpitalnego.

W zgłaszanych do AOTMiT uwagach wielokrotnie podnoszona jest także kwestia niewystarczającego uwzględnienia profilaktyki onkologicznej. Profilaktyczna mastektomia u pacjentek z wysokim ryzykiem genetycznym jest procedurą zgodną ze standardami klinicznymi i ekonomicznie uzasadnioną, jednak w obecnym systemie nie posiada spójnej i adekwatnej ścieżki finansowania. Zwraca się uwagę, że system łatwiej finansuje leczenie rozwiniętej choroby niż działania zapobiegawcze.

Odrębną grupę problemów stanowią kwestie organizacyjne i systemowe. Świadczeniodawcy wskazują m.in. na:

- brak możliwości rozliczania części procedur poza zakresem KON-Pierś,
- różnice w wycenie punktowej pomiędzy podmiotami realizującymi te same świadczenia,
- ograniczenia w łączeniu procedur ambulatoryjnych i hospitalizacyjnych,
- niedoskonałości systemu kodowania ICD-9, które nie odzwierciedlają rzeczywistego zakresu procedur.

W zgłoszonych uwagach wskazano, że czynniki te dodatkowo pogłębiają problem niedoszacowania i utrudniają prowadzenie kompleksowego leczenia.

W związku z powyższym zgłaszający uwagi postulują w szczególności o podwyższenie wyceny najbardziej niedoszacowanych grup, wydzielenie nowych grup JGP dla procedur o różnym stopniu złożoności (zwłaszcza rekonstrukcji mikrochirurgicznych i zabiegów onkoplastycznych), a także rozszerzenie katalogu świadczeń o nowoczesne procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Równolegle wskazuje się na potrzebę umożliwienia łączenia procedur, uwzględnienia pełnego procesu leczenia, w tym jego kolejnych etapów oraz doprecyzowania zasad kodowania i rozliczania świadczeń.

Zgłoszone uwagi wskazują, że obecny system refundacji świadczeń w chirurgii piersi nie odzwierciedla rzeczywistej złożoności klinicznej i kosztowej leczenia. Niedoszacowanie procedur oraz brak adekwatnych mechanizmów rozliczeniowych mogą ograniczać dostępność świadczeń,

utrudniać wdrażanie nowoczesnych technologii oraz negatywnie wpływać na jakość i kompleksowość opieki nad pacjentkami. Syntetyczne zestawienie uwag przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 17 Zestawienie uwag w podziale na obszary

Obszar	Zidentyfikowany problem	Konsekwencje	Postulowane zmiany
Wycena grup JGP	Niedoszacowanie grup J01–J08, brak różnicowania procedur o różnej złożoności	Nierentowność świadczeń, ograniczenie dostępności bardziej złożonych procedur	Podwyższenie wycen, różnicowanie wg złożoności (np. jednostronne vs obustronne, klasyczne vs onkoplastyczne)
Rekonstrukcje piersi	Brak rozróżnienia między technikami (np. płaty uszypułowane vs mikrochirurgiczne)	Ograniczenie dostępności nowoczesnych metod (np. DIEP)	Wydzielenie podgrup i zwiększenie wyceny procedur mikrochirurgicznych
Kosztochłonne materiały	Koszty implantów, ekspanderów, siatek wliczone w ryczałt	Procedura „na granicy opłacalności”, ryzyko ograniczania jakości	Odrębne finansowanie wyrobów medycznych
Brak rozliczenia etapów leczenia	Brak finansowania wymiany ekspandera na implant, zabiegów korekcyjnych	Przerwanie ciągłości leczenia, wydłużenie terapii	Ujęcie etapów rekonstrukcji jako jednego procesu terapeutycznego
Symetryzacja piersi	Brak lub ograniczona możliwość rozliczenia	Niepełna rehabilitacja, pogorszenie jakości życia pacjentek	Wprowadzenie odrębnej grupy lub rozszerzenie istniejących
Zabiegi onkoplastyczne	Brak adekwatnej wyceny bardziej złożonych technik	Niedoszacowanie nowoczesnych metod leczenia	Wyodrębnienie i wyższa wycena zabiegów onkoplastycznych
Procedury diagnostyczne	Brak wyceny m.in. CEM, VAB-MR, śródoperacyjnej MMG, znaczników	Ograniczenie stosowania nowoczesnej diagnostyki	Wprowadzenie nowych świadczeń lub produktów rozliczeniowych
Procedury łączone	Brak możliwości jednoczesowego rozliczania wielu procedur	Fragmentacja leczenia, więcej hospitalizacji	Umożliwienie łączenia procedur w jednym świadczeniu
Profilaktyka (mastektomia)	Brak spójnego finansowania profilaktycznych zabiegów	Preferowanie leczenia zamiast prewencji	Rozszerzenie katalogu świadczeń o mastektomię profilaktyczną
Powikłania i reoperacje	Rozliczanie zabiegowych powikłań jako leczenie zachowawcze (np. J08)	Niedoszacowanie kosztów hospitalizacji	Utworzenie dedykowanych grup zabiegowych
Grupy J05–J06	Duże zróżnicowanie procedur w ramach jednej grupy	Niewłaściwe odwzorowanie kosztów	Zwiększenie jednorodności klinicznej lub podział grup
System kodowania (ICD-9)	Brak kodów dla części nowoczesnych procedur	Niedokładne raportowanie i rozliczanie	Rozszerzenie katalogu ICD-9
KON-Pierś i organizacja systemu	Ograniczenia w rozliczaniu poza pakietem, brak spójności	Fragmentacja opieki	Rozszerzenie możliwości rozliczeń poza KON
Różnice między świadczeniodawcami	Różna cena punktu dla tych samych procedur	Nierówności systemowe	Ujednolicenie wyceny

Obszar	Zidentyfikowany problem	Konsekwencje	Postulowane zmiany
Profilaktyka genetyczna (BRCA, PALB2)	Ograniczenia w finansowaniu zabiegów profilaktycznych	Ograniczony dostęp do prewencji	Rozszerzenie wskazań i finansowania
Nowoczesne technologie	Brak wyceny (robotyka, ADM, mikrochirurgia)	Ograniczenie wdrażania innowacji	Wprowadzenie nowych taryf i produktów

Źródło: Opracowanie własne

3 Projekt taryfy

W niniejszym rozdziale przedstawiono założenia oraz wyniki prac analitycznych stanowiących podstawę opracowania projektu taryfy świadczeń w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi. Analizy oparto na danych medyczno-kosztowych pozyskanych zarówno w ramach bieżącej współpracy Agencji ze świadczeniodawcami, jak i z dedykowanego postępowania uzupełniającego.

Proces analityczny prowadzono z uwzględnieniem aktualnych uwarunkowań organizacyjnych systemu ochrony zdrowia, w tym kierunków zmian wynikających z realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i AOTMiT projektu odwracania piramidy świadczeń, zakładającego m.in. racjonalizację wykorzystania hospitalizacji oraz wzmocnienie roli świadczeń realizowanych w trybach mniej obciążających system.

W kolejnych częściach rozdziału opisano proces analityczny, wyniki kalkulacji kosztów jednostkowych, a na końcu propozycję taryfy świadczeń opracowaną w oparciu o uzyskane wyniki.

3.1 Pozyskanie danych

W procesie ustalania taryf świadczeń będących przedmiotem niniejszego raportu, w pierwszej kolejności wykorzystano dane zgromadzone przez Agencję w ramach bieżącej współpracy z wybranymi świadczeniodawcami, prowadzonej systematycznie na potrzeby kolejnych procesów taryfikacyjnych. Współpraca ta obejmuje regularne przekazywanie szczegółowych danych medyczno-kosztowych (DSz) na poziomie pojedynczej hospitalizacji, uzupełnianych o dane finansowo-księgowe (FK) dotyczące struktury kosztów funkcjonowania świadczeniodawców. Dane te, gromadzone w latach 2020–2022 w ramach wcześniejszych postępowań (WB2020, WB2021, WB2022), stanowiły podstawowy zbiór danych umożliwiający ocenę kosztów realizacji świadczeń.

W celu uzupełnienia oraz aktualizacji bazy analitycznej przeprowadzono następnie dedykowane postępowanie (nr 84), ukierunkowane na pozyskanie danych o kosztach realizacji świadczeń gwarantowanych leczenia szpitalnego w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi (katalog JGP – grupy z sekcji J). Postępowanie objęło świadczeniodawców, którzy w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2023 roku realizowali świadczenia rozliczane w ramach następujących produktów:

- 5.51.01.0009052 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej,
- 5.51.01.0009053 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ekspandera,
- 5.51.01.0009002 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi,
- 5.51.01.0009050 Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.,
- 5.51.01.0009051 Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.,
- 5.51.01.0009054 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej,
- 5.51.01.0009055 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ekspandera,
- 5.51.01.0009005 Średnia chirurgia piersi,
- 5.51.01.0009006 Mała chirurgia piersi,
- 5.51.01.0009007 Choroby piersi łagodne,

- 5.51.01.0009008 Choroby piersi złośliwe,
- 5.51.01.0009010 Biopsja mammotomiczna.

Na podstawie danych NFZ oraz informacji zgromadzonych w ramach dotychczasowej współpracy z Agencją wytypowano 88 świadczeniodawców, którzy spełniali kryteria udziału w postępowaniu i realizowali przedmiotowe świadczenia w analizowanym okresie. Pozostałym podmiotom umożliwiono przystąpienie do postępowania poprzez złożenie deklaracji chęci udostępnienia danych. Informacja o toczącym się postępowaniu została przekazana drogą e-mailową, z wyłączeniem świadczeniodawców już uczestniczących w bieżącej współpracy z Agencją.

Agencja wystąpiła łącznie do 89 świadczeniodawców z wnioskiem o udostępnienie:

- szczegółowych danych medyczno-kosztowych (DSz) dotyczących hospitalizacji zakończonych w 2023 roku, obejmujących m.in. informacje o produktach rozliczeniowych, procedurach medycznych, zastosowanych lekach, wyrobach medycznych, zaangażowaniu personelu oraz ruchu międzyoddziałowym,
- danych dotyczących obrotu produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi oraz cenników procedur medycznych (formularz CP) za 2024 rok.

Dodatkowo świadczeniodawcy mogli fakultatywnie przekazać dane w formie formularza własnej kalkulacji kosztów (WKK), stanowiącego uzupełniające źródło informacji kosztowych, zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami Prezesa AOTMiT dotyczącymi zasad udostępniania danych kliniczno-kosztowych niezbędnych do ustalenia taryf świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dane medyczno-kosztowe

W procesie taryfikacji wykorzystano dane medyczno-kosztowe o 6 641 świadczeniach (12,77% wszystkich świadczeń z zakresu chirurgicznego leczenia chorób piersi zrealizowanych w 2024 roku), pochodzące od 85 świadczeniodawców (17,71% wszystkich świadczeniodawców udzielających w 2024 roku świadczeń z zakresu chirurgicznego leczenia chorób piersi). Dane pozyskano w ramach postępowań nr 84 oraz WB2020, WB2021 i WB2022. Szczegółowa lista świadczeniodawców, których dane uwzględniono w analizach, znajduje się w załączniku nr 5.

Udział pozyskanych danych o kosztach świadczeń za lata 2020–2023 dla poszczególnych JGP, w stosunku do liczby świadczeń zrealizowanych w 2024 roku, waha się od 7,85% dla grupy J02 *Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi** do 44,27% dla grupy J04G *Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej**. Szczegółowe zestawienie liczby świadczeniodawców oraz liczby świadczeń dla poszczególnych wycenianych JGP znajduje się w poniższej tabeli.

Tabela 18 Wielkość pozyskanej próby danych w ramach postępowań nr 84, WB2020, WB2021, WB2022 – dane medyczno-kosztowe

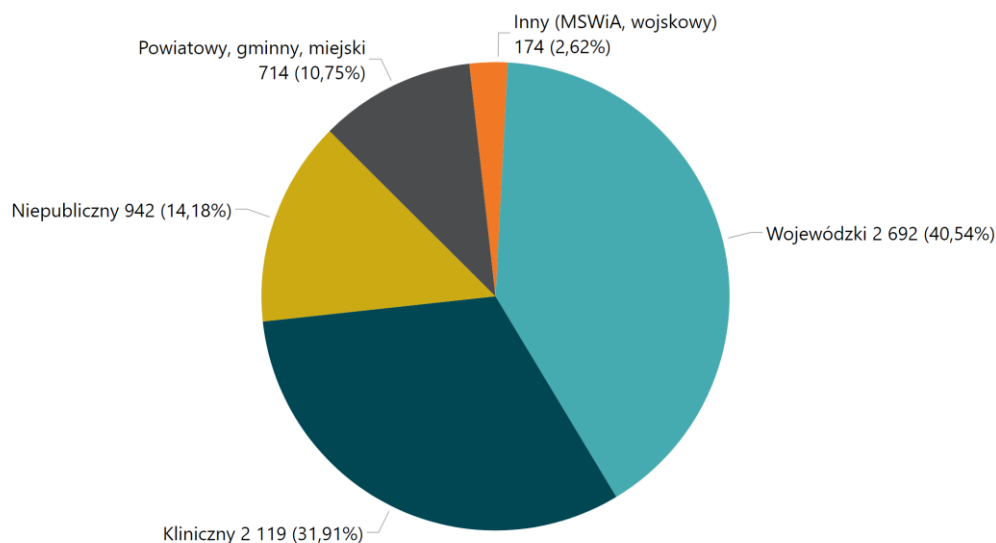
Kod i nazwa grupy	Liczba świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia w 2024 r.	[%] świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeń, które zostały włączone do wyliczeń	Liczba zrealizowanych świadczeń w 2024 r.	[%] świadczeń włączonych do wyliczeń
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	24	33	72,73%	272	615	44,23%
J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	57	77	74,03%	901	3 376	26,69%
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	68	156	43,59%	1 530	19 492	7,85%
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*	62	155	40,00%	348	1 329	26,19%
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*	61	175	34,86%	363	1 641	22,12%
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	3	34	8,82%	78	596	13,09%
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	40	61	65,57%	255	576	44,27%
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	56	91	61,54%	430	2 400	17,92%
J05 Średnia chirurgia piersi *	64	253	25,30%	602	4 880	12,34%
J06 Mała chirurgia piersi *	56	222	25,23%	264	2 323	11,36%
J07 Choroby piersi łagodne	62	282	21,99%	281	1 623	17,31%
J08 Choroby piersi złośliwe	69	362	19,06%	948	9 371	10,12%
J10 Biopsja mammotomiczna *	21	61	34,43%	369	3 788	9,74%
Razem	85	480	17,71%	6 641	52 010	12,77%

Źródło: Opracowanie własne

Na poniższym rysunku przedstawiono liczebność próby danych medyczno-kosztowych, które posłużyły do kalkulacji wartości taryfikowanych świadczeń zdrowotnych, z podziałem na kategorie szpitali.

Zdecydowana większość danych pochodziła ze szpitali wojewódzkich, które stanowiły 40,54% całej próby. Z kolei najmniejszy udział w próbie miały szpitale zaliczone do kategorii „inny” (obejmującej m.in. placówki resortowe, takie jak MSWiA czy wojskowe), których dane stanowiły jedynie 2,62% całości.

Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii szpitala



Rysunek 32. Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii szpitala.

Źródło: Opracowanie własne

Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych jest zasadniczo zbliżona do struktury realizacji świadczeń w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi, w szczególności w odniesieniu do szpitali wojewódzkich oraz niepublicznych. Jednocześnie widoczna jest relatywna nadreprezentacja szpitali klinicznych oraz niedostateczna reprezentacja szpitali powiatowych, gminnych i miejskich w bazie danych kosztowych. Różnice te należy wiązać z większym zaangażowaniem ośrodków o wyższym poziomie referencyjności we współpracę z Agencją.

Jednocześnie, ze względu na stosowaną w procesie taryfikacji metodologię kalkulacji kosztów, opartą na ważeniu obserwacji kategorią szpitala oraz strukturą realizacji świadczeń, potencjalne ryzyko wynikające z różnic w reprezentatywności próby danych kosztowych pozostaje istotnie ograniczone.

Dane finansowo-księgowe

Do oszacowania kosztu osobodnia oraz zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz gabinetu zabiegowego wykorzystano dane finansowo-księgowe za lata 2023–2024, pozyskane w ramach przeprowadzanych przez AOTMiT postępowań.

W poniższej tabeli przedstawiono liczebność próby danych finansowo-księgowych pozyskanych dla poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego (OPK), wybranych na podstawie poziomu realizacji grup JGP. Łącznie, na potrzeby analiz, Agencja dysponowała danymi finansowo-księgowymi o 1 986 OPK, które w większości pochodziły ze szpitali powiatowych, gminnych, miejskich (678 OPK) oraz wojewódzkich (655 OPK). W odniesieniu do OPK odpowiadających łącznie za 91,99% realizacji świadczeń objętych analizą, liczebność próby wyniosła:

- oddział chirurgii onkologicznej (kod resortowy: 4540) – 61 OPK,
- oddział chirurgiczny ogólny (kod resortowy: 4500) – 192 OPK,
- oddział onkologiczny (kod resortowy: 4240) – 49 OPK,
- oddział onkologii klinicznej/chemioterapii (kod resortowy: 4242) – 90 OPK.

Tabela 19 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców

Kod resortowy	Kategoria szpitala					Razem
	Powiatowy, gminny, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Niepubliczny	Inny (MSWiA, wojskowy)	
Oddział onkologiczny (4240)	6	23	19	1	–	49
Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii (4242)	18	47	13	8	4	90
Oddział chirurgiczny ogólny (4500)	101	33	22	18	18	192
Oddział chirurgii onkologicznej (4540)	9	32	13	3	4	61
Blok operacyjny (4910)	51	21	21	16	12	121
Pozostałe	493	499	323	96	62	1 473
Razem	678	655	411	142	100	1 986

Źródło: Opracowanie własne

Dane o wynagrodzeniach

Do oszacowania kosztu wynagrodzeń personelu zabiegowego wykorzystano dane zebrane w ramach postępowania 85 *Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych*. Pozyskane dane obejmowały zanonimizowane informacje dotyczące wartości wynagrodzeń osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę lub umów cywilnoprawnych, wymiaru zatrudnienia, poszczególnych składowych wynagrodzenia oraz kosztów ponoszonych przez pracodawcę, za wrzesień 2025 r.

W analizach uwzględniono stawki wynagrodzeń z uwzględnieniem kosztów pracodawcy (tzw. brutto-brutto) personelu medycznego zatrudnionego lub udzielającego świadczeń w analizowanych komórkach organizacyjnych.

3.2 Odwrócona Piramida Świadczeń

Projekt „Odwrócona Piramida Świadczeń” realizowany przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji stanowi jedno z kluczowych działań systemowych ukierunkowanych na reformę organizacji opieki zdrowotnej w Polsce. Jego głównym celem jest przeniesienie ciężaru realizacji świadczeń

z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), przy jednoczesnym pozostawieniu hospitalizacji dla przypadków wymagających wysokospecjalistycznej interwencji.

Projekt zakłada m.in. rewizję definicji produktów rozliczeniowych, dostosowanie mechanizmów finansowania do rzeczywistego stopnia złożoności świadczeń oraz rozwój schematów współpracy pomiędzy opieką ambulatoryjną a lecznictwem szpitalnym. Oczekiwanym efektem jest zwiększenie dostępności świadczeń, ograniczenie nieuzasadnionych hospitalizacji oraz bardziej efektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia, w tym kadr medycznych i infrastruktury szpitalnej.

Działania te wpisują się w szerszy kierunek zmian systemowych ukierunkowanych na poprawę efektywności, dostępności i jakości świadczeń, przy jednoczesnej optymalizacji kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Realizacja projektu została podzielona na etapy obejmujące poszczególne obszary świadczeń, w ramach których sukcesywnie prowadzone są analizy oraz prace wdrożeniowe. Jednym z analizowanych obszarów jest chirurgia piersi.

W ramach tego etapu Narodowy Fundusz Zdrowia podjął współpracę z ekspertami klinicznymi, której celem było dostosowanie charakterystyki świadczeń do aktualnej praktyki medycznej. Efektem tych prac było opracowanie nowej charakterystyki produktów rozliczeniowych w obszarze chirurgii piersi, która została przekazana do Agencji.

Całość wprowadzonych zmian miała na celu zwiększenie przejrzystości rozliczeń, poprawę jednorodności klinicznej produktów JGP oraz lepsze dopasowanie poziomu finansowania do rzeczywistego nakładu zasobów niezbędnych do realizacji świadczeń.

W poniższej tabeli zestawiono obecny i nowoutworzony katalog JGP, natomiast szczegółową charakterystykę grup umieszczono w załączniku nr 6.

