



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

RAPORT

WT.521.2.2025

Data ukończenia: 28.09.2026

RAPORT W SPRAWIE USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ

Świadczenia gwarantowane, w których istotny koszt stanowi
wyrób medyczny - **Chirurgia robotowa i radykalna
prostatektomia laparoskopowa (JGP F45R, L31L, L31R, M22R)**

Definicje pojęć i skrótów

Skrót/pojęcie	Definicja
Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia
DRG	Diagnosis Related Group
HRG	Healthcare Resource Group
ICD-9 PL	Międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska
ICD-10	Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych
JGP	Jednorodne grupy pacjentów
Metodyka	Proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń, wraz z opisem rodzaju i zakresu gromadzonych informacji
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
OAIiT	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
OPCS	Office of Population Censuses and Surveys
OPK	Ośrodek powstawania kosztów
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
ORP	Radykalna prostatektomia metodą otwartą
LRP	Radykalna prostatektomia metodą laparoskopową
RARP	Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego
System robotowy	Zrobotyzowany system chirurgiczny wykorzystywany do wykonywania zabiegów małoinwazyjnych, umożliwiający operatorowi prowadzenie procedury z użyciem konsoli, toru wizyjnego i narzędzi robotowych.
WKK	Własna kalkulacja kosztów
WT	Wydział Taryfikacji
Wyrób medyczny	Wyrób medyczny w rozumieniu właściwych przepisów, stanowiący istotny element kosztu świadczeń objętych raportem, w szczególności w związku z wykorzystaniem systemu robotowego i narzędzi zabiegowych.

Spis treści

1	NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE I WNIOSKI	4
2	PROBLEM DECYZYJNY	6
3	TARYFIKOWANE ŚWIADCZENIE	7
3.1	Charakterystyka świadczenia	7
3.2	Aktualny stan finansowania w Polsce	8
3.3	Analiza popytu i podaży	11
3.3.1	Leczenie szpitalne	11
3.3.2	Inne istotne informacje	39
3.4	Finansowanie w innych krajach	42
3.5	Cenniki komercyjne i dane pozyskane od producentów	43
3.6	Uwagi do świadczenia	45
4	PROJEKT TARYFY	48
4.1	Współpraca ekspercka	48
4.2	Rekomendacje z raportów źródłowych	49
4.3	Pozyskanie danych	50
4.3.1	Dane medyczno-kosztowe	52
4.3.2	Dane o wynagrodzeniach	53
4.3.3	Dane finansowo-księgowe	53
4.3.4	Dane dotyczące dofinansowania sprzętu robotowego	55
4.4	Analiza danych	55
4.4.1	Mnożnik zmian wielkości kosztów	56
4.4.2	Czas hospitalizacji	56
4.4.3	Koszty infrastruktury, amortyzacji, osobodnia i koszty wynagrodzeń	57
4.4.4	Procedury zabiegowe	63
4.4.5	Koszty zmienne	63
4.4.6	Porównanie metod zabiegu - radykalna prostatektomia	65
4.4.7	Wyniki analizy	67
4.5	Projekt taryfy	68
5	REKOMENDACJE AOTMIT	70
6	OGRANICZENIA	71
7	ANALIZA WPŁYWU NA SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ	73
7.1	Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	73
7.2	Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej	73
8	BIBLIOGRAFIA	76
9	SPIS TABEL I RYSUNKÓW	77

1 Najważniejsze informacje i wnioski

Raport dokumentuje przygotowanie projektu tariff świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej obejmujących leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego, rozliczane w JGP F45R, L31R i M22R. Grupy L31 i L31L uwzględniono początkowo jako punkty odniesienia w analizie porównawczej, z założeniem, że ewentualne objęcie ich taryfikacją zostanie przedstawione Radzie ds. Taryfikacji. Raport opracowano w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń oraz aktualnie dostępne dane dotyczące realizacji i kosztów świadczeń.

W toku prac porównano radykalną prostatektomię wykonywaną metodą klasyczną, laparoskopową i z zastosowaniem systemu robotowego. Wyniki wskazały na potrzebę zachowania właściwych relacji taryfowych między tymi technikami, w szczególności w odniesieniu do grupy L31L, obejmującej zabieg laparoskopowy. Uznano zatem za zasadne objęcie tej grupy projektem taryfy, a nie jedynie wykorzystanie jej jako punktu odniesienia.

Na podstawie analiz Agencji Rada ds. Taryfikacji na posiedzeniu 24 września 2026 r. podjęła decyzję o włączeniu grupy L31L do zakresu projektu taryfy. Jednocześnie zdecydowano o pozostawieniu bez zmian poziomu finansowania grupy L31 *Radykalna prostatektomia*, obejmującej zabieg wykonywany metodą klasyczną i uwzględnieniu jej w raporcie wyłącznie poglądowo. Za takim rozstrzygnięciem przemawiały stosowany współczynnik korygujący, częściowo kompensujący stwierdzone niedoszacowanie oraz planowana przez Agencję taryfikacja całego obszaru chorób układu moczowego (sekcji L JGP) w kolejnym roku.

Zgodnie z rekomendacją Rady ds. Taryfikacji z 3 września 2026 r. koszt amortyzacji systemu robotowego oszacowano z uwzględnieniem wyłącznie części nakładów na jego zakup sfinansowanej przez świadczeniodawcę ze środków własnych. W przypadku zakupu finansowanego częściowo lub w całości z dotacji bądź innych źródeł zewnętrznych odpowiadająca im część kosztu amortyzacji nie została wliczona do taryfy. Pozwala to uniknąć podwójnego finansowania tego samego kosztu.

Przyjęte podejście służy zapewnieniu spójności wyceny radykalnej prostatektomii oraz zachowaniu adekwatnych relacji taryfowych między techniką klasyczną, laparoskopową i robotową. Proponowane taryfy oznaczają:

- podwyższenie wartości katalogowej grupy F45R *Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego* * o 19,3%;
- obniżenie wartości katalogowej grupy M22R *Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego* * o 10,8% oraz grupy L31L *Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy* * o 18,5%;
- pozostawienie bez zmian wartości katalogowej grupy L31 *Radykalna prostatektomia* *. Należy mieć na uwadze, że w przypadku wykonania co najmniej 75 operacji nowotworu gruczołu krokowego i rozliczenia świadczenia w pakiecie onkologicznym możliwe jest zastosowanie współczynnika korygującego 1,25;
- pozostawienie bez zmian wartości katalogowej grupy L31R *Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego* *.

Koszt amortyzacji systemu robotowego oszacowano zgodnie z rekomendacją Rady ds. Taryfikacji z 3 września 2026 r.: uwzględniono wyłącznie tę część nakładów na zakup systemu, którą świadczeniodawca sfinansował ze środków własnych. Część sfinansowana z dotacji lub innych źródeł zewnętrznych nie jest wliczana do taryfy, co eliminuje ryzyko podwójnego finansowania tego samego kosztu.

Analizę wpływu na budżet płatnika publicznego przeprowadzono na podstawie danych NFZ o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w 2025 r. oraz średniej cenie punktu w rodzaju leczenie szpitalne. Dane sprawozdawcze, obejmujące rozpoznania według ICD-10 i procedury według ICD-9, przyporządkowano do grup JGP objętych raportem. Pozwoliło to oszacować skutki finansowe proponowanych zmian dla analizowanych świadczeń.

Wprowadzenie proponowanych taryf wiązałoby się ze **spadkiem wydatków płatnika publicznego o około 11,6 mln zł**, czyli o **2,1%** w analizowanym obszarze, przy założeniu liczby świadczeń zrealizowanych w 2025 r.

2 Problem decyzyjny

Problem decyzyjny dotyczy ustalenia taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, na podstawie analizy kosztów przeprowadzonej zgodnie z metodyką metodyką¹ taryfikacji świadczeń. Raport ten szczegółowo opisuje etapy analizy, wyliczeń oraz rekomendacje dotyczące nowych propozycji wyceny i produktów rozliczeniowych. Całość opiera się na aktualnych danych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz rekomendacji ekspertów klinicznych i Agencji, a także uwzględnia wpływ proponowanych rozwiązań na budżet płatnika publicznego.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: Plan Taryfikacji na rok 2026, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, w punkcie: *Świadczenia, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny*, zgodnie z metodyką Agencji.

Przedmiotem raportu są świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, w obszarze: leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego, zdefiniowane kodami rozpoznawczych wg ICD-10 i procedurami wg ICD-9 zamieszczonymi w **załączniku nr 1** do raportu, identyfikowane produktami rozliczeniowymi w rodzaju leczenie szpitalne, określonymi w załączniku 1a 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:

- *F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego**
- *L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego**
- *M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego**

Dodatkowo, w celu zachowania odpowiednich relacji pomiędzy zabiegami prostatektomii wykonywanej z zastosowaniem systemu robotowego z zabiegami wykonywanymi metodą laparoskopową i klasyczną, do zakresu prac włączono produkty rozliczeniowe:

- *L31 Radykalna prostatektomia**
- *L31L Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy**

¹ [Metodyka taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT](#)

3 Taryfikowane świadczenie

3.1 Charakterystyka świadczenia²

Chirurgia robotowa stanowi obecnie jeden z najszybciej rozwijających się obszarów chirurgii małoinwazyjnej, szczególnie w leczeniu nowotworów wymagających dużej precyzji preparowania tkanek w ograniczonej przestrzeni anatomicznej. System robotowy umożliwia operatorowi pracę z wykorzystaniem stabilnego obrazu trójwymiarowego, znaczącego powiększenia pola operacyjnego, instrumentów o dużej swobodzie ruchu oraz filtracji drżenia rąk. Z perspektywy klinicznej technologia ta nie stanowi odrębnej procedury terapeutycznej, lecz zaawansowane narzędzie operacyjne, które może wspierać realizację zabiegów dotychczas wykonywanych metodą klasyczną lub laparoskopową, przy potencjalnym ograniczeniu urazu operacyjnego, utraty krwi oraz czasu hospitalizacji. Największe znaczenie chirurgia robotowa uzyskała w Polsce w urologii, ginekologii onkologicznej i chirurgii kolorektalnej, tj. w obszarach objętych odrębnymi produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia: L31R, M22R oraz F45R.

Z perspektywy systemowej chirurgia robotowa w Polsce weszła w fazę dynamicznego wzrostu, ale jej rozwój pozostaje nierównomierny pomiędzy regionami, specjalnościami i ośrodkami. Raport „Chirurgia robotowa 2026” zwraca również uwagę, że, mimo szybkiego wzrostu liczby systemów robotowych i operatorów, w Polsce nadal brakuje kompleksowych rejestrów klinicznych pozwalających monitorować jakość, efekty leczenia i bezpieczeństwo procedur w sposób porównywalny pomiędzy ośrodkami.

Biorąc pod uwagę dostępne dane, chirurgia robotowa powinna być traktowana jako technologia o istotnym potencjale klinicznym i organizacyjnym, ale wymagająca dalszej oceny w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej. Dotyczy to w szczególności konieczności monitorowania wyników onkologicznych, funkcjonalnych i okołoooperacyjnych, oceny kosztów bezpośrednich oraz pośrednich, a także wpływu doświadczenia operatorów i wolumenu zabiegów na bezpieczeństwo i efektywność leczenia. Dalszy rozwój chirurgii robotowej powinien być powiązany z mechanizmami zapewniania jakości, szkolenia zespołów, centralizacji kompetencji oraz adekwatnego finansowania procedur, w których zastosowanie technologii robotowej przynosi udokumentowaną wartość dla pacjenta i systemu ochrony zdrowia.

Radykalna prostatektomia jest zabiegiem chirurgicznym stosowanym przede wszystkim w leczeniu miejscowo ograniczonego raka gruczołu krokowego i polega na całkowitym usunięciu gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi a, w uzasadnionych przypadkach, również okolicznych węzłów chłonnych. Świadczenie może być realizowane metodą klasyczną, laparoskopową lub z zastosowaniem systemu robotowego, przy czym wybór techniki zależy m.in. od stanu klinicznego pacjenta, zaawansowania choroby, doświadczenia zespołu operacyjnego oraz dostępności odpowiedniej infrastruktury. Niezależnie od zastosowanej metody zasadniczym celem zabiegu pozostaje uzyskanie kontroli onkologicznej przy możliwie najlepszym zachowaniu funkcji układu moczowego i funkcji seksualnych pacjenta.

Istotnym obszarem zastosowania chirurgii robotowej jest również ginekologia onkologiczna, w szczególności leczenie raka błony śluzowej macicy. W porównaniu z prostatektomią dynamika

² K. Jakubiak, „Chirurgia robotowa 2026”, Modern Healthcare Institute, Warszawa.

wzrostu liczby zabiegów w tym obszarze była bardziej umiarkowana, natomiast udział technologii robotowej w leczeniu raka trzonu macicy systematycznie rośnie. W raporcie wskazano również na możliwość wykorzystania systemów robotowych w bardziej złożonych zabiegach ginekologicznych, w tym w operacjach głęboko naciekającej endometriozy oraz wybranych przypadkach raka jajnika.

Coraz większe znaczenie technologia robotowa uzyskuje także w chirurgii kolorektalnej. Robotyka w tym obszarze może być szczególnie przydatna w operacjach wykonywanych w obrębie miednicy mniejszej, gdzie istotne znaczenie ma precyzyjna preparacja struktur naczyniowych i nerwowych oraz możliwość ograniczenia urazu chirurgicznego. Jednocześnie raport wskazuje, że rozwój tego obszaru zależy nie tylko od dostępności sprzętu, lecz także od poziomu finansowania, polityki współczynników oraz organizacji pracy ośrodków wykonujących odpowiednio duży wolumen zabiegów.

3.2 Aktualny stan finansowania w Polsce

Świadczenia gwarantowane dotyczące leczenia szpitalnego dla grup JGP objętych raportem są realizowane w ramach leczenia szpitalnego i pozostają ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z tego zakresu. W analizowanym obszarze obejmują one przede wszystkim produkty rozliczeniowe dedykowane zabiegom onkologicznym wykonywanym z użyciem systemu robotowego:

- *F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego**
- *L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego**
- *M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego**

Na podstawie decyzji Rady ds. Taryfikacji z 24 września 2026 r. projektem taryfy objęto również grupę L31L Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy*.

W załączniku nr 2 przedstawiono:

- szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,
- wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, oraz dodatkowe warunki realizacji tych świadczeń.

Zarządzenie Prezesa NFZ

Świadczenia objęte niniejszym raportem finansowane są w ramach umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju leczenie szpitalne. Aktualne zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone są w zarządzeniu 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 wyspecjalistyczne, z późn. zm. zgodnie z załącznikiem nr 1a do ww. zarządzenia.

Projektem taryfy objęto produkty rozliczeniowe F45R, L31R i M22R, tj. zabiegi chirurgiczne wykonywane z zastosowaniem systemu robotowego w leczeniu nowotworów jelita grubego, gruczołu krokowego i macicy, oraz grupę L31L. Początkowo grupa ta służyła porównaniu kosztów

zabiegów wykonywanych metodą laparoskopową i robotową. Ostatecznie w celu zachowania właściwych relacji między produktami rozliczeniowymi dotyczącymi radykalnej prostatektomii podjęto decyzję o objęciu jej projektem taryfy.

Szczegółowy katalog produktów rozliczeniowych, wartości punktowych oraz zakresów realizacji świadczeń wynikający z obowiązującego zarządzenia Nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ przedstawiono w tabeli nr 1. Charakterystykę poszczególnych grup i produktów ujęto w **załączniku nr 3 do raportu**.

Współczynniki korygujące

Zasady stosowania współczynników korygujących w rodzaju leczenie szpitalne określa załącznik nr 3c 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, z późn. zm.

W odniesieniu do produktów dodatkowo uwzględnionych w niniejszym raporcie, tj.

- *L31 Radykalna prostatektomia**,
- *L31L Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy**,

w przypadku wykonania co najmniej 75 zabiegów operacji nowotworu gruczołu krokowego zastosowanie ma **współczynnik korygujący w wysokości 1,25**. Oznacza to, że faktyczny poziom finansowania tych świadczeń może być wyższy od wartości wynikającej wyłącznie z katalogowej wartości punktowej grup JGP określonej w załączniku nr 1a do zarządzenia.

W analizie relacji pomiędzy taryfami dla produktów L31, L31L i L31R należy zatem uwzględnić nie tylko wartości punktowe grup, lecz także wpływ współczynnika korygującego na rzeczywistą wartość rozliczenia produktów L31 i L31L. Ma to istotne znaczenie dla oceny prawidłowości relacji finansowania radykalnej prostatektomii wykonywanej metodą klasyczną, laparoskopową oraz z zastosowaniem systemu robotowego.

Tabela 1 Katalog świadczeń szpitalnych dla grup F45R, L31, L31L, L31R, M22R

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Zakresy świadczeń						Uwagi	
							chirurgia ogólna	chirurgia onkologiczna / chirurgia onkologiczna dla dzieci	chirurgia onkologiczna specjalistyczna	ginekologia onkologiczna	położnictwo i ginekologia/poł. i gін.- drugi p. ref./poł. i gін.-trzeci p. ref.	urologia / urologia dla dzieci		urologia specjalistyczna
F45R	5.51.01.0006045	Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego *	23 043	21 200			1	1					- zgodnie z wytycznymi określonymi w załączniku nr 3a - świadczenie realizowane na warunkach określonych w lp. 63 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego do rozliczenia wyłącznie dedykowaną grupą	
L31	5.51.01.0011031	Radykalna prostatektomia *	8 989	8 270	27	289		1	1			1	1	- w przypadku leczenia onkologicznego zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
L31L	5.51.01.0011034	Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy*	13 514	12 433				1	1			1	1	- w przypadku leczenia onkologicznego zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
L31R	5.51.01.0011033	Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego *	17 075	15 709				1	1			1	1	- zgodnie z wytycznymi określonymi w załączniku nr 3a - świadczenie realizowane na warunkach określonych w lp. 58 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego do rozliczenia wyłącznie dedykowaną grupą
M22R	5.51.01.0012022	Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego *	20 367	18 738				1		1	3			- zgodnie z wytycznymi określonymi w załączniku nr 3a - świadczenie realizowane na warunkach określonych w lp. 62 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego do rozliczenia wyłącznie dedykowaną grupą

(*) oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

Źródło: Opracowanie własne Agencji na podstawie zarządzenia Nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ.

3.3 Analiza popytu i podaży

Celem analizy popytu i podaży jest ocena skali zapotrzebowania na świadczenia chirurgiczne wykonywane z zastosowaniem systemu robotowego oraz możliwości ich realizacji przez świadczeniodawców w ramach finansowania ze środków publicznych. Analiza ta pozwala ocenić, czy aktualny poziom finansowania świadczeń wpływa na dostępność procedur robotowych oraz czy wycena świadczeń może stanowić instrument oddziaływania na podaż w obszarach objętych niniejszym raportem.

Przez popyt na analizowane świadczenia rozumie się przede wszystkim zapotrzebowanie pacjentów na leczenie chirurgiczne nowotworów jelita grubego, gruczołu krokowego oraz macicy, w tym liczbę hospitalizacji, dynamikę realizacji świadczeń oraz potencjalnie czas oczekiwania na zabieg. Podaż definiowana jest natomiast przez poziom realizacji świadczeń przez podmioty lecznicze, wynikający z dostępności systemów robotowych, doświadczenia zespołów operacyjnych, infrastruktury szpitalnej, organizacji pracy bloków operacyjnych oraz poziomu finansowania świadczeń.

W niniejszym rozdziale przedstawiono analizę popytu i podaży świadczeń z zakresu chirurgii robotowej, obejmującą produkty rozliczeniowe:

- *F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego**
- *L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego**
- *M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*.*

Dodatkowo, w celu zachowania porównywalności analiz dotyczących prostatektomii, uwzględniono produkty:

- *L31 Radykalna prostatektomia**
- *L31L Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy*.*

Analiza koncentruje się na danych dotyczących liczby zrealizowanych świadczeń, liczby świadczeniodawców, wartości rozliczeń oraz zmian wolumenu realizacji w latach 2022–2025. Szczególną uwagę poświęcono dynamice rozwoju chirurgii robotowej po wprowadzeniu finansowania dedykowanych grup JGP oraz relacji pomiędzy zabiegami wykonywanymi metodą robotową, laparoskopową i klasyczną w obszarze radykalnej prostatektomii.

Podstawowym źródłem danych do analiz przedstawionych w niniejszym rozdziale były informacje Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące liczby i wartości zrealizowanych świadczeń, liczby świadczeniodawców oraz struktury realizacji produktów objętych raportem.

3.3.1 Leczenie szpitalne

W 2025 roku, na podstawie umów zawartych z NFZ, zrealizowano 18 832 analizowane świadczenia o łącznej wartości 574,21 mln zł.

Ze względu na specyfikę projektu, obejmującego dodatkowe grupy JGP, analizę danych dotyczących realizacji świadczeń przedstawiono w dwóch odrębnych częściach. W pierwszej części scharakteryzowano realizację świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, tj. grup JGP F45R, L31R i M22R. Analizą objęto skalę realizacji świadczeń, ich

wartość, rozmieszczenie terytorialne oraz strukturę świadczeniodawców. W drugiej części przedstawiono analizę porównawczą realizacji świadczeń radykalnej prostatektomii wykonywanej metodą klasyczną, laparoskopową oraz z zastosowaniem systemu robotowego (grupy L31, L31L i L31R).

3.3.1.1 Realizacja świadczeń leczenia chirurgicznego z zastosowaniem systemu robotowego

W latach 2022-2025 obserwowano systematyczny wzrost liczby oraz wartości świadczeń realizowanych w ramach grup JGP F45R, L31R oraz M22R. Łączna liczba świadczeń wzrosła z 2,1 tys. w 2022 roku do 13,8 tys. w 2025 roku, co oznacza ponad sześciokrotny wzrost w analizowanym okresie. Jednocześnie wartość świadczeń zwiększyła się z 60 mln zł do 445 mln zł, tj. ponad siedmiokrotnie. Największy przyrost zarówno liczby, jak i wartości świadczeń odnotowano pomiędzy 2023 a 2024 r.

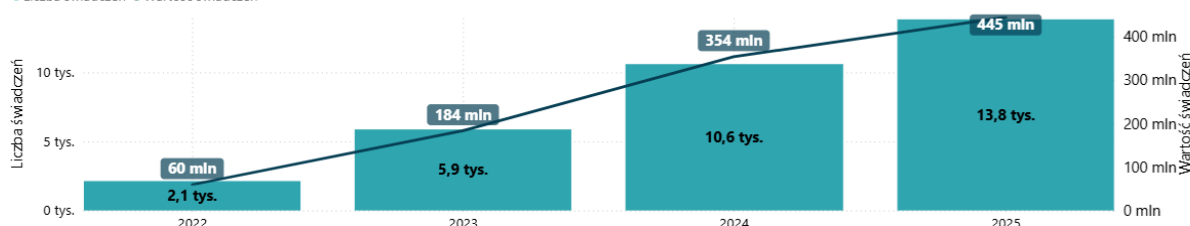
Największy udział zarówno w liczbie, jak i wartości świadczeń w całym analizowanym okresie miała grupa L31R obejmująca radykalną prostatektomię z zastosowaniem systemu robotowego. W 2025 r. w ramach tej grupy zrealizowano 10,5 tys. świadczeń o wartości 323 mln zł, co stanowiło ponad trzy czwarte liczby świadczeń oraz ponad 70% ich łącznej wartości.

Dane dotyczące liczby i wartości świadczeń analizowanych JGP w latach 2022-2025 przedstawiono na wykresach poniżej.

Liczba i wartość świadczeń JGP: F45R, L31R, M22R

Dane za lata 2022-2025

● Liczba świadczeń ● Wartość świadczeń

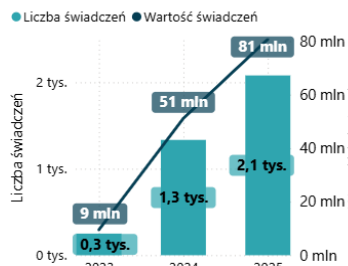


Rysunek 1 Łączna liczba i wartość świadczeń JGP: F45R, L31R oraz M22R w latach 2022-2025

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

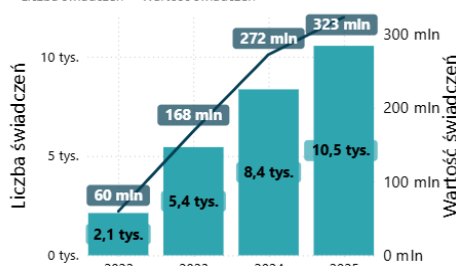
F45R LECZENIE CHIRURGICZNE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO JELITA GRUBEGO Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*

● Liczba świadczeń ● Wartość świadczeń



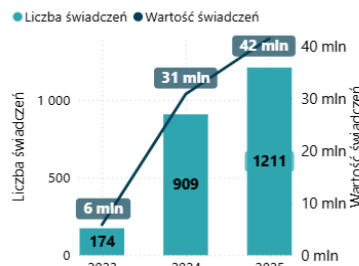
L31R RADYKALNA PROSTATEKTOMIA Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*

● Liczba świadczeń ● Wartość świadczeń



M22R LECZENIE CHIRURGICZNE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO MACICY Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*

● Liczba świadczeń ● Wartość świadczeń



Rysunek 2 Liczba i wartość świadczeń w podziale na JGP: F45R, L31R oraz M22R w latach 2022-2025

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Można zauważyć, że we wszystkich grupach objętych analizą odnotowano wzrost liczby realizowanych świadczeń. Pomimo stopniowego wzrostu udziału grup F45R i M22R w analizowanym okresie, dominującą pozycję pod względem liczby realizowanych świadczeń zajmowała grupa L31R. Jej udział zmniejszył się z 92,8% w 2023 r. do 76,2% w 2025 r., pozostając jednak na poziomie przekraczającym trzy czwarte wszystkich analizowanych świadczeń.