Tabela 20 Zestawienie katalogu JGP - katalog obowiązujący oraz katalog nowoutworzony

JGP przed zmianą	JGP po zmianie	
	Jednostronne	Obustronne
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera	J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych – jednostronne J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną – jednostronne J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne	J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych – obustronne J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną – obustronne J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją – obustronne J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi

JGP przed zmianą	JGP po zmianie	
	Jednostronne	Obustronne
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi	J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych – jednostronne J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej	J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne	J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ekspandera	J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne	J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne
J05 Średnia chirurgia piersi	J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi	
J06 Mała chirurgia piersi	J06A Małe zabiegi w obrębie piersi	
J07 Choroby piersi łagodne	J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi	
J08 Choroby piersi złośliwe	J08 Choroby piersi złośliwe	
J10 Biopsja mammotomiczna	J10A Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią J10B Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią z zaawansowanym obrazowaniem	

Źródło: Opracowanie własne

Wprowadzona zmiana w produktach rozliczeniowych JGP w obszarze chirurgii piersi polegała na kompleksowym uporządkowaniu oraz uszczegółowieniu koszyka świadczeń. Dotychczasowe grupy, obejmujące często niejednorodne klinicznie zakresy procedur (m.in. rekonstrukcje realizowane różnymi technikami, zabiegi jedno- i obustronne czy podział według kryterium wieku), zostały zastąpione bardziej jednorodnymi produktami, różnicującymi zakres leczenia operacyjnego (mastektomia, zabiegi oszczędzające, rekonstrukcje), technikę wykonania świadczenia (mikrochirurgia, rekonstrukcje z wykorzystaniem tkanek własnych, implantów) oraz stronność zabiegu (świadczenia jednostronne i obustronne).

W ramach zmian zrezygnowano z kryterium wieku w zakresie dużych zabiegów piersi, wprowadzając jednocześnie podział oparty na rozpoznaniu nowotworu oraz wykonaniu symetryzacji drugiej piersi. Rozdzielono również kompleksowe procedury rekonstrukcyjne na

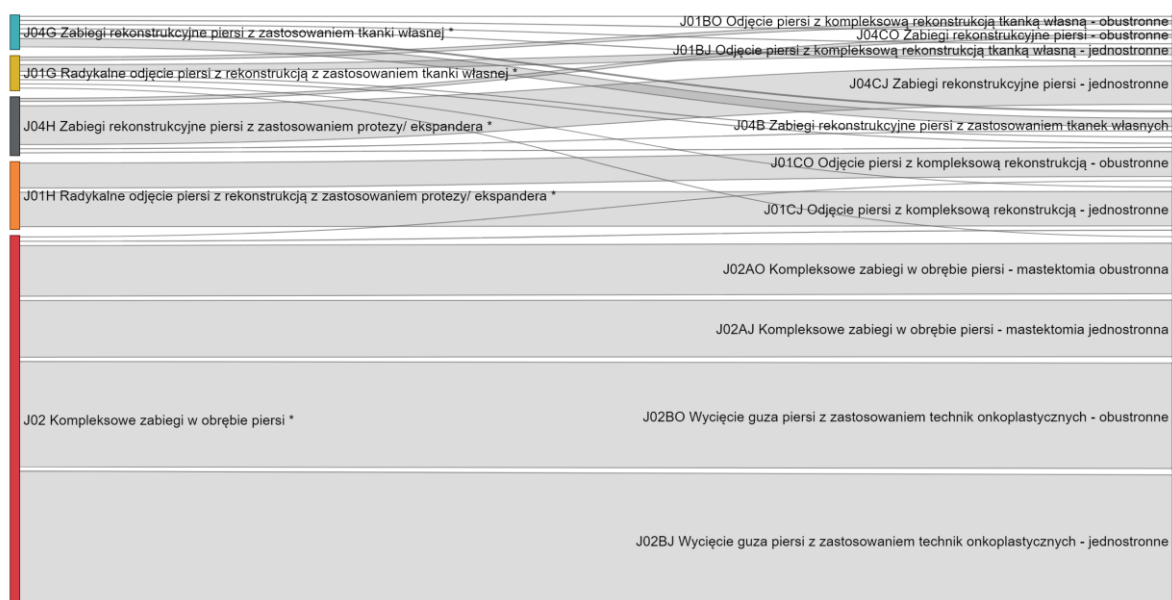
odrębne, jednoznacznie zdefiniowane warianty świadczeń. Dodatkowo uporządkowano zakres mniejszych i średnich zabiegów chirurgicznych oraz świadczeń dotyczących leczenia zachowawczego chorób piersi, a w obszarze diagnostyki wyodrębniono nową, bardziej precyzyjną klasyfikację biopsji próżniowych.

Jednocześnie grupa J10B nie została objęta procesem wyceny na etapie taryfikacji, z uwagi na fakt, że odpowiadające jej procedury kierunkowe nie znajdują się w obowiązującym aktualnie koszyku świadczeń gwarantowanych. Dla celów porządkowych zostały one jednak uwzględnione w docelowej definicji produktów rozliczeniowych.

W ramach przeprowadzonych prac, w oparciu o dostępne dane kosztowe i sprawozdawcze oraz przyjęte założenia dotyczące docelowej struktury świadczeń, przeprowadzono proces taryfikacji produktów.

Zmiany populacji pacjentów wynikające z modyfikacji charakterystyk grup JGP przedstawiono na poniższych rysunkach.

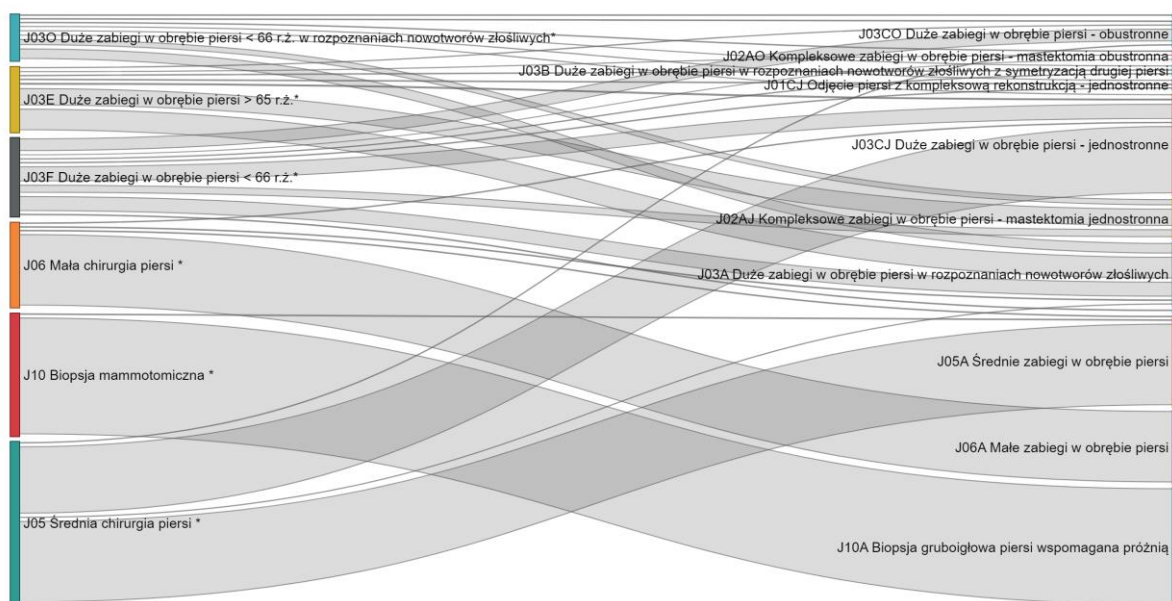
Przesunięcia hospitalizacji pomiędzy grupami po zmianie katalogu JGP



Rysunek 33. Rozkład populacji pacjentów przed i po uwzględnieniu zmian w charakterystykach JGP – zabiegi rekonstrukcyjne i kompleksowe.

Źródło: Opracowanie własne

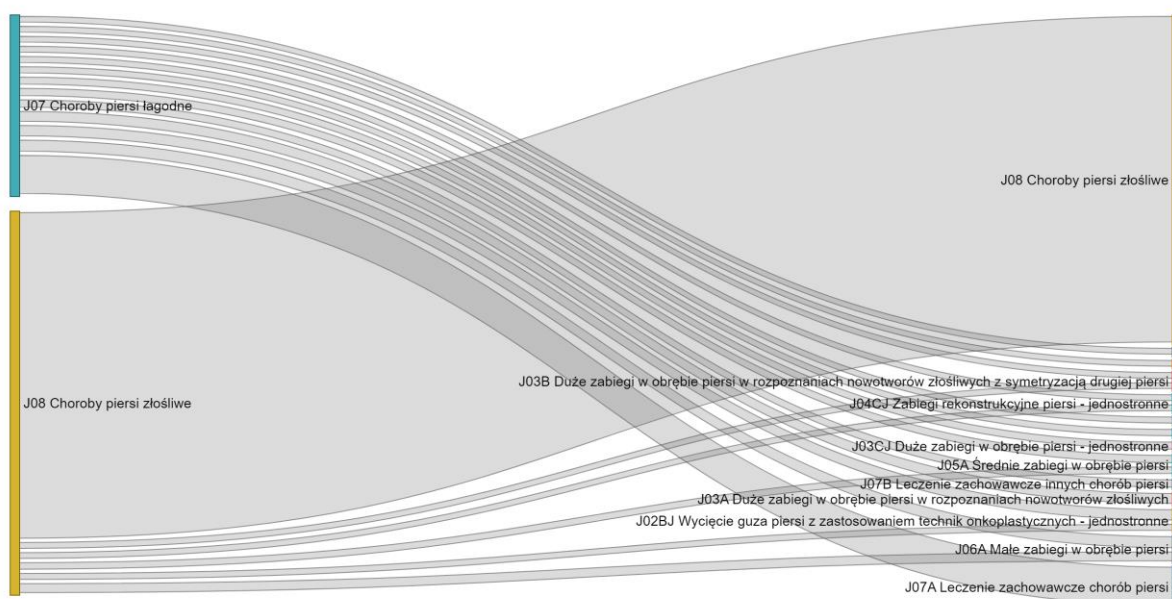
Przesunięcia hospitalizacji pomiędzy grupami po zmianie katalogu JGP



Rysunek 34. Rozkład populacji pacjentów przed i po uwzględnieniu zmian w charakterystykach JGP – duże, średnie i małe zabiegi.

Źródło: Opracowanie własne

Przesunięcia hospitalizacji pomiędzy grupami po zmianie katalogu JGP



Rysunek 35. Rozkład populacji pacjentów przed i po uwzględnieniu zmian w charakterystykach JGP – leczenie zachowawcze.

Źródło: Opracowanie własne

Poniżej zaprezentowano zestawienie prognozowanej liczby produktów rozliczeniowych, oszacowane na podstawie projektowanych charakterystyk grup JGP. Jako punkt odniesienia wykorzystano dane sprawozdawcze za 2024 rok, co pozwoliło na ocenę potencjalnych zmian w strukturze realizowanych świadczeń, wynikających zarówno z modyfikacji taryf, jak i zmian w zakresie przyporządkowania świadczeń do nowych produktów rozliczeniowych.

Należy jednak podkreślić, że analiza miała charakter symulacyjny, co wynikało z różnic pomiędzy dotychczas obowiązującymi charakterystykami produktów rozliczeniowych a projektowanym, docelowym modelem grupowania świadczeń. W szczególności zmiany obejmowały odmienny sposób kwalifikowania procedur, większy poziom szczegółowości produktów oraz nowe zasady różnicowania świadczeń według zakresu zabiegu, techniki operacyjnej czy stronności procedury. W konsekwencji bezpośrednie odwzorowanie historycznych danych sprawozdawczych na nową strukturę produktów nie było możliwe i wymagało zastosowania szeregu założeń oraz przybliżeń analitycznych, opartych na dostępnych danych dotyczących realizacji świadczeń i sprawozdawanych procedur. Uzyskane wyniki należy zatem interpretować jako szacunek obrazujący potencjalny wpływ projektowanych zmian na strukturę i wolumen rozliczanych świadczeń.

Jednocześnie na podstawie posiadanych danych sprawozdawczych nie przypisano świadczeń dla nowych grup:

- J01CP *Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi,*
- J02C *Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej,*
- J10B *Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią z zaawansowanym obrazowaniem.*

Tabela 21 Prognozowany wolumen realizacji produktów po uwzględnieniu zmiany charakterystyk JGP

Kod i nazwa grupy docelowej (po zmianie) Kod i nazwa grupy przed zmianą	Liczba świadczeń
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	3
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	3
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne	11
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	11
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne	391
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	388
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	3
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne	201
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	200
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	1
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne	2 019
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	10
J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	1 956
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	22
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	1
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	5
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	25
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne	1 440
J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej *	3
J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	1 420
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	14
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	2
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	1

Kod i nazwa grupy docelowej (po zmianie) Kod i nazwa grupy przed zmianą	Liczba świadczeń
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna	4 217
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	3 211
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	551
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	249
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	190
J07 Choroby piersi łagodne	16
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna	2 911
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	2 869
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	16
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	20
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	5
J07 Choroby piersi łagodne	1
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne	7 554
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	7 410
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	1
J07 Choroby piersi łagodne	134
J08 Choroby piersi złośliwe	9
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne	5 966
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	5 966
J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	1 634
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	693
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	475
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	332
J05 Średnia chirurgia piersi *	13
J06 Mała chirurgia piersi *	1
J07 Choroby piersi łagodne	120
J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi	37
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	5
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	8
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	16
J07 Choroby piersi łagodne	3
J08 Choroby piersi złośliwe	5
J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne	2 782
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	52
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	484
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	26
J05 Średnia chirurgia piersi *	2 179
J06 Mała chirurgia piersi *	5
J07 Choroby piersi łagodne	36
J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne	427
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	11
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	398
J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	1
J05 Średnia chirurgia piersi *	7
J07 Choroby piersi łagodne	10

Kod i nazwa grupy docelowej (po zmianie) Kod i nazwa grupy przed zmianą	Liczba świadczeń
J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych	66
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	66
J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych	488
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	486
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	2
J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne	2 234
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	19
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	2 207
J07 Choroby piersi łagodne	4
J08 Choroby piersi złośliwe	4
J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne	191
J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej *	1
J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera *	190
J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi	2 711
J05 Średnia chirurgia piersi *	2 640
J06 Mała chirurgia piersi *	1
J07 Choroby piersi łagodne	46
J08 Choroby piersi złośliwe	23
J10 Biopsja mammotomiczna *	1
J06A Małe zabiegi w obrębie piersi	2 563
J06 Mała chirurgia piersi *	2 316
J07 Choroby piersi łagodne	153
J08 Choroby piersi złośliwe	94
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	937
J07 Choroby piersi łagodne	937
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi	48
J07 Choroby piersi łagodne	48
J08 Choroby piersi złośliwe	9 236
J08 Choroby piersi złośliwe	9 236
J10A Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią	3 788
J07 Choroby piersi łagodne	1
J10 Biopsja mammotomiczna *	3 787
Brak JGP	155
J05 Średnia chirurgia piersi *	41
J07 Choroby piersi łagodne	114
Suma	52 010

Źródło: Opracowanie własne

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Wybrane procedury medyczne z obszaru chirurgii piersi mogą być również realizowane w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W ramach taryfikacji uwzględniono zarówno procedury możliwe do wykonania w dwóch trybach – tj. w AOS oraz w leczeniu szpitalnym (tzw. procedury jednoimienne), w tym: nacięcie sutka, miejscowe wycięcie zmiany piersi, szycie rany piersi, przezskórną gruboigłową biopsję piersi – celowaną, biopsję gruboigłową piersi wspomaganą próżnią pod kontrolą USG oraz biopsję gruboigłową piersi wspomaganą próżnią stereotaktyczną.

Jednocześnie taryfikacją objęto również wybrane procedury które, zgodnie z obowiązującym koszykiem świadczeń, są możliwe do realizacji wyłącznie w warunkach AOS, tj.: przezskórną cienkoigłową biopsję piersi, przezskórną cienkoigłową biopsję piersi – celowaną, przezskórną gruboigłową biopsję piersi, aspirację z piersi oraz usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej.

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, przeprowadzono szczegółową kalkulację kosztów tych świadczeń. Na podstawie analizy kosztów jednostkowych oraz ich struktury opracowano propozycję nowego podziału grup rozliczeniowych, odzwierciedlającego rzeczywiste nakłady ponoszone w trybie ambulatoryjnym. Zachowano przy tym zasadę adekwatności kosztowej, tak aby zapewnić opłacalność realizacji świadczeń poza szpitalem, bez uszczerbku dla ich jakości oraz bezpieczeństwa pacjentów. W wyniku przeprowadzonych analiz proponuje się zmianę grup rozliczeniowych dla wskazanych procedur (Tabela 22).

Tabela 22 Propozycje zmian w katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

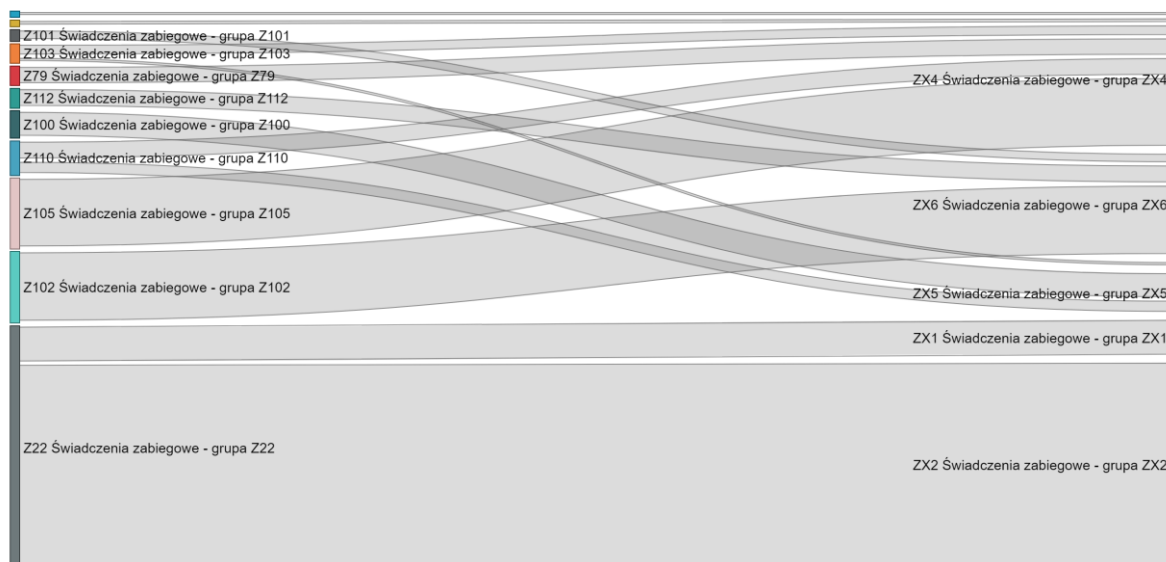
Grupa przed zmianą	Kod i nazwa procedury	Grupa po zmianie
Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110	85.02 Nacięcie sutka	ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX5
Z101 Świadczenia zabiegowe - grupa 101	85.111 Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi	ZX6 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX6
Z102 Świadczenia zabiegowe - grupa 102	85.112 Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana	
Z112 Świadczenia zabiegowe - grupa 112		
Z103 Świadczenia zabiegowe - grupa 103	85.113 Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi	
Z78 Świadczenia zabiegowe - grupa 78		
Z105 Świadczenia zabiegowe - grupa 105	85.114 Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana	ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX4
Z79 Świadczenia zabiegowe - grupa 79		
Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22	85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX2
	85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna	ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX1
Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110	85.21 Miejscowe wycięcie zmiany piersi	ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX4
Z27 Świadczenia zabiegowe - grupa 27	85.81 Szycie rany piersi	
Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100	85.91 Aspiracja z piersi	ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX5
Z103 Świadczenia zabiegowe - grupa 103	85.98 Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej	ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX3

Źródło: Opracowanie własne

Rozkład populacji pacjentów w obowiązujących oraz w proponowanych, nowych produktach, według powyższych propozycji zmian w katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, przedstawia poniższy rysunek.

Przesunięcia pacjentów pomiędzy grupami w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Dane NFZ za rok 2024



Rysunek 36. Rozkład populacji pacjentów w obowiązujących i nowych produktach – ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Źródło: Opracowanie własne

3.3 Analiza danych

Analizę danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzono zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej AOTMiT*. W określonych, uzasadnionych przypadkach – opisanych w dalszej części dokumentu – zastosowano odstępstwa od metodyki, mające na celu uwzględnienie specyfiki analizowanych danych lub zapewnienie większej precyzji obliczeń.

Poniżej przedstawiono informacje o sposobie obliczeń podstawowych składowych kosztu świadczenia, m.in.: czasu hospitalizacji, kosztu osobodnia, kosztów leków i wyrobów medycznych, a także kosztów realizacji procedur diagnostycznych i zabiegowych. Obliczeń dokonano z uwzględnieniem propozycji zmian w odniesieniu do:

- nowej charakterystyki produktów rozliczeniowych w obszarze chirurgii piersi
- liczby dni pobytu finansowanych w ramach danej grupy.