Jednocześnie udział grupy F45R wzrósł z 4,3% do 15,0%, natomiast udział grupy M22R z 3,0% do 8,8%. Przedstawione dane wskazują na stopniowe zwiększanie znaczenia grup F45R i M22R w strukturze realizowanych świadczeń, przy jednoczesnym utrzymaniu dominującej pozycji grupy L31R. Obrazują to dane przedstawione w tabeli oraz na wykresie poniżej.

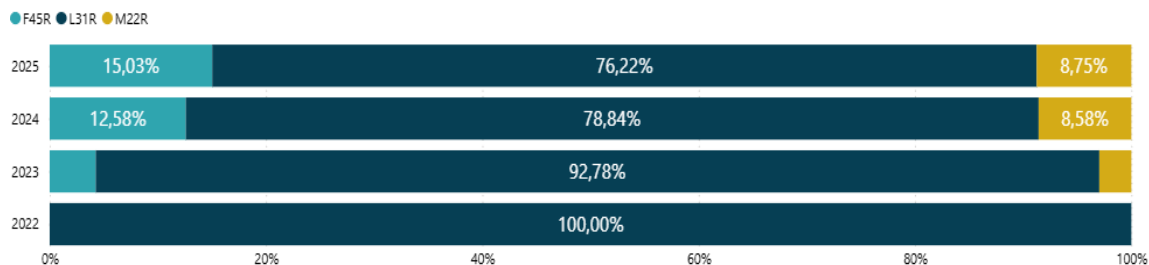
Tabela 2 Liczba udzielanych świadczeń według grup JGP F45R, L31R i M22R w latach 2022–2025

Kod i nazwa JGP	2022	2023	2024	2025	Zmiana % 2025 vs 2023
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*		250	1 334	2 080	+ 732%
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	2 130	5 448	8 357	10 548	+ 94%
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*		174	909	1 211	+ 596%
SUMA ŚWIADCZEŃ	2 130	5 872	10 600	13 839	+ 136%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Struktura liczby świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny

Dane za lata 2022–2025



Rysunek 3 Struktura liczby świadczeń JGP: F45R, L31R, M22R w latach 2022–2025

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Wraz z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń, odnotowano wzrost ich wartości we wszystkich grupach. W grupach F45R oraz M22R, których realizację rozpoczęto w 2023 r., wartość świadczeń zwiększyła się odpowiednio z 9,5 mln zł do 80,8 mln zł oraz z 5,8 mln zł do 41,5 mln zł. Najwyższą dynamikę wzrostu wartości świadczeń odnotowano w grupie F45R (752%), natomiast w grupie M22R wzrost wyniósł 612%. Pomimo stopniowego wzrostu udziału grup F45R i M22R, największy udział w wartości świadczeń miała grupa L31R. Jej udział zmniejszył się z 91,7% w 2023 r. do 72,6% w 2025 r., pozostając jednak na poziomie przekraczającym 70% całkowitej wartości analizowanych świadczeń. W tym samym okresie udział grupy F45R wzrósł z 5,2% do 18,1%, natomiast udział grupy M22R z 3,2% do 9,3%. Przedstawione dane wskazują na stopniowe zwiększanie udziału grup F45R i M22R w wartości analizowanych świadczeń, przy jednoczesnym utrzymaniu dominującej pozycji grupy L31R. Dane przedstawiono w tabeli oraz na wykresie poniżej.

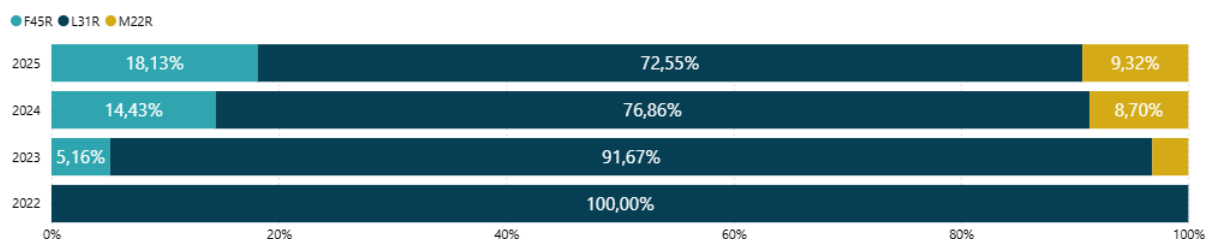
Tabela 3 Wartość udzielanych świadczeń według grup JGP w latach 2022–2025

Kod i nazwa JGP	2022	2023	2024	2025	Zmiana % 2025 vs 2023
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*		9 481 182	51 154 381	80 751 262	+ 752%
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	59 542 133	168 419 432	272 386 674	323 116 073	+ 92%
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*		5 827 469	30 843 569	41 516 256	+ 612%
SUMA WARTOŚCI ŚWIADCZEŃ	59 542 133	183 728 083	354 384 624	445 383 591	+ 142%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

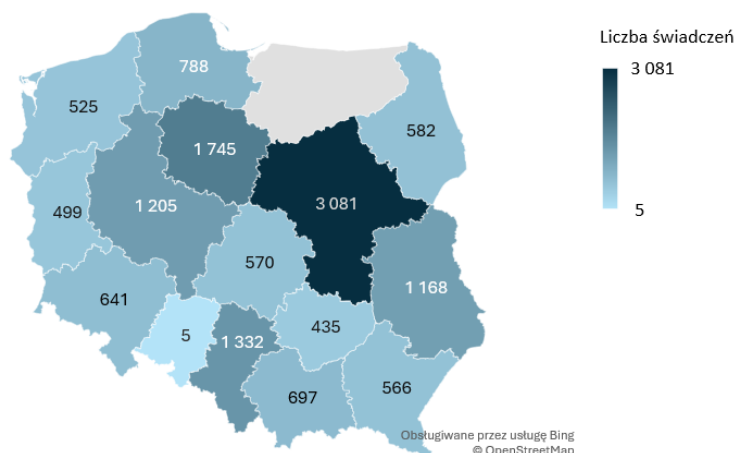
Struktura wartości świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny

Dane za lata 2022-2025

**Rysunek 4 Struktura wartości świadczeń JGP: F45R, L31R, M22R w latach 2022-2025**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

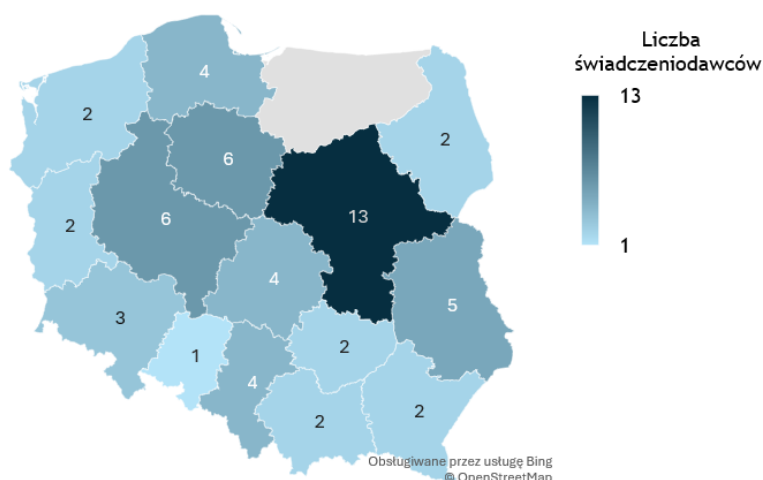
W 2025 r. realizacja świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny (grupy JGP F45R, L31R i M22R), była zróżnicowana pomiędzy poszczególnymi województwami. Największą liczbę świadczeń odnotowano w województwie mazowieckim, gdzie zrealizowano 3 081 świadczeń, co stanowiło ponad jedną piątą wszystkich analizowanych świadczeń. Wysoką liczbą świadczeń charakteryzowały się również województwa kujawsko-pomorskie (1 745 świadczeń), śląskie (1 332 świadczenia), wielkopolskie (1 205 świadczeń) oraz lubelskie (1 168 świadczeń). Najmniejszą liczbę świadczeń odnotowano w województwie opolskim, w którym zrealizowano 5 świadczeń. W województwie warmińsko-mazurskim nie wykazano realizacji świadczeń w ramach analizowanych grup JGP. Niski poziom realizacji świadczeń wystąpił również w województwach świętokrzyskim (435 świadczeń), lubuskim (499 świadczeń) oraz zachodniopomorskim (525 świadczeń).

**Rysunek 5 Liczba świadczeń zrealizowanych w 2025 roku w ramach JGP F45R, L31R i M22R w podziale na województwa**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2025 r. świadczenia realizowane w ramach grup JGP F45R, L31R oraz M22R były udzielane przez 58 świadczeniodawców. Największą liczbę świadczeniodawców odnotowano w województwie mazowieckim (13 podmiotów). Relatywnie dużą liczbą świadczeniodawców charakteryzowały się również województwa kujawsko-pomorskie oraz wielkopolskie (po 6 podmiotów), a także województwo lubelskie (5 podmiotów). Najmniejszą liczbę świadczeniodawców odnotowano w województwie opolskim, gdzie analizowane świadczenia realizował jeden podmiot. W województwie warmińsko-mazurskim nie wykazano świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach analizowanych grup JGP. W pozostałych województwach liczba świadczeniodawców wynosiła od 2 do 4 podmiotów. Rozmieszczenie świadczeniodawców

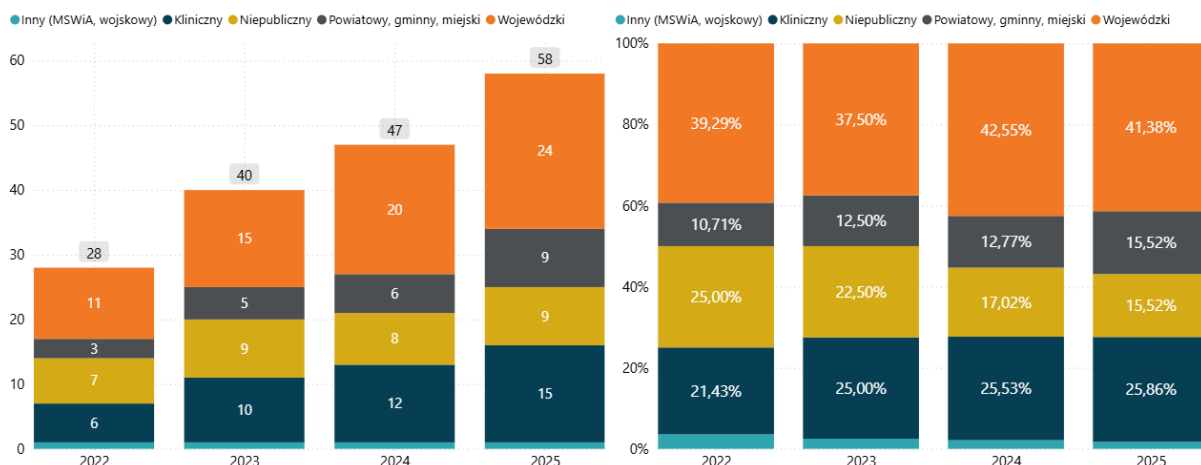
wskazuje na koncentrację realizacji analizowanych świadczeń w wybranych regionach kraju, w szczególności w województwie mazowieckim, co znajduje odzwierciedlenie również w liczbie udzielonych świadczeń. Dane przedstawiono na rysunku poniżej.



Rysunek 6 Liczba świadczeniodawców w podziale na województwa realizujących świadczenia w JGP F45R, L31R i M22R w 2025 roku

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W latach 2022-2025 systematycznie rosła liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia gwarantowane, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny. Łączna liczba podmiotów realizujących analizowane świadczenia zwiększyła się z 28 w 2022 r. do 58 w 2025 r., co oznacza około dwukrotny wzrost w analizowanym okresie. Najliczniejszą grupę świadczeniodawców stanowiły szpitale wojewódzkie. Ich liczba wzrosła z 11 podmiotów w 2022 r. do 24 podmiotów w 2025 r., a udział w strukturze świadczeniodawców utrzymywał się na poziomie od 37,5% do 42,6%. Drugą pod względem liczebności kategorię stanowiły szpitale kliniczne, których liczba zwiększyła się z 6 do 15 podmiotów, a udział w strukturze wzrósł z 21,4% do 25,9%. W analizowanym okresie wzrosła również liczba szpitali powiatowych, gminnych i miejskich realizujących analizowane świadczenia z 3 podmiotów w 2022 r. do 9 podmiotów w 2025 r. Udział szpitali niepublicznych zmniejszył się z 25,0% do 15,5%. Przedstawione dane wskazują, że rozwój realizacji analizowanych świadczeń następował przede wszystkim poprzez zwiększanie liczby szpitali wojewódzkich i klinicznych uczestniczących w ich udzielaniu. Dane przedstawiono na rysunku poniżej.

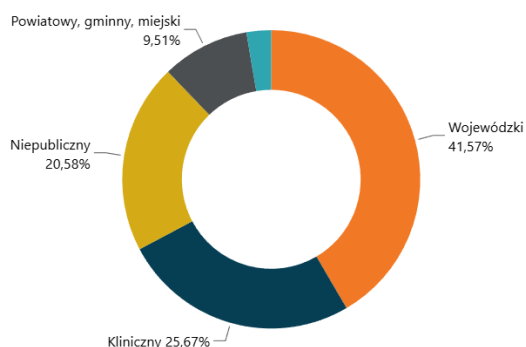
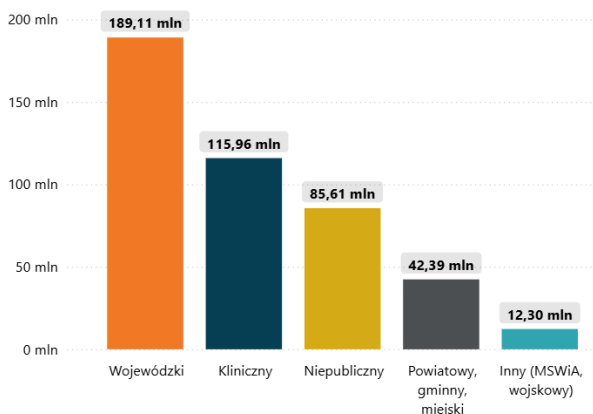
Liczba i struktura świadczeniodawców w latach 2022-2025 w podziale na kategorię szpitala**Rysunek 7 Liczba i struktura świadczeniodawców realizujących JGP F45R, L31R i M22R w latach 2022-2025 w podziale na kategorię szpitala**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2025 roku analizowane świadczenia były realizowane przede wszystkim przez szpitale wojewódzkie, które odpowiadały za 41,6% wszystkich świadczeń udzielonych w ramach grup JGP F45R, L31R oraz M22R. Istotny udział w realizacji świadczeń miały również szpitale kliniczne (25,7%) oraz niepubliczne (20,6%). Mniejszy udział odnotowano w przypadku szpitali powiatowych, gminnych i miejskich (9,5%), natomiast pozostałe podmioty, w tym szpitale MSWiA oraz wojskowe, odpowiadały za niewielką część realizowanych świadczeń. Podobny rozkład obserwowano w przypadku wartości świadczeń. Najwyższą wartość świadczeń rozliczono w szpitalach wojewódzkich (189,1 mln zł), które odpowiadały za nieco ponad 42% łącznej wartości analizowanych świadczeń. W szpitalach klinicznych zrealizowano świadczenia o wartości około 116 mln zł, natomiast w szpitalach niepublicznych o wartości około 85,6 mln zł. Wartość świadczeń udzielonych przez szpitale powiatowe, gminne i miejskie wyniosła około 42,4 mln zł, a przez pozostałe podmioty około 12,3 mln zł. Przedstawione dane wskazują, że realizacja analizowanych świadczeń była skoncentrowana przede wszystkim w szpitalach wojewódzkich i klinicznych, które łącznie odpowiadały za ponad dwie trzecie liczby świadczeń oraz około 69% ich wartości. Dane przedstawiono na rysunku poniżej.

Struktura świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi sprzęt medyczny wg kategorii szpitala

Dane za rok 2025

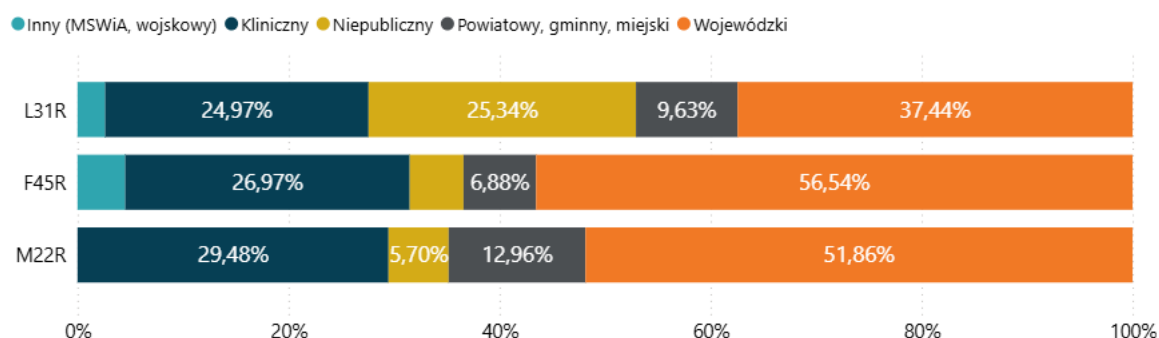
Liczba świadczeń**Wartość świadczeń****Rysunek 8 Struktura liczby i wartości świadczeń JGP F45R, L31R i M22R według kategorii szpitala w 2025 r.**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Jak wskazano wcześniej, łączna realizacja analizowanych świadczeń była skoncentrowana przede wszystkim w szpitalach wojewódzkich i klinicznych. Struktura realizacji poszczególnych grup JGP według kategorii szpitala wykazuje jednak pewne różnice pomiędzy analizowanymi świadczeniami. W grupach F45R oraz M22R dominującą rolę odgrywały szpitale wojewódzkie, w których zrealizowano odpowiednio 56,5% i 51,9% świadczeń. Odmienną strukturę odnotowano w grupie L31R, gdzie udział szpitali wojewódzkich był niższy (37,4%), natomiast istotną część świadczeń realizowały również szpitale niepubliczne (25,3%) oraz kliniczne (25%). Dane wskazują, że realizacja świadczeń w grupie L31R była bardziej równomiernie rozłożona pomiędzy poszczególne kategorie szpitali niż w przypadku grup F45R i M22R. Dane przedstawiono na wykresie poniżej.

Struktura realizacji poszczególnych grup JGP w podziale na kategorię szpitala

Dane za rok 2025



Rysunek 9 Struktura realizacji poszczególnych grup JGP: F45R, L31R i M22R w podziale na kategorię szpitala

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Podsumowując analizę realizacji świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, w 2025 r. zrealizowano łącznie 13 839 świadczeń o wartości 445,4 mln zł. Dominującą grupę stanowiła *L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego**, w ramach której wykonano 10 548 świadczeń o wartości 323,1 mln zł. Grupa ta odpowiadała za 76,2% liczby oraz 72,6% wartości wszystkich analizowanych świadczeń. Znacznie mniejszy udział odnotowano w przypadku grup F45R oraz M22R. W grupie F45R zrealizowano 2 080 świadczeń o wartości 80,8 mln zł, co stanowiło odpowiednio 15,0% liczby i 18,1% wartości świadczeń. W grupie M22R wykonano 1 211 świadczeń o wartości 41,5 mln zł, odpowiadających za 8,8% liczby oraz 9,3% wartości analizowanych świadczeń. Dane wskazują, że kluczowe znaczenie w strukturze analizowanych świadczeń miała grupa L31R, zarówno pod względem liczby realizowanych świadczeń, jak i ich wartości. Dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 4 Liczba i wartość świadczeń w podziale na grupy JGP: F45R, L31R, M22R w 2025 roku

Nazwa produktu	Liczba świadczeń	% udział liczby świadczeń	Wartość świadczeń [zł]	% udział wartości świadczeń
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*	2 080	15,0%	80 751 262	18,1%
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	10 548	76,2%	323 116 073	72,6%
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	1 211	8,8%	41 516 256	9,3%
SUMA	13 839	100%	445 383 591	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2025 r. analizowane świadczenia były realizowane przede wszystkim w zakresie urologii, w ramach którego wykonano 9 690 świadczeń o wartości 297,0 mln zł. Zakres ten odpowiadał za 70,0% liczby oraz 66,7% wartości wszystkich analizowanych świadczeń. Składała się na to przede wszystkim realizacja grupy L31R w trybie hospitalizacji, stanowiąca 63,6% liczby i 61,1% wartości wszystkich świadczeń.

Drugim pod względem udziału zakresem była chirurgia onkologiczna, w której zrealizowano 2 325 świadczeń o wartości 82,3 mln zł, co odpowiadało odpowiednio 16,8% liczby oraz 18,5% wartości analizowanych świadczeń. W zakresie tym realizowano świadczenia rozliczane grupami F45R, L31R oraz M22R.

Świadczenia rozliczane grupą F45R realizowano również w zakresie chirurgii ogólnej, w którym wykonano 799 świadczeń o wartości 30,9 mln zł. Natomiast świadczenia rozliczane grupą M22R realizowano dodatkowo w zakresach położnictwa i ginekologii oraz ginekologii onkologicznej, które odpowiadały łącznie za 7,4% liczby oraz 7,9% wartości wszystkich analizowanych świadczeń.

Rozkład realizacji świadczeń pomiędzy poszczególnymi zakresami świadczeń był konsekwencją struktury wykonania analizowanych grup JGP. Największy udział zakresu urologii związany był przede wszystkim z dominującym udziałem grupy L31R w liczbie i wartości realizowanych świadczeń. Dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 5 Liczba i wartość świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny w poszczególnych zakresach świadczeń w 2025 roku

Nazwa zakresu	Liczba świadczeń	% udział liczby świadczeń	Wartość świadczeń [zł]	% udział wartości świadczeń
UROLOGIA	9 690	70,0%	296 951 693	66,7%
UROLOGIA – HOSPITALIZACJA – L31R	8 798	63,6%	271 955 054	61,1%
UROLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - L31R	892	6,4%	24 996 639	5,6%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	2 325	16,8%	82 312 583	18,5%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - F45R	1 281	9,3%	49 802 221	11,2%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - L31R	858	6,2%	26 164 380	5,9%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - M22R	186	1,3%	6 345 982	1,4%
CHIRURGIA OGÓLNA	799	5,8%	30 949 041	6,9%
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - F45R	799	5,8%	30 949 041	6,9%
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA	578	4,2%	19 696 744	4,4%
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY- M22R	368	2,7%	12 515 826	2,8%
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY- M22R	210	1,5%	7 180 918	1,6%
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	447	3,2%	15 473 530	3,5%
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - M22R	447	3,2%	15 473 530	3,5%
SUMA	13 839	100%	445 383 591	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

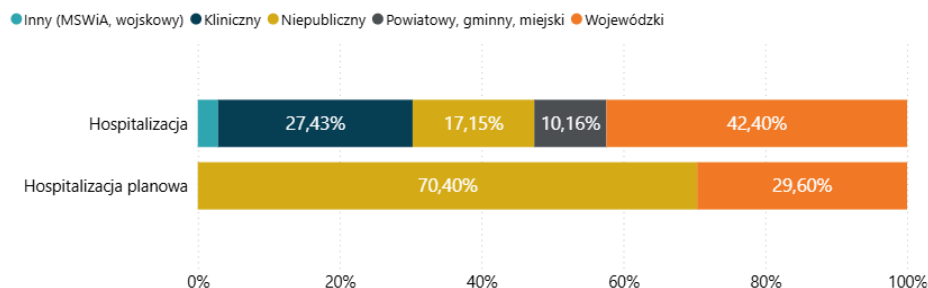
Analizowane świadczenia były realizowane przede wszystkim w ramach hospitalizacji. W 2025 r. w tym trybie zrealizowano 12 947 świadczeń o wartości 420,4 mln zł, co odpowiadało

odpowiednio 93,6% liczby oraz 94,4% wartości wszystkich analizowanych świadczeń. Hospitalizacje planowe stanowiły 6,4% liczby świadczeń oraz 5,6% ich wartości.

Struktura realizacji świadczeń według kategorii szpitala różniła się pomiędzy analizowanymi typami hospitalizacji. W przypadku hospitalizacji największy udział miały szpitale wojewódzkie (42,4%) oraz kliniczne (27,4%), natomiast hospitalizacje planowe były realizowane wyłącznie przez szpitale niepubliczne (70,4%) oraz wojewódzkie (29,6%). Dane przedstawiono na wykresie poniżej.

Struktura świadczeń według typu zakresu w podziale na kategorię szpitala

Dane za rok 2025



Rysunek 10 Struktura świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny według typu hospitalizacji w podziale na kategorię szpitala

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Analiza struktury świadczeń według specjalności komórki organizacyjnej wskazuje na wyraźną koncentrację realizacji w komórkach odpowiadających charakterowi klinicznemu wykonywanych procedur. Największy udział w analizowanym zbiorze posiadały świadczenia z grupy L31R, realizowane głównie w oddziałach urologicznych. Z kolei świadczenia z grupy F45R koncentrowały się przede wszystkim w oddziałach chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej, natomiast świadczenia z grupy M22R były najczęściej wykonywane w oddziałach położniczo-ginekologicznych oraz ginekologii onkologicznej. Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 6 Struktura liczby świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, według specjalności komórki w 2025 roku

Nazwa specjalności komórki	Liczba świadczeń	% udział liczby świadczeń
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	10 548	76,2%
Oddział urologiczny	9 580	69,2%
Oddział chirurgii onkologicznej	865	6,3%
Oddział chirurgiczny ogólny	103	0,7%
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*	2 080	15,0%
Oddział chirurgiczny ogólny	1 173	8,5%
Oddział chirurgii onkologicznej	907	6,6%
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	1 211	8,8%
Oddział położniczo-ginekologiczny	558	4,0%
Oddział ginekologii onkologicznej	345	2,5%
Oddział chirurgii onkologicznej	177	1,3%

Nazwa specjalności komórki	Liczba świadczeń	% udział liczby świadczeń
Oddział ginekologiczny	122	0,9%
Oddział chirurgiczny ogólny	9	0,1%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Uzupełnieniem analizy realizacji świadczeń jest zestawienie produktów towarzyszących³, dosumowanych do hospitalizacji rozliczanych grupami JGP F45R, L31R i M22R. W 2025 r. łączna wartość tych produktów wyniosła ok. 23,5 mln zł, przy czym największą część stanowiły badania genetyczne i patomorfologiczne oraz leczenie w OAiT. Wysoką liczbę rozliczeń odnotowano również dla świadczenia „Dobry posiłek w szpitalu”⁴. W poniższej tabeli przedstawiono liczbę i wartość produktów towarzyszących, rozliczonych ze świadczeniem podstawowym (JGP), w podziale na kategorie produktów.

Tabela 7 Liczba i wartość produktów towarzyszących rozliczonych wraz ze świadczeniem JGP F45R, L31R i M22R w 2025 roku

Produkt towarzyszący	Liczba produktów	Liczba hospitalizacji	Wartość produktów towarzyszących [zł]
Badania genetyczne i patomorfologiczne	6 011	5 455	13 512 808
Leczenie w OAiT (dzień)	811	272	4 384 201
Plan leczenia onkologicznego	3 674	3 674	1 764 972
Przetoczenia krwi	6 886	4 526	1 434 263
Świadczenie zdrowotne - Dobry posiłek w szpitalu (osobodzień)	47 953	12 290	1 228 249
Leczenie nerkozastępcze (osobodzień)	105	18	546 346
Żywnienie	1 158	162	512 193
Pozostałe	1 702	1 373	101 665
Implantacja portu naczyniowego	1	1	4 752
SUMA	68 301	13 125	23 489 449

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Kolejnym elementem analizy jest charakterystyka pacjentów, którym udzielono świadczeń rozliczanych grupami JGP F45R, L31R oraz M22R. W pierwszej kolejności przeanalizowano liczbę unikatowych pacjentów objętych analizowanymi świadczeniami. W latach 2022-2025 liczba pacjentów systematycznie rosta, zwiększając się z 2 130 w 2022 r. do 13 833 w 2025 r. Największą grupę stanowili pacjenci leczeni w ramach grupy L31R. Ich liczba wzrosła z 2 130 w 2022 r. do 10 548 w 2025 r., co odpowiadało 76,3% wszystkich pacjentów objętych analizą w ostatnim roku badanego okresu. W grupach F45R oraz M22R, dla których realizację odnotowano od 2023 r., liczba pacjentów również systematycznie wzrastała. W 2025 r. świadczeń w ramach grupy F45R udzielono 2 075 pacjentom, natomiast w grupie M22R - 1 211 pacjentom. Struktura liczby pacjentów pozostawała zbliżona do wcześniej przedstawionej struktury liczby realizowanych świadczeń, co wskazuje na bardzo niewielki udział pacjentów, u których wykonano więcej niż

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.

jedno świadczenie w ramach analizowanych grup JGP. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 8 Liczba pacjentów* rozliczonych grupami JGP: F45R, L31R i M22R w latach 2022-2025

Nazwa produktu	2022	2023	2024	2025
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*		249	1 331	2 075
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	2 130	5 448	8 357	10 548
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*		174	909	1 211
SUMA	2 130	5 871	10 596	13 833

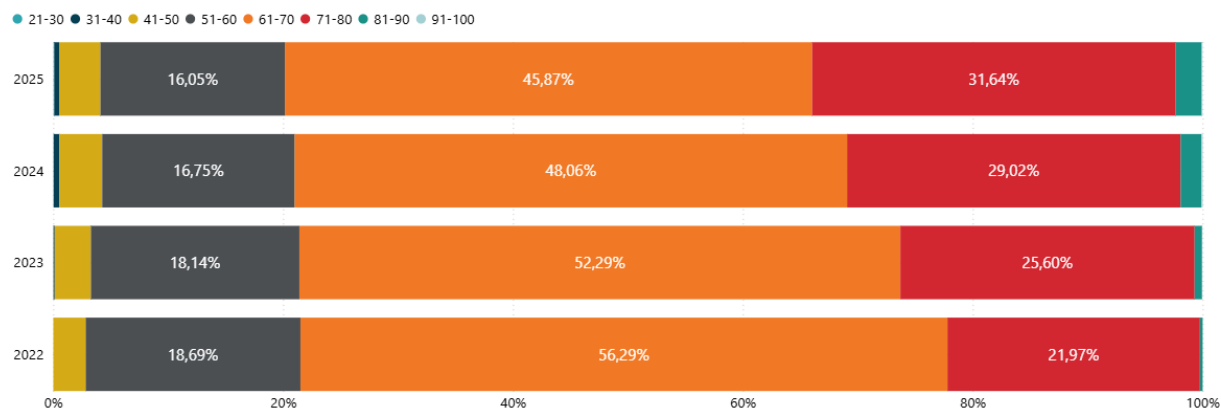
* prezentowana wartość obejmuje wyłącznie liczbę unikatowych pacjentów w analizowanych łącznie grupach JGP

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W całym analizowanym okresie dominowali pacjenci w wieku 61-70 lat, których udział wynosił od 56,3% w 2022 r. do 45,9% w 2025 r. Drugą najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 71-80 lat. Udział tej grupy systematycznie wzrastał, z 22,0% w 2022 r. do 31,6% w 2025 r. Istotny udział w strukturze pacjentów miały również osoby w wieku 51-60 lat, których odsetek utrzymywał się na względnie stabilnym poziomie od 18,7% w 2022 roku do 16,1% w 2025 r. Udział pacjentów poniżej 50. roku życia oraz powyżej 80. roku życia pozostawał niewielki w całym analizowanym okresie. Podsumowując, w latach 2022-2025 obserwowano stopniowe przesunięcie struktury wieku pacjentów w kierunku starszych grup wiekowych, przy jednoczesnym utrzymaniu dominującego udziału pacjentów w wieku 61-80 lat. Szczegóły przedstawiono na wykresie poniżej.

Struktura liczby unikatowych pacjentów w podziale na grupy wiekowe

Dane za lata 2022-2025



Rysunek 11 Struktura liczby unikatowych pacjentów rozliczonych grupami JGP: F45R, L31R i M22R w latach 2022-2025 w podziale na grupy wiekowe

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Uzupełnieniem charakterystyki pacjentów jest analiza trybów przyjęcia i wypisu. W 2025 r. większość pacjentów przyjęto w trybie planowym na podstawie skierowania, który odpowiadał za 66,1% wszystkich przyjęć. Istotny udział miały również przyjęcia realizowane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (31,9%). Przyjęcia w trybie nagłym – inne przypadki stanowiły niewielką część analizowanych zdarzeń (1,8%), natomiast pozostałe tryby przyjęcia miały charakter incydentalny i łącznie odpowiadały za około 0,2% świadczeń. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 9 Struktura świadczeń JGP: F45R, L31R i M22R według trybu przyjęcia pacjentów

Tryb przyjęcia	Liczba świadczeń	Udział %
przyjęcie planowe na podstawie skierowania	9 153	66,1%
przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	4 420	31,9%
przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	244	1,8%
przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	18	0,2%
przyjęcie przymusowe*	2	0,0%
przeniesienie z innego szpitala	1	0,0%
przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy	1	0,0%

*przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji, określonego w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 21 ust. 3, art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 30 i 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 93a § 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego, art. 12, 25a § 2, art. 26 i 79 § 4 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz art. 13 ust. 1, art. 15 ust. 1, art. 16 ust. 1 oraz art. 21 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2025 r. większość pacjentów po zakończeniu hospitalizacji została skierowana do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym (70,5%). Istotny udział miały również przypadki zakończenia procesu terapeutycznego lub diagnostycznego, które stanowiły 29,2% wszystkich wypisów. Pozostałe tryby wypisu miały charakter marginalny. Zgonem pacjentów zakończyło się 0,2% świadczeń, natomiast skierowania do dalszego leczenia w innym szpitalu dotyczyły 0,1% przypadków. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 10 Struktura świadczeń JGP: F45R, L31R i M22R według trybu wypisu pacjentów

Tryb wypisu	Liczba świadczeń	Udział %
skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	9 756	70,5%
zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	4 036	29,2%
zgon pacjenta	23	0,2%
skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu	19	0,1%
wypisanie na własne żądanie	4	0,0%
osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	1	0,0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Przeanalizowano również długość hospitalizacji pacjentów. Najdłuższy średni czas pobytu odnotowano w grupie F45R (7 dni, mediana 6 dni), natomiast w grupach L31R i M22R średnia długość pobytu wyniosła 4 dni, przy medianie równej 3 dni. Dane wskazują na krótszy czas hospitalizacji pacjentów poddawanych zabiegom rozliczanym grupami L31R i M22R w porównaniu z grupą F45R. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 11 Średnia i mediana długości pobytu pacjentów w grupach JGP F45R, L31R i M22R w 2025 r.

Nazwa produktu	Długość pobytu [dni]*	
	Średnia	Mediana
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*	7	6
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	4	3
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	4	3

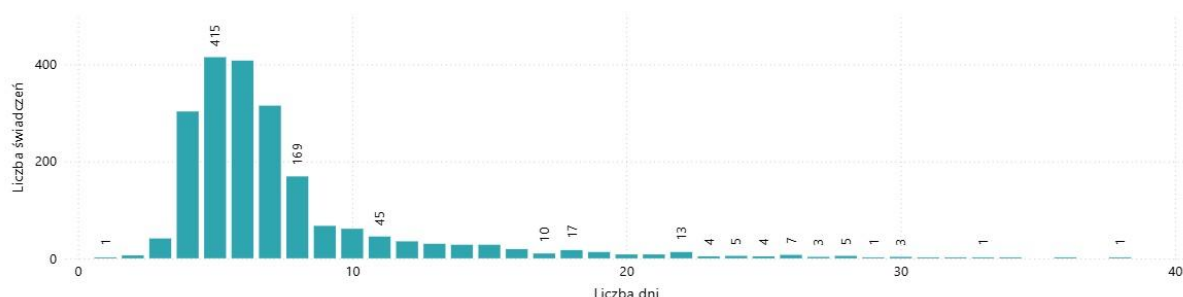
* Długość pobytu została obliczona na podstawie rzeczywistej liczby dni hospitalizacji.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

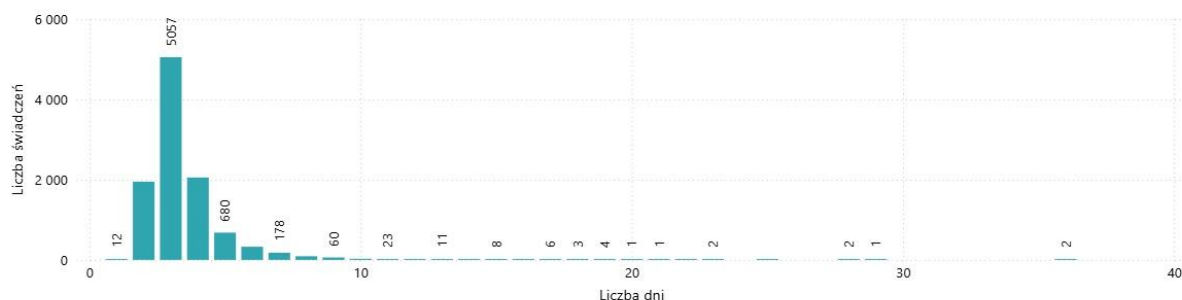
Uzupełnieniem analizy długości hospitalizacji jest przedstawienie rozkładu czasu pobytu pacjentów w poszczególnych grupach JGP. W 2025 r. w grupie F45R hospitalizacje trwały najczęściej od 4 do 8 dni, przy czym najwięcej świadczeń dotyczyło pobytów pięciodniowych. Rozkład czasu pobytu w tej grupie był bardziej zróżnicowany niż w pozostałych analizowanych świadczeniach. W grupach L31R i M22R hospitalizacje były wyraźnie krótsze i koncentrowały się przede wszystkim wokół 2–4 dni. Najczęściej odnotowywano pobyty trzydniowe, które dotyczyły 5 057 świadczeń - 48% wszystkich świadczeń w grupie L31R oraz 540 świadczeń – 45% wszystkich świadczeń w grupie M22R. We wszystkich analizowanych grupach występowały również pojedyncze hospitalizacje o znacznie dłuższym czasie pobytu, co znajduje odzwierciedlenie w wyższych wartościach średniej w stosunku do mediany. Szczegóły przedstawiono na rysunku poniżej.

Histogramy czasu pobytu w analizowanych JGP w roku 2025

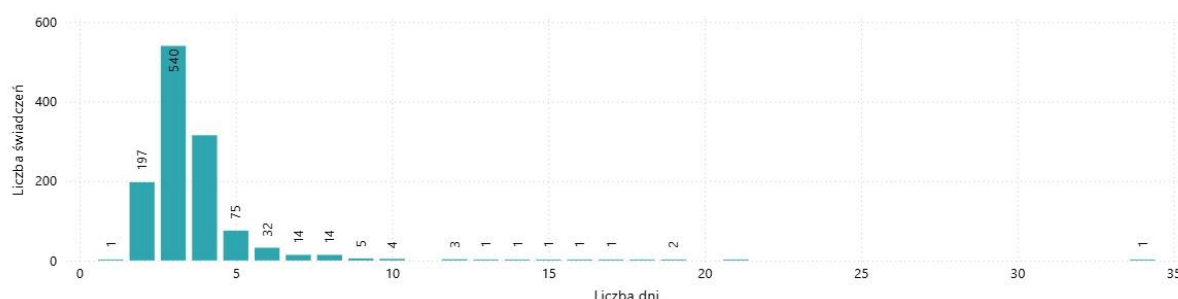
F45R LECZENIE CHIRURGICZNE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO JELITA GRUBEGO Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*



L31R RADYKALNA PROSTATEKTOMIA Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*



M22R LECZENIE CHIRURGICZNE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO MACICY Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*



Rysunek 12 Rozkład długości pobytu pacjentów hospitalizowanych w grupach JGP F45R, L31R i M22R w 2025 r.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W celu scharakteryzowania populacji pacjentów, przeanalizowano rozpoznania główne sprawozdawane w analizowanych grupach JGP. W przypadku grupy L31R *Radikalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego** wszystkie świadczenia były realizowane

u pacjentów z rozpoznaniem C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, w związku z czym grupy tej nie uwzględniono na wykresie.

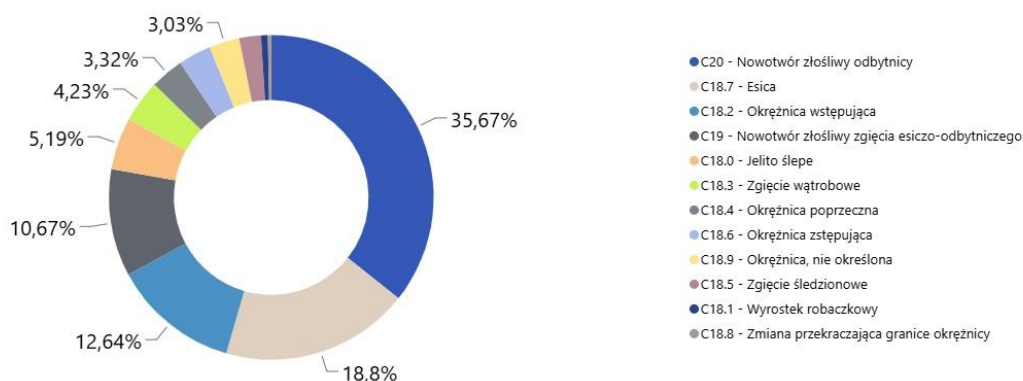
W grupie F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego* najczęściej raportowano rozpoznanie C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy, które stanowiło 35,7% wszystkich rozpoznań. Istotny udział miały również rozpoznania C18.7 Esica (18,8%), C18.2 Okrężnica wstępująca (12,6%) oraz C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-o odbytniczego (10,7%). Pozostałe rozpoznania występowały znacznie rzadziej, a udział każdego z nich nie przekraczał 6% przypadków.

W grupie M22R dominowało rozpoznanie C54.9 Trzon macicy, nieokreślone, które odpowiadało za 83,4% wszystkich hospitalizacji. Drugim najczęściej wykazywanym rozpoznaniem było C54.1 Błona śluzowa macicy (12,8%), natomiast udział pozostałych rozpoznań nie przekraczał 2,2%.

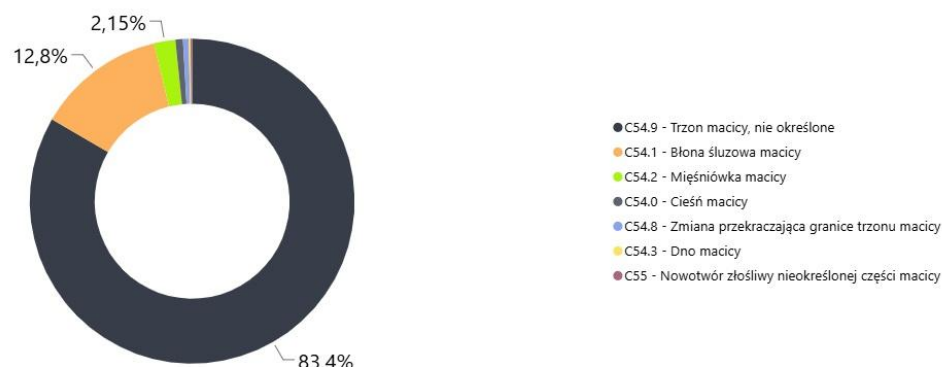
Analiza rozpoznań głównych wskazuje na koncentrację realizacji świadczeń wokół niewielkiej liczby jednostek chorobowych charakterystycznych dla poszczególnych grup JGP. Szczegóły przedstawiono na wykresie poniżej.

Struktura rozpoznań głównych w analizowanych JGP w roku 2025

F45R LECZENIE CHIRURGICZNE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO JELITA GRUBEGO Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*



M22R LECZENIE CHIRURGICZNE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO MACICY Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*



Rysunek 13 Struktura rozpoznań głównych ICD-10 pacjentów hospitalizowanych w grupach JGP F45R i M22R w 2025 r.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Celem podsumowania charakterystyki świadczeń realizowanych w ramach grup JGP F45R, L31R i M22R przeanalizowano procedury kierunkowe raportowane w ramach sprawozdawanych hospitalizacji. Analiza ta pozwala określić strukturę najczęściej wykonywanych zabiegów oraz

wskazać, które zestawy procedur dominowały w poszczególnych grupach świadczeń. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 12 Realizacja grup procedur kierunkowych w JGP: F45R, L31R i M22R w 2025 roku

Nazwa produktu	Grupa procedur	Liczba wystąpień zestawu procedur	Udział %
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 48.63 Przednia resekcja odbytnicy - inna	869	41,8%
	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 45.733 Hemikolektomia prawostronna	543	26,1%
	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 45.75 Hemikolektomia lewostronna	166	8,0%
	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 45.76 Sigmoidektomia	142	6,8%
	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 48.5 Brzuszo-kroczoowa amputacja odbytnicy	141	6,8%
	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 45.76 Sigmoidektomia; 48.63 Przednia resekcja odbytnicy - inna	113	5,4%
	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 48.62 Przednia resekcja odbytnicy z wytworzeniem kolostomii	60	2,9%
	Pozostałe*	46	2,2%
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 60.54 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią zastonową laparoskopowo	6 866	65,1%
	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 60.55 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią miedniczną laparoskopowo	3 668	34,8%
	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 60.54 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią zastonową laparoskopowo; 60.55 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią miedniczną laparoskopowo	14	0,1%
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 68.61 Zmodyfikowane radykalne wycięcie macicy	1 211	100%

* Kategoria „Pozostałe” obejmuje grupy procedur kierunkowych, których indywidualny udział w realizacji świadczeń w grupie nie przekraczał 0,5%. W celu zachowania czytelności prezentacji zostały one połączone w jedną kategorię.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

3.3.1.2 Radykalna prostatektomia – w tym zabieg klasyczny, laparoskopowy oraz z zastosowaniem systemu robotowego

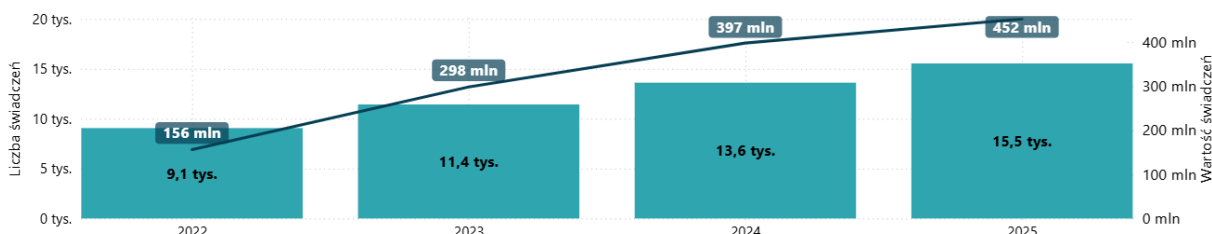
W latach 2022–2025 obserwowano wzrost zarówno liczby, jak i wartości świadczeń związanych z radykalną prostatektomią realizowaną w ramach grup JGP L31, L31L i L31R. Najbardziej dynamiczny wzrost odnotowano w grupie *L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego**, której liczba świadczeń zwiększyła się z 5,4 tys. w 2023 r. do 10,5 tys. w 2025 r. Jednocześnie systematycznie zmniejszała się liczba świadczeń realizowanych w ramach grupy *L31 Radykalna prostatektomia**, natomiast grupa *L31L Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy** od 2023 r. charakteryzowała się względnie stabilnym poziomem realizacji. Przedstawione dane wskazują na stopniową zmianę struktury wykonywania radykalnej

prostatektomii w kierunku metody robotowej, przy utrzymaniu istotnej roli zabiegów laparoskopowych. Dane przedstawiono na wykresach poniżej. Porównania odnoszą się do 2023 r., stanowiącego pierwszy pełny rok finansowania grupy L31R, wprowadzonej w sierpniu 2022 r.

Liczba i wartość świadczeń JGP: L31, L31L, L31R

Dane za lata 2022-2025

● Liczba świadczeń ● Wartość świadczeń

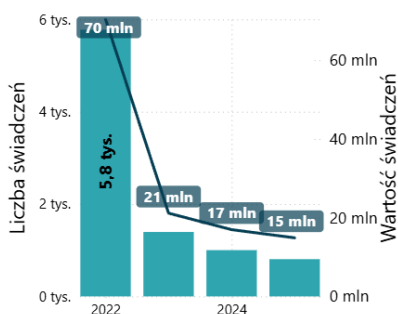


Rysunek 14 Łączna liczba oraz wartość świadczeń JGP: L31, L31L i L31R w latach 2022-2025

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

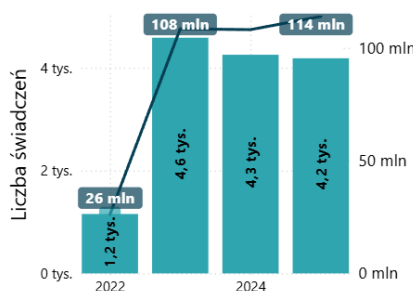
L31 RADYKALNA PROSTATEKTOMIA*

● Liczba świadczeń ● Wartość świadczeń



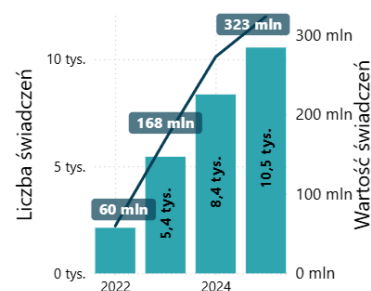
L31L RADYKALNA PROSTATEKTOMIA - ZABIEG LAPAROSKOPOWY*

● Liczba świadczeń ● Wartość świadczeń



L31R RADYKALNA PROSTATEKTOMIA Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*

● Liczba świadczeń ● Wartość świadczeń



Rysunek 15 Liczba oraz wartość świadczeń w podziale na JGP: L31, L31L i L31R w latach 2022-2025

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W analizowanym okresie struktura realizacji radykalnej prostatektomii uległa istotnym zmianom. Największy udział w liczbie świadczeń stopniowo zyskiwała grupa *L31R Radikalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego**, której udział wzrósł z 47,7% w 2023 r. do 67,9% w 2025 r.

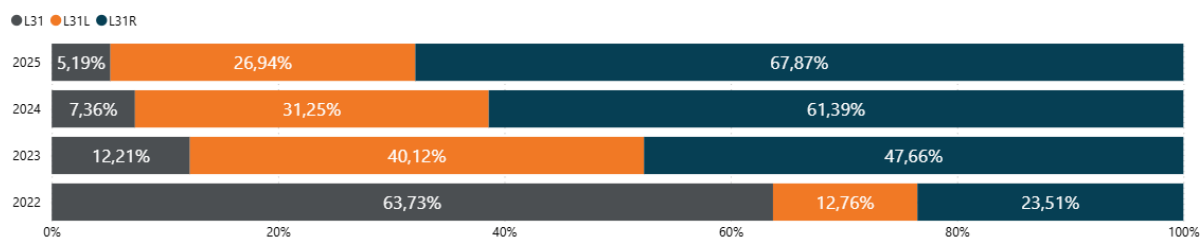
Tabela 13 Liczba udzielanych świadczeń według grup JGP L31, L31L i L31R w latach 2022-2025

Kod i nazwa JGP	2022	2023	2024	2025	Zmiana % 2025 vs 2023
L31 Radikalna prostatektomia*	5 775	1 396	1 002	807	-42%
L31L Radikalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	1 156	4 586	4 255	4 186	-9%
L31R Radikalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	2 130	5 448	8 357	10 548	+94%
Suma świadczeń	9 061	11 430	13 614	15 541	+36%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Struktura liczby świadczeń JGP L31, L31L oraz L31R

Dane za lata 2022-2025

**Rysunek 16 Struktura liczby świadczeń JGP: L31, L31L, L31R w latach 2022-2025**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Przedstawione poniżej dane wskazują na wzrost wartości świadczeń związanych z radykalną prostatektomią realizowaną w ramach grup JGP L31, L31L i L31R. Najwyższą dynamikę wzrostu wartości świadczeń odnotowano w grupie *L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego**, gdzie wartość świadczeń zwiększyła się z 168,4 mln zł w 2023 r. do 323,1 mln zł w 2025 r., tj. o 92%. W grupie *L31L Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy** wartość świadczeń utrzymywała się na zbliżonym poziomie, wzrastając z 108,4 mln zł do 113,9 mln zł (5%). Jednocześnie w grupie *L31 Radykalna prostatektomia** odnotowano spadek wartości świadczeń z 21,1 mln zł do 14,9 mln zł, tj. o 30%.