Analiza została przeprowadzona z wykorzystaniem danych dotyczących realizacji świadczeń w 2024 roku. Z uwagi na konieczność porównania danych historycznych z projektowaną strukturą produktów rozliczeniowych oraz nowymi charakterystykami świadczeń, część analiz miała charakter symulacyjny i wymagała zastosowania określonych założeń oraz przybliżeń analitycznych. Nie we wszystkich przypadkach możliwe było jednoznaczne przypisanie świadczeń do projektowanych produktów rozliczeniowych w relacji jeden do jednego, co wynikało z różnic pomiędzy dotychczasowym i projektowanym sposobem grupowania świadczeń.

W celu zapewnienia możliwie najbardziej adekwatnego odwzorowania rzeczywistego przebiegu realizacji świadczeń, w analizie zostały wykorzystane również tzw. przebiegi eksperckie opracowane przy udziale ekspertów klinicznych. Obejmowały one w szczególności informacje dotyczące przewidywanej długości hospitalizacji, poziomu zaangażowania personelu medycznego w realizację procedur oraz identyfikacji minimalnych, niezbędnych elementów kosztowych związanych z udzielaniem świadczeń. Prace eksperckie miały charakter uzupełniający wobec analiz danych sprawozdawczych i zostały wykorzystane przede wszystkim w obszarach, w których dostępne dane empiryczne były niewystarczające do przeprowadzenia pełnej kalkulacji kosztów lub jednoznacznego przypisania świadczeń do nowych produktów rozliczeniowych.

3.3.1 Aktualizacja danych historycznych

W związku z oparciem analiz o dane pochodzące z lat 2020–2024, zostały one zaktualizowane do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku. Waloryzacji dokonano właściwymi wskaźnikami cząstkowymi wskazanymi w poniższej tabeli.

Tabela 23 Wskaźniki cząstkowe uaktualniające dane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku

Kategoria	Rok, z którego pochodzą dane				
	2020	2021	2022	2023	2024
Dynamika przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto - opieka zdrowotna i pomoc społeczna	1,84	1,57	1,46	1,27	1,10
Dynamika wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych – zdrowie	1,31	1,27	1,19	1,09	1,05
Dynamika średnioważonego kosztu kapitału	1,48	1,42	1,30	1,18	1,09

Źródło: Opracowanie własne

Zastosowane mnożniki zostały opracowane na podstawie korelacji prognoz zawartych w Wytycznych dotyczących stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw oraz danych z sektora opieki zdrowotnej, dotyczących wskaźnika wynagrodzeń i inflacji. Mnożnik uwzględnia wzrost minimalnego wynagrodzenia oraz założenia wynikające z ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

3.3.2 Liczba dni pobytu finansowanych grupą

W ramach prac nad taryfikacją świadczeń dotyczących chirurgicznego leczenia chorób piersi przeprowadzono analizę długości hospitalizacji finansowanych w poszczególnych grupach JGP. Analiza miała na celu wyznaczenie progów długości pobytu finansowanych w ramach grupy, umożliwiających zachowanie mechanizmu dodatkowego finansowania hospitalizacji istotnie przekraczających typowy czas leczenia, uwzględniony w taryfie świadczenia.

Należy jednocześnie podkreślić, że w niniejszym opracowaniu prezentowane są wyłącznie propozycje limitów liczby dni finansowanych grupą dla wybranych JGP, co wynika ze zmiany charakterystyk grup JGP oraz konieczności przypisania hospitalizacjom z 2024 roku odpowiadających im nowych produktów rozliczeniowych. Proces mapowania hospitalizacji do nowego katalogu JGP realizowano w oparciu o dostępne dane sprawozdawcze, w szczególności

rozpoznania oraz procedury medyczne, przy czym dla części hospitalizacji konieczne było zastosowanie przypisania eksperckiego z uwagi na niekompletność danych lub brak rozpoznania kierującego do danej grupy. W konsekwencji uzyskane wyniki mają charakter szacunkowy i wymagają dalszej weryfikacji po wdrożeniu nowej struktury produktów i rozpoczęciu ich bieżącego sprawozdawania.

W obszarach, w których dotychczas funkcjonowały limity liczby dni finansowanych grupą, w związku ze zmianą katalogu JGP zaproponowano nowe progi długości pobytu finansowane w ramach grupy. Do ich wyznaczenia wykorzystano metodykę stosowaną przez brytyjski system opieki zdrowotnej NHS, zgodnie z wytycznymi przedstawionymi w opracowaniu dotyczącym szacowania kosztów i długości hospitalizacji (NHS, 2022). Zgodnie z przyjętym podejściem, górny limit długości pobytu finansowanego w ramach grupy odpowiada sumie górnego kwartyla długości hospitalizacji oraz 1,5 wartości odstęp międzykwartylowego, przy czym wartość ta nie może być niższa niż 5 dni, zgodnie z poniższym wzorem:

$$\text{Limit górny} = \text{Max}\{5, Q3 + 1.5 \times (Q3 - Q1)\}$$

gdzie:

Q1 – pierwszy kwartyl długości pobytu,

Q3 – trzeci kwartyl długości pobytu.

Szczegółowe zestawienie proponowanych limitów dni finansowanych grupą zawarto w poniższej tabeli.

Tabela 24 Limit dni finansowanych grupą przed i po zmianie

Kod i nazwa grupy	Aktualnie	Po zmianie
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	17	16
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne		
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne		
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne		
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne		
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne		
J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi	18	11
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna		
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna		
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne		
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne		
J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej		
J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	nd.	nd.
J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi		
J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne		
J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne		
J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych		

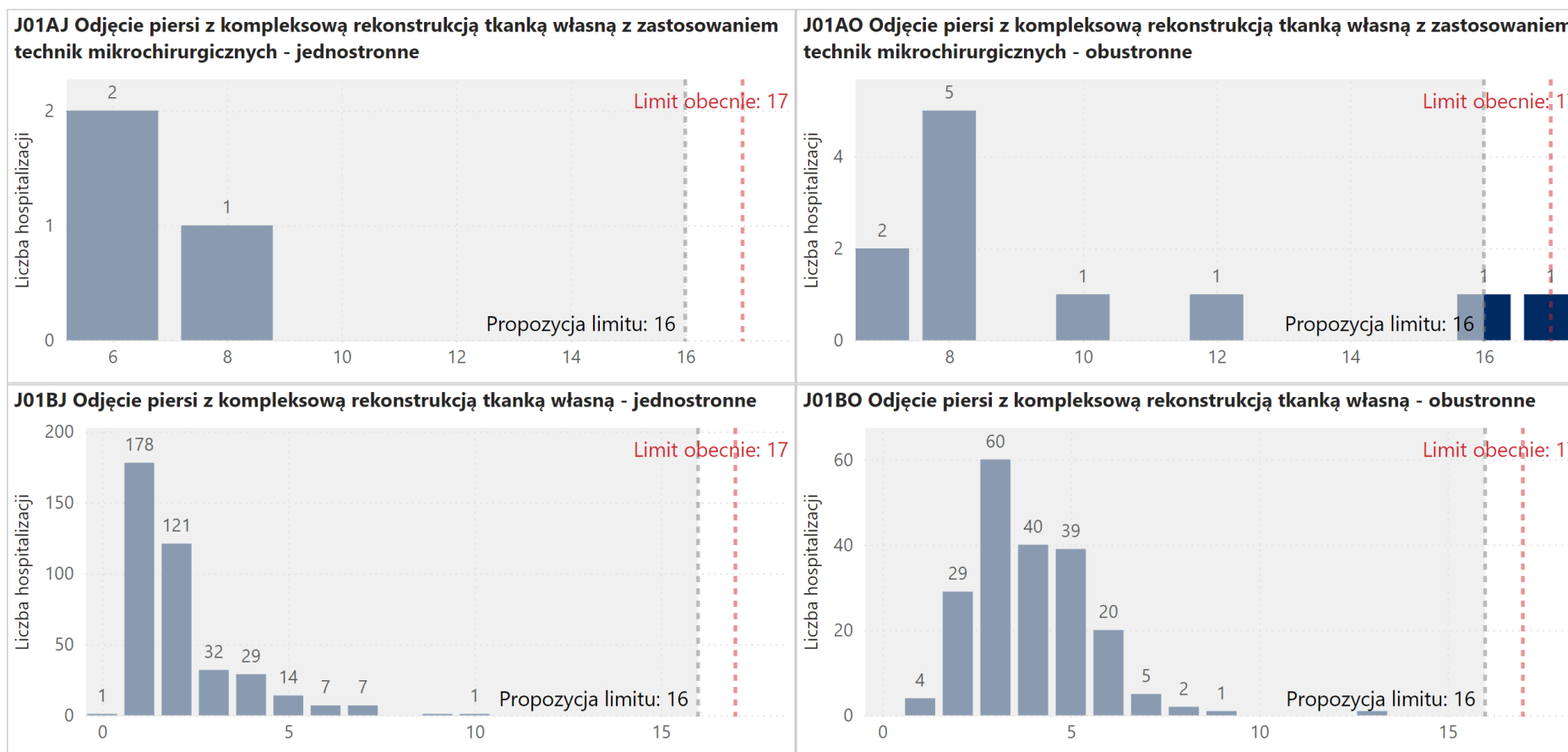
Kod i nazwa grupy	Aktualnie	Po zmianie
J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych		
J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne		
J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne		
J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi		
J06A Małe zabiegi w obrębie piersi		
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	6	5
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi		8
J08 Choroby piersi złośliwe	8	5
J10A Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią	nd.	nd.

Źródło: Opracowanie własne

Na poniższych rysunkach przedstawiono rozkłady długości pobytu wraz z obecną i skorygowaną liczbą dni pobytu finansowanych grupą w JGP.

Rozkład długości hospitalizacji wraz z propozycją zmiany limitu dni finansowanych grupą

Dane NFZ za rok 2024

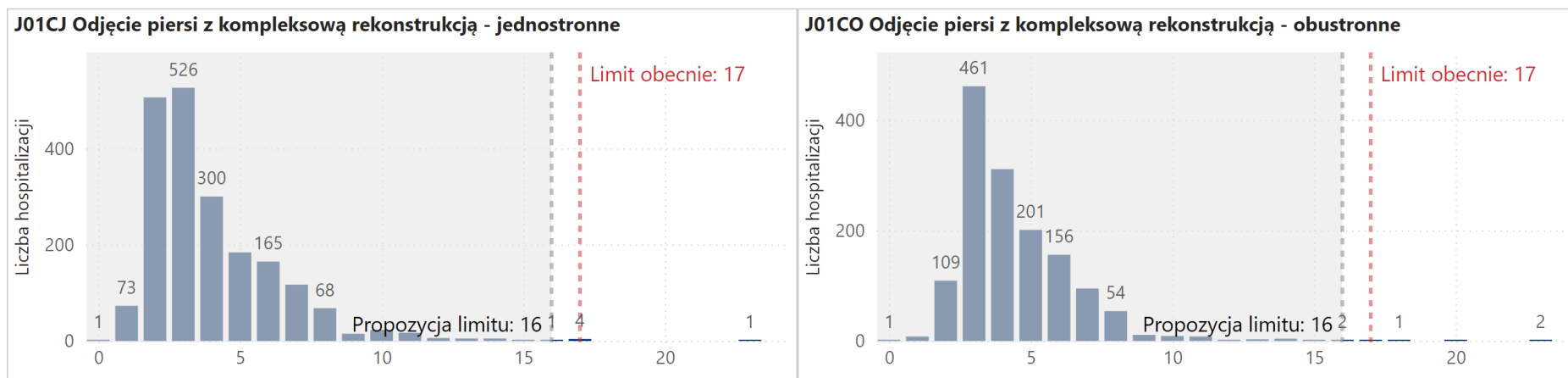


Rysunek 37. Rozkład długości hospitalizacji w JGP J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych – jednostronne, J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych – obustronne, J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną – jednostronne, J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne

Źródło: Opracowanie własne

Rozkład długości hospitalizacji wraz z propozycją zmiany limitu dni finansowanych grupą

Dane NFZ za rok 2024

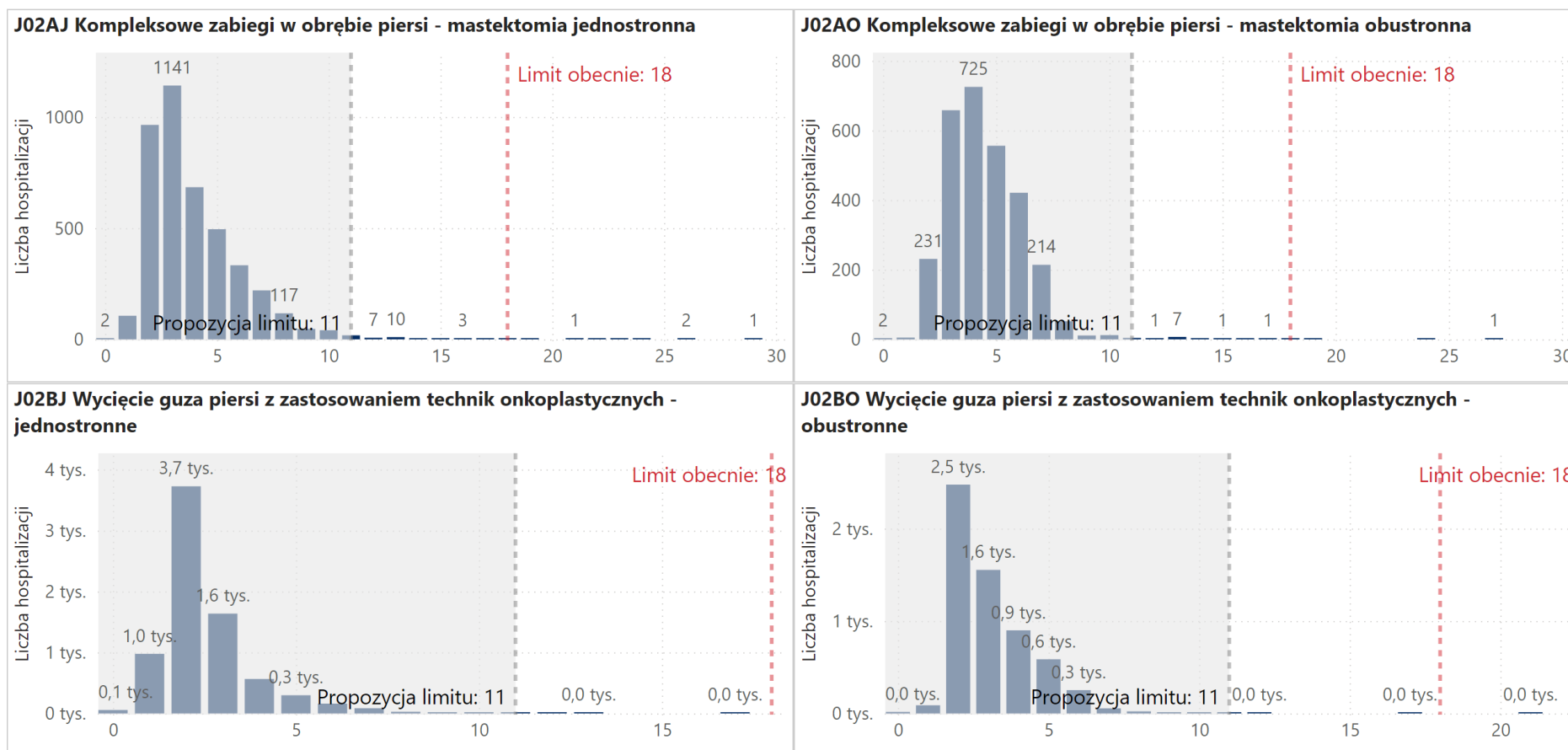


Rysunek 38. Rozkład długości hospitalizacji w JGP J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją – jednostronne, J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją – obustronne

Źródło: Opracowanie własne

Rozkład długości hospitalizacji wraz z propozycją zmiany limitu dni finansowanych grupą

Dane NFZ za rok 2024

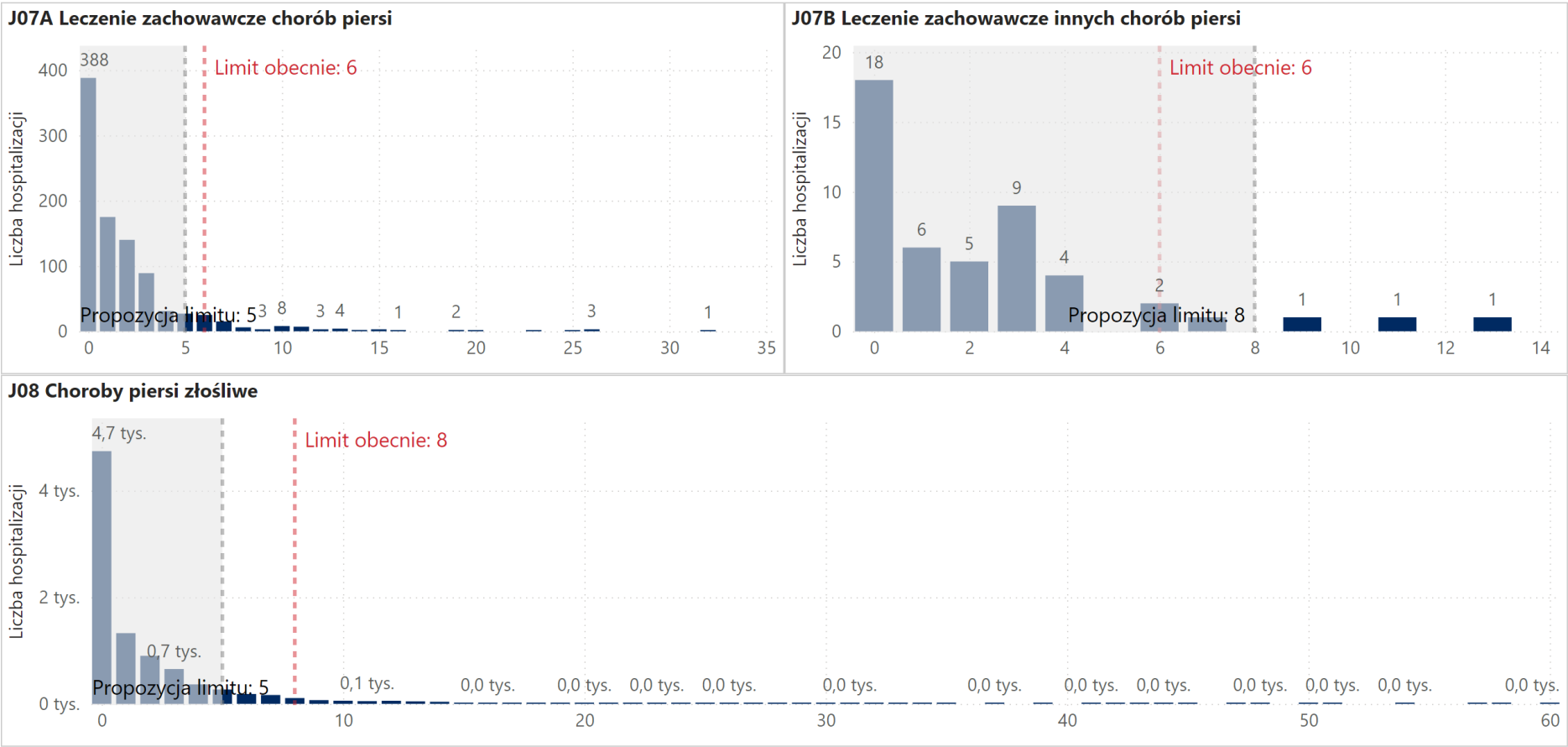


Rysunek 39. Rozkład długości hospitalizacji w JGP J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna, J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna, J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne, J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne

Źródło: Opracowanie własne

Rozkład długości hospitalizacji wraz z propozycją zmiany limitu dni finansowanych grupą

Dane NFZ za rok 2024



Rysunek 40. Rozkład długości hospitalizacji w JGP J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi, J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi, J08 Choroby piersi złośliwe
Źródło: Opracowanie własne

3.3.3 Osobodzień optymalny

Zgodnie z metodyką Agencji koszt osobodnia został oszacowany w oparciu o koszty stałe związane z funkcjonowaniem oddziału oraz poziom wykorzystania jego infrastruktury. Osobodzień stanowi, zgodnie ze standardem rachunku kosztów w podmiotach leczniczych, jednostkę kalkulacyjną odzwierciedlającą koszt zapewnienia pacjentowi pobytu i opieki w oddziale przez jedną dobę hospitalizacji. Obejmuje on w szczególności koszty związane z utrzymaniem infrastruktury oddziału, personelem niezbędnym do zapewnienia ciągłości opieki oraz pozostałymi kosztami funkcjonowania komórki organizacyjnej.

Jednocześnie kalkulacja kosztu osobodnia opiera się na danych kosztowych raportowanych przez świadczeniodawców i uwzględnia całkowite koszty funkcjonowania oddziałów, w tym pełne koszty zatrudnienia personelu medycznego i niemedycznego. W kosztach tych zawierają się nie tylko wynagrodzenia podstawowe, ale również dodatki za pracę w godzinach nadliczbowych, premie, składki na ubezpieczenia społeczne, a także koszty związane z absencjami pracowników, w szczególności wynikającymi ze zwolnień chorobowych, urlopów wypoczynkowych, macierzyńskich czy innych usprawiedliwionych nieobecności. Dzięki temu uzyskane wartości odzwierciedlają rzeczywiste obciążenie finansowe podmiotów leczniczych związane z zapewnieniem opieki szpitalnej.