W analizowanym okresie systematycznie zwiększał się udział grupy L31R w strukturze wartości świadczeń. Jej udział wzrósł z 56,5% w 2023 r. do 71,5% w 2025 r., co oznacza, że w ostatnim roku analizowanego okresu odpowiadała ona za ponad 70% całkowitej wartości świadczeń związanych z radykalną prostatektomią. W tym samym czasie udział grupy L31L zmniejszył się z 36,4% do 25,2%, natomiast udział grupy L31 spadł z 7,1% do 3,3%.

Przedstawione dane wskazują na dalsze przesuwanie wartości finansowania w kierunku świadczeń realizowanych z zastosowaniem systemu robotowego, przy jednoczesnym stopniowym zmniejszaniu znaczenia zabiegów wykonywanych metodą klasyczną oraz utrzymaniu nadal istotnego udziału procedur laparoskopowych. Dane przedstawiono w tabeli oraz na wykresie poniżej.

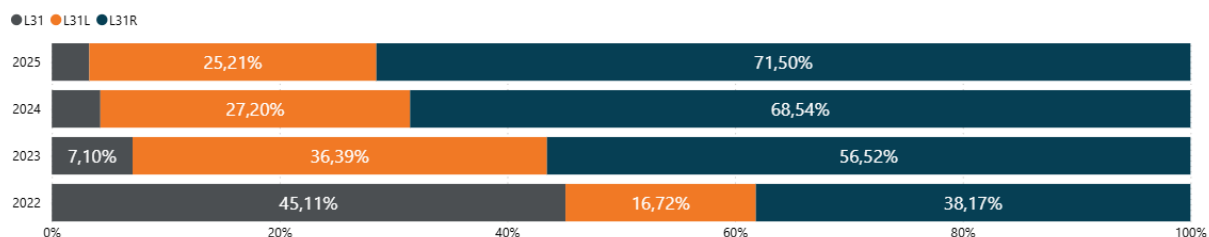
Tabela 14 Wartość świadczeń według grup JGP L31, L31L i L31R w latach 2022-2025

Kod i nazwa JGP	2022	2023	2024	2025	Zmiana % 2025 vs 2023
L31 Radykalna prostatektomia*	70 371 097	21 144 842	16 959 948	14 883 659	-30%
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	26 081 895	108 441 603	108 092 840	113 940 789	+5%
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	59 542 133	168 419 432	272 386 674	323 116 073	+92%
Suma świadczeń	155 995 124	298 005 877	397 439 463	451 940 521	+52%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Struktura wartości świadczeń JGP L31, L31L oraz L31R

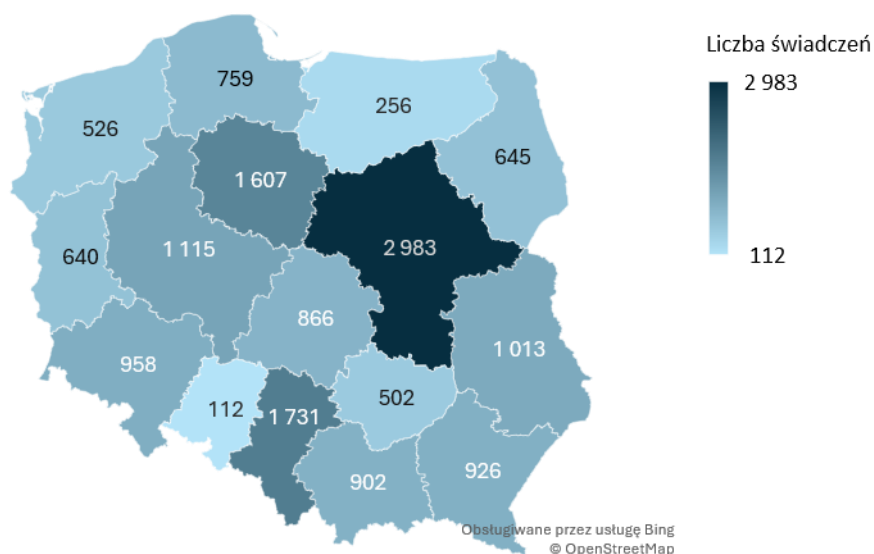
Dane za lata 2022-2025

**Rysunek 17 Struktura wartości świadczeń JGP: L31, L31L, L31R w latach 2022-2025**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

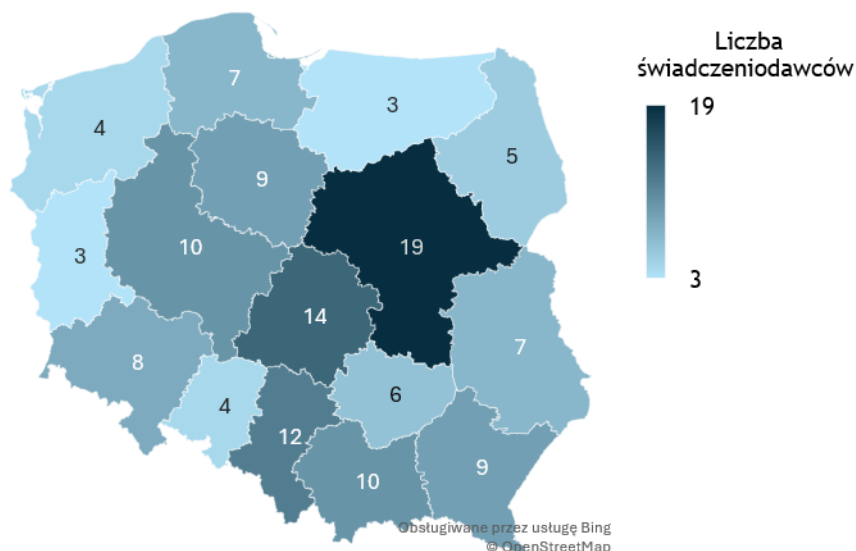
W 2025 r. realizacja świadczeń gwarantowanych, w ramach grup L31, L31L i L31R, była zróżnicowana pomiędzy poszczególnymi województwami.

Największą liczbę świadczeń odnotowano w województwach o najwyższym poziomie aktywności w zakresie chirurgii robotowej, w szczególności w województwie mazowieckim, a także w województwach śląskim, kujawsko-pomorskim, wielkopolskim i lubelskim. Wskazuje to na koncentrację realizacji świadczeń w regionach, w których funkcjonują ośrodki wykonujące większą liczbę zabiegów z zastosowaniem systemu robotowego. Niższy poziom realizacji świadczeń wystąpił natomiast w województwach o mniejszej dostępności do tego typu technologii, w tym w województwach opolskim, warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim oraz zachodniopomorskim.

**Rysunek 18 Liczba świadczeń zrealizowanych w 2025 roku w JGP L31, L31L i L31R w podziale na województwa**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2025 roku świadczenia realizowane były przez 130 świadczeniodawców. Największą liczbę świadczeniodawców odnotowano w województwie mazowieckim, a także w województwach łódzkim, śląskim, wielkopolskim i małopolskim. Najmniejszą liczbę świadczeniodawców odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim, lubuskim, opolskim oraz zachodniopomorskim. Rozmieszczenie świadczeniodawców wskazuje na koncentrację realizacji analizowanych świadczeń w wybranych regionach kraju, w szczególności w województwie mazowieckim, co znajduje odzwierciedlenie również w liczbie udzielonych świadczeń. Dane przedstawiono na rysunku poniżej.



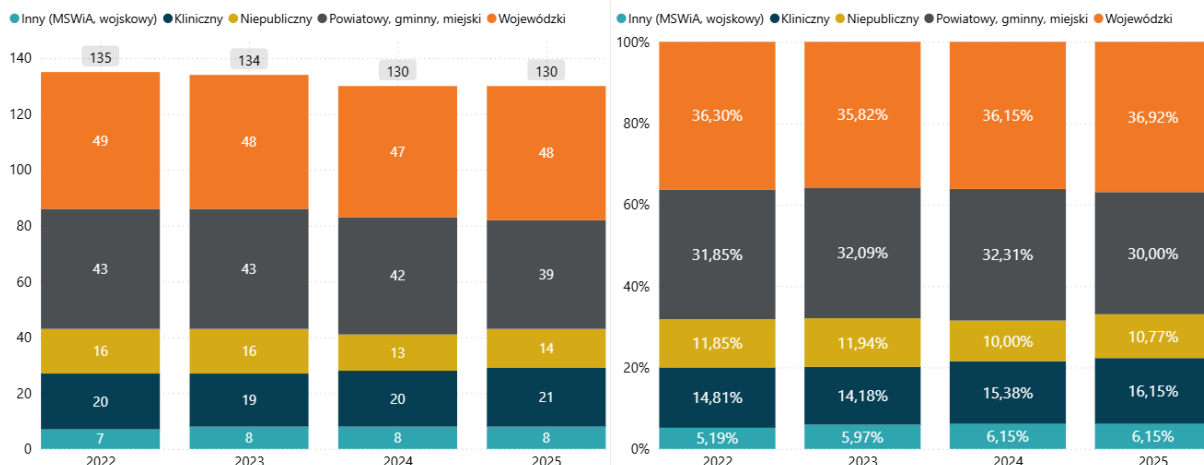
Rysunek 19 Liczba świadczeniodawców w podziale na województwa realizujących świadczenia w JGP L31, L31L i L31R w 2025 roku

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W latach 2022–2025 liczba świadczeniodawców realizujących analizowane świadczenia pozostawała na zbliżonym poziomie. Łączna liczba podmiotów zmniejszyła się nieznacznie ze 135 w 2022 r. do 130 w latach 2024–2025. Najliczniejszą grupę świadczeniodawców w całym analizowanym okresie stanowiły szpitale wojewódzkie. Ich liczba utrzymywała się na stabilnym poziomie od 47 do 49 podmiotów, a udział w strukturze świadczeniodawców wzrósł z 36,30% w 2022 r. do 36,92% w 2025 r. Drugą pod względem liczebności kategorię stanowiły szpitale powiatowe, gminne i miejskie, których liczba zmniejszyła się z 43 do 39 podmiotów, a udział w strukturze obniżył się z 31,85% do 30,00%.

W analizowanym okresie wzrost udział szpitali klinicznych – z 14,81% w 2022 r. do 16,15% w 2025 r., przy liczbie podmiotów zwiększającej się z 20 do 21. Nieznacznie zmniejszył się również udział szpitali niepublicznych, z 11,85% do 10,77%. Udział szpitali MSWiA i wojskowych zwiększył się z 5,19% do 6,15%.

Przedstawione dane wskazują na utrzymywanie się względnie stabilnej struktury świadczeniodawców realizujących analizowane świadczenia. Dominującą rolę w całym okresie odgrywały szpitale wojewódzkie i powiatowe, które łącznie stanowiły około dwie trzecie wszystkich świadczeniodawców. Dane przedstawiono na rysunku poniżej.

Liczba i struktura świadczeniodawców w latach 2022-2025 w podziale na kategorię szpitala

Rysunek 20 Liczba i struktura świadczeniodawców realizujących JGP L31, L31L i L31R w latach 2022-2025, w podziale na kategorię szpitala

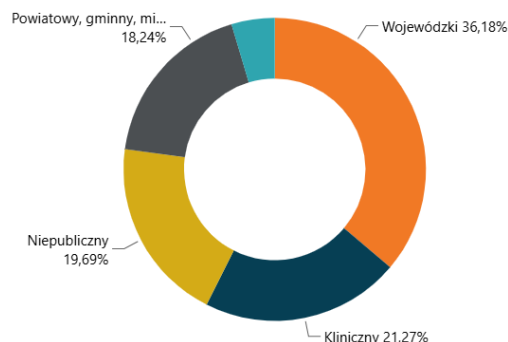
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2025 roku analizowane świadczenia były realizowane przede wszystkim przez szpitale wojewódzkie, które odpowiadały za 36,18% wszystkich świadczeń udzielonych w ramach grup JGP L31, L31L i L31R. Istotny udział w realizacji świadczeń miały również szpitale kliniczne (21,27%), niepubliczne (19,69%) oraz szpitale powiatowe, gminne i miejskie (18,24%). Najmniejszy udział przypada na pozostałe podmioty, w tym szpitale MSWiA oraz wojskowe (4,63%). Podobny rozkład obserwowano w przypadku wartości świadczeń. Najwyższą wartość świadczeń rozliczono w szpitalach wojewódzkich (166,1 mln zł). W szpitalach klinicznych zrealizowano świadczenia o wartości około 100 mln zł, natomiast w szpitalach niepublicznych o wartości około 88,9 mln zł. Wartość świadczeń udzielonych przez szpitale powiatowe, gminne i miejskie wyniosła około 77,7 mln zł, a przez pozostałe podmioty około 19,3 mln zł. Przedstawione dane wskazują, że realizacja analizowanych świadczeń była skoncentrowana przede wszystkim w szpitalach wojewódzkich, które też stanowią największy udział w liczbie świadczeniodawców. Dane przedstawiono na wykresie poniżej.

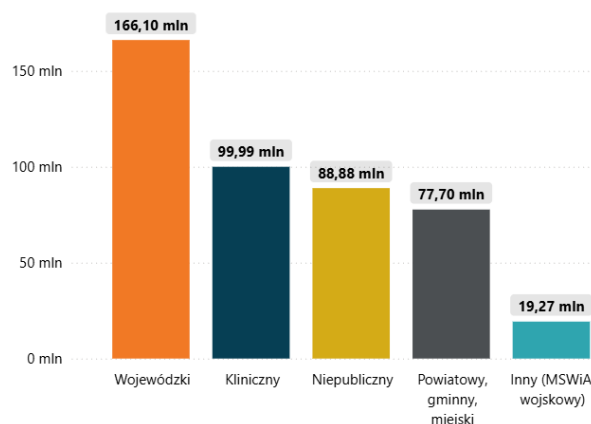
Struktura świadczeń JGP L31, L31L oraz L31R wg kategorii szpitala

Dane za rok 2025

Liczba świadczeń



Wartość świadczeń



Rysunek 21 Struktura liczby i wartości świadczeń JGP L31, L31L i L31R według kategorii szpitala w 2025 r.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

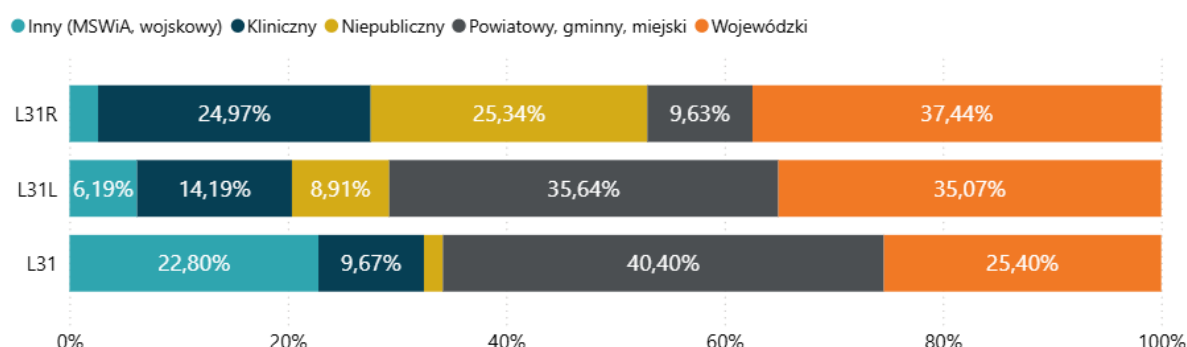
Jak wskazano wcześniej, łączna realizacja analizowanych świadczeń była skoncentrowana przede wszystkim w szpitalach wojewódzkich, a w klinicznych, niepublicznych oraz powiatowych,

gminnych i miejskich była na zbliżonym poziomie. Analizując jednak dane struktury realizacji poszczególnych grup JGP według kategorii szpitala, można zauważyć istotne różnice pomiędzy analizowanymi świadczeniami.

W grupie L31R dominującą rolę odgrywały szpitale wojewódzkie, w których zrealizowano ok. 37,4% świadczeń, natomiast istotną część świadczeń realizowały również szpitale niepubliczne (ok. 25,3%) oraz kliniczne (ok. 25%). W grupie L31L udział szpitali wojewódzkich oraz powiatowych, gminnych oraz miejskich wynosił po ok. 35%, natomiast w grupie L31 dominującą grupą szpitali realizujących to świadczenie były szpitale powiatowe, gminne i miejskie (ok. 40,4%). Dane przedstawiono na wykresie poniżej.

Struktura realizacji poszczególnych grup JGP w podziale na kategorię szpitala

Dane za rok 2025



Rysunek 22 Struktura realizacji poszczególnych grup JGP: L31, L31L i L31R w podziale na kategorię szpitala

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Podsumowując analizę realizacji świadczeń prostatektomii radykalnej, w 2025 r. zrealizowano łącznie 15 541 świadczeń o wartości 451,9 mln zł. Dominującą grupę stanowiła *L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego**, w ramach której wykonano 10 548 świadczeń o wartości 323,1 mln zł. Grupa ta odpowiadała za 67,9% liczby oraz 71,5% wartości wszystkich analizowanych świadczeń. Znacznie mniejszy udział odnotowano w przypadku grup L31 i L31L. W grupie L31 zrealizowano 807 świadczeń o wartości 14,9 mln zł, co stanowiło odpowiednio 5,2% liczby i 3,3% wartości świadczeń. W grupie L31L wykonano 4 186 świadczeń o wartości 113,9 mln zł, odpowiadających za 26,9% liczby oraz 25,2% wartości analizowanych świadczeń. Dane wskazują, że kluczowe znaczenie w strukturze analizowanych świadczeń miała grupa L31R, zarówno pod względem liczby realizowanych świadczeń, jak i ich wartości. Dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 15 Liczba i wartość świadczeń w podziale na grupy JGP: L31, L31L i L31R w 2025 r.

Nazwa produktu	Liczba świadczeń	% udział liczby świadczeń	Wartość świadczeń [zł]	% udział wartości świadczeń
L31 Radykalna prostatektomia *	807	5,2%	14 883 659	3,3%
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	4 186	26,9%	113 940 789	25,2%
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	10 548	67,9%	323 116 073	71,5%
Suma	15 541	100%	451 940 521	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2025 r. analizowane świadczenia były realizowane przede wszystkim w zakresie urologii, w ramach którego wykonano 14 447 świadczeń o wartości ok. 418,1 mln zł. Zakres ten odpowiadał za 93,0% liczby oraz 92,5% wartości wszystkich analizowanych świadczeń. Dominującą pozycję zajmowała hospitalizacja rozliczana grupą L31R, w ramach której zrealizowano 8 798 świadczeń o wartości ok. 272,0 mln zł, co stanowiło 56,6% liczby oraz 60,2% wartości wszystkich świadczeń. Istotny udział miała również urologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny, obejmująca 3 741 świadczeń o wartości ok. 97,5 mln zł, tj. 24,1% liczby i ok. 21,5% wartości analizowanych świadczeń.

Drugim zakresem pod względem udziału była chirurgia onkologiczna, w której zrealizowano 1 094 świadczenia o wartości ok. 33,9 mln zł. Zakres ten odpowiadał za ok. 7,0% liczby oraz ok. 7,5% wartości wszystkich analizowanych świadczeń. W jego ramach największe znaczenie miała hospitalizacja rozliczana grupą L31R, obejmująca 858 świadczeń o wartości ok. 26,2 mln zł, co odpowiadało 5,5% liczby i 5,8% wartości wszystkich świadczeń. Pozostałą część stanowiły świadczenia realizowane w ramach pakietu onkologicznego oraz świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego poza pakietem onkologicznym.

Łącznie w analizowanych zakresach w 2025 r. wykonano 15 541 świadczeń o wartości ok. 451,9 mln zł. Rozkład realizacji świadczeń wskazuje na zdecydowaną koncentrację analizowanego obszaru w urologii, zarówno pod względem liczby świadczeń, jak i ich wartości. Wynikało to przede wszystkim z dominującego udziału świadczeń rozliczanych w ramach hospitalizacji L31R oraz istotnego wolumenu świadczeń realizowanych w urologii w ramach pakietu onkologicznego. Dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 16 Liczba i wartość świadczeń w grupach JGP: L31, L31L i L31R, w poszczególnych zakresach świadczeń w 2025 r.

Nazwa zakresu	Liczba świadczeń	% udział liczby świadczeń	Wartość świadczeń [zł]	% udział wartości świadczeń
UROLOGIA	14 447	93,0%	418 076 327	92,5%
UROLOGIA – HOSPITALIZACJA – L31R	8 798	56,6%	271 955 054	60,2%
UROLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	3 741	24,1%	97 462 360	21,5%
UROLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - L31R	892	5,7%	24 966 639	5,5%
UROLOGIA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	763	4,9%	18 111 421	4,0%
UROLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	181	1,2%	3 868 353	0,9%
UROLOGIA - HOSPITALIZACJA	70	0,5%	1 646 086	0,4%
UROLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	2	0,0%	36 415	0,0%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	1 094	7,0%	33 864 194	7,5%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - L31R	858	5,5%	26 164 380	5,8%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	215	1,4%	7 094 534	1,6%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	18	0,1%	518 015	0,1%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	3	0,0%	87 264	0,0%
SUMA	15 541	100%	451 940 521	100%

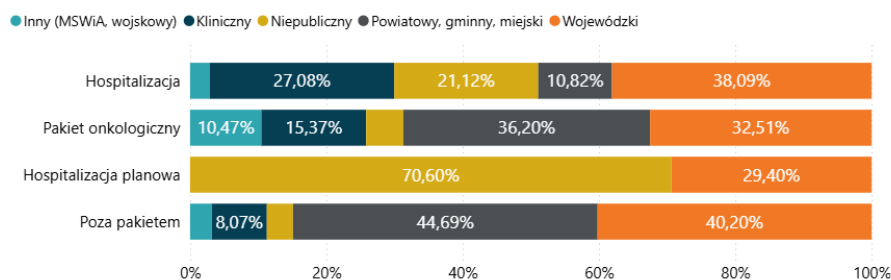
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Analizowane świadczenia były realizowane przede wszystkim w ramach hospitalizacji. W 2025 r. w tym trybie zrealizowano 9 729 świadczeń o wartości ok. 299,9 mln zł, co odpowiadało odpowiednio 62,6% liczby oraz 66,3% wartości wszystkich analizowanych świadczeń. Hospitalizacje ramach pakietu onkologicznego były na drugim miejscu liczby realizacji oraz wartości świadczeń – odpowiednio 3 956 hospitalizacji (25,5%) o wartości 104,5 mln zł (23,1%). Hospitalizacja planowa objęła 1 075 hospitalizacji (6,9%) o wartości 28,9 mln zł (6,4%) natomiast hospitalizacja poza pakietem onkologicznym – 781 hospitalizacji (5%) o wartości 18,6 mln zł (4,1%).

Struktura realizacji świadczeń według kategorii szpitala różniła się pomiędzy analizowanymi typami zakresów. W przypadku hospitalizacji największy udział miały szpitale wojewódzkie (38,1%) oraz kliniczne (27,1%). Natomiast hospitalizacje w ramach pakietu onkologicznego były realizowane w największym udziale przez szpitale powiatowe, gminne i miejskie (36,2%) oraz wojewódzkie (32,5%). Hospitalizacja planowa dotyczyła w 70,6% jedynie szpitali niepublicznych oraz w 29,4% szpitali wojewódzkich, natomiast poza pakietem onkologicznym w 44,7% szpitali powiatowych, gminnych i miejskich oraz w 40,2% szpitali wojewódzkich. Dane przedstawiono na wykresie poniżej.

Struktura świadczeń według typu zakresu w podziale na kategorię szpitala

Dane za rok 2025



Rysunek 23 Struktura świadczeń gwarantowanych w grupach JGP: L31, L31L i L31R, w podziale na kategorię szpitala

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W 2025 r. wśród analizowanych grup JGP dotyczących radykalnej prostatektomii największy udział miały świadczenia rozliczone w grupie L31R, tj. z zastosowaniem systemu robotowego. Grupa ta odpowiadała za większość realizacji, podczas gdy świadczenia laparoskopowe L31L stanowiły około jedną czwartą analizowanej populacji, a udział świadczeń L31 wykonywanych metodą klasyczną był relatywnie niewielki. Niezależnie od rodzaju techniki zabiegowej, dominującą specjalnością komórki pozostawała urologia, co potwierdza koncentrację realizacji tych świadczeń w komórkach właściwych dla profilu klinicznego procedury. Szczegółowe dane znajdują się w tabeli poniżej.

Tabela 17 Struktura liczby świadczeń JGP L31, L31L i L31R według specjalności komórki w 2025 r.

Nazwa specjalności komórki	Liczba świadczeń	% udział liczby świadczeń
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	10 548	67,9%
Oddział urologiczny	9 580	61,6%
Oddział chirurgii onkologicznej	865	5,6%
Oddział chirurgiczny ogólny	103	0,7%
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	4 186	26,9%
Oddział urologiczny	3 832	24,6%
Oddział chirurgii onkologicznej	354	2,3%

Nazwa specjalności komórki	Liczba świadczeń	% udział liczby świadczeń
L31 Radykalna prostatektomia*	807	5,2%
Oddział urologiczny	793	5,1%
Oddział chirurgii onkologicznej	14	0,1%
Suma	15 541	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Uzupełnieniem analizy realizacji świadczeń jest zestawienie produktów towarzyszących⁵, dosumowanych do hospitalizacji rozliczanych grupami JGP L31, L31L i L31R. W 2025 r. łączna wartość tych produktów wyniosła ok. 16,9 mln zł. Największe znaczenie wartościowe miały badania genetyczne i patomorfologiczne, które występowały przy każdej z analizowanych grup i stanowiły istotny element kosztów produktów rozliczanych wraz ze świadczeniem podstawowym.

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę i wartość produktów towarzyszących rozliczonych ze świadczeniem podstawowym JGP w podziale na kategorie produktów.

Tabela 18 Liczba i wartość produktów towarzyszących rozliczonych wraz ze świadczeniem JGP L31, L31L i L31R w 2025 r.

Nazwa specjalności komórki	Liczba produktów	Liczba hospitalizacji	Wartość produktów towarzyszących [zł]
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	44 077	9 888	12 868 480
Badania genetyczne i patomorfologiczne	3 986	3 748	8 599 921
Plan leczenia onkologicznego	2 975	2 975	1 418 625
Leczenie w OAiIT (osobodni)	160	52	955 817
Przetoczenia krwi	4 364	3 410	855 010
Świadczenie zdrowotne - Dobry posiłek w szpitalu (osobodni)	31 719	9 186	812 465
Leczenie nerkozastępcze (osobodni)	36	4	186 652
Żywnienie	77	12	34 012
Pozostałe	760	750	5 977
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	21 717	4 018	3 347 107
Badania genetyczne i patomorfologiczne	966	950	1 775 750
Świadczenie zdrowotne - Dobry posiłek w szpitalu	17 138	3 856	439 076
Plan leczenia onkologicznego	865	865	422 669
Przetoczenia krwi	1 921	1 450	411 388
Leczenie w OAiIT	60	31	262 975
Żywnienie	68	14	29 020
Leczenie nerkozastępcze	1	1	5 531
Pozostałe	698	691	698
L31 Radykalna prostatektomia*	5 772	800	644 163
Badania genetyczne i patomorfologiczne	88	88	148 326
Leczenie w OAiIT	26	4	133 849
Świadczenie zdrowotne - Dobry posiłek w szpitalu	4 745	783	121 567
Przetoczenia krwi	518	279	119 401
Plan leczenia onkologicznego	224	224	110 455
Żywnienie	26	2	10 420
Pozostałe	145	145	145
Suma	71 566	14 706	16 859 750

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

⁵ W analizie nie uwzględniono produktów podlegających samodzielnemu rozliczeniu w obszarach opieki długoterminowej, psychiatrii oraz rehabilitacji, które zostały sprawozdane wraz z analizowanymi świadczeniami.

Kolejny etap analizy obejmował charakterystykę świadczeniobiorców rozliczonych w grupach JGP L31, L31L i L31R. W ramach tej części przedstawiono liczbę unikatowych pacjentów oraz wybrane cechy populacji, w której udzielono analizowanych świadczeń.

Analiza liczby unikatowych pacjentów rozliczonych w grupach JGP L31, L31L i L31R wykazała analogiczne tendencje jak w przypadku liczby świadczeń. W latach 2022-2025 następował stopniowy wzrost liczby pacjentów rozliczonych w grupie L31R, któremu towarzyszył spadek liczby pacjentów rozliczonych w grupie L31 oraz stabilizacja liczby pacjentów w grupie L31L. W 2025 r. największą grupę stanowili pacjenci rozliczeni w JGP L31R, natomiast udział grupy L31 był relatywnie niewielki. Niewielkie różnice pomiędzy liczbą świadczeń a liczbą unikatowych pacjentów wskazują, że zdecydowana większość pacjentów była rozliczana jednokrotnie w analizowanych grupach JGP. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 19 Liczba pacjentów* rozliczonych grupami JGP: L31, L31L i L31R w latach 2022-2025

Nazwa produktu	2022	2023	2024	2025
L31 Radykalna prostatektomia*	5 775	1 396	1 002	807
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	1 155	4 586	4 255	4 186
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	2 130	5 448	8 357	10 548
SUMA	9 058	11 428	13 614	15 541

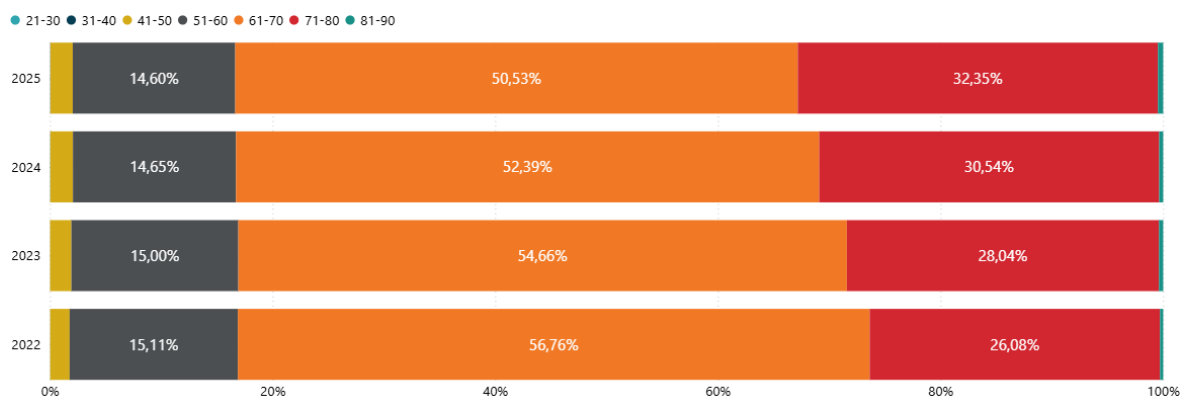
* prezentowana wartość obejmuje wyłącznie liczbę unikatowych pacjentów w analizowanych łącznie grupach JGP

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W całym analizowanym okresie dominowali pacjenci w wieku 61-70 lat, których udział wynosił od 56,8% w 2022 r. do 50,5% w 2025 r. Drugą najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 71-80 lat. Udział tej grupy systematycznie wzrastał, z 26,1% w 2022 r. do 32,4% w 2025 r. Istotny udział w strukturze pacjentów miały również osoby w wieku 51-60 lat, których odsetek utrzymywał się na względnie stabilnym poziomie około 15%. Udział pacjentów poniżej 50. roku życia oraz powyżej 80. roku życia pozostawał niewielki w całym analizowanym okresie. Podsumowując, w latach 2022-2025 obserwowano stopniowe przesunięcie struktury wieku pacjentów w kierunku starszych grup wiekowych, przy jednoczesnym utrzymaniu dominującego udziału pacjentów w wieku 61-80 lat. Szczegóły przedstawiono na wykresie poniżej.

Struktura liczby unikatowych pacjentów w podziale na grupy wiekowe

Dane za lata 2022-2025



Rysunek 24 Struktura liczby unikatowych pacjentów rozliczonych grupami JGP: L31, L31L i L31R w latach 2022-2025 w podziale na grupy wiekowe

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W ramach analizy porównawczej grup JGP L31, L31L i L31R przeanalizowano również strukturę świadczeń według trybu przyjęcia i trybu wypisu pacjentów. Pozwoliło to na ocenę podobieństw i różnic w organizacji realizacji świadczeń pomiędzy analizowanymi grupami.

Analiza trybu przyjęcia pacjentów wykazała bardzo zbliżoną strukturę świadczeń we wszystkich analizowanych grupach JGP. Dominującym trybem przyjęcia było przyjęcie planowe na podstawie skierowania, które stanowiło od 70% (L31R) do 83% (L31) świadczeń w poszczególnych grupach. Drugą pod względem częstości kategorię stanowiły przyjęcia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Pozostałe tryby przyjęcia występowały sporadycznie i miały marginalny udział w strukturze świadczeń. W analizowanych grupach dominowały zatem przyjęcia planowe związane z leczeniem nowotworu złośliwego gruczołu krokowego.

Tabela 20 Struktura świadczeń JGP: L31, L31L i L31R według trybu przyjęcia pacjentów w 2025 r.

Tryb przyjęcia	Liczba świadczeń	% udział liczby świadczeń
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	10 548	67,9%
przyjęcie planowe na podstawie skierowania	7 379	47,5%
przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	3 043	19,6%
przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	114	0,7%
przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	9	0,1%
przyjęcie przymusowe*	2	0,0%
przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy	1	0,0%
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	4 186	26,9%
przyjęcie planowe na podstawie skierowania	3 023	19,4%
przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	1 034	6,6%
przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	119	0,8%
przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	8	0,1%
przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu**	1	0,0%
przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy	1	0,0%
L31 Radykalna prostatektomia*	807	5,2%
przyjęcie planowe na podstawie skierowania	667	4,3%
przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	128	0,8%
przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	12	0,1%
SUMA	15 541	100%

*przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji, określonego w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 21 ust. 3, art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 30 i 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 93a § 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego, art. 12, 25a § 2, art. 26 i 79 § 4 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz art. 13 ust. 1, art. 15 ust. 1, art. 16 ust. 1 oraz art. 21 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób

**przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Analiza trybu wypisu pacjentów wykazała zbliżoną strukturę świadczeń w grupach JGP L31, L31L i L31R. We wszystkich analizowanych grupach dominowały wypisy ze skierowaniem do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym oraz zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego. W grupach L31R i L31L największy udział stanowiły świadczenia zakończone

skierowaniem do dalszego leczenia ambulatoryjnego, które odpowiadały odpowiednio za 71,8% i 73,4% świadczeń w obrębie danej grupy. W grupie L31 udział świadczeń zakończonych skierowaniem do dalszego leczenia ambulatoryjnego oraz zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego był zbliżony i wyniósł odpowiednio 49,9% i 49,4%. Pozostałe tryby wypisu występowały sporadycznie i stanowiły marginalny odsetek świadczeń we wszystkich analizowanych grupach. Szczegóły w tabeli poniżej.

Tabela 21 Struktura świadczeń JGP: L31, L31L i L31R według trybu wypisu pacjentów w 2025 r.

Tryb wypisu	Liczba świadczeń	% udział liczby świadczeń
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	10 548	67,9%
skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	7 577	48,8%
zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	2 955	19,0%
skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu	11	0,1%
zgon pacjenta	3	0,0%
osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	1	0,0%
wypisanie na własne żądanie	1	0,0%
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	4 186	26,9%
skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	3 072	19,8%
zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	1 100	7,1%
skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu	7	0,0%
zgon pacjenta	4	0,0%
skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	2	0,0%
wypisanie na własne żądanie	1	0,0%
L31 Radykalna prostatektomia*	807	5,2%
skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	403	2,6%
zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	399	2,6%
wypisanie na własne żądanie	3	0,0%
skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu	1	0,0%
zgon pacjenta	1	0,0%
SUMA	15 541	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Przeanalizowano również długość hospitalizacji pacjentów. Najdłuższy średni czas pobytu odnotowano w grupie L31 (7 dni, mediana 6 dni), podczas gdy w grupach L31L i L31R wartości te były niższe i wyniosły odpowiednio 5 i 4 dni dla średniej oraz 4 i 3 dni dla mediany. Oznacza to, że hospitalizacje rozliczane w grupie L31 charakteryzowały się najdłuższym czasem pobytu, natomiast najkrótsze pobyty obserwowano w grupie L31R. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 22 Średnia i mediana długości pobytu pacjentów w grupach JGP L31, L31L i L31R w 2025 r

Nazwa produktu	Długość pobytu [dni]*	
	Średnia	Mediana
L31 Radykalna prostatektomia *	7	6
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	5	4
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	4	3

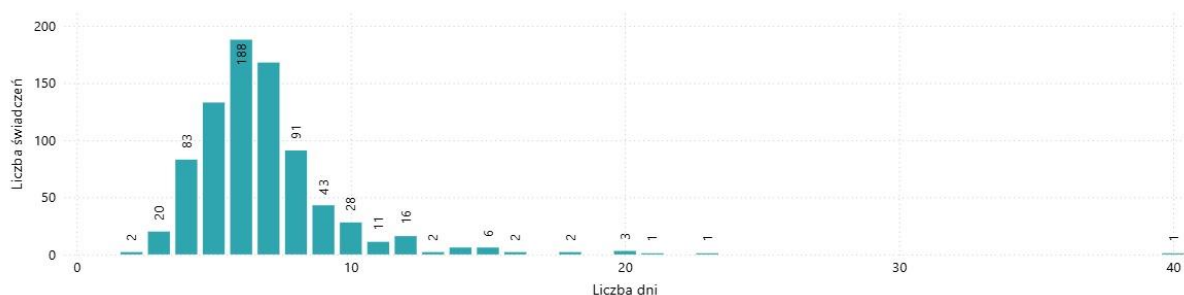
* Długość pobytu została obliczona na podstawie rzeczywistej liczby dni hospitalizacji bez ograniczania do wartości trimpointów obowiązujących w grupach JGP.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

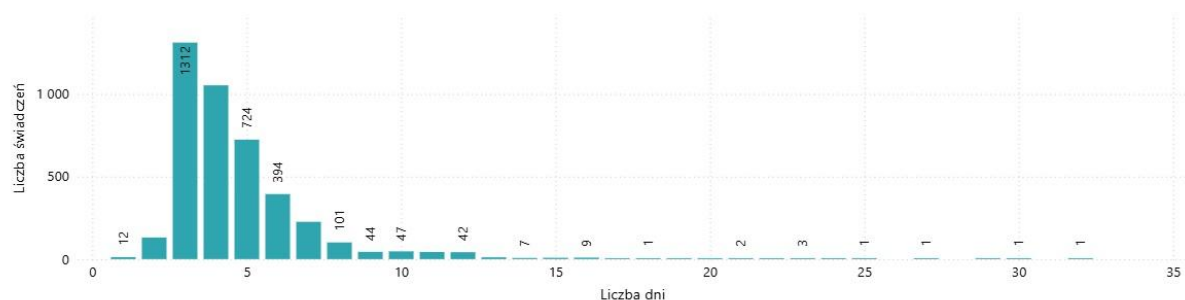
Rozkłady długości pobytu były zróżnicowane pomiędzy analizowanymi grupami JGP. W grupie L31R największa koncentracja świadczeń występowała w przedziale 2-4 dni, natomiast w grupach L31L i L31 rozkład był przesunięty w kierunku dłuższych hospitalizacji. W grupie L31 dominowały pobyty trwające około 4-8 dni, podczas gdy w grupie L31L najwięcej świadczeń odnotowano dla pobytów 3-6-dniowych. We wszystkich analizowanych grupach występowały również pojedyncze przypadki hospitalizacji o znacznie dłuższym czasie pobytu, jednak stanowiły one niewielki odsetek świadczeń.

Histogramy czasu pobytu w analizowanych JGP w roku 2025

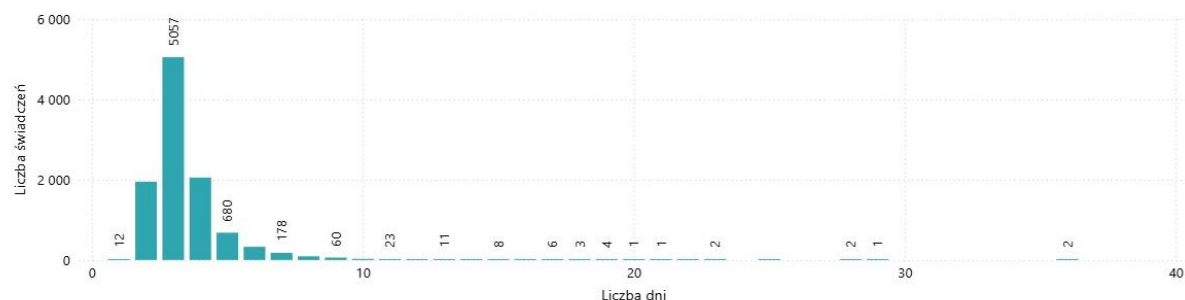
L31 RADYKALNA PROSTATEKTOMIA*



L31L RADYKALNA PROSTATEKTOMIA - ZABIEG LAPAROSKOPOWY*



L31R RADYKALNA PROSTATEKTOMIA Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*



Rysunek 25 Rozkład długości pobytu pacjentów hospitalizowanych w grupach JGP L31, L31L i L31R w 2025 r.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Analiza rozpoznań głównych wykazała, że 100% pacjentów rozliczonych w grupach JGP L31, L31L oraz L31R posiadało rozpoznanie C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego.

W 2025 roku we wszystkich analizowanych grupach JGP największy udział miały procedury radykalnej prostatektomii z limfadenektomią zastronową. Mniejszy udział odnotowano dla procedur obejmujących limfadenektomię miedniczną. Struktura realizowanych procedur była zbliżona pomiędzy grupami L31, L31L i L31R, przy czym w grupach L31L oraz L31R udział procedur z limfadenektomią miedniczną był wyższy niż w grupie L31. Pozostałe procedury miały marginalne znaczenie w strukturze świadczeń. Szczegóły przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 23 Realizacja grup procedur kierunkowych w JGP: L31, L31L i L31R w 2025 roku

Nazwa produktu	Grupa procedur	Liczba wystąpień zestawu procedur	Udział %
L31 Radykalna prostatektomia*	60.51 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią zastonową z dostępu załonowego	589	73,0%
	60.52 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią miedniczną z dostępu załonowego	212	26,3%
	60.53 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią zastonową z dostępu kroczonego	6	0,7%
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	60.54 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią zastonową laparoskopowo	2 779	66,4%
	60.55 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią miedniczną laparoskopowo	1 360	32,5%
	60.54 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią zastonową laparoskopowo; 60.55 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią miedniczną laparoskopowo	47	1,1%
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 60.54 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią zastonową laparoskopowo	6 866	65,1%
	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 60.55 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią miedniczną laparoskopowo	3 668	34,8%
	00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; 60.54 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią zastonową laparoskopowo; 60.55 Wycięcie radykalne stercza (prostatektomia radykalna) z limfadenektomią miedniczną laparoskopowo	14	0,1%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

3.3.2 Inne istotne informacje

Raporty dotyczące chirurgii robotowej

W raporcie autorstwa Modern Healthcare Institute, *Chirurgia robotowa w Polsce 2026* podkreślono, że rozwój chirurgii robotowej jest determinowany nie tylko dostępnością systemów robotowych, lecz także potencjałem organizacyjnym i kadrowym świadczeniodawców. W przypadku świadczeń objętych niniejszym raportem podaż nie jest więc uzależniona wyłącznie od ogólnej liczby lekarzy zatrudnionych w danej dziedzinie zabiegowej. Kluczowe znaczenie ma dostępność zespołów posiadających doświadczenie w wykonywaniu operacji z zastosowaniem systemu robotowego, obejmujących operatorów, asystę chirurgiczną, anestezjologów, pielęgniarki operacyjne, personel techniczny oraz zaplecze organizacyjne bloku operacyjnego.

Raport NFZ *Radykalna prostatektomia – analiza porównawcza metod*, dostarcza danych pozwalających ocenić nie tylko wolumen świadczeń, lecz także wybrane efekty kliniczno-organizacyjne. W analizie obejmującej pierwszorazowe zabiegi radykalnej prostatektomii wykonane w okresie od października 2022 r. do marca 2025 r. wskazano, że zabiegi wykonywane w asyście robota wiązały się ze średnio krótszą hospitalizacją niż zabiegi otwarte i laparoskopowe, a także z korzystniejszym profilem wybranych wskaźników okotooperacyjnych i funkcjonalnych, w tym mniejszą częstością przetoczeń krwi, niższym ryzykiem rehospitalizacji zabiegowej oraz niższym prawdopodobieństwem refundacji świadczeń, leków i wyrobów medycznych związanych z nietrzymaniem moczu w okresie pooperacyjnym.

W ww. analizie wykazano również, że ocena technologii robotowej w radykalnej prostatektomii nie powinna ograniczać się do kosztu samej hospitalizacji. Istotne znaczenie mają także efekty po jej zakończeniu, w tym ponowne hospitalizacje, konieczność dalszego leczenia powikłań oraz

korzystanie ze świadczeń, leków i wyrobów medycznych związanych z następstwami zabiegu. W tym kontekście dane dotyczące L31R powinny być interpretowane zarówno w odniesieniu do wolumenu i wartości świadczeń, jak i do potencjalnego wpływu technologii robotowej na dalsze wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia.

W świetle wniosków zawartych w obu opracowaniach dalszy rozwój świadczeń objętych niniejszym raportem powinien być powiązany z systematycznym monitorowaniem jakości i bezpieczeństwa leczenia. Dotyczy to w szczególności wyników onkologicznych, funkcjonalnych i okołoperacyjnych, częstości powikłań, ponownych hospitalizacji, czasu hospitalizacji oraz stopnia wykorzystania systemów robotowych. W dokumentach tych zwraca się również uwagę na potrzebę tworzenia rejestrów klinicznych, standaryzacji kwalifikacji pacjentów, rozwoju szkoleń dla zespołów operacyjnych oraz koncentracji świadczeń w ośrodkach posiadających odpowiednie doświadczenie i wolumen zabiegów.

Kolejki oczekujących

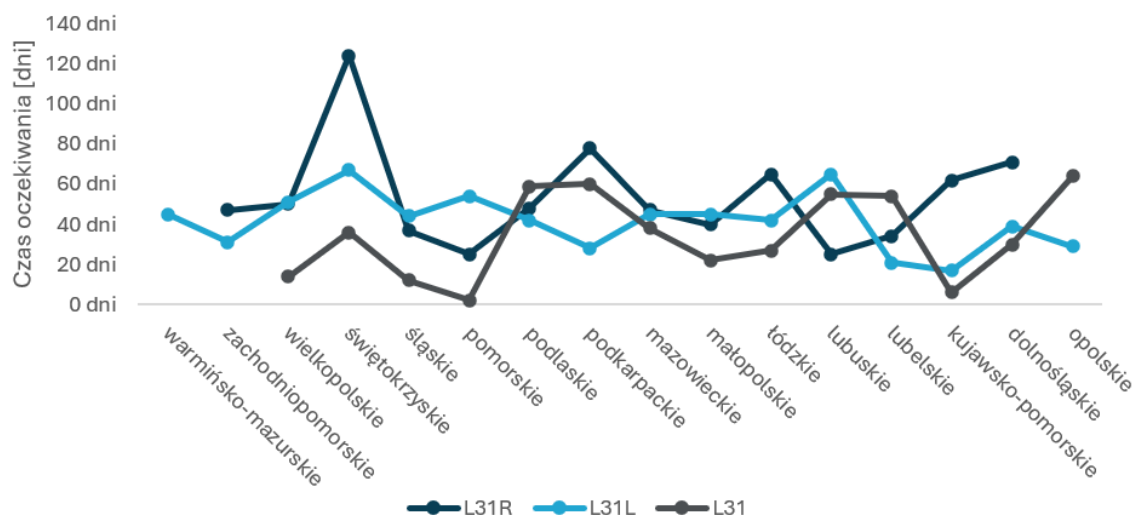
Odstąpiono od prezentowania danych dotyczących liczby osób oczekujących oraz czasu oczekiwania na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ informacje te są gromadzone i publikowane na poziomie zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których realizowane są analizowane procedury, a nie na poziomie poszczególnych grup JGP objętych niniejszym raportem. W konsekwencji dane te nie pozwalają na jednoznaczne przypisanie liczby osób oczekujących ani czasu oczekiwania do grup F45R, L31R, M22R oraz produktów porównawczych L31 i L31L, a ich prezentacja mogłaby prowadzić do nieprawidłowej interpretacji dostępności świadczeń będących przedmiotem analizy.

W związku z powyższym wykorzystano dane pochodzące z *Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026*⁶ z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), które zawierają informacje o średnim czasie oczekiwania oraz medianie czasu oczekiwania, w podziale na grupy świadczeń, w roku 2025. Dzięki temu możliwe było przedstawienie danych dotyczących dostępności świadczeń w sposób bardziej adekwatny do zakresu niniejszego opracowania. Na podstawie przedmiotowych danych średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio:

- 49 dni – w grupie *L31 Radykalna prostatektomia**,
- 46 dni – w grupie *L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy**,
- 55 dni – w grupie *L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego**,
- 29 dni – w grupie *F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego**,
- 19 dni – w grupie *M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego**.

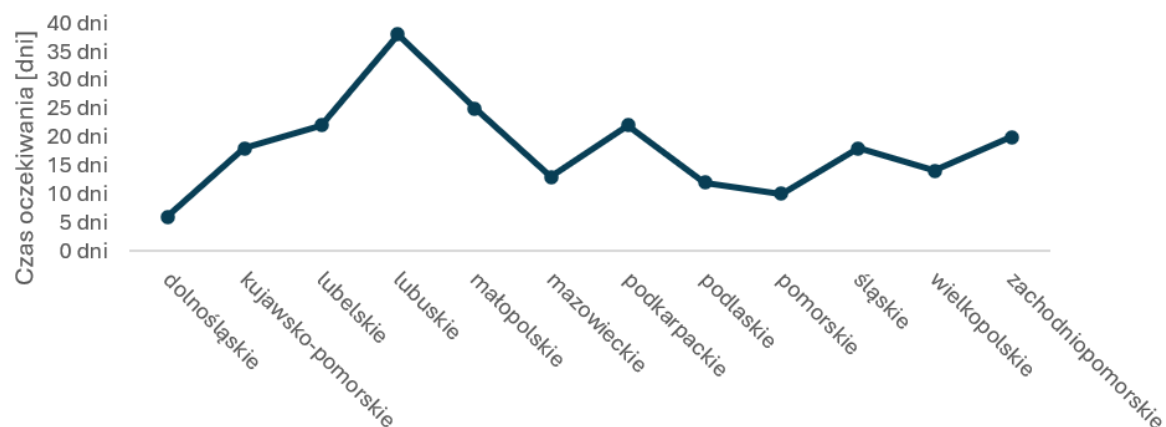
Dodatkowo, na poniższych wykresach przedstawiono medianę czasu oczekiwania dla analizowanych świadczeń w podziale na województwa, w których były realizowane.