Do dalszych obliczeń przyjmowano tzw. osobodzień optymalny, uwzględniający założenie efektywnego wykorzystania zasobów infrastrukturalnych oddziału. Podejście to ma na celu ograniczenie wpływu przejściowo niskiego wykorzystania łóżek szpitalnych na poziom jednostkowego kosztu osobodnia oraz lepsze odzwierciedlenie kosztów funkcjonowania oddziału przy racjonalnym poziomie jego wykorzystania. Wartość osobodnia optymalnego wyznaczano na podstawie wyższego z dwóch wariantów obłożenia: rzeczywistego, raportowanego przez świadczeniodawców lub teoretycznego, określonego na poziomie 85% w dni robocze (poniedziałek–piątek) oraz 50% w weekendy.

W celu bardziej adekwatnego i spójnego oszacowania kosztów osobodnia pobytu pacjentów leczonych z powodu chorób piersi przyjęto założenie, że świadczenia o zbliżonym charakterze klinicznym są co do zasady realizowane na tych samych lub bardzo podobnych oddziałach, z wykorzystaniem porównywalnych zasobów infrastrukturalnych i kadrowych. W związku z tym nie jest zasadne istotne różnicowanie kosztu osobodnia pomiędzy poszczególnymi grupami JGP, jeśli dotyczą one świadczeń realizowanych w tym samym środowisku organizacyjnym.

Uwzględniając jednak różnice w zakresie złożoności procesu diagnostyczno-terapeutycznego, kompleksowości leczenia oraz poziomu zaangażowania zasobów, poszczególne grupy JGP przyporządkowano do trzech kategorii kosztowych. Dla każdej z nich oszacowano jedną, wspólną wartość kosztu osobodnia, która następnie została wykorzystana do kalkulacji kosztów pobytu w poszczególnych grupach. Zakłada się, że dzięki temu możliwym będzie zachowanie równowagi pomiędzy odzwierciedleniem rzeczywistych różnic kosztowych a zapewnieniem stabilności i porównywalności refundacji, ograniczając jednocześnie ryzyko nadmiernej fragmentacji oraz wrażliwości wyników na zmienność danych bazowych.

Dla każdej z wyodrębnionych kategorii kosztowych oszacowano jedną, wspólną wartość kosztu osobodnia, która następnie została wykorzystana do kalkulacji kosztów pobytu w poszczególnych JGP. W poniższej tabeli przedstawiono przydział JGP do poszczególnych kategorii kosztowych.

Tabela 25 Podział grup JGP według kategorii osobodnia pobytu

Kategoria	Kod i nazwa grupy
I	J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi
	J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi
	J08 Choroby piersi złośliwe
II	J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych – jednostronne
	J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych – obustronne
	J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną – jednostronne
	J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną – obustronne
	J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją – jednostronne
	J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją – obustronne
	J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi
	J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna
	J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna
	J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne
	J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne
	J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej
	J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych
	J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi
	J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi – jednostronne
	J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi – obustronne
	J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych
	J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych
	J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi – jednostronne
	J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi – obustronne
III	J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi
	J06A Małe zabiegi w obrębie piersi
	J10A Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią
	J10B Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią z zaawansowanym obrazowaniem

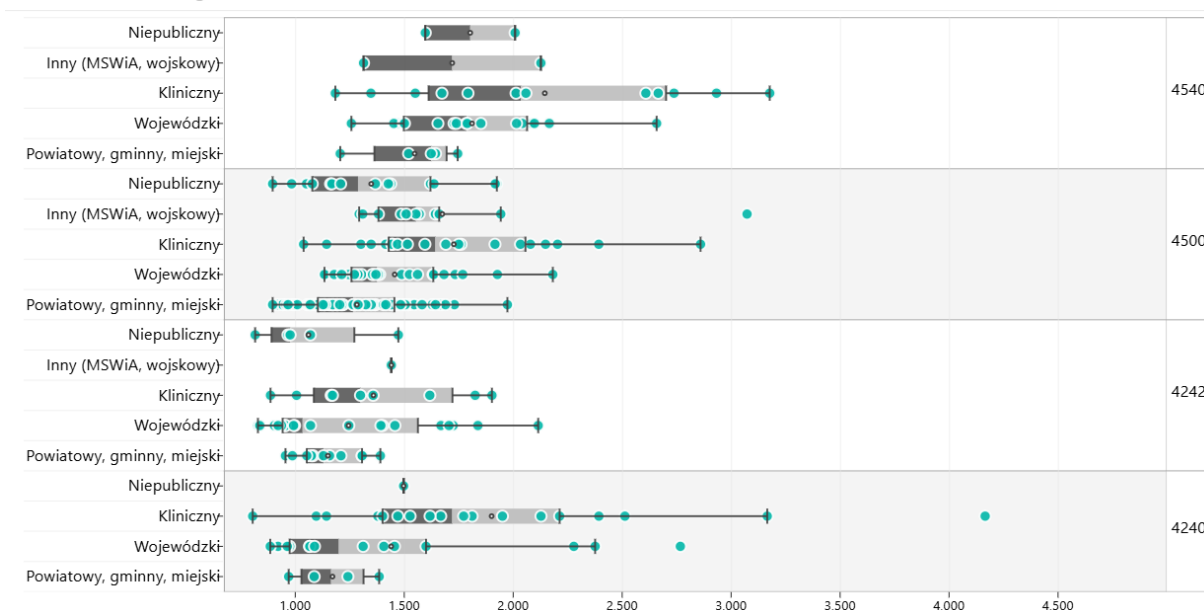
Źródło: Opracowanie własne

Koszt osobodnia dla każdej z wyodrębnionych kategorii kosztowych wyznaczono jako średnią odcietą, z uwzględnieniem zróżnicowania pomiędzy kategoriami szpitali oraz komórkami organizacyjnymi identyfikowanymi kodem resortowym. Uzyskane wartości zostały następnie zważone poziomem realizacji świadczeń, zarówno w ujęciu komórek organizacyjnych, jak i kategorii szpitali.

Na poniższym rysunku przedstawiono rozrzut optymalnych kosztów osobodnia pobytu pacjenta w oddziale, skalkulowanych na podstawie danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców za lata 2023–2024, po aktualizacji do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku, w podziale na oddziały odpowiadające za 91,99% realizacji świadczeń w 2024 roku.

Koszt osobodnia przyjętego do kalkulacji w oddziałach odpowiadających za 91,99% realizacji

Dane finansowo-księgowe aktualne do 30 czerwca 2026 roku

**Rysunek 41. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 91,99% realizacji świadczeń, po aktualizacji do 30.06.2026 r., w podziale na kategorię szpitala.**

(4540 – oddział chirurgii onkologicznej, 4500 – oddział chirurgiczny ogólny, 4240 – oddział onkologiczny, 4242 – oddział onkologii klinicznej/ chemioterapii)

Źródło: Opracowanie własne

Do dalszych kalkulacji przyjęto wartości kosztu osobodnia w szpitalach poszczególnych kategorii zaprezentowane na poniższym rysunku. Średni optymalny koszt osobodnia waha się od 957 zł na oddziale onkologii klinicznej w szpitalach niepublicznych do 2 145 zł na oddziale chirurgii onkologicznej w szpitalach klinicznych.

Koszt osobodnia przyjętego do kalkulacji w oddziałach odpowiadających za 91,99% realizacji

Dane finansowo-księgowe aktualne do 30 czerwca 2026 roku

**Rysunek 42. Koszt osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 91,99% realizacji świadczeń, po aktualizacji do 30.06.2026 r., w podziale na kategorię szpitala.**

Źródło: Opracowanie własne

Oszacowane wartości kosztu osobodnia, przypisane do trzech kategorii kosztowych, przedstawiono w poniższej tabeli. Średni koszt osobodnia waha się od 1 464,29 zł w kategorii I do 2 014,56 zł w kategorii II. Różnica pomiędzy najniższym a najwyższym kosztem osobodnia w przyjętych kategoriach wynosi 550,27 zł.

Tabela 26 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych kategoriach, po aktualizacji do 30.06.2026 roku

Kategoria osobodnia pobytu	Średni koszt osobodnia [zł]
I	1 464,29
II	2 014,56
III	1 943,66

Źródło: Opracowanie własne

W poniższej tabeli zamieszczono koszty osobodnia przyjęte do wyliczenia kosztów pobytu w poszczególnych JGP, wynikające z przypisania danej grupy do jednej z trzech kategorii kosztowych. W ramach każdej kategorii zastosowano jednolitą wartość kosztu osobodnia.

Tabela 27 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych JGP, po aktualizacji do 30.06.2026 roku

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia [zł]
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	2 014,56
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne	2 014,56
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne	2 014,56
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne	2 014,56
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne	2 014,56
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne	2 014,56
J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi	2 014,56
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna	2 014,56
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna	2 014,56
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne	2 014,56
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne	2 014,56
J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej	2 014,56
J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	2 014,56
J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi	2 014,56
J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne	2 014,56
J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne	2 014,56
J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych	2 014,56
J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych	2 014,56
J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne	2 014,56
J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne	2 014,56
J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi	1 943,66
J06A Małe zabiegi w obrębie piersi	1 943,66
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	1 464,29
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi	1 464,29
J08 Choroby piersi złośliwe	1 464,29
J10A Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią	1 943,66

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia [zł]
J10B Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią z zaawansowanym obrazowaniem	1 943,66

Źródło: Opracowanie własne

3.3.4 Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą

Jednocześnie z ustaleniem liczby dni pobytu finansowanych grupą określono wartość punktową dodatkowego osobodnia finansowanego po przekroczeniu limitu pobytu uwzględnionego w taryfie grupy. Nowe wartości oszacowano metodą regresyjną, tj. na poziomie 80% średniego kosztu osobodnia, zaktualizowanego do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30 czerwca 2026 r., a następnie przeliczonego na wartość punktową przy założeniu średniej ceny punktu obowiązującej od lipca 2025 r., wynoszącej:

- 1,93 zł dla grup J07A, J07B, J08;
- 1,91 zł dla pozostałych produktów rozliczeniowych.

Tabela 28 Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą, po aktualizacji do 30.06.2026 roku

Kod i nazwa grupy	Wartość osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą – projekt [zł]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą – projekt
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	1 611,65	843
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne		
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne		
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne		
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne		
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne		
J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi		
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna		
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna		
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne		
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne		
J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej		
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	1 171,44	606
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi		
J08 Choroby piersi złośliwe		

Źródło: Opracowanie własne

3.3.5 Koszt pobytu

Koszt pobytu w poszczególnych grupach JGP zostały oszacowane jako iloczyn średniej długości hospitalizacji pacjentów rozliczonych w danej grupie w 2024 roku (z wyłączeniem pobytów w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii) oraz średniej wartości osobodnia przypisanej do odpowiedniej kategorii kosztowej. Przyporządkowanie grup JGP do kategorii kosztowych oparto na podziale na trzy wyodrębnione grupy kosztów hospitalizacji. Uzyskane wartości zostały dodatkowo zważone strukturą realizacji świadczeń według kategorii szpitali.

Analizy zostały przeprowadzone w odniesieniu do wszystkich hospitalizacji przypisanych do projektowanych grup JGP. W przypadku hospitalizacji, których długość pobytu mieściła się w limitach dni finansowanych grupą wyznaczonych przez AOTMiT, do obliczeń przyjmowana była rzeczywista długość pobytu. Natomiast w sytuacji przekroczenia ustalonego limitu, w analizach uwzględniana była długość pobytu odpowiadająca maksymalnej liczbie dni finansowanych w ramach grupy. Oznacza to, że żadna hospitalizacja nie została wyłączona z analizy, a każdej hospitalizacji została przypisana długość pobytu odpowiadająca wartości rzeczywistej albo wartości ograniczonej do poziomu wyznaczonego limitem finansowania grupy.

Tabela 29 Średni koszt pobytu w poszczególnych grupach zabiegowych po aktualizacji do 30.06.2026 roku

Kod i nazwa grupy	Średnia długość pobytu w dniach	Średni koszt pobytu [zł]
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	6,67	13 430,40
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne	9,82	19 779,32
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne	4,00	8 058,24
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne	5,00	10 072,80
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne	3,99	8 043,62
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne	4,45	8 962,12
J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi	4,45	8 962,12
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna	3,98	8 021,37
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna	4,48	9 016,44
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne	2,57	5 186,60
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne	3,10	6 242,47
J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej	3,10	6 242,47
J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	2,92	5 884,26
J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi	3,32	6 686,16
J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne	2,16	4 347,10
J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne	3,75	7 561,91
J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych	8,94	18 010,64

Kod i nazwa grupy	Średnia długość pobytu w dniach	Średni koszt pobytu [zł]
J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych	5,00	10 072,80
J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne	4,00	8 058,24
J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne	4,50	9 065,52
J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi	2,10	4 077,36
J06A Małe zabiegi w obrębie piersi	1,60	3 117,14
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	1,83	2 683,70
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi	2,43	3 550,91
J08 Choroby piersi złośliwe	1,79	2 615,50

Źródło: Opracowanie własne

Z uwagi na brak próby danych umożliwiającej oszacowanie kosztów pobytu pacjentów dla części nowo wyodrębnionych grup, w procesie kalkulacji zostały wykorzystane założenia eksperckie. Dla grupy J01CP *Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi* został przyjęty koszt pobytu analogiczny do grupy J01CO *Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją – obustronne*, jako grupy najbardziej zbliżonej pod względem charakterystyki klinicznej oraz zakresu realizowanych świadczeń. Analogiczne podejście zostało zastosowane dla grupy J02C *Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej*, dla której został przyjęty koszt pobytu odpowiadający grupie J02BO *Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych – obustronne*.

W przypadku grupy J10A *Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią* nie została przeprowadzona odrębna kalkulacja kosztu pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym. Świadczenie to jest obecnie wykonywane przede wszystkim w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej a jego realizacja w ramach leczenia szpitalnego ma charakter marginalny. W związku z powyższym założono, że właściwym punktem odniesienia dla określenia kosztów realizacji procedur jest wycena opracowana dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W konsekwencji dla grupy J10A przyjęto analogiczny poziom wyceny jak dla odpowiadających jej świadczeń realizowanych w AOS, bez dodatkowego uwzględniania kosztów osobodnia pobytu szpitalnego. Przyjęte podejście miało na celu zapewnienie spójności metodologicznej oraz uniknięcie sztucznego zawyżenia kosztów świadczenia poprzez uwzględnianie elementów organizacyjnych, które w praktyce klinicznej mają charakter incydentalny lub nie stanowią standardowego sposobu realizacji procedury.

3.3.6 Koszt procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych

Grupy zachowawcze

Koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych ordynowanych i realizowanych w trakcie pobytu pacjenta na oddziale zostały oszacowane na podstawie danych medyczno-kosztowych zawierających informacje o poszczególnych świadczeniach ujętych w próbie analitycznej. Wartości kosztowe zostały zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych według stanu na 30 czerwca 2026 roku. Analizy zostały przeprowadzone w odniesieniu do pacjentów, których długość hospitalizacji mieściła się w limicie dni pobytu finansowanych w ramach grupy, wyznaczonym przez AOTMiT.

Na poniższych rysunkach przedstawiono zróżnicowanie dziennych kosztów wyrobów medycznych, produktów leczniczych oraz procedur diagnostycznych w poszczególnych grupach zachowawczych.

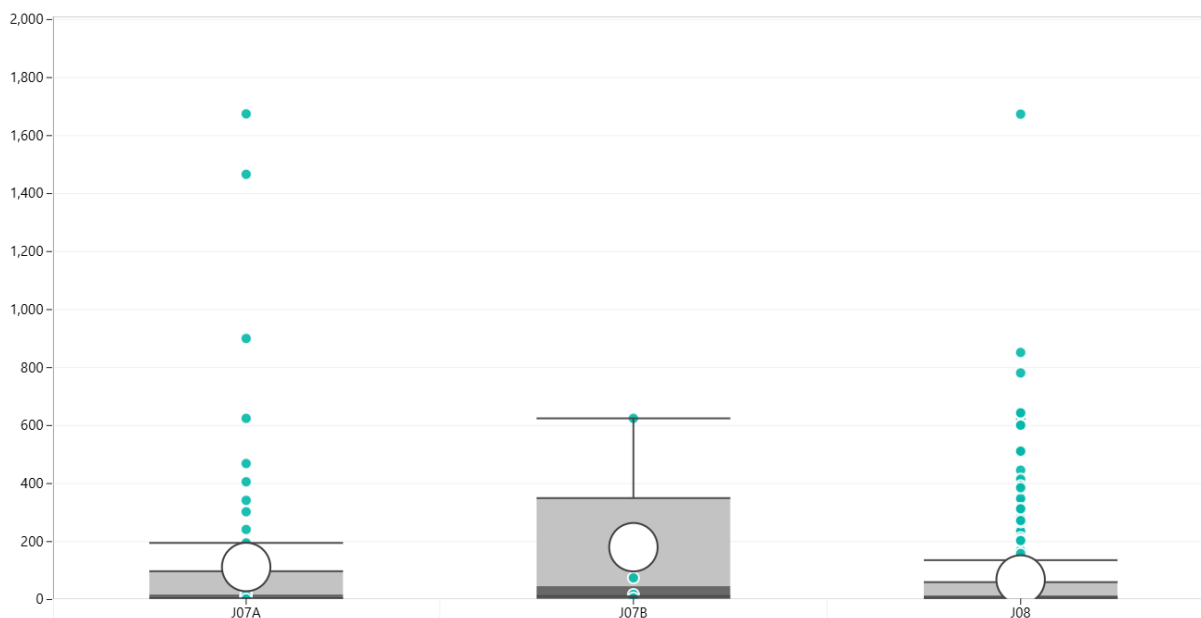
Rozrzut kosztów produktów leczniczych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych



Rysunek 43. Rozrzut kosztów produktów leczniczych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).

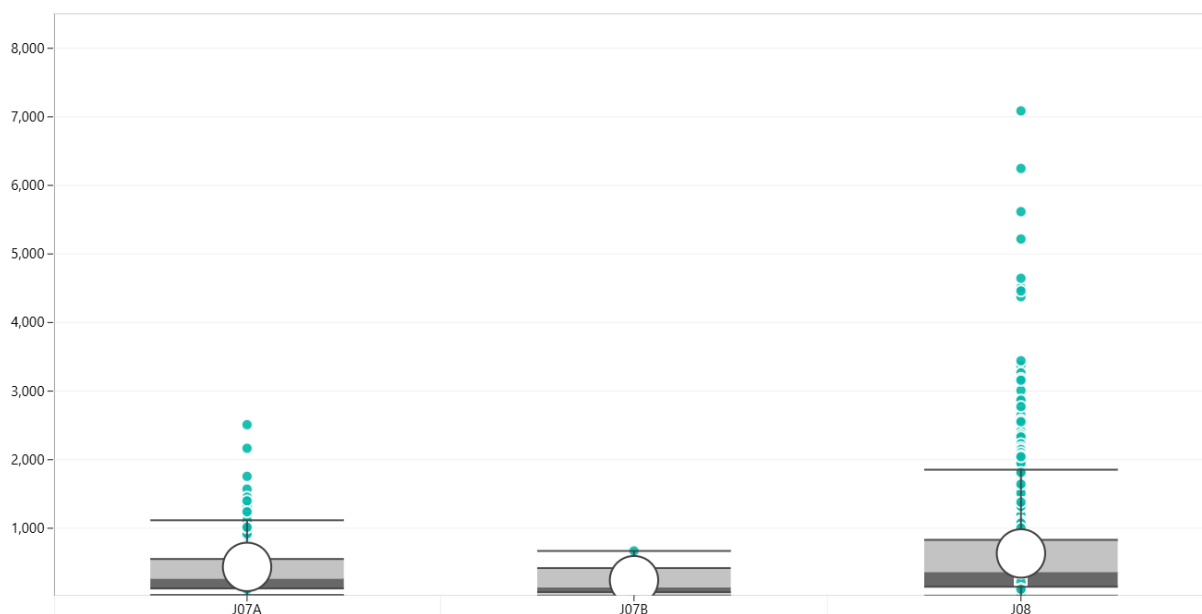
Źródło: Opracowanie własne

Rozrzut kosztów wyrobów medycznych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych



Rysunek 44. Rozrzut kosztów wyrobów medycznych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).

Źródło: Opracowanie własne

Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zachowawczych

Rysunek 45. Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).