⁶ [Lecznictwo szpitalne – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia](#) (dostęp 21.09.2026 r.)



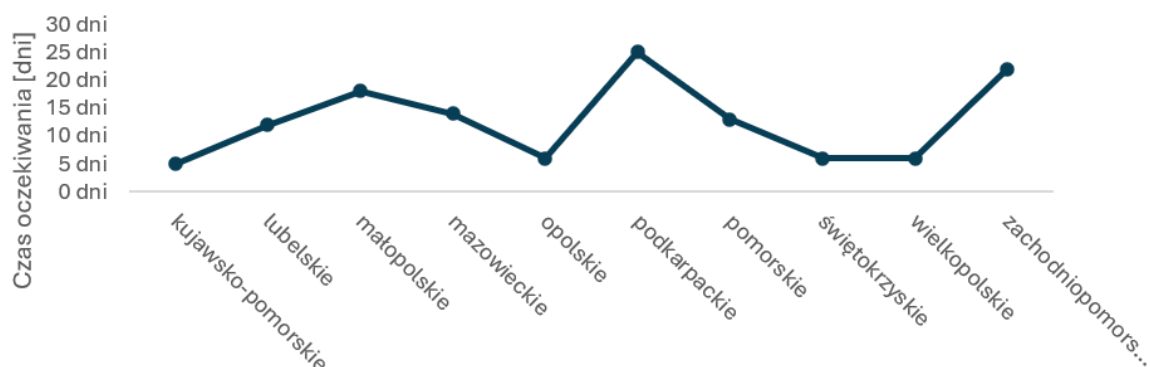
Rysunek 26 Mediana czasu oczekiwania w grupach L31 Radykalna prostatektomia*, L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy* i L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW ([Lecznictwo szpitalne – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia](#), dostęp 15.09.2026)



Rysunek 27 Mediana czasu oczekiwania w grupie F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW ([Lecznictwo szpitalne – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia](#), dostęp 15.09.2026)



Rysunek 28 Mediana czasu oczekiwania w grupie M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW ([Lecznictwo szpitalne – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia](#), dostęp 15.09.2026)

3.4 Finansowanie w innych krajach

Polska należy do nielicznych krajów europejskich, które wdrożyły odrębne finansowanie części procedur robotycznych, a nie wyłącznie finansowanie w ramach standardowych grup DRG (Diagnosis Related Group). W większości państw europejskich koszt wykorzystania robota jest pokrywany z tej samej taryfy co zabieg wykonywany metodą laparoskopową lub otwartą. Najczęściej koszty zakupu, amortyzacji i serwisu systemu robotycznego pozostają po stronie szpitala. Brak dedykowanego finansowania może ograniczać dostępność zabiegów robotycznych lub prowadzić do koncentracji świadczeń w największych ośrodkach. Coraz częściej decyzje refundacyjne są uzależniane od wyników analiz HTA oraz monitorowania efektów klinicznych w rejestrach jakościowych.

W celu porównania sposobu i poziomu finansowania świadczeń F45R, L31R i M22R z ich odpowiednikami w innych krajach przeanalizowano informacje dotyczące chirurgii robotowej w Anglii, Niemczech i Czechach. Informacje odnaleziono na stronach internetowych podmiotów odpowiedzialnych za realizację świadczeń lub związanych z ich realizacją.

Głównym ograniczeniem porównania przedmiotowych grup JGP z refundacją adekwatnych świadczeń w innych krajach jest to, że technika robotowa nie stanowi odrębnego kryterium grupowania, lecz cechę procedury odnotowywaną kodem dodatkowym lub finansowaną poza wykazem świadczeń.

Tabela 24 Sposób uwzględnienia techniki robotowej w systemach płatności

Kraj	Mechanizm
Polska	dedykowane JGP; procedura ICD-9 00.98
Anglia	kod dodatkowy OPCS-4 Y75.3; wpływ na przypisanie do HRG dotyczącego prostatektomii
Niemcy	kod dodatkowy OPS 5-987; brak znaczenia dla przypisania do DRG
Czechy	pakiety cenowe negocjowane przez płatnika indywidualnie z ośrodkami w oparciu o wartości punktowe

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Anglia

W Anglii świadczenia szpitalne są finansowane w systemie HRG (ang. Healthcare Resource Groups) na podstawie NHS Payment Scheme. W NHS Payment Scheme nie funkcjonuje ogólna dopłata za samo zastosowanie robota chirurgicznego. Zabieg jest rozliczany według grupy HRG wynikającej z pełnego zestawu kodów klinicznych, w tym procedury, rozpoznania i sposobu wykonania. W określonych przypadkach robotycznej chirurgii urologicznej, w szczególności prostatektomii, kodowanie może prowadzić do grupy HRG o wyższej cenie niż porównywalna operacja otwarta. Klasyfikacja OPCS-4 przewiduje kod dodatkowy Y75.3 (operacja wspomagana robotycznie), wpisywany obok kodu głównego zabiegu, np. M61.1 dla radykalnej prostatektomii. Kod HRG dla zabiegów robotycznych obejmujących poważne zabiegi w obrębie prostaty lub szyi pęcherza moczowego u mężczyzn (LB69Z) celowo uruchamia wyższą stawkę refundacji. Natomiast w pozostałych specjalnościach kod jest zbierany do celów statystycznych i analitycznych.

Niemcy

W Niemczech świadczenia szpitalne rozlicza się w systemie aG-DRG. Zastosowanie robota odnotowuje się za pomocą kodu dodatkowego z klasyfikacji OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel), który zgodnie z OPS 2026 należy przypisać dodatkowo do procedury operacyjnej. Samo zastosowanie robota, co do zasady nie tworzy odrębnej DRG ani automatycznego dodatkowego wynagrodzenia. Rozliczenie zależy od całego zestawu danych klinicznych i proceduralnych danego przypadku. Kodowanie służy przede wszystkim monitorowaniu rozpowszechnienia technologii robotycznych, analizom kosztowym, dokumentowaniu wykorzystania nowych technologii w procedurach innowacyjnych oraz gromadzeniu danych na potrzeby przyszłych zmian taryf i wycen i nie oznacza ono wyższej refundacji. W praktyce oznacza to, że szpital, w którym wykonywane są operacje przy użyciu robota, zwykle raportuje jego użycie, ale sam fakt wpisania takiego kodu nie powoduje automatycznego wzrostu płatności.

Liczba przypadków kodowanych OPS 5-987 (kod wskazujący na zastosowanie robota) wzrosła z około 5 tys. w 2010 r. do około 82,4 tys. w 2023 r.; trzeba jednak zwrócić uwagę, że dane te obejmują różne rodzaje robotycznie wspomaganymi operacji.

Czechy

Finansowanie świadczeń szpitalnych opiera się na wykazie świadczeń SZV (Seznamu zdravotních výkonů) i systemie CZ-DRG. W Czechach finansowanie chirurgii robotycznej w publicznym systemie ochrony zdrowia obejmuje wybrane wskazania onkologiczne, takie jak radykalna prostatektomia, radykalna histerektomia i resekcja raka odbytnicy. Ponieważ procedury te nie są ujęte w krajowym wykazie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, nie podlegają standardowemu rozliczeniu w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. W praktyce ich refundacja odbywa się na podstawie indywidualnie negocjowanych umów między płatnikami a ośrodkami dysponującymi robotami chirurgicznymi, przy czym największy czeski płatnik publiczny, VZP, wykorzystuje mechanizm cen pakietowych, a zakres finansowania oraz limity środków określone są corocznie w zawieranych kontraktach.

3.5 Cenniki komercyjne i dane pozyskane od producentów

Cenniki komercyjne

W celach porównawczych przeprowadzono analizę cen komercyjnych usług medycznych odpowiadających świadczeniom objętym taryfikacją. Celem badania było zestawienie wartości taryfikowanych świadczeń z cenami rynkowymi obowiązującymi w sektorze prywatnym, co pozwala na szersze spojrzenie na relację pomiędzy wyceną publiczną a poziomem kosztów akceptowanych przez pacjentów w systemie komercyjnym.

Informacje o cenach komercyjnych poszczególnych świadczeń zostały pozyskane poprzez przeszukiwanie dostępnych źródeł internetowych, w szczególności oficjalnych stron internetowych podmiotów leczniczych realizujących świadczenia będące przedmiotem niniejszego raportu.

Tabela 25 Cenniki komercyjne w podziale na kategorię zabiegu

Kategoria zabiegu	Liczba wystąpień	Min [zł]	Średnia [zł]	Max [zł]
F45R Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego* - Zabieg	3	25 000	35 733	42 700
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego* – Zabieg + Hospitalizacja	1		46 000	
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego* – Zabieg	3	30 000	36 130	39 500
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego* – Zabieg bez sprzętu wyspecjalistycznego	1		9 300	
M22R Leczenie chirurgiczne raka macicy z zastosowaniem systemu robotowego* - Zabieg	5	25 000	36 963	46 500

Źródło: Opracowanie własne na podstawie cenników komercyjnych realizatorów świadczeń

W ramach analizy porównawczej zebrano również dane dotyczące kosztów osobodnia na oddziałach ginekologicznych, urologicznych i chirurgii ogólnej w placówkach realizujących świadczenia będące przedmiotem niniejszego raportu. Informacje te pochodziły z ogólnodostępnych cenników komercyjnych, publikowanych na stronach internetowych podmiotów leczniczych.

Tabela 26 Ceny osobodnia w podziale na rodzaj oddziału

Kategoria oddziału	Liczba wystąpień	Min [zł]	Średnia [zł]	Max [zł]
Ginekologiczny	4	1 900	2 613	3 850
Chirurgii Ogólnej	5	1 400	2 190	2 900
Urologiczny	2	1 450	1 750	2 050

Źródło: Opracowanie własne na podstawie cenników komercyjnych realizatorów świadczeń

Analiza cen komercyjnych świadczeń z zakresu chirurgii robotowej umożliwiła jedynie ogólne zobrazowanie różnic pomiędzy poziomem finansowania świadczeń w systemie publicznym a cenami oferowanymi na rynku komercyjnym. Interpretacja wyników wymaga jednak ostrożności z uwagi na ograniczoną dostępność cenników, niewielką liczbę obserwacji dla części procedur oraz brak jednolitego sposobu prezentowania cen przez podmioty komercyjne. W szczególności w wielu przypadkach nie było możliwe jednoznaczne ustalenie, czy wskazane ceny obejmują wszystkie elementy świadczenia, w tym znieczulenie, pobyt, diagnostykę, wykorzystanie systemu robotowego oraz koszty wyrobów medycznych. Dodatkowym ograniczeniem była znaczna zmienność cen, wynikająca m.in. z lokalizacji i profilu placówki, zakresu świadczeń dodatkowych oraz stosowanej technologii. Z tego względu zgromadzone dane należy traktować poglądowo jako materiał uzupełniający analizę taryfową, a nie podstawę do bezpośredniego porównania wartości świadczeń finansowanych ze środków publicznych z cenami komercyjnymi.

Cenniki producenckie

W celu przyjęcia do analizy aktualnych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, przekazane przez nich średnie ceny wyrobów porównano z cenami katalogowymi pozyskanymi od głównych producentów w chirurgii robotycznej.

Zestawienie kosztów narzędzi robotycznych oraz innych niezbędnych wyrobów medycznych przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 27 Średnie ceny brutto wyrobów medycznych wyznaczone na podstawie danych od producentów i dystrybutorów

Grupa JGP	Zestaw wyrobów medycznych	Średnia cena brutto [zł]
F45R Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*	Narzędzia robotyczne (od 3 do 5) + akcesoria + Staplery z ładunkami	14 416
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego *	Narzędzia robotyczne (od 3 do 4) + akcesoria	7 150
M22R Leczenie chirurgiczne raka macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	Narzędzia robotyczne (od 3 do 4) + akcesoria	8 770

Źródło: Opracowanie własne na podstawie cenników producenckich

3.6 Uwagi do świadczenia

L31R / L31 / L31L – radykalna prostatektomia

W raporcie „Chirurgia robotowa w Polsce 2026” wskazano kilka istotnych uwag środowiska urologicznego dotyczących radykalnej prostatektomii wykonywanej z zastosowaniem systemu robotowego.

Zwrócono uwagę na czynniki mogące wpływać na sposób rozliczania tych świadczeń. W szczególności wskazano na:

- obniżenie wyceny grupy L31R o 14% od lipca 2025 r.,
- wyłączenie części zabiegów robotowych spod wybranych współczynników,
- możliwość ograniczenia atrakcyjności finansowej rozliczania procedur jako robotowych,
- zjawisko downcodingu, tj. wykonywania zabiegów robotowych przy jednoczesnym rozliczaniu ich jako L31 lub L31L, jeżeli świadczeniodawca nie spełniał warunków formalnych dla L31R albo gdy rozliczenie inną grupą było korzystniejsze organizacyjnie lub finansowo.

Ekspertci podkreślali, że ocena rozwoju robotowej prostatektomii nie powinna opierać się wyłącznie na liczbie wykonywanych zabiegów. Istotne pozostaje monitorowanie jakości leczenia, w tym wyników funkcjonalnych i onkologicznych oraz powikłań. W tym kontekście zwracano uwagę na brak kompleksowego rejestru klinicznego oraz brak systematycznego raportowania wyników leczenia.

Dodatkowo pojawiają się uwagi dotyczące kwalifikacji pacjentów do leczenia radykalnego, szczególnie w przypadku raka stercza niskiego ryzyka. Część ekspertów wskazuje na potrzebę szerszego stosowania aktywnego nadzoru, natomiast inni podkreślają ryzyko niedoszacowania zaawansowania choroby w diagnostyce przedoperacyjnej.

F45R – leczenie chirurgiczne raka jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*

Dla grupy F45R ww. raport wskazuje na bardzo dynamiczny wzrost liczby zabiegów robotowych w chirurgii kolorektalnej. Najważniejsze uwagi środowiska klinicznego w odniesieniu do F45R dotyczą:

- konieczności koncentracji świadczeń w ośrodkach wysokowolumenowych — jakość i bezpieczeństwo robotowych operacji kolorektalnych zależą od doświadczenia zespołu oraz liczby wykonywanych procedur;
- niedostosowania wyceny do wzrostu kosztów — średnia refundacja F45R zwiększała się wolniej niż refundacja zabiegów otwartych i laparoskopowych;

- potrzeby przeprowadzenia oceny efektów klinicznych i kosztowych w chirurgii kolorektalnej, analogicznej do analizy NFZ wykonanej dla radykalnej prostatektomii.

W komentarzach eksperckich podkreślano także, że robotyka w chirurgii kolorektalnej może mieć szczególne znaczenie w zabiegach wykonywanych w obrębie miednicy mniejszej. W tym obszarze kluczowa jest precyzyjna preparacja tkanek oraz możliwość ograniczenia urazu operacyjnego. Jednocześnie wskazywano, że efektywne wykorzystanie technologii wymaga odpowiedniego zaplecza szkoleniowego, wolumenu zabiegów oraz właściwej organizacji pracy bloku operacyjnego.

M22R – leczenie chirurgiczne raka macicy z zastosowaniem systemu robotowego*

W odniesieniu do grupy M22R uwagi środowiska koncentrują się na kilku obszarach:

- w raku trzonu macicy zabieg robotowy jest często porównywalny funkcjonalnie z laparoskopią, szczególnie przy prostszych histerektomiach;
- technologia robotowa może być szczególnie korzystna u pacjentek z otyłością i wysokim BMI, u których laparoscopia bywa technicznie trudna;
- eksperci ginekologiczni wskazują, że największą przewagę technologia robotowa może dawać nie tylko w leczeniu raka macicy, ale także w bardziej złożonych procedurach ginekologicznych, np. w głęboko naciekającej endometriozie, wybranych przypadkach raka jajnika czy zabiegach wymagających precyzyjnego preparowania struktur nerwowych i moczowodów;
- podobnie jak w innych obszarach, podnoszony jest problem ograniczonego zakresu refundacji — finansowanie obejmuje wybrane wskazania, podczas gdy praktyka kliniczna zmierza ku szerszemu stosowaniu robotyki w złożonych zabiegach ginekologicznych;
- wskazuje się na potrzebę standaryzacji kwalifikacji pacjentek, szkolenia zespołów oraz monitorowania wyników leczenia, zwłaszcza że rozwój robotyki w ginekologii obejmuje zarówno onkologię, jak i świadczenia nieonkologiczne.

W przypadku grupy M22R uwagi środowiska nie podważają zasadności stosowania tej technologii, lecz wskazują na potrzebę właściwej kwalifikacji pacjentek, zachowania odpowiednich relacji finansowania względem laparoskopii oraz rozważenia szerszego kontekstu zastosowań robotyki w ginekologii.

W dostępnych raportach oraz komentarzach środowisk klinicznych dotyczących chirurgii robotowej wskazuje się, że świadczenia objęte niniejszym raportem funkcjonują w obszarze dynamicznego wzrostu liczby realizowanych procedur. Jednocześnie wymagają one dalszej oceny nie tylko pod względem wolumenu, lecz także jakości, bezpieczeństwa i efektywności kosztowej.

Najsilniejsze dane dotyczą radykalnej prostatektomii z zastosowaniem systemu robotowego. Analiza NFZ wykazała w tym obszarze krótszy czas hospitalizacji, niższe ryzyko rehospitalizacji zabiegowej, mniejszą częstość przetoczeń krwi oraz niższe prawdopodobieństwo refundacji świadczeń, leków i wyrobów medycznych związanych z nietrzymaniem moczu w porównaniu z wybranymi metodami alternatywnymi.

W odniesieniu do F45R i M22R podkreśla się, że zastosowanie systemu robotowego może mieć szczególne znaczenie w procedurach wymagających wysokiej precyzji operacyjnej, zwłaszcza w obrębie miednicy mniejszej oraz u pacjentów lub pacjentek z trudniejszymi warunkami anatomicznymi.

Jednocześnie raporty wskazują na niespójności finansowania wynikające z różnic pomiędzy odrębną wyceną procedur robotowych a poziomem refundacji procedur laparoskopowych i otwartych po zastosowaniu współczynników korygujących. Może to wpływać na sposób sprawozdawania świadczeń oraz ograniczać przejrzystość oceny rzeczywistego wykorzystania technologii robotowej.

Z tego względu przy ocenie taryf analizowanych świadczeń należy uwzględnić nie tylko wartość katalogową grup JGP, lecz także:

- faktyczny poziom finansowania,
- warunki rozliczania,
- wymogi wolumenowe,
- dostępność zespołów operacyjnych wyspecjalizowanych w chirurgii robotowej,
- organizację pracy bloku operacyjnego,
- potrzebę systematycznego raportowania wyników leczenia,
- zasadność tworzenia rejestrów klinicznych i mechanizmów monitorowania jakości.

4 Projekt taryfy

4.1 Współpraca ekspercka

Agencja podjęła współpracę z zespołem do spraw chirurgii robotycznej, powołanym na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 maja 2026 r., w celu pozyskania kluczowych informacji dotyczących elementów kosztowych poszczególnych grup świadczeń objętych analizą.

Celem powołania zespołu jest wypracowanie kierunkowych rekomendacji dotyczących zasad regulacji, finansowania oraz dalszego rozwoju medycyny robotycznej w Polsce, z uwzględnieniem skuteczności i bezpieczeństwa klinicznego, jakości udzielanych świadczeń, zasad kwalifikacji ośrodków i operatorów oraz efektywności wykorzystania środków publicznych.

Zespół jest platformą wymiany stanowisk pomiędzy ekspertami klinicznymi a przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jak ustalono na spotkaniu w dniu 22.09.2026 r. prace zespołu nie kolidują z zakresem prac AOTMiT.

W ramach prac zespołu obecnie prowadzone są intensywne analizy dotyczące:

- kryteriów kwalifikacji procedur robotycznych do finansowania ze środków publicznych;
- minimalnych wymagań dla ośrodków wykonujących zabiegi robotyczne;
- zasad szkolenia, oceny kompetencji i doświadczenia operatorów;
- modelu finansowania i taryfikacji procedur robotycznych
- systemu monitorowania jakości, bezpieczeństwa i wyników leczenia;
- zasad raportowania danych i możliwości utworzenia krajowego rejestru medycyny robotycznej;
- ścieżki wprowadzania kolejnych wskazań do finansowania publicznego.

Zakładanym rezultatem strategicznym prac zespołu jest powstanie raportu; „*Medycyna robotyczna w Polsce – założenia krajowego modelu regulacji, jakości i finansowania*”, przedstawiającego ogólnopolski model regulacji medycyny robotycznej, określający dostęp pacjentów do nowoczesnych technologii z wymaganiami dotyczącymi jakości, bezpieczeństwa i efektywności wykorzystania środków publicznych.

W skład Zespołu wchodzi m.in. nw. eksperci kliniczni:

- Przewodniczący Zespołu – prof. dr hab. n. med. Jerzy Sieńko;
- Zastępca Przewodniczącego Zespołu:
 - gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak;
- członkowie:
 - ptk dr n. med. Jacek Doniec,
 - prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa,
 - dr hab. n. med. Jacek Sieńko,
 - prof. dr hab. n. med. Jacek Sobocki,
 - prof. dr hab. n. med. Jacek Szeliga,
 - prof. dr hab. n. med. Wiesław Tarnowski,
 - prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak,
 - dr n. med. Maciej Dancewicz,

- prof. dr hab. n. med. Piotr Kaliciński,
- prof. dr hab. n. med. Tomasz Kluz,
- prof. dr hab. n. med. Piotr Suwalski,
- prof. dr hab. n. med. Tomasz Szydełko,
- prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski.

Współpraca z Zespołem miała na celu zebranie wiedzy eksperckiej oraz informacji praktycznych odnoszących się do organizacji i przebiegu realizacji świadczeń, wykorzystania zasobów kadrowych i infrastrukturalnych, zużycia wyrobów medycznych, czasu pracy zespołów operacyjnych oraz innych istotnych składowych kosztu procedur. Pozyskane informacje stanowią uzupełnienie danych sprawozdawczych i finansowo-księgowych, umożliwiając bardziej precyzyjną identyfikację struktury kosztów oraz weryfikację założeń przyjętych w procesie taryfikacji poszczególnych grup JGP.

Dodatkowo Agencja wystąpiła o przekazanie danych, informacji i opisów przebiegu realizacji świadczeń do kluczowych towarzystw naukowych i sekcji eksperckich działających w analizowanym obszarze, w szczególności związanych z chirurgią kolorektalną, urologią oraz ginekologią onkologiczną. Celem tych wystąpień było pozyskanie informacji praktycznych dotyczących organizacji i przebiegu procedur realizowanych z zastosowaniem systemu robotowego, w tym zakresu wykorzystania narzędzi i wyrobów medycznych, zaangażowania personelu, czasu pracy bloku operacyjnego, potencjalnych różnic w przebiegu zabiegów w zależności od grupy JGP oraz innych elementów mających istotne znaczenie dla identyfikacji składowych kosztowych świadczeń objętych niniejszym raportem. Adresatami byli:

- Towarzystwo Chirurgów Polskich (TChP)
 - Sekcja Chirurgii Kolorektalnej
 - Sekcja Chirurgii Laparoskopowej i Robotycznej
- Polskie Towarzystwo Urologiczne (PTU)
- Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej (PTGO)
- Polskie Towarzystwo Chirurgii Robotycznej w Ginekologii

4.2 Rekomendacje z raportów źródłowych

Rekomendacje sformułowano na podstawie wniosków i komentarzy eksperckich zawartych w obu raportach źródłowych wykorzystanych w niniejszym raporcie.

Wybór metody operacyjnej powinien pozostać decyzją indywidualną

Zarówno raport „Radykalna prostatektomia w Polsce”, jak i raport „Chirurgia robotowa 2026” podkreślają, że żadna z trzech metod (klasyczna, laparoskopowa, robotowa) nie jest optymalna dla każdego pacjenta. O wyborze techniki powinny decydować:

- stopień zaawansowania nowotworu,
- stan ogólny pacjenta,
- doświadczenie zespołu operacyjnego,
- dostępność technologii w danym ośrodku.

Doświadczenie ośrodka i operatora jako czynnik bezpieczeństwa

Eksperci cytowani w obu raportach wskazują, że w ośrodkach wykonujących ponad 150 zabiegów rocznie obserwowano krótszy czas hospitalizacji i mniejsze ryzyko transfuzji. Rekomenduje się

utrzymanie i doprecyzowanie wymogów wolumenowych/kwalifikacyjnych dla operatorów i ośrodków realizujących świadczenia L31R, F45R i M22R jako elementu polityki jakości, niezależnie od kształtu taryfy.

Ostrożność w interpretacji korzyści funkcjonalnych

Autorzy raportu NFZ zwracają uwagę, że dane o nietrzymaniu moczu oparte są wyłącznie na refundacji wyrobów medycznych i leków, a nie na bezpośredniej ocenie klinicznej — mówią więc o skali korzystania ze wsparcia terapeutycznego, a nie o ciężkości objawów. Raport nie zawiera też danych o zaburzeniach erekcji ani o wynikach onkologicznych i jakości życia w długim okresie. Rekomenduje się, aby przyszłe raportowanie efektów leczenia (w tym ewentualne warunki kontraktowania) uwzględniało docelowo także wskaźniki funkcjonalne oceniane klinicznie, a nie wyłącznie pośrednio przez pryzmat refundacji.