Źródło: Opracowanie własne

Do oszacowania kosztów leków oraz wyrobów medycznych w grupach zachowawczych zostały wykorzystane odrębne składowe kosztowe: jedna odnosząca się do kosztów produktów leczniczych, a druga dotycząca kosztów wyrobów medycznych. W obu przypadkach zastosowano uśredniony, na poziomie JGP oraz kategorii szpitala, sumaryczny koszt przypadający na jeden dzień pobytu pacjenta, po uprzednim odcięciu obserwacji skrajnych. Następnie każda ze składowych została przemnożona przez średnią długość pobytu pacjentów w danej JGP oraz kategorii szpitala, a uzyskane wartości zostały zważone poziomem realizacji JGP w poszczególnych kategoriach szpitali.

Koszty procedur medycznych zostały natomiast oszacowane na podstawie uśrednionych, na poziomie JGP oraz kategorii szpitala, sumarycznych kosztów procedur diagnostycznych ponoszonych w trakcie całej hospitalizacji. Uzyskane wartości zostały następnie zważone poziomem realizacji danej JGP w poszczególnych kategoriach szpitali.

Analizy zostały przeprowadzone w odniesieniu do pacjentów, których długość pobytu mieściła się w nowym limicie dni pobytu finansowanych w ramach grupy, wyznaczonym przez AOTMiT. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 30 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w analizowanych grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)

Kod i nazwa grupy	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	95,29	348,44	402,74
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi	117,71	335,73	246,13
J08 Choroby piersi złośliwe	137,37	170,50	534,73

Źródło: Opracowanie własne

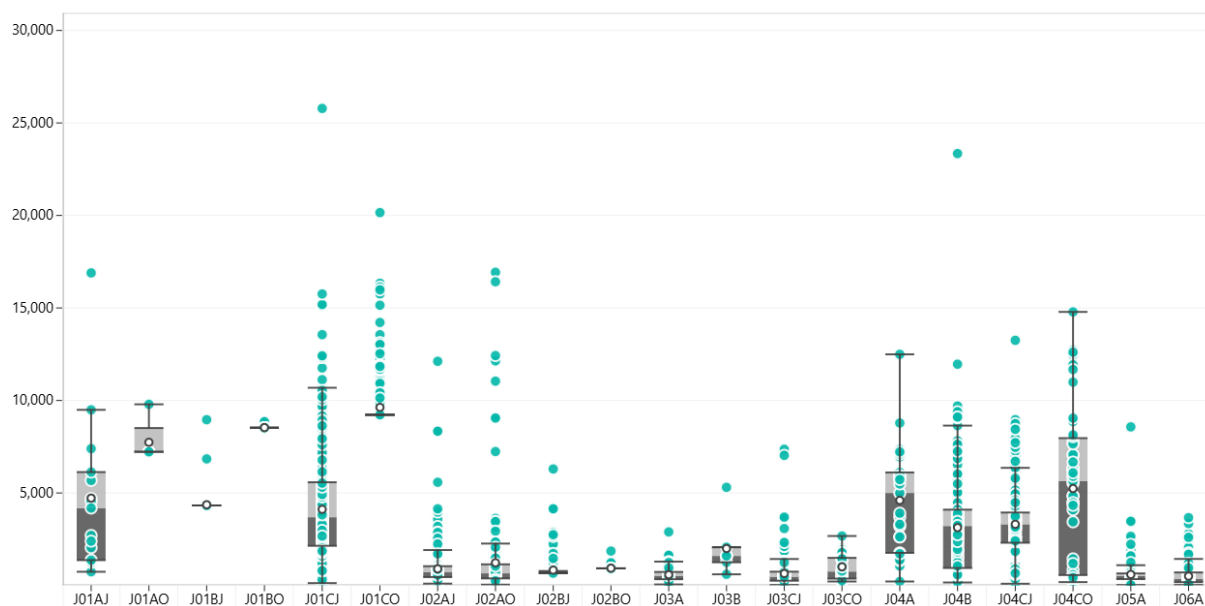
Grupy zabiegowe

Średnie koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych zużytych i zrealizowanych w trakcie pobytu pacjenta na oddziale zostały oszacowane na podstawie danych medyczno-kosztowych zawierających informacje o każdym pojedynczym świadczeniu ujętym w próbie analitycznej, po aktualizacji do poziomu kosztów odpowiadającemu świadczeniom realizowanym do 30 czerwca 2026 roku.

Analizy zostały przeprowadzone w odniesieniu do pacjentów, których długość hospitalizacji mieściła się w nowym limicie dni pobytu finansowanych w ramach grupy, wyznaczonym przez AOTMiT. W przypadku hospitalizacji przekraczających wskazany limit, w analizie uwzględniono wyłącznie koszty odpowiadające liczbie dni finansowanych grupą. Takie podejście miało na celu zapewnienie porównywalności analizowanych świadczeń oraz możliwie najbardziej adekwatne odwzorowanie kosztów uwzględnianych w projektowanym modelu finansowania.

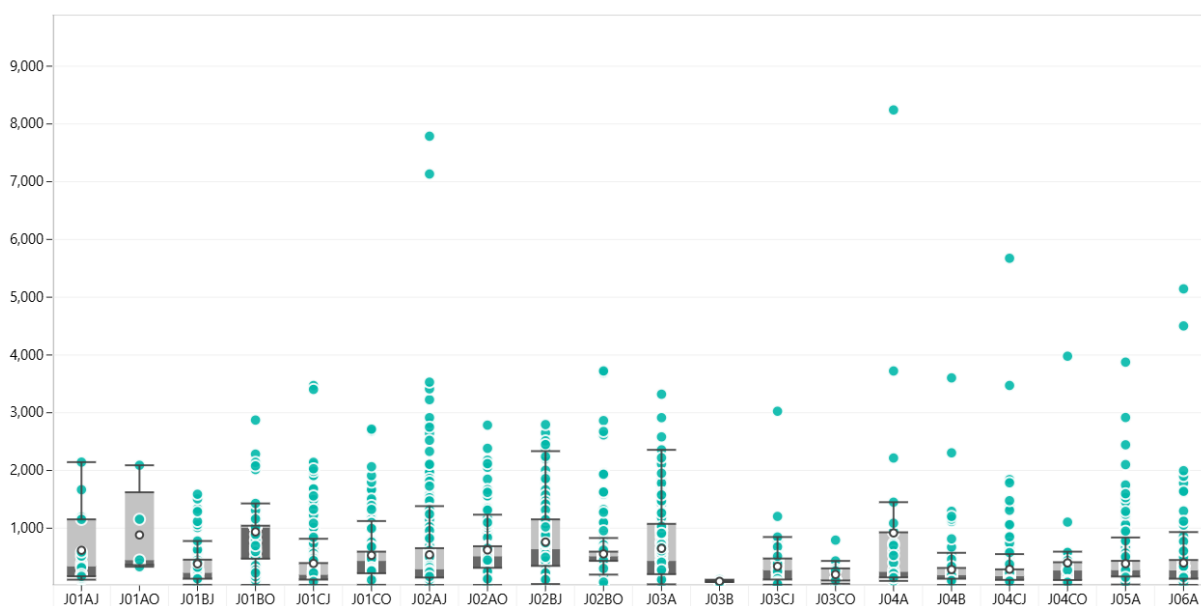
Na poniższych rysunkach zaprezentowano zróżnicowanie dziennych kosztów wyrobów medycznych, produktów leczniczych oraz kosztów procedur diagnostycznych dla grup zabiegowych.

Rozrzut kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych w grupach zabiegowych



Rysunek 46. Rozrzut kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).

Źródło: Opracowanie własne

Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zabiegowych

Rysunek 47. Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).

Źródło: Opracowanie własne

W grupach zabiegowych koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych zostały przeanalizowane w przeliczeniu na pojedynczą hospitalizację. Z uwagi na konieczność przekodowania historycznych danych dotyczących świadczeń na nową strukturę produktów rozliczeniowych, a także związane z tym ograniczenia danych źródłowych, część analiz była obciążona niepewnością dotyczącą kompletności oraz prawidłowości przypisania poszczególnych elementów kosztowych do pacjentów i nowych grup rozliczeniowych. W szczególności nie było możliwe jednoznaczne potwierdzenie, czy zostały w nich uwzględnione wszystkie niezbędne elementy kosztowe, które zgodnie z aktualną praktyką kliniczną powinny być wykorzystywane w ramach nowoutworzonych produktów rozliczeniowych.

W związku z powyższym w procesie kalkulacji zostały wykorzystane również wskazania eksperckie dotyczące minimalnego optymalnego poziomu zużycia leków i wyrobów medycznych niezbędnych do prawidłowej realizacji świadczeń. Poziomy te zostały określone we współpracy z ekspertami klinicznymi, z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, obowiązujących zaleceń klinicznych oraz rzeczywistych potrzeb związanych z nowoczesnym leczeniem chorób piersi.

W przypadkach, w których rzeczywiste zużycie zasobów przypadające na pacjenta było niższe niż poziom określony przez eksperta jako minimalny, do kalkulacji zostały przyjęte wartości odpowiadające wyznaczonemu poziomowi optymalnemu. Dzięki takiemu podejściu koszty leków i wyrobów medycznych uwzględnione w analizach w większym stopniu odzwierciedlają rzeczywiste potrzeby związane z realizacją świadczeń zgodnie z aktualnym standardem postępowania klinicznego.

Dane przedstawione w poniższej tabeli mają charakter orientacyjny, ponieważ ostateczny koszt świadczenia nie wynika bezpośrednio z sumy odrębnych średnich kosztów leków, wyrobów

medycznych oraz procedur diagnostycznych, lecz stanowi średnią sumy elementów składających się na całkowity koszt realizacji świadczenia.

Tabela 31 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w analizowanych grupach zabiegowych, po odcięciach wartości skrajnych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)

Kod i nazwa grupy	Leki i wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	3 824,85	501,50
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne	7 200,00	875,83
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne	4 300,00	239,11
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne	8 500,00	768,33
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne	3 902,76	206,52
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne	9 200,00	396,06
J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi	9 200,00	396,06
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna	725,31	404,07
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna	711,81	497,69
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne	645,83	730,33
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne	900,00	493,61
J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej	900,00	493,61
J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	521,31	615,90
J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi	1 590,37	65,59
J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne	451,40	310,24
J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne	982,54	159,39
J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych	4 271,74	413,06
J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych	2 856,26	204,80
J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne	2 963,71	177,70
J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne	5 215,05	248,75
J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi	450,50	288,52
J06A Małe zabiegi w obrębie piersi	410,79	273,36

Źródło: Opracowanie własne

Podobnie jak w przypadku kalkulacji kosztów osobodnia pobytu, dla grup J01CP oraz J02C, dla których nie posiadano obserwacji, zostały przyjęte wartości odpowiadające grupom najbardziej zbliżonym pod względem charakterystyki świadczeń, tj. odpowiednio J01CO oraz J02BO.

Jednocześnie dla grupy J10A *Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią* z uwagi na marginalny poziom realizacji świadczenia w warunkach hospitalizacji oraz dominującą realizację procedury w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nie została przeprowadzona odrębna kalkulacja kosztów procedur w leczeniu szpitalnym.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z uwagi na brak wystarczających danych kosztowych umożliwiających wiarygodne oszacowanie zużycia poszczególnych zasobów bezpośrednio na podstawie danych sprawozdawczych, do kalkulacji zostały przyjęte wartości wskazane przez ekspertów klinicznych w przekazanych przebiegach eksperckich. Przyjęte założenia odzwierciedlają typowe zużycie leków i wyrobów medycznych niezbędnych do realizacji poszczególnych procedur w warunkach ambulatoryjnych, zgodnie z aktualną praktyką kliniczną.

Wyjątek od powyższej zasady stanowią procedury biopsji gruboigłowych piersi wspomaganych próżnią, dla których, z uwagi na ich kluczowe znaczenie w procesie diagnostyki nowotworów piersi oraz szerokie wykorzystanie w praktyce klinicznej, do analiz wykorzystane zostały najnowsze dostępne dane dotyczące jednostkowych kosztów wytworzenia tych procedur. Dane te zostały przekazane przez świadczeniodawców dodatkowo w ramach postępowania nr 88 dotyczącego wynagrodzeń personelu medycznego za luty 2026 roku i obejmowały informacje odnoszące się łącznie do niemal 16,5 tys. zrealizowanych procedur medycznych.

Dodatkowo w celu możliwie najbardziej adekwatnego odzwierciedlenia rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń, ograniczenie wpływu pojedynczych obserwacji skrajnych oraz lepsze odwzorowanie rzeczywistej struktury realizowanych świadczeń w skali całego systemu, w analizach została zastosowana średnia ważona, uwzględniająca częstość wykonywania poszczególnych procedur.

W poniższej tabeli przedstawiono średnie koszty leków i wyrobów medycznych przyjęte do oszacowania kosztów procedur realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Tabela 32 Średnie koszty leków i wyrobów medycznych w analizowanych procedurach, realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Kod i nazwa procedury	Koszt wytworzenia procedury [zł]	Leki i wyroby medyczne [zł]
85.02 Nacięcie sutka	-	50,00
85.111 Przeskórna cienkoigłowa biopsja piersi	-	10,00
85.112 Przeskórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana	-	10,00
85.113 Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi	-	105,00
85.114 Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana	-	155,00
85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	2 368,04	-
85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna	2 720,92	-
85.21 Miejscowe wycięcie zmiany piersi	-	100,00
85.81 Szycie rany piersi	-	100,00
85.91 Aspiracja z piersi	-	10,00
85.98 Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej	-	-

Źródło: Opracowanie własne

3.3.7 Koszt infrastruktury

Leczenie szpitalne

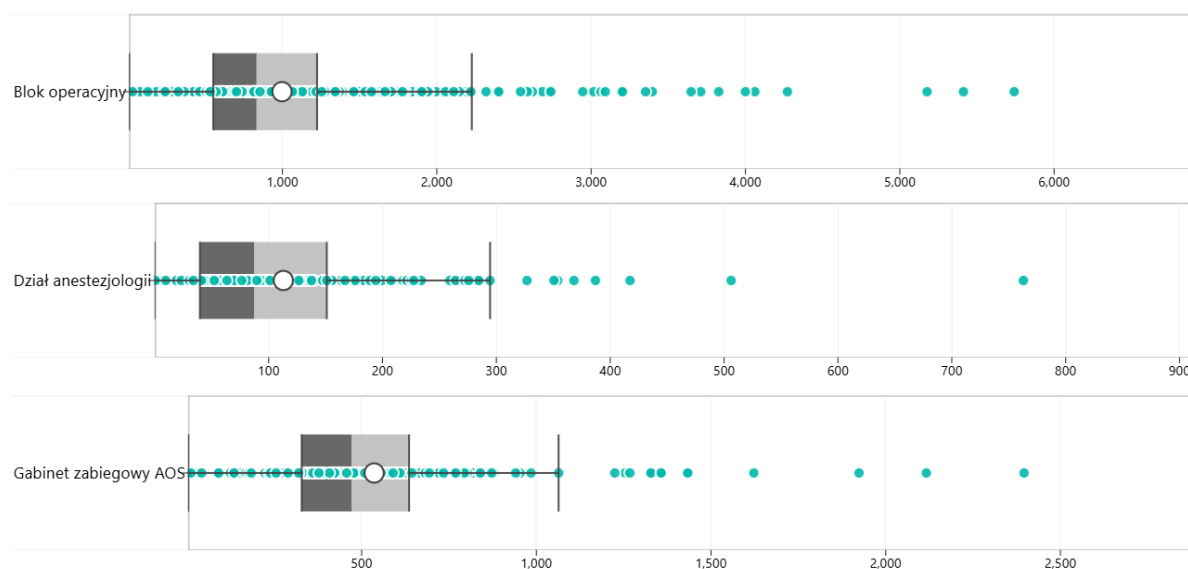
Do obliczenia kosztu infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz gabinetu zabiegowego zlokalizowanego w strukturze oddziału postużyły dane finansowo-księgowe za lata 2023–2024, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych według stanu do 30 czerwca 2026 roku, przy zastosowaniu odpowiednich wskaźników zmian poziomu kosztów.

Dodatkowo w celu możliwie najbardziej adekwatnego odwzorowania faktycznych kosztów wykorzystania infrastruktury medycznej w procesie realizacji świadczeń oszacowania oparto na rzeczywistej liczbie godzin pracy komórki organizacyjnej zareportowanej przez świadczeniodawców.

Poniższy rysunek przedstawia zróżnicowanie godzinowych kosztów wykorzystania infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz gabinetu zabiegowego.

Koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz gabinetu zabiegowego

Dane finansowo-księgowe aktualne do 30 czerwca 2026 roku



Rysunek 48. Rozrzut kosztów godzinowych zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).

Źródło: Opracowanie własne

W celu oszacowania kosztu wykorzystania infrastruktury podczas realizacji zabiegu, w kalkulacjach uwzględnione zostały zarówno koszty infrastruktury bloku operacyjnego, jak i koszty infrastruktury działu anestezjologii. W poniższej tabeli zawarte są końcowe, uśrednione wartości kosztu jednej godziny wykorzystania infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz gabinetu zabiegowego – zgodnie z miejscem realizacji procedury zabiegowej – dla poszczególnych grup JGP, po aktualizacji do poziomu kosztów obowiązujących na 30 czerwca 2026 roku.

Należy zaznaczyć, że pomimo zachowawczego charakteru części grup, w danych medyczno-kosztowych odnotowano przypadki realizacji procedur na bloku operacyjnym. Obejmowały one

m.in. świadczenia wymagające zastosowania znieczulenia ogólnego, takie jak wymiany kosztownych opatrunków podciśnieniowych wykonywane w warunkach bloku operacyjnego.

Przedstawione wartości zostały następnie wykorzystane w dalszych analizach kosztów realizacji świadczeń.

Tabela 33 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)

Kod i nazwa grupy	Infrastruktura [zł]
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	1 034,90
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne	1 038,06
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne	1 055,06
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne	1 079,65
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne	1 066,64
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne	1 066,64
J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi	1 066,64
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna	1 019,83
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna	1 016,75
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne	1 058,61
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne	1 062,60
J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej	1 062,60
J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	1 024,56
J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi	1 091,53
J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne	1 026,25
J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne	1 038,75
J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych	1 033,45
J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych	1 033,25
J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne	1 020,29
J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne	979,43
J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi	1 026,25
J06A Małe zabiegi w obrębie piersi	1 019,97
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	1 009,39
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi	1 019,88
J08 Choroby piersi złośliwe	1 017,10

Źródło: Opracowanie własne

Podobnie jak w przypadku pozostałych kategorii kosztów, dla grup J01CP oraz J02C, dla których nie posiadano obserwacji, zostały przyjęte wartości odpowiadające grupom najbardziej zbliżonym pod względem charakterystyki świadczeń, tj. odpowiednio J01CO oraz J02BO. W odniesieniu do świadczeń biopsji gruczołowej wspomaganej próżnią (J10A) uwagi na marginalny poziom realizacji świadczenia w warunkach hospitalizacji oraz dominującą realizację procedury w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nie została przeprowadzona odrębna kalkulacja kosztów procedur w leczeniu szpitalnym.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Taryfikowane świadczenia zabiegowe realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmują zarówno procedury możliwe do wykonania w dwóch trybach, tj. w szpitalnym oraz ambulatoryjnym, określane jako procedury jednoimienne, jak i pozostałe procedury realizowane wyłącznie w warunkach ambulatoryjnych. Ze względu na ich zabiegowy charakter oraz konieczność zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa pacjentów, przyjęto jednolite podejście do kalkulacji kosztów infrastruktury dla wszystkich analizowanych procedur ambulatoryjnych.

Świadczenia te wymagają zapewnienia wyższego poziomu organizacyjnego i infrastrukturalnego niż standardowa porada specjalistyczna. W związku z tym, w celu możliwie najbardziej precyzyjnego odwzorowania rzeczywistych kosztów ich realizacji, przyjęto założenie, że standard wykonywania taryfikowanych procedur zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powinien odpowiadać standardowi właściwemu dla świadczeń realizowanych w warunkach szpitalnego gabinetu zabiegowego.

Wpływa to na zapewnienie adekwatnego poziomu finansowania procedur wykonywanych w AOS i stanowi istotny warunek bezpiecznego oraz efektywnego przenoszenia części świadczeń do trybu ambulatoryjnego, bez ryzyka pogorszenia jakości leczenia, ograniczenia dostępności nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz obniżenia poziomu bezpieczeństwa pacjentek.

Mając powyższe na względzie, na potrzeby oszacowania kosztów infrastruktury dla świadczeń jednoimiennych oraz pozostałych taryfikowanych procedur ambulatoryjnych przyjęto wartości odpowiadające kosztom infrastruktury wykorzystywanej w szpitalnym gabinecie zabiegowym. Uznano je za adekwatne do wymagań technicznych i organizacyjnych związanych z realizacją analizowanych świadczeń w trybie ambulatoryjnym. Do kalkulacji wykorzystano dane finansowo-księgowe za lata 2023–2024, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do dnia 30 czerwca 2026 r., przy zastosowaniu odpowiednich wskaźników zmian wielkości kosztów.

Tabela 34 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)

Składowa kosztowa	Średnia stawka godzinowa [zł]
Infrastruktura	468,39

Źródło: Opracowanie własne

3.3.8 Stawki godzinowe personelu realizującego procedurę zabiegową

Stawki godzinowe personelu uczestniczącego w realizacji procedur zabiegowych przyjęte do wyliczenia kosztu taryfikowanych świadczeń oszacowane zostały na podstawie danych dotyczących wynagrodzeń pozyskanych w ramach postępowania nr 85 *Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za wrzesień 2025 r.*

W celu możliwie najlepszego odwzorowania zróżnicowania nakładów pracy personelu medycznego oraz poziomu kwalifikacji wymaganych do realizacji poszczególnych procedur, dla lekarzy operatorów zastosowano trzy kategorie stawek (A–C), zgodnie z metodyką różnicowania miary referencyjnej kosztu wynagrodzeń. Zgodnie z przyjętymi zasadami, kategorie stawek odpowiadają następującym miarom referencyjnym rozkładu stawek godzinowych:

- A – 80–85 percentyl (świadczenia wysokospecjalistyczne/deficytowe),
- B – 70–75 percentyl (świadczenia złożone/kompleksowe),
- C – 50–60 percentyl (świadczenia standardowe).

Poniższa tabela zawiera stawki godzinowe odpowiadające kosztom pracodawcy (tzw. brutto-brutto) personelu uczestniczącego w realizacji procedur zabiegowych.

Tabela 35 Stawki godzinowe brutto-brutto głównych kategorii personelu realizującego procedurę zabiegową

Kategoria personelu	Kategoria stawek wynagrodzeń	Stawka godzinowa [zł]
Lekarz operator	A	290,05
	B	240,00
	C	200,00
Lekarz anestezjolog	C	240,00
Pielęgniarka (asystująca/instrumentariuszka)	C	114,34
Pielęgniarka anestezjologiczna	C	115,05
Technik	C	69,06

Źródło: Opracowanie własne

3.3.9 Czas zajęcia infrastruktury do zabiegu

Poniższe tabela zawiera średni czas wykorzystania infrastruktury niezbędnej do realizacji poszczególnych procedur zabiegowych. Należy podkreślić, że w kalkulacji kosztu procedury uwzględniono nie tylko czas bezpośredniej realizacji zabiegu, lecz także dodatkowy czas wymagany na pełne przygotowanie personelu oraz sali operacyjnej. Obejmuje on w szczególności czynności organizacyjne wykonywane przed rozpoczęciem zabiegu, jak również prace porządkowe, sprzątanie oraz dezynfekcję po jego zakończeniu. Elementy te stanowią istotną część rzeczywistych kosztów organizacyjnych związanych z realizacją procedur zabiegowych, zostały więc uwzględnione w kalkulacji kosztów świadczeń.

Należy jednocześnie zaznaczyć, że pomimo zachowawczego charakteru części grup, w danych medyczno-kosztowych odnotowano przypadki realizacji procedur na bloku operacyjnym. Obejmowały one m.in. świadczenia wymagające zastosowania znieczulenia ogólnego, takie jak wymiany kosztownych opatrunków podciśnieniowych wykonywane w warunkach bloku operacyjnego.

Tabela 36 Średni czas zajęcia infrastruktury do zabiegu

Kod i nazwa grupy	Średni czas zajęcia infrastruktury
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	8 h 00 min
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne	10 h 09 min
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne	2 h 23 min
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne	2 h 45 min
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne	2 h 30 min
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne	3 h 13 min
J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi	3 h 13 min
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna	1 h 49 min
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna	2 h 05 min

Kod i nazwa grupy	Średni czas zajęcia infrastruktury
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne	1 h 49 min
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne	3 h 00 min
J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej	3 h 00 min
J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	1 h 22 min
J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi	2 h 18 min
J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne	1 h 28 min
J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne	3 h 09 min
J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych	8 h 12 min
J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych	3 h 24 min
J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne	1 h 45 min
J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne	2 h 28 min
J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi	1 h 07 min
J06A Małe zabiegi w obrębie piersi	1 h 01 min
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	48 min
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi	1 h
J08 Choroby piersi złośliwe	57 min

Źródło: Opracowanie własne

Podobnie jak w przypadku pozostałych kategorii kosztów, dla grup J01CP oraz J02C, dla których nie posiadano obserwacji, zostały przyjęte wartości odpowiadające grupom najbardziej zbliżonym pod względem charakterystyki świadczeń, tj. odpowiednio J01CO oraz J02BO. Analogicznie dla grupy J10A również nie została przeprowadzona odrębna kalkulacja kosztów dotycząca leczenia szpitalnego.

3.3.10 Wyniki analizy kosztów

Leczenie szpitalne

Wyniki analizy kosztów dla poszczególnych grup zachowawczych, zaktualizowane do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30 czerwca 2026 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Należy jednak zaznaczyć, że pomimo zachowawczego charakteru tych grup, w danych medyczno-kosztowych odnotowano przypadki realizacji procedur na bloku operacyjnym. Obejmowały one m.in. świadczenia wymagające zastosowania znieczulenia ogólnego, takie jak wymiany kosztownych opatrunków podciśnieniowych wykonywane w warunkach bloku operacyjnego.

Całkowity koszt świadczeń zachowawczych stanowi sumę kosztu pobytu, kosztów leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych i zabiegowych. Koszt procedur zabiegowych został ujęty w koszcie JGP po jego skorygowaniu o częstość występowania tych procedur w analizowanej próbie pacjentów.

Tabela 37 Wyniki analizy kosztów grup zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)

Kod grupy	Długość pobytu [dni]	Pobyt [zł]	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]	Procedury zabiegowe [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
J07A	1,83	2 683,70	95,29	348,44	402,74	356,82	3 886,98
J07B	2,43	3 550,91	117,71	335,73	246,13	449,50	4 699,98
J08	1,79	2 615,50	137,37	170,50	534,73	301,36	3 759,45

J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi, J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi, J08 Choroby piersi złośliwe

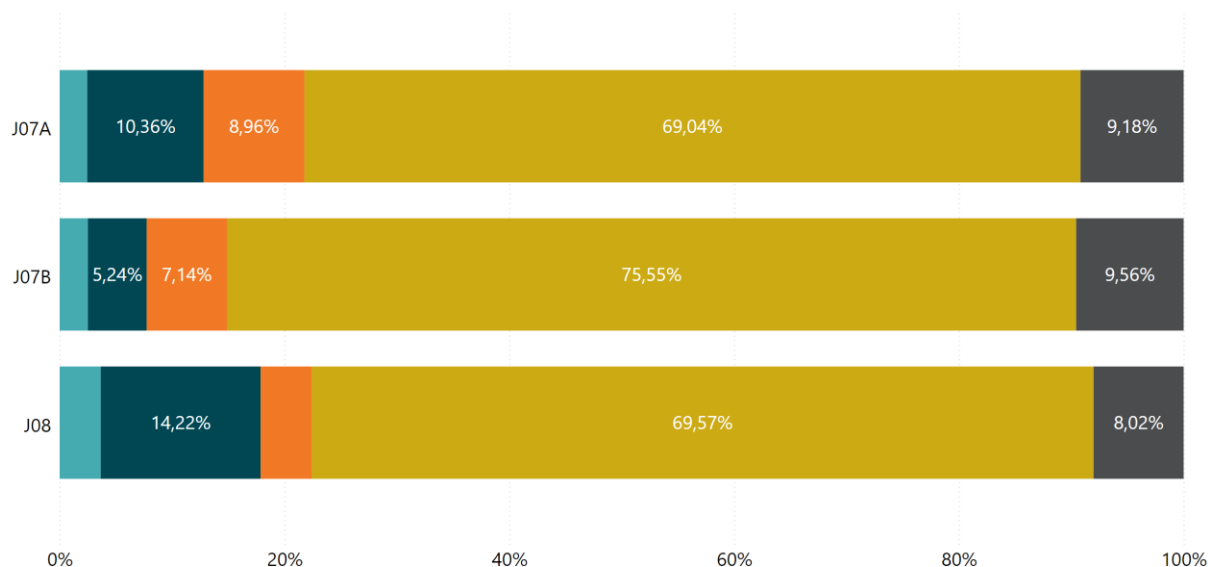
Źródło: Opracowanie własne

W analizowanych grupach zachowawczych dominującą składową kosztów stanowi koszt pobytu, którego udział wynosi od 69,04% w grupie J07A *Leczenie zachowawcze chorób piersi* do 75,55% w grupie J07B *Leczenie zachowawcze innych chorób piersi*. Drugą istotną pozycję stanowią koszty procedur diagnostycznych, których udział mieści się w przedziale od 5,24% w grupie J07B do 14,22% w grupie J08 *Choroby piersi złośliwe*.

Udział kosztów procedur zabiegowych był najwyższy w grupie J07B i wyniósł 9,56%, natomiast najwyższy udział kosztów wyrobów medycznych odnotowano w grupie J07A – 8,96% (Rysunek 49).

Grupy zachowawcze

Składowa kosztu ● Leki ● Procedury ● Wyroby ● Pobyt ● Operacja

**Rysunek 49. Struktura kosztów całkowitych w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.).**

Źródło: Opracowanie własne

Wyniki analizy kosztów dla poszczególnych grup zabiegowych, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do dnia 30 czerwca 2026 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Całkowity koszt świadczeń zabiegowych oszacowano jako sumę średnich kosztów pobytu oraz średniej wartości (po odcięciu wartości skrajnych) kosztów zmiennych — obejmujących koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych i zabiegowych.

Ostateczny wynik analizy kosztów uwzględnia szacowaną częstość realizacji procedur kierunkowych w danej JGP w populacji świadczeń udzielonych w 2024 roku, z uwzględnieniem proponowanych zmian w charakterystyce grup JGP. Umożliwia to precyzyjne odwzorowanie rzeczywistego rozkładu świadczeń oraz określenie adekwatnego poziomu refundacji, odzwierciedlającego aktualne potrzeby systemu opieki zdrowotnej.

Tabela 38 Wyniki analizy kosztów grup zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)

Kod grupy	Długość pobytu [dni]	Koszty pobytu [zł]	Koszty zmienne [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
J01AJ	6,67	13 430,40	10 794,96	46 927,43
J01AO	9,82	19 779,32	33 497,03	54 392,53
J01BJ	4,00	8 058,24	34 613,21	17 617,48
J01BO	5,00	10 072,80	9 559,24	25 042,64
J01CJ	3,99	8 043,62	14 969,84	18 029,19
J01CO	4,45	8 962,12	9 985,58	27 114,78
J01CP	4,45	8 962,12	9 985,58	27 114,78
J02AJ	3,98	8 021,37	18 152,66	13 654,17
J02AO	4,48	9 016,44	5 632,80	17 110,83
J02BJ	2,57	5 186,60	8 094,39	10 970,72
J02BO	3,10	6 242,47	5 784,12	13 536,76
J02C	3,10	6 242,47	5 784,12	13 536,76
J03A	2,92	5 884,26	7 294,29	10 428,95
J03B	3,32	6 686,16	4 544,69	13 063,54
J03CJ	2,16	4 347,10	6 377,38	8 339,85
J03CO	3,75	7 561,91	3 992,75	15 389,22
J04A	8,94	18 010,64	7 827,31	44 076,51
J04B	5,00	10 072,80	26 065,87	21 329,17
J04CJ	4,00	8 058,24	11 256,37	15 274,25
J04CO	4,50	9 065,52	7 216,01	20 352,46
J05A	2,10	4 077,36	11 286,94	7 666,20
J06A	1,60	3 117,14	3 588,85	5 255,48

J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych – jednostronne, J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych – obustronne, J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną – jednostronne, J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną – obustronne, J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją – jednostronne, J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją – obustronne, J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi, J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna, J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna, J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych – jednostronne, J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych – obustronne, J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej, J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych, J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi, J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi – jednostronne, J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi – obustronne, J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych, J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych, J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi – jednostronne, J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi – obustronne, J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi, J06A Małe zabiegi w obrębie piersi

Źródło: Opracowanie własne

Dla grup J01CP oraz J02C, dla których nie posiadano obserwacji, zostały przyjęte wartości odpowiadające grupom najbardziej zbliżonym pod względem charakterystyki świadczeń, tj.

odpowiednio J01CO oraz J02BO. W odniesieniu do świadczeń biopsji gruczołowej wspomaganej próżnią (J10A) z uwagi na marginalny poziom realizacji świadczenia w warunkach hospitalizacji oraz dominującą realizację procedury w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, nie została przeprowadzona odrębna kalkulacja kosztów procedur w leczeniu szpitalnym.

W analizowanych grupach zabiegowych struktura kosztów jest bardziej zróżnicowana niż w grupach zachowawczych, co wynika z większego udziału kosztów związanych z realizacją procedury operacyjnej, wykorzystaniem infrastruktury oraz zużyciem leków i wyrobów medycznych. W większości grup istotną składową kosztów stanowi koszt pobytu, którego udział mieści się najczęściej w przedziale od ok. 34% do 60%. Najwyższy udział kosztu pobytu odnotowano w grupach J02AO i J02AJ, gdzie wyniósł odpowiednio 60,00% i 59,49%, natomiast najniższy – w grupie J01CO (34,48%).

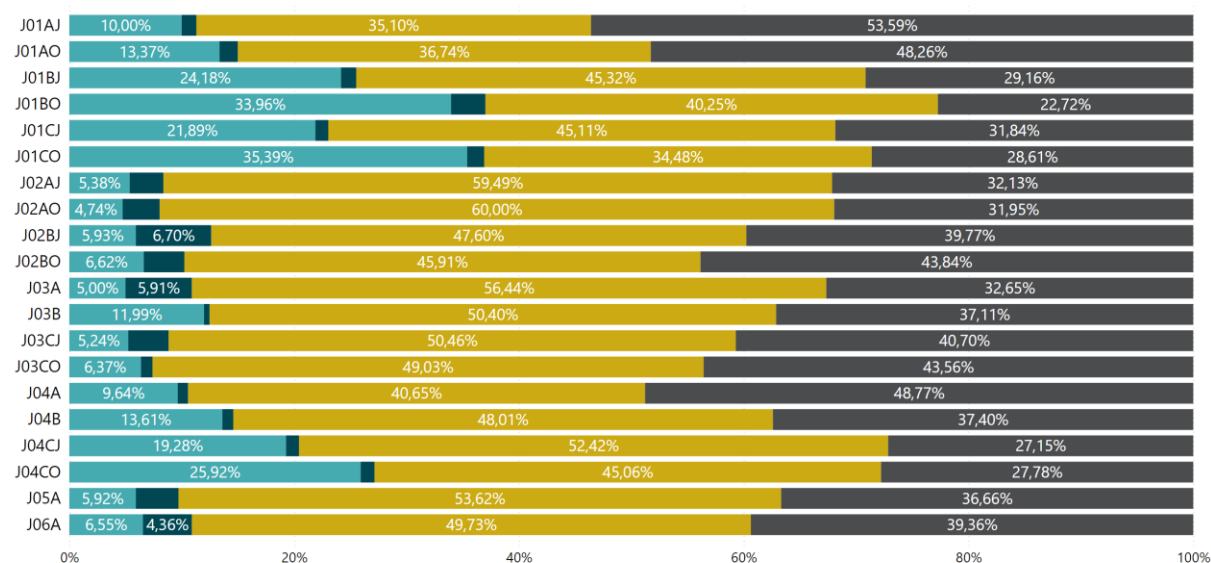
Drugą kluczową składową kosztów w większości grup zabiegowych jest koszt zabiegu operacyjnego, którego udział jest szczególnie wysoki w grupach obejmujących bardziej złożone procedury chirurgiczne. Najwyższy udział tej kategorii kosztów odnotowano w grupach J01AJ (53,59%), J04A (48,77%) oraz J01AO (48,26%).

Koszty leków i wyrobów medycznych mają największe znaczenie w grupach rekonstrukcyjnych i związanych z wykorzystaniem materiałów wszczepialnych. Najwyższy udział tej składowej odnotowano w grupach J01CO (35,39%) oraz J01BO (33,96%), a także w grupie J04CO (25,92%). Wskazuje to na istotny wpływ kosztów implantów, ekspanderów, siatek chirurgicznych oraz innych wyrobów medycznych na całkowity koszt świadczeń o charakterze rekonstrukcyjnym.

Udział kosztów procedur diagnostycznych jest w niski we wszystkich grupach zabiegowych, co oznacza, że procedury mają marginalny wpływ na całkowity koszt leczenia w porównaniu do pobytu i operacji.

Grupy zabiegowe

Składowa kosztu ● Leki i wyroby ● Procedury ● Pobyt ● Operacja



Rysunek 50. Struktura kosztów całkowitych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.).

Źródło: Opracowanie własne

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Wyniki analizy kosztów dla poszczególnych grup świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom obowiązującym do dnia 30 czerwca 2026 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Całkowity koszt świadczeń oszacowano jako sumę kosztów leków i wyrobów medycznych, wynagrodzeń personelu oraz kosztów infrastruktury gabinetu zabiegowego. Wynik analizy kosztów dla proponowanych nowych produktów rozliczeniowych został obliczony jako średnia ważona, uwzględniająca częstość realizacji poszczególnych procedur w 2024 roku.

Wyjątek od powyższego podejścia stanowią procedury biopsji gruczołowych piersi wspomaganych próżnią identyfikowane kodami 85.131 oraz 85.132. W ich przypadku wynik analizy kosztów został określony jako suma jednostkowego kosztu wytworzenia procedury przekazanego przez świadczeniodawców oraz dodatkowego kosztu opieki nad pacjentką po wykonaniu zabiegu. Należy podkreślić, że sam koszt wytworzenia procedury obejmuje wyłącznie realizację świadczenia zabiegowego, natomiast w praktyce klinicznej pacjentka po wykonaniu biopsji wspomaganej próżnią wymaga również okresowej obserwacji medycznej po zabiegu, związanej m.in. z koniecznością monitorowania ewentualnych powikłań, takich jak krwawienie, krwiak czy pogorszenie stanu miejscowego.

Z uwagi na brak możliwości wiarygodnego oszacowania rzeczywistego kosztu dodatkowej opieki po zabiegu wyłącznie na podstawie dostępnych danych sprawozdawczych, przyjęto założenie, że koszt pobytu pacjentki w placówce medycznej po wykonaniu procedury odpowiada 60% kosztu osobodnia pobytu pacjenta w oddziale, w ramach którego świadczenia te mogłyby być realizowane.

Jednocześnie należy podkreślić, że procedury biopsji gruczołowych piersi wspomaganych próżnią co do zasady powinny być realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W związku z tym wycena tych świadczeń została w pierwszej kolejności oszacowana dla AOS, a następnie przyjęta analogicznie również dla leczenia szpitalnego. Podejście takie miało na celu ograniczenie wpływu różnic w sposobie finansowania na miejsce realizacji świadczenia, tak aby o wyborze trybu leczenia decydowały przede wszystkim przesłanki kliniczne oraz bezpieczeństwo pacjentki.

Tabela 39 Wyniki analizy kosztów grup w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)

Kod i nazwa grupy	Leki i wyroby medyczne [zł]	Wynagrodzenia [zł]	Infrastruktura [zł]	Wynik analizy kosztów (zł)
ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX1				3 741
85.132 Biopsja gruczołowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna	-	-	-	3 741
ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX2				3 389
85.131 Biopsja gruczołowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	-	-	-	3 389
ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX3				1 554
85.98 Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej	-	890,63	663,55	1 554
ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX4				609

Kod i nazwa grupy	Leki i wyroby medyczne [zł]	Wynagrodzenia [zł]	Infrastruktura [zł]	Wynik analizy kosztów (zł)
85.113 Przeszkórna gruboigłowa biopsja piersi	105,00	184,41	274,79	564
85.114 Przeszkórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana	155,00	187,56	279,47	622
85.21 Miejscowe wycięcie zmiany piersi	100,00	184,41	274,79	559
85.81 Szycie rany piersi	100,00	209,56	312,26	622
ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX5				479
85.02 Nacięcie sutka	50,00	184,41	274,79	509
85.91 Aspiracja z piersi	10,00	183,37	273,23	467
ZX6 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX6				399
85.111 Przeszkórna cienkoigłowa biopsja piersi	10,00	156,12	232,63	399
85.112 Przeszkórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana	10,00	156,12	232,63	399

Źródło: Opracowanie własne

Ograniczenia przeprowadzonej analizy kosztów:

- Część analiz miała charakter symulacyjny i wynikała z konieczności przekodowania historycznych danych dotyczących realizacji świadczeń na nową strukturę produktów rozliczeniowych. W konsekwencji nie we wszystkich przypadkach możliwe było jednoznaczne przypisanie świadczeń do nowych grup rozliczeniowych w relacji jeden do jednego;
- Częstości realizacji poszczególnych procedur, wykorzystane do wyznaczenia średnich ważonych kosztów nowych produktów rozliczeniowych, również zostały określone na podstawie symulacyjnego mapowania danych historycznych na projektowaną strukturę produktów. Oznacza to, że przyjęta struktura częstości realizacji procedur stanowi oszacowanie oparte na najlepszych dostępnych danych i założeniach analitycznych, a rzeczywista struktura świadczeń po wdrożeniu nowych produktów rozliczeniowych może odbiegać od wartości przyjętych w analizie;
- Nie było możliwe pełne zweryfikowanie, czy przekazane przez świadczeniodawców dane kosztowe w każdym przypadku odzwierciedlają rzeczywiste koszty ponoszone w toku realizacji świadczeń. W związku z tym, przy współpracy z ekspertami klinicznymi, dla wybranych grup JGP zostały określone minimalne poziomy zużycia leków i wyrobów medycznych odpowiadające aktualnym standardom postępowania klinicznego;
- Przekazane dane medyczno-kosztowe cechowały się niejednorodnością oraz zróżnicowanym stopniem szczegółowości (m.in. różnice w nazewnictwie, sposobie raportowania oraz stosowanych jednostkach miary), co wymagało ich wcześniejszego ujednolicenia i standaryzacji przed przeprowadzeniem właściwej analizy;
- Oszacowania kosztów świadczeń zostały przeprowadzone w oparciu o dane historyczne, które następnie zaktualizowano przy użyciu odpowiednich wskaźników zmian poziomu kosztów. W analizach uwzględniono również strukturę realizacji świadczeń oraz długość hospitalizacji w poszczególnych typach szpitali w 2024 roku;
- Analiza została przeprowadzona na podstawie danych pochodzących od wybranej grupy świadczeniodawców oraz odnoszących się do określonych produktów rozliczeniowych.