Rozwój rejestrów klinicznych

Oba raporty wskazują na brak kompleksowych rejestrów klinicznych pozwalających monitorować jakość, efekty leczenia i bezpieczeństwo procedur robotowych w sposób porównywalny między ośrodkami. Konsultant krajowy w dziedzinie urologii, cytowany w kontekście obniżki wyceny L31R, zwracał uwagę na ryzyko wzrostu powikłań (nietrzymanie moczu, zaburzenia potencji) przy ograniczaniu dostępu do metody robotowej — argument ten wzmacnia rekomendację budowy rejestru klinicznego jako podstawy do przyszłych, opartych na dowodach decyzji taryfikacyjnych.

Analogiczna analiza porównawcza dla F45R i M22R

W przeciwieństwie do L31R, dla grup F45R i M22R nie istnieje obecnie analiza porównawcza metod na poziomie zbliżonym do raportu NFZ dot. radykalnej prostatektomii. Rekomenduje się rozważenie zlecenia analogicznego opracowania dla chirurgii kolorektalnej i ginekologii onkologicznej, co pozwoliłoby oprzeć przyszłe decyzje taryfikacyjne w tych obszarach na porównywalnie solidnych danych klinicznych.

4.3 Pozyskanie danych

Dane wykorzystane w analizie pozyskano z kilku równoległych źródeł. Obejmowały one:

- dane medyczno-kosztowe i finansowo-księgowe gromadzone w ramach postępowań taryfikacyjnych prowadzonych przez Agencję,
- własne kalkulacje kosztów przekazane przez kluczowych realizatorów świadczeń,
- informacje kliniczno-organizacyjne uzyskane od właściwych towarzystw naukowych i konsultantów,
- dane pozyskane od producentów wyrobów medycznych wykorzystywanych w chirurgii robotowej.

Dane medyczno-kosztowe obejmowały informacje o przebiegu hospitalizacji, wykonanych procedurach, czasie pobytu, elementach procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz kosztach możliwych do przypisania do realizacji świadczeń.

Z kolei dane finansowo-księgowe dotyczyły m.in. kosztów działalności medycznej, kosztów materiałów i wyrobów medycznych, kosztów osobodnia i infrastruktury, amortyzacji oraz pozostałych kosztów pośrednich związanych z realizacją świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne.

W analizie wykorzystano w szczególności dane z następujących postępowań prowadzonych przez AOTMiT:

- Postępowanie nr 81: „Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (WB23)” – dane medyczno-kosztowe i finansowo-księgowe;
- Postępowanie nr 83: „Dane finansowo-księgowe za 2024 rok”;
- Postępowanie nr 86: „Współpraca bieżąca – pozyskanie danych medyczno-kosztowych z leczenia szpitalnego za 2024 r. (WB24)”.

W ramach ww. postępowań wystąpiono o udostępnienie danych szczegółowych, czyli informacji medyczno-kosztowych w ujęciu na pojedynczą hospitalizację, tj.:

- dane identyfikujące świadczenie (plik OG),
- ruch międzyoddziałowy (plik SM_RM),
- zrealizowane świadczenia medyczne (plik SM_ROZ),
- podane produkty lecznicze (plik PL),
- zużyte wyroby medyczne (plik WM),
- wykonane procedury medyczne (plik PR),
- zaangażowanie personelu medycznego w procedurę medyczną (dane PR_HR),
- **cenniki procedur medycznych** (plik CP),
- dane dotyczące obrotu przychodu we wszystkich magazynach (w tym magazynach oddziałowych) produktów leczniczych oraz **wyrobów medycznych (plik OM)**.

Dodatkowo w celu uszczegółowienia kosztów świadczeń objętych raportem wystąpiono do głównych realizatorów świadczeń o przekazanie własnej kalkulacji kosztów dla poszczególnych grup JGP objętych raportem, tj. F45R, L31R i M22R, a także — w zakresie porównawczym — L31 i L31L.

Zakres danych kosztowych i organizacyjnych uzupełniono o informacje dotyczące przebiegu świadczeń przekazane przez ekspertów z właściwych towarzystw naukowych/sekcji i ekspertów Zespołu roboczego ds. chirurgii robotycznej, w tym konsultantów krajowych z dziedzin odpowiadających zakresowi raportu.

Ponadto, w pracach taryfikacyjnych posłużono się danymi z Raportu Kadrowo-Płacowego, obejmującymi informacje o wysokości wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych oraz cenniki procedur medycznych. Dane pochodziły z niżej wymienionego postępowania:

- nr 88. Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za **luty 2026 r.** (po aktualizacji do poziomu od 1 lipca 2026 r.)

Dodatkowo wystąpiono do kluczowych producentów wyrobów medycznych wykorzystywanych w obszarze chirurgii robotowej, w celu pozyskania informacji o aktualnie obowiązujących cenach poszczególnych elementów stosowanych w analizowanych zabiegach. Dane te posłużyły do celów porównawczych, w szczególności do weryfikacji cen wyrobów medycznych znajdujących się w zasobach danych Agencji oraz oceny ich aktualności i adekwatności w kontekście prowadzonych analiz kosztowych.

4.3.1 Dane medyczno-kosztowe

Źródłem danych medyczno-kosztowych były hospitalizacje zrealizowane w roku 2023 i 2024 pozyskane w ramach współpracy bieżącej z Agencją oraz koszty za 2025 r. udostępnione przez świadczeniodawców we Własnych kalkulacjach kosztów (WKK).

W procesie taryfikacji wykorzystano łącznie dane dotyczące 3 362 świadczeń pozyskanych od 19 podmiotów. Wykorzystano w ten sposób szeroki materiał źródłowy przy jednoczesnym zachowaniu reprezentatywności prezentowanych wyników. Należy jednak podkreślić, że w zestawieniach WKK przekazano już zagregowane wyniki, obejmujące średnie wartości poszczególnych parametrów kosztowych wraz z informacją o liczbie hospitalizacji stanowiących podstawę ich wyznaczenia. W konsekwencji analiza opierała się na wartościach uśrednionych przygotowanych przez świadczeniodawców, bez dostępu do danych jednostkowych dla poszczególnych hospitalizacji.

W części przypadków kalkulacje kosztów zostały przekazane przez ekspertów jako korekty eksperckie. Dla tych obserwacji nie pozyskano informacji o liczbie hospitalizacji stanowiących podstawę oszacowania kosztów, w związku z czym zostały one uwzględnione w analizie oraz w liczbie świadczeniodawców tworzących próbę, jednak, ze względu na brak danych o wolumenie świadczeń, nie zostały uwzględnione w łącznej liczbie świadczeń wykorzystanych w procesie taryfikacji.

Tabela poniżej przedstawia wielkość wykorzystanej do analiz próby danych JGP. Liczbę świadczeń i świadczeniodawców włączonych do wyliczeń zestawiono z ogólnymi danymi NFZ za rok 2025.

Tabela 28. Wielkość próby AOTMiT względem świadczeń zrealizowanych w 2025 roku

JGP	Liczba podmiotów realizujących taryfikowane świadczenia	Liczba podmiotów, których dane zostały włączone do wyliczeń	[%] Podmiotów, których dane zostały włączone do analizy w ogólnej liczbie realizatorów	Liczba zrealizowanych świadczeń NFZ*	Liczba świadczeń, które zostały włączone do analizy	[%] Świadczeń włączonych do wyliczeń w zrealizowanej liczbie świadczeń NFZ
F45R	27	8	30%	2 080	370	18%
M22R	17	6	35%	1 211	223	18%
L31R	55	12	22%	10 548	2 012	19%
L31	48	7	15%	807	381	47%
L31L	105	10	10%	4 186	376	9%
Razem	131	19	15%	18 832	3 362	18%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i danych będących w posiadaniu AOTMiT

W kontekście pozyskanej próby należy wskazać, że o poziomie oszacowanych taryf decydują przede wszystkim koszt osobodnia, koszt infrastruktury bloku operacyjnego i działu anestezjologii oraz koszt wynagrodzeń personelu. Jednostkowe wartości tych składowych wyznaczono na podstawie szerokich zbiorów danych, niezależnych od próby danych medyczno-kosztowych:

- koszt osobodnia i koszt infrastruktury – na podstawie danych finansowo-księgowych,
- stawki wynagrodzeń personelu – na podstawie raportów kadrowo-płacowych (RKP),
- długość hospitalizacji – na podstawie danych NFZ o wszystkich hospitalizacjach zrealizowanych w 2025 r.

Oparcie tych składowych na szerokich zbiorach danych ogranicza ewentualne ryzyko niedoszacowania lub przeszacowania taryf wynikające z oparcia analiz o próbę danych.

Z próby danych medyczno-kosztowych, przedstawionej w tabeli powyżej, pochodzą natomiast:

- średni czas trwania zabiegu, który wpływa również na koszt infrastruktury bloku operacyjnego i wynagrodzeń personelu,
- koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych.

Dane te mają znaczenie uzupełniające wobec głównych składowych kosztowych. W związku z powyższym ograniczona liczebność próby danych medyczno-kosztowych, w szczególności w grupie L31L, nie podważa możliwości wykorzystania tych danych w procesie taryfikacji. Wynik dla tej grupy należy jednak interpretować z uwzględnieniem ograniczeń opisanych w rozdziale *Ograniczenia*.

4.3.2 Dane o wynagrodzeniach

Do oszacowania kosztu wynagrodzeń personelu zabiegowego wykorzystano dane zebrane w ramach postępowania 88 *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 luty 2026 r.

W analizach uwzględniono stawki wynagrodzeń brutto-brutto (obejmujących koszty pracodawcy) personelu medycznego zatrudnionego lub udzielającego świadczeń w analizowanych komórkach organizacyjnych.

4.3.3 Dane finansowo-księgowe

Do oszacowania kosztu osobodnia oraz zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, w tym sali operacyjnej/zabiegowej i działu anestezjologii wykorzystano dane finansowo-księgowe za lata 2023–2024 pozyskane w ramach przeprowadzanych przez AOTMiT postępowań.

Na podstawie analizy danych NFZ dotyczących miejsc realizacji przedmiotowych świadczeń, do analizy kosztu osobodnia uwzględniono kody resortowe odpowiadające oddziałom położniczo-ginekologicznym, ginekologicznym, chirurgicznym oraz urologicznym.

Mając na uwadze powyższe, wyliczenia w zakresie kosztów osobodnia zostały oparte o następujące oddziały:

- 4450 Oddział położniczo-ginekologiczny
- 4452 Oddział ginekologiczny
- 4460 Oddział ginekologii onkologicznej
- 4500 Oddział chirurgiczny ogólny
- 4540 Oddział chirurgii onkologicznej
- 4640 Oddział urologiczny.

W tabeli poniżej zaprezentowano strukturę realizacji grup JGP według kodów resortowych oddziałów. Przedstawione wartości odzwierciedlają procentowy udział poszczególnych kodów resortowych w realizacji analizowanych grup JGP. Z analizy wyłączono kody resortowe, których

udział był niższy niż 1%, ze względu na ich marginalne znaczenie oraz znikomą skalę realizacji świadczeń.

Tabela 29 Udział ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców

Grupa JGP	Kod resortowy	% udział w realizacji 2025
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego	4500 Oddział chirurgiczny ogólny	52,6%
	4540 Oddział chirurgii onkologicznej	43,6%
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy	4450 Oddział położniczo-ginekologiczny	46,1%
	4452 Oddział ginekologiczny	10,1%
	4460 Oddział ginekologii onkologicznej	28,5%
	4540 Oddział chirurgii onkologicznej	14,6%
L31X Radykalna prostatektomia łącznie (L31R, L31L, L31)	4540 Oddział chirurgii onkologicznej	7,9%
	4640 Oddział urologiczny	91,4%

Źródło: Opracowanie własne

Analiza struktury realizacji wybranych grup JGP wskazuje, że świadczenia są wykonywane przede wszystkim w oddziałach zgodnych z profilem klinicznym danego zakresu leczenia. W przypadku grupy F45R (leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego) dominującą rolę odgrywają oddziały chirurgii ogólnej (52,6%) oraz chirurgii onkologicznej (43,6%), które łącznie odpowiadają za ponad 96% realizacji tej grupy.

W grupie M22R (leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy) największy udział mają oddziały położniczo-ginekologiczne (46,1%) oraz ginekologii onkologicznej (28,5%). Jednocześnie istotna część świadczeń realizowana jest również w oddziałach chirurgii onkologicznej (14,6%) oraz ginekologicznych (10,1%), co wskazuje na zróżnicowaną organizację leczenia pacjentek pomiędzy świadczeniodawcami.

Z kolei radykalna prostatektomia (grupy L31, L31L i L31R łącznie) jest niemal w całości realizowana w oddziałach urologicznych (91,4%), natomiast udział oddziałów chirurgii onkologicznej ma charakter uzupełniający (7,9%). Powyższa struktura potwierdza koncentrację wykonywania świadczeń w oddziałach odpowiadających specjalizacji wymaganej dla danego rodzaju leczenia.

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 1 337 OPK, które w większości pochodziły ze szpitali powiatowych, gminnych, miejskich (588 OPK) oraz wojewódzkich (352 OPK).

Tabela 30 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców

Kod resortowy	Kategoria szpitala					Razem
	Powiatowy, gminny, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Niepubliczny	Inny (MSWiA, wojskowy)	
4450 Oddział położniczo-ginekologiczny	86	21	27	12	1	147
4452 Oddział ginekologiczny	28	19	6	9	8	70
4460 Oddział ginekologii onkologicznej	2	14	12	0	2	30
4500 Oddział chirurgiczny ogólny	171	51	26	31	25	304
4540 Oddział chirurgii onkologicznej	11	37	25	3	6	82
4640 Oddział urologiczny	36	53	17	6	10	122
4910 Blok operacyjny	254	144	75	51	36	560

Kod resortowy	Kategoria szpitala					Razem
	Powiatowy, gminny, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Niepubliczny	Inny (MSWiA, wojskowy)	
4910 Blok operacyjny - robotyka	-	13	7	1	1	22
Razem	588	352	195	113	89	1 337

Źródło: Opracowanie własne

Strukturę świadczeniodawców, którzy przekazali dane finansowo-księgowe, w podziale na kategorie szpitali przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 31. Struktura świadczeniodawców, którzy przekazali dane finansowo-księgowe, w podziale na kategorię szpitala

Wyszczególnienie	Kategoria szpitala					Razem
	Powiatowy, gminny, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Niepubliczny	Inny (MSWiA, wojskowy)	
Liczba podmiotów, które realizowały świadczenia w 2025 roku	39	48	22	14	8	131
Liczba podmiotów, które przekazały dane	153	57	26	48	20	304

Źródło: Opracowanie własne

Pozyskano dane od 304 świadczeniodawców, obejmujące łącznie 1 337 oddziałów i innych komórek organizacyjnych (OPK), z czego 304 OPK stanowiły oddziały chirurgii ogólnej.

4.3.4 Dane dotyczące dofinansowania sprzętu robotowego

W dniu 10 sierpnia 2026 r. Agencja wystąpiła do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o przekazanie danych dotyczących podmiotów leczniczych, którym Ministerstwo Zdrowia dofinansowało zakup sprzętu robotowego. Zakres wnioskowanych informacji obejmował w szczególności wskazanie świadczeniodawcy, rodzaju sprzętu, którego dotyczyło dofinansowanie, poziomu udzielonego dofinansowania oraz wartości brutto faktury dokumentującej zakup sprzętu.

Poza danymi przekazanymi przez Ministerstwo Zdrowia Agencja wykorzystwała również informacje dostępne na stronie internetowej Mapa Dotacji UE (<https://mapadotacji.gov.pl>) poświęconej mapie dotacji, z której pozyskano dane dotyczące dofinansowania zakupu sprzętu robotowego oraz innych ogólnodostępnych źródeł internetowych. Uzupełniając uwzględniono również informacje przekazane bezpośrednio przez świadczeniodawców w ramach danych szczegółowych oraz własnych kalkulacji kosztów. Dane dotyczące sprzętu robotowego były także dostępne w posiadanych przez Agencję danych finansowo-księgowych, w których świadczeniodawcy przekazują informacje m.in. o koszcie nabycia sprzętu oraz poziomie udziału własnego świadczeniodawcy w finansowaniu zakupu.

4.4 Analiza danych

Analiza danych przekazanych przez świadczeniodawców została przeprowadzona zgodnie z obowiązującą *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej* opracowaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zgodnie z jej kluczowymi założeniami, w uzasadnionych przypadkach dopuszcza się odstępianie od szczegółowej analizy danych kosztowych, na rzecz wykorzystania informacji opisujących typowe zasoby wykorzystywane w procesie realizacji danego świadczenia, pozyskane w drodze przebiegów eksperckich/korekty eksperckiej.

Podejście to zakłada możliwość opierania się na danych szacunkowych dotyczących rodzaju i wielkości zaangażowanych zasobów – takich jak personel, czas pracy, sprzęt medyczny, leki czy wyroby medyczne – pochodzących zarówno od świadczeniodawców, jak i ekspertów klinicznych.

W kolejnych podrozdziałach przedstawiono informacje dotyczące sposobu obliczeń głównych składowych kosztu świadczenia tj.:

- czasu hospitalizacji,
- kosztu osobodnia,
- kosztu infrastruktury,
- personelu,
- produktów leczniczych,
- wyrobów medycznych,
- procedur diagnostycznych.

4.4.1 Mnożnik zmian wielkości kosztów

W związku z częściowym oparciem analiz o dane za lata wcześniejsze, zostały one, zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń* w AOTMiT, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych od 01.07.2026 roku. Aktualizacji dokonano właściwymi wskaźnikami cząstkowymi wskazanymi w poniższej tabeli.

Tabela 32 Wskaźniki cząstkowe aktualizacji danych od 01.07.2026 roku

Kategoria mnożnika	Dane za rok:		
	2023	2024	2025
Dynamika przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto - opieka zdrowotna i pomoc społeczna	1,38	1,20	1,09
Dynamika wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych – zdrowie	1,13	1,08	1,03
Dynamika średnioważonego kosztu kapitału	1,28	1,18	1,09

Źródło: Opracowanie własne

Mnożniki zastosowane w analizie zostały opracowane w oparciu o korelację prognoz makroekonomicznych zawartych w dokumencie pt. „Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw”, a także na podstawie danych odnoszących się bezpośrednio do sektora opieki zdrowotnej – w szczególności w zakresie wskaźników wzrostu wynagrodzeń oraz inflacji.

Odzwierciedlają one przewidywane zmiany kosztów w najbliższych okresach rozliczeniowych i zostały skorygowane m.in. o wpływ ustawowego wzrostu minimalnego wynagrodzenia oraz regulacji wynikających z ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników wykonujących zawody medyczne. Dzięki temu przyjęte założenia lepiej oddają spodziewane obciążenia kosztowe świadczeniodawców, co umożliwia bardziej realistyczną ocenę skutków finansowych wdrożenia projektowanych taryf.

4.4.2 Czas hospitalizacji

Czas hospitalizacji przyjęty do wyliczenia kosztu pobytu oszacowano na podstawie długości pobytu pacjentów w ramach hospitalizacji zrealizowanych w 2025 roku.

Na podstawie danych statystycznych za ww. rok wyznaczono średnie długości hospitalizacji. Przed obliczeniem średniej wyeliminowano wartości skrajne, czyli pobyty niestandardowo krótkie lub długie, które mogłyby zniekształcić wynik. Dzięki temu uzyskano wartości, które lepiej

odzwierciedlają rzeczywiste warunki leczenia i mogą służyć jako podstawa do planowania świadczeń oraz oceny efektywności organizacji pracy oddziału.

Poniższa tabela przedstawia długość hospitalizacji, jaka została przyjęta do wyliczenia kosztów pobytu.

Tabela 33. Długość pobytu – dane NFZ 2025

Świadczenie jednostkowe	Średnia długość hospitalizacji [dni]
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego *	7,43
L31 Radykalna prostatektomia*	6,68
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	4,67
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego *	3,51
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	3,62

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ

Dodatkowo, w toku prac analitycznych zweryfikowano zasadność określenia dla grup JGP objętych raportem liczby dni pobytu finansowanych w ramach grupy. Analizę przeprowadzono z wykorzystaniem podejścia określonego w wytycznych NHS dotyczących szacowania kosztów oraz statystyk długości hospitalizacji, zgodnie z którym górny limit dni finansowanych grupą wyznacza się jako większą z dwóch wartości: 5 dni albo sumę trzeciego kwartyla długości pobytu i 1,5-krotności odstępu międzykwartylowego. Zależność tę przedstawia wzór:

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

Wyniki analizy nie uzasadniają wprowadzenia ani zmiany liczby dni pobytu finansowanych w ramach grup objętych raportem.

4.4.3 Koszty infrastruktury, amortyzacji, osobodnia i koszty wynagrodzeń

Zgodnie z przyjętą metodyką, koszt osobodnia został szacowany w oparciu o koszty stałe wynikające z wykorzystania infrastruktury oddziału i jego obłożenia rzeczywistego (wskazanego przez realizatorów świadczeń) lub uznanego za optymalne (85% od poniedziałku do piątku, 50% w weekend), co jest zgodne z założeniem o najbardziej efektywnym stopniu wykorzystania infrastruktury.

Jednocześnie koszty osobodnia liczone są na podstawie danych szpitali i zawierają zaraportowane przez świadczeniodawców całkowite koszty, w tym **koszty osobowe obejmujące okresy zwolnień i urlopów, a także inne świadczenia związane z zatrudnieniem personelu medycznego i niemedycznego**. Oznacza to, że w kalkulacji uwzględnia się pełen zakres wydatków ponoszonych przez podmioty, takich jak **wynagrodzenia podstawowe, dodatki za pracę w godzinach nadliczbowych, premie, składki na ubezpieczenia społeczne oraz koszty związane z nieobecnościami pracowników wynikającymi z choroby, urlopów wypoczynkowych, macierzyńskich czy okolicznościowych itp.** Dzięki temu uzyskane wartości odzwierciedlają rzeczywiste obciążenie finansowe szpitala związane z realizacją świadczeń, zapewniając transparentność i rzetelność wycen.

Do kalkulacji kosztu osobodnia poszczególnych JGP zastosowano wariant zakładający wykorzystanie najbardziej reprezentatywnego zestawu danych oraz eliminację wartości skrajnych, mogących zniekształcać wynik analizy, zgodnie z metodyką.

Zgodnie z metodyką Agencji, koszt osobodnia został oszacowany w oparciu o koszty stałe związane z funkcjonowaniem oddziału. 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.

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.

W celu bardziej adekwatnego i spójnego oszacowania kosztów osobodnia pobytu pacjentów poddawanych radykalnej prostatektomii 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 34 Podział grup JGP według kategorii osobodnia pobytu

Kategoria	Kod i nazwa grupy
I	F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego *
II	M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*
III	L31 Radykalna prostatektomia* (L31R, L31L, L31)

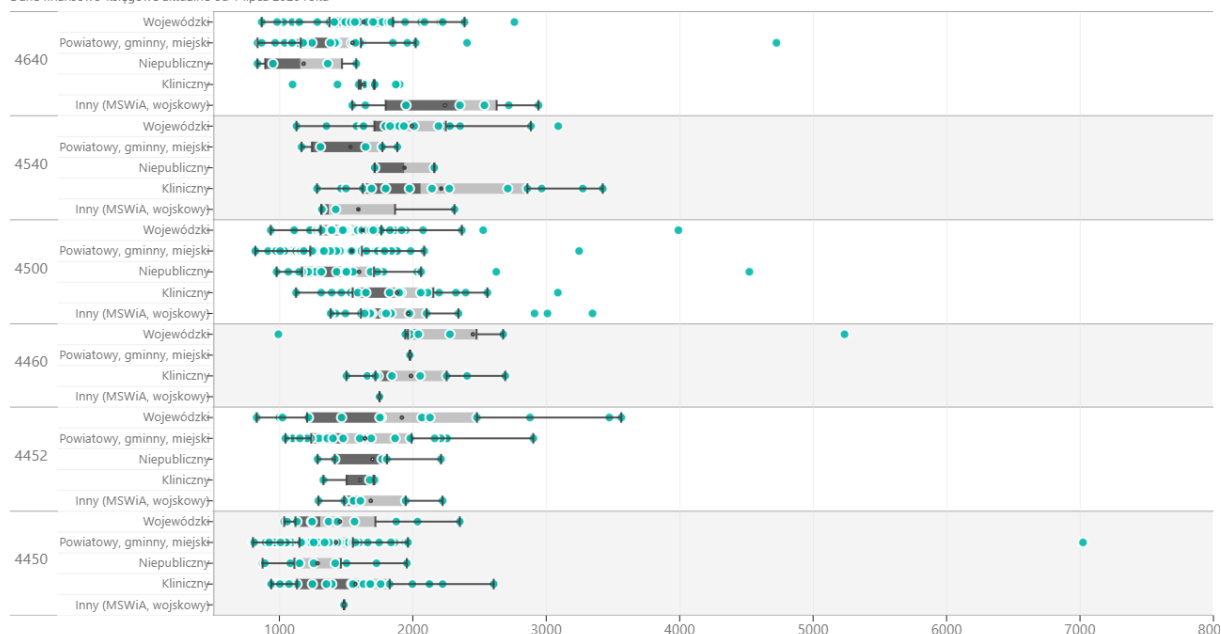
Źródło: Opracowanie własne

Koszt osobodnia dla każdej z wyodrębnionych kategorii kosztowych wyznaczono jako średnią odciętą, 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 odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych od 01.07.2026 roku, w podziale na oddziały odpowiadające za 98,99% realizacji świadczeń w 2025 roku.

Koszt osobodnia przyjętego do kalkulacji w oddziałach odpowiadających za 98,99% realizacji

Dane finansowo-księgowe aktualne od 1 lipca 2026 roku



Rysunek 29. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 98,99% realizacji świadczeń, po aktualizacji od 01.07.2026 roku, w podziale na kategorię szpitala.