Choć przekazane dane obejmowały jedynie część procedur wchodzących w skład poszczególnych grup JGP, próbę należy uznać za reprezentatywną, ponieważ obejmowała ona najczęściej realizowane świadczenia i procedury.

Jednocześnie należy podkreślić, że wskazane powyżej ograniczenia oraz związane z nimi ryzyka zostały częściowo zminimalizowane poprzez współpracę z ekspertami klinicznymi. W ramach prac eksperckich zostały opracowane referencyjne przebiegi realizacji świadczeń, obejmujące m.in. informacje dotyczące zaangażowania personelu medycznego, czasu realizacji procedur, wykorzystania infrastruktury, sprzętu, leków oraz wyrobów medycznych. Dane wynikające z przebiegów eksperckich zostały następnie porównane z danymi sprawozdawczymi oraz wykorzystane do weryfikacji i korekty części założeń analitycznych, tak aby nowe produkty rozliczeniowe w możliwie największym stopniu odzwierciedlały rzeczywiste koszty realizacji świadczeń.

3.4 Projekt taryfy

Leczenie szpitalne

Projekty taryf opierają się na wynikach analiz kosztów z uwzględnieniem:

- nowej charakterystyki produktów rozliczeniowych w obszarze chirurgii piersi wypracowanej w ramach prac nad projektem Odwróconej Piramidy Świadczeń,
- propozycji liczby dni pobytu finansowanych w ramach danej grupy.

Jednocześnie należy podkreślić, że, z uwagi na bardzo daleko idące zmiany w charakterystyce grup oraz konieczność przekodowania danych historycznych na nową strukturę produktów rozliczeniowych, **aktualne wartości świadczeń mogą nie stanowić w pełni miarodajnego punktu odniesienia dla porównań z projektowanymi taryfami**. W analizach wartości obecnie obowiązujących świadczeń zostały określone jako średnia ważona symulowanej dotychczasowej refundacji świadczeń przypisanych do nowych produktów rozliczeniowych na podstawie historycznych danych sprawozdawczych.

Przedstawione wartości punktowe oraz wartości wyrażone w złotych mają charakter wartości podstawowych i nie uwzględniają współczynników korygujących stosowanych przez NFZ. W ramach projektu taryf proponuje się jednocześnie likwidację współczynnika korygującego 1,54 za operacje wykonywane na narządach parzystych – z uwagi na fakt, że świadczenia te zostały wyodrębnione do nowych produktów rozliczeniowych uwzględniających ich wyższą kosztochłonność.

Projektowane zmiany w taryfach prowadzą do bardziej adekwatnego zróżnicowania wycen świadczeń, lepszego odzwierciedlenia ich złożoności oraz ponoszonych nakładów. Szczególnie silnie dowartościowane zostały procedury najbardziej pracochłonne i zaawansowane technologicznie, przy jednoczesnej korekcie (w dół lub w górę) świadczeń o dotychczasowej wycenie nieadekwatnej do struktury kosztów. Z punktu widzenia systemowego zmiany te sprzyjają bardziej racjonalnej alokacji środków oraz zwiększeniu przejrzystości systemu rozliczeń.

Tabela 40 Projekt taryfy świadczeń – leczenie szpitalne

Produkt rozliczeniowy	Symulowana wartość aktualna*		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[punkty]	[zł]	[punkty]	[zł]	
Rekonstrukcje					
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	20 108	38 406	24 569	46 927	22,20%
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne	20 108	38 408	28 477	54 393	41,60%
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne	20 040	38 279	9 223	17 617	-54,00%
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne	20 064	38 324	13 111	25 043	-34,70%
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne	9 275	17 715	9 439	18 029	1,80%
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne	10 062	19 218	14 196	27 115	41,10%
J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją I zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi	9 994	19 088	14 196	27 115	42,10%
J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych	11 264	21 515	23 076	44 077	104,90%
J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych	11 096	21 193	11 167	21 329	0,60%
J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne	5 679	10 849	7 996	15 274	40,80%
J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne	5 675	10 841	10 655	20 352	87,70%
Resekcje					
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna	6 154	11 754	7 148	13 654	16,20%
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna	6 614	12 634	8 958	17 111	35,40%
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne	5 644	10 781	5 743	10 971	1,80%
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne	6 648	12 698	7 087	13 537	6,60%
J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej	6 648	12 698	7 087	13 537	6,60%
J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	4 332	8 275	5 460	10 429	26,00%
J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi	4 316	8 245	6 839	13 064	58,50%
J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne	1 955	3 735	4 366	8 340	123,30%
J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne	3 790	7 238	8 057	15 389	112,60%
Pozostałe					
J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi	1 439	2 776	3 972	7 666	176,10%

Produkt rozliczeniowy	Symulowana wartość aktualna*		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[punkty]	[zł]	[punkty]	[zł]	
J06A Małe zabiegi w obrębie piersi	740	1 429	2 723	5 255	267,90%
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	1 083	2 091	2 013	3 887	85,90%
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi	1 083	2 090	2 435	4 700	124,80%
J08 Choroby piersi złośliwe	2 085	4 003	1 958	3 759	-6,10%
J10A Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią	2 363	4 561	1 856	3 583	-21,40%

* Wartości podstawowe, bez współczynników korygujących. Z uwagi na istotne zmiany w charakterystyce produktów rozliczeniowych oraz konieczność przekodowania danych historycznych na nową strukturę grup, uzyskane wyniki mają charakter symulacyjny i mogą być obciążone ryzykiem błędu wynikającym z przyjętych założeń analitycznych oraz ograniczeń dostępnych danych.

Źródło: Opracowanie własne

Jednocześnie należy podkreślić, że procedury biopsji gruboigłowych piersi wspomaganych próżnią co do zasady powinny być realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W związku z tym wycena świadczeń realizowanych w leczeniu szpitalnym została przyjęta na poziomie odpowiadającym wycenie AOS, co ma na celu ograniczenie wpływu różnic w sposobie finansowania na miejsce realizacji świadczenia, tak aby o wyborze trybu leczenia decydowały przede wszystkim przesłanki kliniczne oraz bezpieczeństwo pacjentki.

Wskazane powyżej projekty taryf uwzględniają również korekty pozostałych elementów składających się na wycenę świadczeń, w szczególności:

- modyfikację liczby dni pobytu finansowanych w ramach danej grupy JGP, dostosowaną do wyników przeprowadzonej analizy długości hospitalizacji,
- aktualizację wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą, w oparciu o rzeczywiste koszty pobytu oraz zaktualizowane dane kosztowe.

Szczegółowe wartości przyjęte dla obu powyższych elementów zostały zaprezentowane w poniższej tabeli.

Tabela 41 Projekt liczby dni pobytu finansowanych grupą oraz wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą

Kod i nazwa grupy	Liczba dni pobytu finansowana grupą - aktualna	Liczba dni pobytu finansowana grupą - projekt	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt	Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	17	16	843	1 612	138,4%
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne					

Kod i nazwa grupy	Liczba dni pobytu finansowana grupą - aktualna	Liczba dni pobytu finansowana grupą - projekt	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt	Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne					
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne					
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne					
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne					
J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi					
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna					
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna					
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne	18	11	843	1 612	139,1%
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne					
J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej					
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	6	5	606	1 171	234,3%
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi		8			
J08 Choroby piersi złośliwe	8	5	606	1 171	158,8%

Źródło: Opracowanie własne

Jednocześnie, w związku z wprowadzeniem nowych produktów rozliczeniowych służących finansowaniu zabiegów obustronnych, proponuje się usunięcie współczynnika korygującego 1,54 dotyczącego operacji wykonywanych na narządach parzystych. Wyższa kosztocłonność tych świadczeń została bowiem uwzględniona bezpośrednio w konstrukcji nowych produktów rozliczeniowych oraz przypisanych im wycenach

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Projekty taryf dla procedur zabiegowych z obszaru leczenia chorób piersi, realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym propozycje utworzenia nowych produktów rozliczeniowych, przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 42 Projekt taryfy dla świadczeń zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Produkt rozliczeniowy i procedura	Aktualna wycena*		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[punkty]	[zł]	[punkty]	[zł]	
ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX1	2 309	4 456	1 938	3 741	-16,1%
85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna	2 309	4 456	1 938	3 741	-16,1%
ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX2	2 309	4 456	1 756	3 389	-24,0%
85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG	2 309	4 456	1 756	3 389	-24,0%
ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX3	173	334	805	1 554	365,4%
85.98 Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej	173	334	805	1 554	365,4%
ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX4	255	492	315	609	23,7%
85.113 Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi	185	357	315	564	58,0%
85.114 Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana	262	505	315	622	23,2%
85.21 Miejscowe wycięcie zmiany piersi	259	500	315	559	11,8%
85.81 Szycie rany piersi	76	147	315	622	324,1%
ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX5	103	198	248	479	142,0%
85.02 Nacięcie sutka	259	500	248	509	1,8%
85.91 Aspiracja z piersi	41	79	248	467	490,2%
ZX6 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX6	121	233	207	399	71,2%
85.111 Przeskórna cienkoigłowa biopsja piersi	58	112	207	399	256,4%
85.112 Przeskórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana	125	242	207	399	65,1%

* dla wartości 1 pkt = 1,93 zł, stanowiącym średnią ceną jednostki rozliczeniowej, dla analizowanych świadczeń, obowiązującą do 30 czerwca 2026 r.

Źródło: Opracowanie własne

Projekt taryfy zakłada obniżenie wyceny procedur biopsji gruboigłowej piersi wspomaganej próżnią. Podkreślić jednak należy, że koszt jej realizacji został oszacowany na podstawie najnowszych danych przekazanych przez świadczeniodawców. Kalkulacja uwzględniła jednostkowy koszt wytworzenia procedury, powiększony o koszt obserwacji pacjentki po wykonanym zabiegu. Zgodnie z przekazanymi informacjami dane te dotyczyły podmiotów, które łącznie zrealizowały ponad 16 tys. tego typu procedur w ciągu roku, co pozwoliło na oparcie kalkulacji na szerokiej i aktualnej próbie danych rzeczywistych.

Jednocześnie przeprowadzone analizy wskazały, że aktualny poziom refundacji tych świadczeń był wyższy niż ceny komercyjne stosowane przez świadczeniodawców realizujących równolegle świadczenia w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W przypadku pozostałych procedur proponowane wyceny zostały zwiększone – od poziomu zbliżonego do obecnie obowiązującego (wzrost o niespełna 0% dla procedury nacięcia sutka) do ponad 165% w przypadku procedury usunięcia zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej. Zmiany te wynikają przede wszystkim z konieczności dostosowania wycen do rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń oraz aktualnych standardów organizacyjnych i klinicznych.

4 Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

4.1 Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych wynikających z podjęcia decyzji o wdrożeniu proponowanych тариф dla świadczeń będących przedmiotem niniejszego raportu. W ramach analizy porównano nakłady finansowe ponoszone z perspektywy płatnika publicznego na realizację świadczeń według obecnie obowiązującej wyceny z kosztami wynikającymi z zastosowania proponowanych тариф, uwzględniając również zmiany związane z przypisaniem procedur do nowych charakterystyk grup docelowych, likwidacją współczynnika korygującego dla zabiegów wykonywanych na narzędzie parzystym, a także zmianą liczby dni pobytu finansowanych w ramach grupy oraz zmianę wartości punktowej osobodnia finansowanego ponad ryczałt uwzględniony w grupie.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących liczby produktów jednostkowych zrealizowanych w 2024 roku oraz średniej ceny jednostki rozliczeniowej obowiązującej do 30 czerwca 2026 roku. Należy przy tym zaznaczyć, że analiza obejmuje również świadczenia, które zostały zrealizowane, lecz nie zostały rozliczone (opłacone) przez NFZ.

Oszacowanie wpływu na budżet płatnika zostało sporządzone przy wykorzystaniu procesu przekodowania produktów rozliczeniowych obowiązujących w 2024 roku na nową strukturę produktów rozliczeniowych. Z uwagi na różnice pomiędzy dotychczasowymi i projektowanymi charakterystykami produktów rozliczeniowych proces ten miał charakter symulacyjny i wymagał zastosowania określonych założeń oraz przybliżeń analitycznych. W szczególności nie we wszystkich przypadkach możliwe było jednoznaczne przypisanie świadczeń lub pacjentów do nowych produktów rozliczeniowych w relacji jeden do jednego. W konsekwencji **przedstawione wyniki należy interpretować jako szacunkowe odzwierciedlenie wpływu proponowanych zmian na budżet płatnika publicznego**, obarczone naturalnym poziomem niepewności wynikającym z przyjętej metodologii mapowania danych historycznych na nową strukturę rozliczeniową.

Szacuje się, że łączna wartość świadczeń objętych analizą wzrośnie z poziomu 856,6 mln zł do 889,7 mln zł, co oznacza **zwiększenie nakładów o ok. 33,1 mln zł, tj. o 3,9%** w skali roku. Największy wzrost finansowania obserwowany jest w leczeniu szpitalnym, gdzie wartość świadczeń zwiększa się o 85,5 mln zł (+13,9%). Wzrost ten dotyczy przede wszystkim procedur rekonstrukcyjnych oraz części dużych zabiegów onkologicznych. Jednocześnie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej prognozuje się spadek wartości świadczeń o ok. 52,4 mln zł (-21,7%), wynikający z urealnienia wyceny biopsji mammotomoicznych. Szczegółowe informacje zostały zamieszczone w poniższej tabeli.

Tabela 43 Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika wynikającego z implementacji projektów taryf

Produkt rozliczeniowy	Liczba realizatorów	Liczba produktów	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
LECZENIE SZPITALNE	480	52 010	614 665 928	700 162 964	85 497 037	13,9%
Rekonstrukcje	106	7 044	169 141 651	178 905 780	9 764 129	5,8%
J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne	2	3	128 615	172 454	43 838	34,1%
J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne	3	11	698 389	743 579	45 190	6,5%
J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne	27	391	16 147 379	8 102 263	-8 045 116	-49,8%
J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne	14	201	12 579 638	6 064 095	-6 515 543	-51,8%
J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne	78	2 019	47 544 400	51 583 349	4 038 949	8,5%
J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne	49	1 402	45 495 472	50 746 938	5 251 465	11,5%
J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi	5	38	1 300 195	1 367 794	67 599	5,2%
J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych	13	66	1 693 179	3 447 457	1 754 279	103,6%
J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych	61	488	12 759 412	12 772 157	12 745	0,1%
J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne	91	2 234	27 504 367	39 264 321	11 759 954	42,8%
J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne	34	191	3 290 604	4 641 374	1 350 769	41,0%
Resekcje	270	25 528	389 680 088	422 421 447	32 741 359	8,4%
J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna	189	4 217	59 831 017	80 518 533	20 687 516	34,6%
J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna	61	2 911	61 368 036	66 564 759	5 196 724	8,5%
J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne	114	7 554	114 993 226	119 346 986	4 353 760	3,8%
J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne	37	5 966	124 066 004	104 075 423	-19 990 581	-16,1%
J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych	134	1 634	14 927 828	19 129 418	4 201 590	28,1%
J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi	17	37	324 440	527 547	203 107	62,6%

Produkt rozliczeniowy	Liczba realizatorów	Liczba produktów	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
J03CJ Duże zabiegi w obrębie piersi - jednostronne	212	2 782	11 007 570	25 474 661	14 467 091	131,4%
J03CO Duże zabiegi w obrębie piersi - obustronne	43	427	3 161 968	6 784 121	3 622 153	114,6%
Pozostałe	462	19 438	55 844 189	98 835 738	42 991 549	77,0%
J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi	199	2 752	7 893 912	22 656 613	14 762 701	187,0%
J06A Małe zabiegi w obrębie piersi	245	2 563	3 543 589	14 873 076	11 329 487	319,7%
J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi	244	1 051	1 469 316	5 148 084	3 678 768	250,4%
J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi	39	48	74 204	284 881	210 678	283,9%
J08 Choroby piersi złośliwe	360	9 236	23 808 642	40 896 764	17 088 122	71,8%
J10A Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią	62	3 788	19 054 525	14 976 320	-4 078 205	-21,4%
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	707	93 522	241 928 968	189 531 945	-52 397 023	-21,7%
Świadczenia zabiegowe	707	93 522	241 928 968	189 531 945	-52 397 023	-21,7%
ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX1	65	6 696	31 722 321	24 773 260	-6 949 061	-21,9%
ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX2	206	41 902	194 319 880	141 952 255	-52 367 625	-26,9%
ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX3	8	67	22 334	101 551	79 216	354,7%
ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX4	510	20 889	10 393 649	12 656 298	2 262 649	21,8%
ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX5	246	6 166	1 272 089	2 960 794	1 688 706	132,8%
ZX6 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX6	419	17 802	4 198 694	7 087 786	2 889 092	68,8%
Razem	876	145 532	856 594 895	889 694 910	33 100 014	3,9%

Źródło: Opracowanie własne

Szacuje się, że największy wzrost wartości finansowania dotyczył będzie świadczeń klasyfikowanych do grup J04CJ *Zabiegi rekonstrukcyjne piersi – jednostronne* (11,8 mln zł, tj. 42,8%) oraz J04A *Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych* (1,75 mln zł, tj. 103,6%). Jednocześnie w grupach J01BJ oraz J01BO obserwowany jest istotny spadek wartości finansowania. Wynika to najprawdopodobniej z podziału dotychczasowej grupy obejmującej rekonstrukcje piersi z wykorzystaniem tkanek własnych na dwa odrębne typy świadczeń: rekonstrukcje wykonywane z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych oraz rekonstrukcje z użyciem tkanek własnych bez zastosowania mikrochirurgii. Pierwotnie świadczenia te były rozliczane tym samym produktem rozliczeniowym projektowanym przede wszystkim z myślą o świadczeniach realizowanych z wykorzystaniem technik mikrochirurgicznych, które charakteryzują się wyższą złożonością i większą kosztochłonnością.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że rzeczywista struktura realizowanych świadczeń po wdrożeniu nowych produktów rozliczeniowych może odbiegać od oszacowań przyjętych w analizie. Można oczekiwać, że udział procedur mikrochirurgicznych będzie w praktyce wyższy niż wynika to z przekodowania danych historycznych, natomiast liczba świadczeń obejmujących rekonstrukcję z wykorzystaniem tkanek własnych bez zastosowania mikrochirurgii może być odpowiednio niższa. W konsekwencji rzeczywisty wpływ zmian na budżet płatnika publicznego w zakresie rekonstrukcji piersi może różnić się od przedstawionych wartości szacunkowych.

W grupie resekcji największy wzrost wartości finansowania odnotowano dla produktów J02AJ *Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi – mastektomia jednostronna* (20,7 mln zł, tj. 34,6%) oraz J03CJ *Duże zabiegi w obrębie piersi – jednostronne* (14,5 mln zł, tj. 131,4%). Z kolei spadek finansowania występuje w grupie J02BO *Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych – obustronne* (-20,0 mln zł, tj. -16,1%), co stanowi jedną z największych pojedynczych zmian wartościowych w całej analizie.

Istotny wzrost finansowania dotyczy także grup obejmujących mniejsze procedury i leczenie zachowawcze. Wartość świadczeń w grupie J05A *Średnie zabiegi w obrębie piersi* wzrasta o 187,0%, w grupie J06A *Małe zabiegi w obrębie piersi* o 319,7%, natomiast w grupie J07A *Leczenie zachowawcze chorób piersi* o 250,4%. Wzrosty te wynikają przede wszystkim z dostosowania wycen do rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń oraz uporządkowania zakresów poszczególnych grup.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej największy wpływ na zmianę wartości świadczeń mają grupy ZX1 oraz ZX2, obejmujące odpowiednio biopsję gruboigłową piersi wspomaganą próżnią stereotaktyczną (ICD-9: 85.132) oraz biopsję gruboigłową piersi wspomaganą próżnią pod kontrolą USG (ICD-9: 85.131). Łączna wartość refundacji tych świadczeń zmniejsza się z poziomu 226,0 mln zł do 166,7 mln zł, co oznacza spadek finansowania o ok. 59,3 mln zł, tj. o 26,2%.

Jednocześnie wzrosty finansowania obserwowane są dla grup obejmujących drobne procedury zabiegowe i biopsje cienkoigłowe, w szczególności ZX5 (132,8%) oraz ZX6 (68,8%). Zmiany te wynikają zarówno z korekty wycen poszczególnych procedur, jak i z nowego sposobu grupowania świadczeń ambulatoryjnych.

4.2 Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Projektowane zmiany taryf świadczeń w obszarze chirurgii piersi mogą istotnie wpłynąć na organizację realizacji świadczeń zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Łączna wartość świadczeń objętych analizą **wzrasta o ok. 33,1 mln zł, tj. o 3,9% – z poziomu 856,6 mln zł do 889,7 mln zł**. Jednocześnie analiza wskazuje na istotną przebudowę struktury finansowania pomiędzy poszczególnymi typami świadczeń oraz poziomami opieki. **W leczeniu szpitalnym wartość świadczeń zwiększa się o ok. 85,5 mln zł (+13,9%), natomiast w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zmniejsza się o ok. 52,4 mln zł (-21,7%).** Zmiany te wynikają przede wszystkim z przebudowy produktów rozliczeniowych oraz utworzenia nowych grup świadczeń lepiej odpowiadających rzeczywistej praktyce klinicznej, organizacji procesu leczenia oraz rzeczywistej kosztochłonności poszczególnych procedur.

Istotnym elementem projektu jest odejście od dotychczasowego modelu, w którym część świadczeń o różnym stopniu złożoności była finansowana w ramach tych samych lub bardzo szerokich grup rozliczeniowych. Wprowadzenie nowych produktów rozliczeniowych, w tym dedykowanych produktów dla zabiegów obustronnych, procedur rekonstrukcyjnych oraz świadczeń wykonywanych z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych, pozwala na lepsze odwzorowanie rzeczywistego przebiegu leczenia oraz bardziej adekwatne przypisanie kosztów do rodzaju realizowanego świadczenia. Może to ograniczyć zjawisko niedoszacowania bardziej złożonych procedur oraz poprawić przejrzystość systemu finansowania.

Największy wzrost finansowania w leczeniu szpitalnym obserwowany jest w grupie szpitali powiatowych, gminnych i miejskich, gdzie wartość świadczeń wzrasta o ok. 18,4 mln zł (+25,6%) – z poziomu 71,6 mln zł do 90,0 mln zł. W grupie szpitali klinicznych wzrost wynosi ok. 26,9 mln zł (+18,0%), natomiast w szpitalach wojewódzkich ok. 26,9 mln zł (+8,7%). Z kolei w podmiotach niepublicznych wartość finansowania zwiększa się o ok. 11,5 mln zł (+15,7%). Dane te wskazują, że projektowane taryfy mogą przyczynić się do poprawy stabilności finansowej świadczeń zabiegowych w różnych typach podmiotów leczniczych, przy jednoczesnym zachowaniu istotnej roli ośrodków wysokospecjalistycznych.

Szczególnie istotne zmiany dotyczą procedur rekonstrukcyjnych oraz grup określonych jako „pozostałe”, obejmujących m.in. mniejsze zabiegi oraz świadczenia zachowawcze. W szpitalach klinicznych wartość finansowania świadczeń z kategorii „pozostałe” wzrasta o ok. 11,9 mln zł (+103,4%), natomiast w szpitalach powiatowych o ok. 8,6 mln zł (+83,7%). Wzrosty te mogą stanowić istotny bodziec do zwiększenia dostępności nowoczesnych procedur diagnostycznych i zabiegowych, które dotychczas mogły być realizowane w ograniczonym zakresie z uwagi na niedostosowanie wycen do rzeczywistych kosztów świadczeń.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej spadek wartości finansowania dotyczy wszystkich kategorii podmiotów leczniczych. Największy spadek wartościowy odnotowano w podmiotach niepublicznych – o ok. 20,5 mln zł (-20,6%) – oraz w szpitalach wojewódzkich – o ok. 16,0 mln zł (-23,9%). Zmiany te wynikają przede wszystkim z urealnienia wycen procedur biopsji gruczołowych piersi wspomaganych próżnią, których dotychczasowy poziom refundacji przewyższał rzeczywiste koszty realizacji świadczeń. Jednocześnie projektowane taryfy nadal uwzględniają konieczność zapewnienia odpowiednich warunków organizacyjnych oraz bezpieczeństwa pacjentek, w tym kosztów obserwacji po wykonaniu procedur zabiegowych.

Projektowane zmiany mogą również wpłynąć na sposób organizacji świadczeń poprzez zwiększenie transparentności finansowania oraz ograniczenie konieczności stosowania współczynników korygujących. Wprowadzenie nowych produktów rozliczeniowych dedykowanych zabiegom obustronnym pozwala bowiem na bezpośrednie uwzględnienie wyższej kosztocłonności tych świadczeń w konstrukcji taryf, bez konieczności stosowania dodatkowych mechanizmów korekcyjnych.

Należy jednocześnie podkreślić, że przedstawione wyniki mają częściowo charakter symulacyjny i zostały oparte na przekodowaniu danych historycznych na nową strukturę produktów rozliczeniowych. W związku z tym rzeczywisty wpływ projektowanych zmian na organizację systemu opieki zdrowotnej może różnić się od przedstawionych oszacowań, w szczególności w zakresie przyszłej struktury realizowanych świadczeń oraz rzeczywistego poziomu migracji części procedur pomiędzy leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym.

Szczegółowe informacje zawarte są w poniższej tabeli.

Tabela 44 Oszacowanie wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej wynikającego z implementacji projektów taryf

Kategoria szpitala	Liczba realizatorów	Liczba produktów	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
LECZENIE SZPITALNE	480	52 010	614 665 928	700 162 964	85 497 037	13,90%
Powiatowy, gminny, miejski	237	7 474	71 635 895	89 988 113	18 352 218	25,60%
Rekonstrukcje	27	919	19 683 609	21 419 061	1 735 452	8,80%
Resekcje	116	3 240	41 669 834	49 684 859	8 015 025	19,20%
Pozostałe	227	3 315	10 282 453	18 884 194	8 601 741	83,70%
Wojewódzki	80	24 115	309 078 730	335 947 827	26 869 096	8,70%
Rekonstrukcje	36	3 017	79 430 421	80 769 929	1 339 509	1,70%
Resekcje	61	12 316	202 395 554	211 114 562	8 719 008	4,30%
Pozostałe	78	8 782	27 252 756	44 063 335	16 810 579	61,70%
Kliniczny	43	12 609	149 841 043	176 787 872	26 946 829	18,00%
Rekonstrukcje	22	1 841	43 977 235	50 827 823	6 850 588	15,60%
Resekcje	34	6 051	94 356 500	102 555 422	8 198 922	8,70%
Pozostałe	42	4 717	11 507 308	23 404 627	11 897 319	103,40%
Inny (MSWiA, wojskowy)	21	1 007	11 004 329	12 877 612	1 873 283	17,00%
Rekonstrukcje	4	90	1 827 042	2 086 275	259 233	14,20%
Resekcje	12	580	8 062 931	9 170 981	1 108 050	13,70%
Pozostałe	20	337	1 114 356	1 620 355	506 000	45,40%
Niepubliczny	99	6 805	73 105 930	84 561 541	11 455 610	15,70%
Rekonstrukcje	17	1 177	24 223 345	23 802 692	-420 654	-1,70%
Resekcje	47	3 341	43 195 269	49 895 623	6 700 354	15,50%
Pozostałe	95	2 287	5 687 316	10 863 226	5 175 910	91,00%
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	707	93 522	241 928 968	189 531 945	-52 397 023	-21,70%
Powiatowy, gminny, miejski	170	12 480	28 342 559	22 771 816	-5 570 743	-19,70%
Nowe zabiegowe	170	12 480	28 342 559	22 771 816	-5 570 743	-19,70%
Wojewódzki	61	27 034	67 182 823	51 135 592	-16 047 232	-23,90%
Nowe zabiegowe	61	27 034	67 182 823	51 135 592	-16 047 232	-23,90%
Kliniczny	30	14 550	43 992 051	34 431 650	-9 560 401	-21,70%
Nowe zabiegowe	30	14 550	43 992 051	34 431 650	-9 560 401	-21,70%

Kategoria szpitala	Liczba realizatorów	Liczba produktów	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
Inny (MSWiA, wojskowy)	16	1 083	3 131 094	2 379 693	-751 402	-24,00%
Nowe zabiegowe	16	1 083	3 131 094	2 379 693	-751 402	-24,00%
Niepubliczny	430	38 375	99 280 439	78 813 194	-20 467 245	-20,60%
Nowe zabiegowe	430	38 375	99 280 439	78 813 194	-20 467 245	-20,60%
Razem	876	145 532	856 594 895	889 694 910	33 100 014	3,90%

Źródło: Opracowanie własne

5 Bibliografia

Global Burden of Disease. (2026, kwiecień). Pobrano z lokalizacji <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Jassem, J. K.-B. (2020). Breast cancer. WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO. *Oncology in Clinical Practice*, str. DOI: 10.5603/OCP.2020.0038.

Joanna A. Didkowska, U. W. (2024). NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W POLSCE W 2023 ROKU. *Krajowy Rejestr Nowotworów*, strony <https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2026-01/0.nowotwory-krn-2025-book-20260113.pdf>.

NHS. (2022). *2022/23 National Tariff Payment System. Annex D: Method used to calculate prices*.

Szczeklik, A. G. (2017). *Interna Szczeklika*. Kraków: Medycyna Praktyczna.

6 Spis tabel i rysunków

Spis tabel

Tabela 1 Katalog grup objętych analizą – leczenie szpitalne	19
Tabela 2 Katalog grup objętych analizą – KON-Pierś	25
Tabela 3 Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych objętych analizą	27
Tabela 4 Procedury możliwe do realizacji w warunkach leczenia szpitalnego i w trybie ambulatoryjnym ..	28
Tabela 5 Liczba i wartość hospitalizacji w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi w 2024 roku ...	45
Tabela 6 Liczba i wartość produktów towarzyszących rozliczonych wraz ze świadczeniem podstawowym z sekcji J w 2024 roku	46
Tabela 7 Liczba pacjentów* w analizowanym obszarze sekcji J w latach 2019–2024 w podziale na płeć ..	51
Tabela 8 Długość pobytu w podziale na JGP zgodnie z realizacją za 2024 rok	54
Tabela 9 Liczba hospitalizacji ze względu na długość pobytu w podziale na JGP zgodnie z realizacją za 2024 rok	55
Tabela 10 Realizacja procedur kierunkowych w JGP z sekcji J w 2024 roku	58
Tabela 11 Charakterystyka sekwencji zabiegów chirurgicznych w obrębie piersi na podstawie danych hospitalizacyjnych z lat 2022–2024	62
Tabela 12 Liczba świadczeniodawców i procedur diagnostyczno-zabiegowych w zakresie chorób piersi udzielonych w AOS w podziale na grupy rozliczeniowe w 2024 roku	64
Tabela 13 Liczba procedur w zakresie chorób piersi zrealizowanych w warunkach ambulatoryjnych i lecznictwie szpitalnym w 2024 roku	66
Tabela 14 Zróżnicowanie dostępności kadr lekarskich według wybranych specjalizacji chirurgicznych dla województw w latach 2019–2024	67
Tabela 15 Liczba lekarzy w podziale na wybrane specjalizacje chirurgiczne w 2024 roku	67
Tabela 16 Podsumowanie finansowania leczenia wybranych świadczeń dedykowanych leczeniu schorzeń piersi w 2026 roku w wybranych krajach	69
Tabela 17 Zestawienie uwag w podziale na obszary	74
Tabela 18 Wielkość pozyskanej próby danych w ramach postępowań nr 84, WB2020, WB2021, WB2022 – dane medyczno-kosztowe	78
Tabela 19 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców	80
Tabela 20 Zestawienie katalogu JGP - katalog obowiązujący oraz katalog nowoutworzony	81
Tabela 21 Prognozowany wolumen realizacji produktów po uwzględnieniu zmiany charakterystyk JGP ...	85
Tabela 22 Propozycje zmian w katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych	88
Tabela 23 Wskaźniki cząstkowe uaktualniające dane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku	90
Tabela 24 Limit dni finansowanych grupą przed i po zmianie	91
Tabela 25 Podział grup JGP według kategorii osobodnia pobytu	98
Tabela 26 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych kategoriach, po aktualizacji do 30.06.2026 roku	100
Tabela 27 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych JGP, po aktualizacji do 30.06.2026 roku	100
Tabela 28 Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą, po aktualizacji do 30.06.2026 roku	101
Tabela 29 Średni koszt pobytu w poszczególnych grupach zabiegowych po aktualizacji do 30.06.2026 roku	102
Tabela 30 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w analizowanych grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)	105
Tabela 31 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w analizowanych grupach zabiegowych, po odcięciach wartości skrajnych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)	108

Tabela 32 Średnie koszty leków i wyrobów medycznych w analizowanych procedurach, realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.....	109
Tabela 33 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)	111
Tabela 34 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)	112
Tabela 35 Stawki godzinowe brutto-brutto głównych kategorii personelu realizującego procedurę zabiegową	113
Tabela 36 Średni czas zajęcia infrastruktury do zabiegu.....	113
Tabela 37 Wyniki analizy kosztów grup zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)	115
Tabela 38 Wyniki analizy kosztów grup zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)	116
Tabela 39 Wyniki analizy kosztów grup w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)	118
Tabela 40 Projekt taryfy świadczeń – leczenie szpitalne	121
Tabela 41 Projekt liczby dni pobytu finansowanych grupą oraz wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą.....	122
Tabela 42 Projekt taryfy dla świadczeń zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej	124
Tabela 43 Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika wynikającego z implementacji projektów taryf	127
Tabela 44 Oszacowanie wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej wynikającego z implementacji projektów taryf.....	132

Spis rysunków

Rysunek 1. Skumulowane ryzyko zachorowania na raka piersi (%) w krajach UE-27 w 2024 roku.....	11
Rysunek 2. Skumulowane ryzyko zgonu z powodu raka piersi (%) w krajach UE-27 w 2024 roku.	11
Rysunek 3. Porównanie wskaźnika DALY i liczby zgonów z powodu raka piersi dla Polski w latach 1990–2023.	12
Rysunek 4. Liczba dni absencji chorobowej z powodu wybranych chorób piersi związanych z leczeniem chirurgicznym w latach 2018–2024.	16
Rysunek 5. Liczba zwolnień lekarskich z powodu wybranych chorób piersi związanych z leczeniem chirurgicznym w latach 2018–2024.	17
Rysunek 6. Liczba i wartość zrealizowanych świadczeń z analizowanego obszaru z sekcji J w latach 2019–2025 (I połowa).	30
Rysunek 7. Cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ.	31
Rysunek 8. Zmiana refundacji NFZ w wyniku zmian ceny jednostki rozliczeniowej dla wybranych JGP.	32
Rysunek 9. Liczba hospitalizacji w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi w latach 2019–2024..	33
Rysunek 10. Wartość hospitalizacji w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi w latach 2019–2024.	35
Rysunek 11. Zmiana zakresów realizacji świadczeń w latach 2019–2024.	36
Rysunek 12. Zmiana zakresów realizacji świadczeń w latach 2019–2024.	37
Rysunek 13. Liczba hospitalizacji oraz liczba hospitalizacji na 100 tys. kobiet w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi w podziale na województwa w 2024 roku.	38
Rysunek 14. Liczba świadczeniodawców realizujących w 2024 roku świadczenia dla wybranych JGP z sekcji objętych analizą.....	38
Rysunek 15. Liczba świadczeniodawców należących do KSO realizujących analizowane JGP z sekcji J w 2024 roku.	40
Rysunek 16. Realizacja świadczeń w ramach analizowanych JGP z sekcji J w 2024 roku przez podmioty należące do KSO.....	41
Rysunek 17. Struktura hospitalizacji z sekcji J w podziale na kategorie szpitala w 2024 roku.	42

Rysunek 18. Realizacja produktów rozliczeniowych według rodzaju świadczeń i kategorii szpitala w 2024 roku.	43
Rysunek 19. Realizacja poszczególnych JGP w ramach analizowanego obszaru z sekcji J w podziale na kategorie szpitali w 2024 roku.	44
Rysunek 20. Rozkład liczby produktów towarzyszących i wartość produktów towarzyszących rozliczonych wraz ze świadczeniem podstawowym z sekcji J w 2024 roku.	47
Rysunek 21. Struktura hospitalizacji według zakresu świadczeń w 2024 roku.	49
Rysunek 22. Struktura pacjentów w ramach analizowanego obszaru z sekcji J w latach 2019–2024 w podziale na grupy wiekowe.	52
Rysunek 23. Struktura pacjentów w ramach analizowanego obszaru z sekcji J w podziale na grupy wiekowe w 2024 roku cz.1.	53
Rysunek 24. Struktura pacjentów w ramach analizowanego obszaru z sekcji J w podziale na grupy wiekowe w 2024 roku cz.2.	54
Rysunek 25. Struktura świadczeń w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi według trybu przyjęcia pacjentów w 2024 roku.	56
Rysunek 26. Struktura świadczeń w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi według trybu wypisu pacjentów w 2024 roku.	57
Rysunek 27. Struktura pacjentów w podziale na najczęstsze rozpoznania zgodnie z ICD-10 w analizowanym obszarze sekcji J w 2024 roku.	57
Rysunek 28. Liczba świadczeń zabiegowych przypadająca na pacjenta w 2024 roku.	61
Rysunek 29. Struktura sekwencji zabiegów wykonywanych w okresie 365 dni w latach 2022–2024.	63
Rysunek 30. Wycena wybranych najwyższej wycenionych grup związanych z leczeniem piersi w Anglii w 2026 roku w trybie planowym.	70
Rysunek 31. Wycena wybranych grup związanych z leczeniem piersi w Niemczech w 2026 roku w trybie planowym.	71
Rysunek 32. Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii szpitala.	79
Rysunek 33. Rozkład populacji pacjentów przed i po uwzględnieniu zmian w charakterystykach JGP – zabiegi rekonstrukcyjne i kompleksowe.	83
Rysunek 34. Rozkład populacji pacjentów przed i po uwzględnieniu zmian w charakterystykach JGP – duże, średnie i małe zabiegi.	84
Rysunek 35. Rozkład populacji pacjentów przed i po uwzględnieniu zmian w charakterystykach JGP – leczenie zachowawcze.	84
Rysunek 36. Rozkład populacji pacjentów w obowiązujących i nowych produktach – ambulatoryjna opieka specjalistyczna.	89
Rysunek 37. Rozkład długości hospitalizacji w JGP J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych – jednostronne, J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych – obustronne, J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną – jednostronne, J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne.	93
Rysunek 38. Rozkład długości hospitalizacji w JGP J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją – jednostronne, J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne.	94
Rysunek 39. Rozkład długości hospitalizacji w JGP J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna, J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna, J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych – jednostronne, J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne.	95
Rysunek 40. Rozkład długości hospitalizacji w JGP J07A Leczenie zachowawcze chorób piersi, J07B Leczenie zachowawcze innych chorób piersi, J08 Choroby piersi złośliwe.	96
Rysunek 41. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 91,99% realizacji świadczeń, po aktualizacji do 30.06.2026 r., w podziale na kategorię szpitala.	99

Rysunek 42. Koszt osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 91,99% realizacji świadczeń, po aktualizacji do 30.06.2026 r., w podziale na kategorię szpitala.	99
Rysunek 43. Rozrzut kosztów produktów leczniczych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).	104
Rysunek 44. Rozrzut kosztów wyrobów medycznych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).	104
Rysunek 45. Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).	105
Rysunek 46. Rozrzut kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).	106
Rysunek 47. Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).	107
Rysunek 48. Rozrzut kosztów godzinowych zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).	110
Rysunek 49. Struktura kosztów całkowitych w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.).	115
Rysunek 50. Struktura kosztów całkowitych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.).	117

7 Załączniki

- Załącznik 1. Kody ICD-10 oraz ICD-9 charakteryzujące świadczenia objęte grupami J01G–J10
- Załącznik 2. Warunki szczegółowe dotyczące realizacji świadczeń gwarantowanych
- Załącznik 3. Charakterystyka JGP objętych analizą
- Załącznik 4. Stan finansowania w wybranych krajach
- Załącznik 5. Lista świadczeniodawców, których dane zostały wykorzystane do analiz
- Załącznik 6. Charakterystyka JGP – propozycje zmian