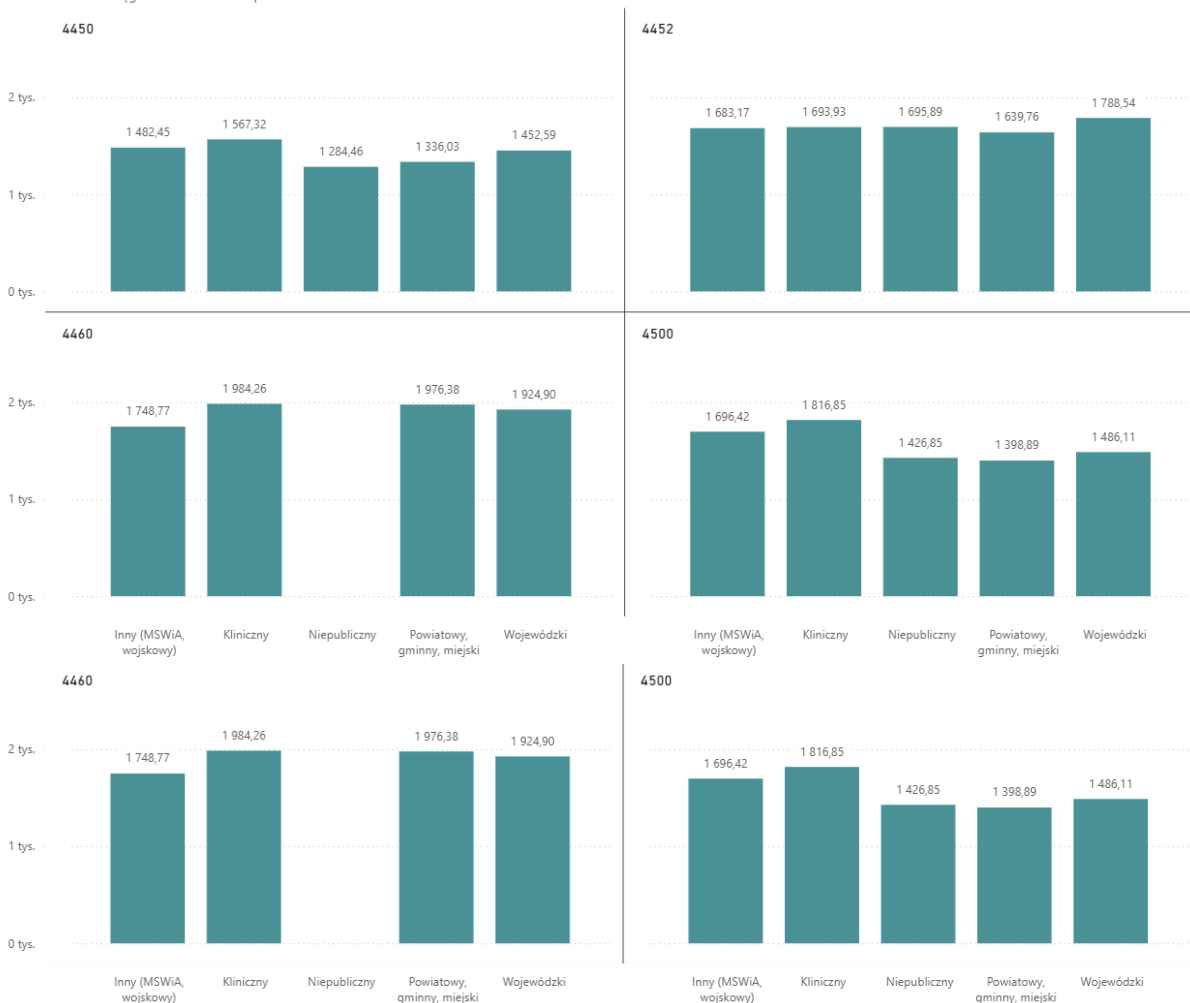
(4640 - Oddział urologiczny, 4540 - Oddział chirurgii onkologicznej, 4500 - Oddział chirurgiczny ogólny, 4460 - Oddział ginekologii onkologicznej, 4452 - Oddział ginekologiczny, 4450 - Oddział płożniczo-ginekologiczny)

Źródło: Opracowanie własne

Do dalszych kalkulacji przyjęto wartości kosztu osobodnia w szpitalach poszczególnych kategorii zaprezentowane na poniższym rysunku.

Koszt osobodnia przyjętego do kalkulacji w oddziałach odpowiadających za 98,99% realizacji

Dane finansowo-księgowe aktualne od 1 lipca 2026 roku

**Rysunek 30. Koszt osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 98,99% realizacji świadczeń, po aktualizacji od 01.07.2026 roku, 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 1 612,15 zł w kategorii III do 1 739,96 zł w kategorii II. Różnica pomiędzy najniższym a najwyższym kosztem osobodnia w przyjętych kategoriach wynosi 127,81 zł.

Tabela 35 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych kategoriach, po aktualizacji od 01.07.2026 roku

Kategoria osobodnia pobytu	Średni koszt osobodnia [zł]
I	1 736,05
II	1 739,96
III	1 612,15

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 36 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych JGP, po aktualizacji od 01.07.2026 roku

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia [zł]
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego *	1 736,05
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	1 739,96

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia [zł]
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego *	1 612,15
L31L Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy *	
L31 Radykalna prostatektomia *	

Źródło: Opracowanie własne

Infrastruktura

Zgodnie z przyjętą metodyką, koszty infrastruktury oszacowano na podstawie rzeczywistego wykorzystania zasobów, tj. poprzez odniesienie kosztów przypisanych do danej komórki organizacyjnej do faktycznego czasu jej funkcjonowania. W przypadku bloku operacyjnego wykorzystującego system robotowy za zasadne uznano uwzględnienie w kalkulacji kosztów infrastruktury wartości wyznaczonej w oparciu o rzeczywiste godziny pracy. Podejście to wynika ze specyfiki realizowanych procedur, przypisanych do grup F45R, M22R oraz L31R, które wykonywane są w ograniczonej liczbie wyspecjalizowanych ośrodków dysponujących odpowiednią infrastrukturą i doświadczeniem w chirurgii robotycznej.

Średni koszt infrastruktury przypadający na 1 godzinę pracy bloku operacyjnego, w tym sali operacyjnej/zabiegowej obliczono z zastosowaniem średniej odciętej, uwzględniając zróżnicowanie kategorii szpitali oraz rodzaju bloku operacyjnego (blok standardowy i blok wyposażony w system robotyczny). Uzyskane wartości zważono poziomem realizacji świadczeń w poszczególnych grupach. Dla zachowania porównywalności kosztów pomiędzy analizowanymi typami bloków operacyjnych z kosztów bloków robotycznych wyłączono koszty amortyzacji i serwisowania systemu robotycznego. Koszty te zostały skalkulowane odrębnie jako niezależny składnik kosztu zabiegu.

W celu oszacowania kosztu wykorzystania infrastruktury podczas realizacji zabiegu, w kalkulacjach uwzględnione zostały zarówno koszty infrastruktury bloku operacyjnego, w tym sali operacyjnej/zabiegowej, jak i koszty infrastruktury działu anestezjologii, z uwagi na znieczulanie pacjentów do zabiegu. W poniższej tabeli zawarte są końcowe, uśrednione wartości kosztu jednej godziny wykorzystania łącznie infrastruktury bloku operacyjnego i działu anestezjologii po aktualizacji do poziomu kosztów obowiązujących od 1 lipca 2026 roku.

Tabela 37 Średni koszt infrastruktury i działu anestezjologii na godzinę pracy po aktualizacji od 01.07.2026 roku

OPK	Koszt infrastruktury na godzinę pracy po aktualizacji na 2026 r. [zł]	Liczba obserwacji stanowiących podstawę obliczeń
Blok operacyjny, w tym blok robotyka	1 253,19	435, w tym 26 OPK – blok robotyka

Źródło: Opracowanie własne

Amortyzacja, serwis i sterylizacja

Koszty związane z wykorzystaniem systemów robotycznych oszacowano na podstawie danych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia dotyczących dofinansowania zakupu sprzętu robotycznego, własnych kalkulacji kosztów (WKK) przekazanych przez świadczeniodawców oraz danych finansowo-księgowych, w szczególności informacji zawartych w Tab. 3 „Wykaz środków trwałych na poszczególnych OPK”. Analizę uzupełniono o informacje pochodzące z ogólnodostępnych źródeł internetowych. W kalkulacji uwzględniono dane dotyczące 71% świadczeniodawców realizujących przedmiotowe świadczenia. Świadczeniodawcy objęci analizą odpowiadali za 80% świadczeń zrealizowanych w 2025 r. Wykaz świadczeniodawców, na podstawie danych których kalkulowano koszty amortyzacji zawiera **załącznik nr 4**.

Zgodnie z rekomendacją Rady ds. Taryfikacji, wyrażoną podczas posiedzenia w dniu 3 września 2026 r., koszt amortyzacji systemu robotowego został oszacowany na podstawie faktycznych nakładów poniesionych przez świadczeniodawcę na jego zakup. Przyjęte podejście uwzględnia fakt, że znaczna część systemów robotowych funkcjonujących na rynku została sfinansowana w całości lub częściowo ze środków dotacyjnych bądź innych źródeł zewnętrznych. W takich przypadkach przychody z dotacji są rozliczane równolegle do kosztów amortyzacji środka trwałego, co skutkuje neutralizacją kosztu amortyzacji w części odpowiadającej wartości sfinansowanej ze środków zewnętrznych.

W konsekwencji do kalkulacji taryfy uwzględniono wyłącznie koszt amortyzacji tej części systemu robotowego, która została pokryta ze środków własnych świadczeniodawcy. Ogranicza to ryzyko zawyżenia kosztu świadczenia oraz eliminuje możliwość podwójnego finansowania tego samego składnika kosztowego, tj. poprzez dotację na zakup środka trwałego, a następnie poprzez finansowanie jego wartości w taryfie świadczenia.

Na potrzeby kalkulacji, zgodnie z rekomendacją Rady ds. Taryfikacji, przyjęto 8-letni okres ekonomicznej użyteczności systemu robotycznego, odpowiadający rocznej stawce amortyzacji na poziomie 12,5%. Przyjęty okres odzwierciedla założony czas wykorzystania systemu na potrzeby udzielania świadczeń i nie jest tożsamy z podatkową stawką amortyzacyjną wynikającą z klasyfikacji środków trwałych.

Ostateczne wartości kosztów amortyzacji zostały wyznaczone jako średnia ważona, z zastosowaniem **wag odpowiadających wolumenowi świadczeń zrealizowanych przez poszczególnych świadczeniodawców w 2025 roku.**

Tabela 38 Średni koszt amortyzacji, serwisu i sterylizacji systemu robotycznego, w przeliczeniu na zabieg, po aktualizacji od 01.07.2026 roku

Koszty związane z wykorzystaniem systemu robotycznego [na zabieg]	
Amortyzacja, serwis i sterylizacja	3 767,16

Źródło: Opracowanie własne

Wynagrodzenia

Na potrzeby kalkulacji kosztów personelu medycznego uczestniczącego w zabiegu, przyjęto stawki wynagrodzeń zróżnicowane zarówno ze względu na poziom specjalizacji i złożoność realizowanych świadczeń, jak i specjalności personelu zaangażowanego w ich wykonanie. Stawki przypisano do poszczególnych grup zawodowych z uwzględnieniem profilu oddziałów i komórek organizacyjnych, na których rozliczane są analizowane świadczenia. Zabiegi robotyczne zakwalifikowano do grupy świadczeń wysokospecjalistycznych i deficytowych, wymagających udziału wysoko wykwalifikowanego personelu oraz dostępności kompetencji o ograniczonej podaży na rynku pracy. W związku z tym dla personelu lekarskiego (operatorów) zaangażowanego w realizację tych procedur przyjęto stawki odpowiadające 85. percentylowi rozkładu wynagrodzeń. Zabiegi laparoskopowe zakwalifikowano natomiast jako świadczenia złożone lub kompleksowe, dla których zastosowano stawki na poziomie 70. percentyla. Dla pozostałych grup świadczeń przyjęto stawki odpowiadające 50. percentylowi rozkładu wynagrodzeń. Takie podejście umożliwia uwzględnienie różnic w wymaganiach kompetencyjnych i organizacyjnych pomiędzy poszczególnymi rodzajami procedur oraz zapewnia adekwatne odzwierciedlenie kosztów pracy personelu medycznego w kalkulacji świadczeń.

Poniżej w tabeli zestawiono średnie stawki za godzinę pracy poszczególnych grup zawodowych biorących udział w realizacji procedury zabiegowej – stawki wyliczone na podstawie danych przekazanych za 2026 r.

Tabela 39. Średnie wynagrodzenia za godzinę pracy poszczególnych grup zawodowych biorących udział w realizacji procedury zabiegowej

Kategoria kosztu	JGP	Średnia stawka za godzinę 2026 r. [zł]	Liczba obserwacji stanowiących podstawę obliczeń
Anestezjolog		250,00	4 284
Pielęgniarka anestezjologiczna		124,44	10 897
Lekarz operator	F45R	256,04	1 868
	L31	184,29	485
	L31L	215,55	
	L31R	277,38	
	M22R	265,16	235
Pielęgniarka instrumentariuszka	F45R	99,82	9 100
	L31, L31L, L31R	103,89	3 079
	M22R	100,85	9 000

Źródło: Opracowanie własne

4.4.4 Procedury zabiegowe

Na potrzeby oszacowania czasu zajęcia infrastruktury zabiegowej wykorzystane zostały dane medyczno-kosztowe z posiadanej próby, zawierające informacje o każdym pojedynczym świadczeniu, w ramach którego sprawozdano procedurę zabiegową, oraz dane przekazane przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach kosztów.

Na podstawie ww. danych wyznaczono średnią długość zabiegu po odcięciu wartości skrajnych. W przypadku JGP z zakresu chirurgii robotowej uzyskane wartości zostały dodatkowo skorygowane ekspercko przez ekspertów z Zespołu ds. Robotyki powołanego przez Ministra Zdrowia.

Średni czas trwania zabiegów przyjęty do analiz zamieszczono w poniższej tabeli. Należy podkreślić, że podane wartości **uwzględniają również dodatkowy czas konieczny na przygotowanie personelu oraz sali do zabiegu**, w tym na czynności związane ze sprzątnięciem i dezynfekcją, co stanowi istotny element rzeczywistych kosztów organizacyjnych.

Tabela 40. Średnie czasy trwania zabiegu po odcięciu wartości skrajnych

Kod i nazwa JGP	Średni czas trwania [h]
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego *	4,50**
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	3,50**
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego *	3,25**
L31 Radykalna prostatektomia*	2,56
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	3,87

** Czas korygowany przez zespół ds. robotyki powołany przez Ministerstwo Zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne

4.4.5 Koszty zmienne

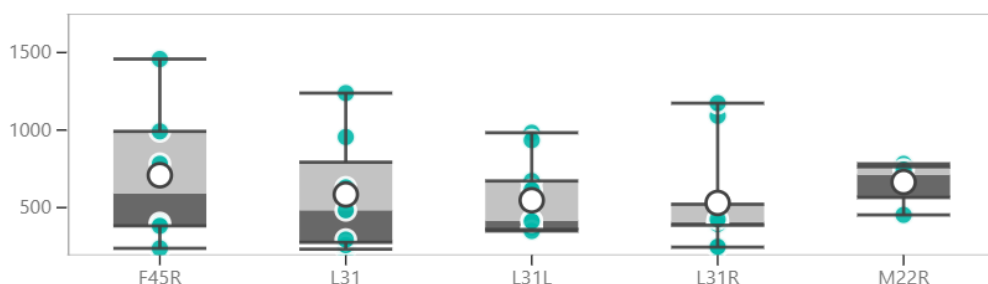
Do wyznaczenia kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych wykorzystano zarówno dane medyczno-kosztowe z posiadanej próby, odnoszące się do pojedynczych hospitalizacji, jak i dane z własnych kalkulacji kosztów (WKK), raportowane jako wartości średnie na poziomie świadczeniodawcy. W celu zapewnienia

porównywalności danych pochodzących z różnych źródeł konieczne było ich ujednolicenie do wspólnego poziomu agregacji.

W związku z tym, w pierwszym etapie dla danych medyczno-kosztowych wyznaczono średnie wartości poszczególnych składowych na poziomie świadczeniodawcy. Następnie połączono dane pochodzące z obu źródeł, uzyskując zestawienie obejmujące wartości poszczególnych kosztów zmiennych dla danego produktu w podziale na świadczeniodawców.

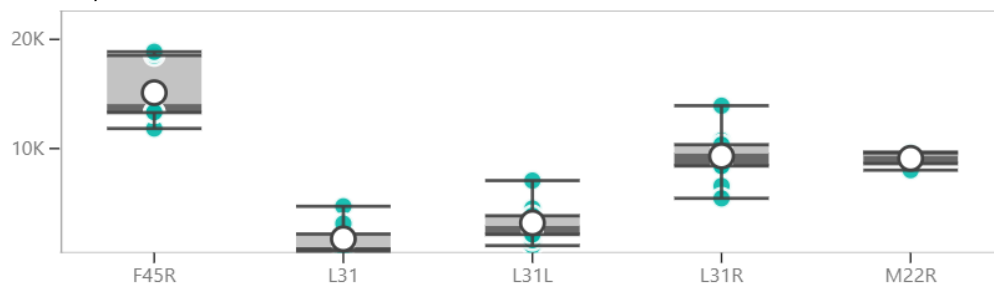
Ze względu na ograniczoną liczbę świadczeniodawców, którzy przekazali dane kosztowe, oraz znaczną koncentrację realizacji niektórych produktów u pojedynczych podmiotów, odstąpiono od wyznaczania średnich ważonych udziałem w liczbie świadczeń finansowanych przez NFZ. W przypadku części analizowanych produktów, pomimo pozyskania danych od kilku lub kilkunastu świadczeniodawców, zdecydowaną większość realizacji wykonywał jeden podmiot, co skutkowałoby dominującym wpływem jego kosztów na wartość średnią ważoną. W konsekwencji zastosowanie wag opartych na wolumenie realizacji mogłoby prowadzić do nadmiernego uzależnienia wyników analizy od kosztów raportowanych przez pojedynczego świadczeniodawcę i ograniczać reprezentatywność oszacowań dla pozostałych podmiotów. W związku z powyższym, dla każdej analizowanej zmiennej wyznaczono średnią arytmetyczną po uprzednim odcięciu wartości skrajnych, co pozwoliło ograniczyć wpływ obserwacji odstających oraz zachować udział danych pochodzących od wszystkich świadczeniodawców uwzględnionych w analizie. Wyznaczone wartości zostały zaktualizowane odpowiednimi mnożnikami do poziomu od 1 lipca 2026 roku.

Analizę poszczególnych składowych kosztów zmiennych (przedstawionych jako wartości średnie na poziomie świadczeniodawcy) zamieszczono poniżej.



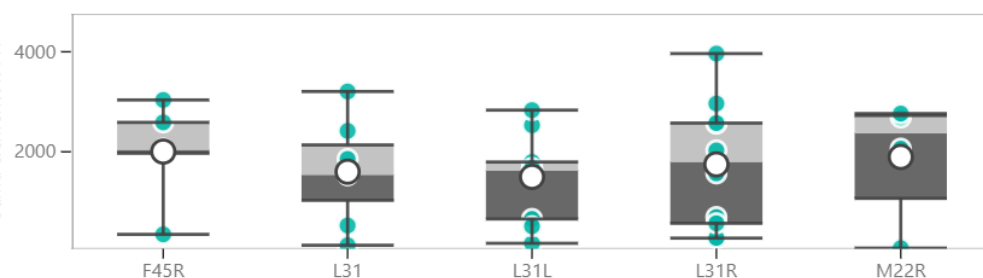
Rysunek 31 Rozrzut kosztów produktów leczniczych

Źródło: Opracowanie własne



Rysunek 32 Rozrzut kosztów wyrobów medycznych

Źródło: Opracowanie własne



Rysunek 33 Rozrzut kosztów procedur diagnostycznych

Źródło: Opracowanie własne

Średnie wartości kosztów zmiennych - produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych, po odcięciu wartości skrajnych, zaktualizowane do poziomu od 1 lipca 2026 roku, przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 41 Średnie wartości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych przyjęte do analizy

Kod i nazwa JGP	Produkty lecznicze [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego *	709	15 115	2 336
L31 Radykalna prostatektomia*	643	854	1 847
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	568	2 737	1 657
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego *	379	9 225	1 748
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	664	9 106	1 897

Źródło: Opracowanie własne

4.4.6 Porównanie metod zabiegu - radykalna prostatektomia

Prostatektomia radykalna może być wykonywana z wykorzystaniem trzech głównych technik chirurgicznych:

- Metody klasycznej (otwartej),
- laparoskopowej,
- robotycznej.

Wraz z rozwojem technologii medycznych obserwowany jest wzrost zastosowania procedur małoinwazyjnych (więcej szczegółowych informacji statystycznych w rozdziale 3.3.1.2), które mogą wpływać zarówno na przebieg leczenia i uzyskiwane efekty kliniczne, jak również na wykorzystanie zasobów oraz koszty ponoszone przez podmioty lecznicze. W związku z tym przeprowadzono analizę porównawczą wymienionych metod, uwzględniającą wybrane parametry kliniczne i ekonomiczne, w tym czas zabiegu, długość hospitalizacji, zużycie zasobów medycznych oraz koszty leczenia, co umożliwia kompleksową ocenę efektywności poszczególnych technik operacyjnych.

Średnie wartości poszczególnych składowych, po odcięciach wartości skrajnych, umożliwiły wstępne porównanie kosztów analizowanych metod.

Tabela 42 Analiza porównawcza kosztów radykalnej prostatektomii metodą klasyczną (otwartą), laparoskopową, robotyczną

JGP	Długość pobytu NFZ [dni]	Koszt pobytu [zł]	Średni czas zabiegu [h]	Średnie koszty zmienne [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]	Obecna wycena* [zł]
L31	6,7	10 769	2,56	8 979	19 748	17 349**
L31L	4,7	7 529	3,87	13 725	21 254	26 082**
L31R	3,5	5 659	3,25	22 887	28 546	28 174

*Przy uwzględnieniu średniej ceny pkt równej 1,65 zł dla grupy L31R oraz 1,93 zł dla grup L31 i L31L

**W przypadku realizacji min. 75 zabiegów operacji nowotworu gruczołu krokowego oraz rozliczenia świadczenia w pakiecie onkologicznym możliwy do zastosowania jest dodatkowy współczynnik w wysokości 1,25

Źródło: Opracowanie własne

Najwyższy koszt realizacji radykalnej prostatektomii dotyczy zabiegów wykonywanych z zastosowaniem systemu robotowego. Różnica względem metody klasycznej i laparoskopowej wynika przede wszystkim z kosztów bezpośrednio związanych z wykorzystaniem technologii robotowej, tj. amortyzacji lub kosztów udostępnienia systemu, serwisu, narzędzi robotowych o ograniczonej liczbie użyciu oraz dodatkowych elementów niezbędnych do przeprowadzenia zabiegu w tej technologii.

Metoda laparoskopowa generuje wyższe koszty zmienne niż zabieg otwarty głównie z uwagi na wykorzystanie sprzętu i materiałów jednorazowych, w tym trokarów, narzędzi laparoskopowych, optyki oraz ewentualnie staplerów lub systemów do zamykania naczyń. Jednocześnie koszty te są niższe niż w przypadku metody robotowej, ponieważ nie obejmują kosztów związanych z pracą systemu robotowego i dedykowanych narzędzi robotycznych.

Zabieg otwarty charakteryzuje się relatywnie niższymi kosztami materiałowo-sprzętowymi, jednak może wiązać się z większym obciążeniem kosztami hospitalizacji i opieki okołoperacyjnej, jeżeli skutkuje dłuższym pobytem pacjenta lub większym zapotrzebowaniem na leczenie pooperacyjne. W analizie kosztowej istotne jest zatem, że różnice pomiędzy metodami nie wynikają wyłącznie z samego czasu pracy bloku operacyjnego, ale przede wszystkim ze struktury kosztów — w metodzie robotowej największe znaczenie mają koszty technologii i narzędzi, w laparoskopowych koszty sprzętu i materiałów małoinwazyjnych, a w metodzie otwartej większą rolę mogą odgrywać koszty związane z przebiegiem hospitalizacji.

Dodatkowo, znaczenie kliniczne prostatektomii robotowej zostało ocenione w analizie porównawczej NFZ⁷ obejmującej zabiegi radykalnej prostatektomii wykonane w okresie od października 2022 r. do marca 2025 r. Analiza objęła 31 235 pacjentów i porównywała trzy metody leczenia: prostatektomię otwartą, laparoskopową oraz wykonywaną w asyście robota. Po uwzględnieniu wieku pacjenta, wielochorobowości oraz doświadczenia świadczeniodawcy wykazano, że zabiegi robotowe wiązały z mniejszą szansą rehospitalizacji zabiegowej w okresie 180 dni, niższą częstością przetoczeń krwi oraz niższą szansą refundacji świadczeń, leków i wyrobów medycznych związanych z nietrzymaniem moczu w okresie 180 dni po zabiegu. Jednocześnie nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy metodami w zakresie ryzyka zakażenia miejsca operowanego ani zgonu w ciągu 30 dni od zabiegu.

W poniższej tabeli przedstawiono wartości wskaźników dla przykładowego pacjenta o charakterystykach najczęściej występujących w analizowanej populacji (wiek 67 lat, brak wielochorobowości, zabieg u świadczeniodawcy z >150 zabiegami w roku).

⁷ Narodowy Fundusz Zdrowia, „Radykalna prostatektomia — analiza porównawcza metod na podstawie danych NFZ”, Warszawa, lipiec 2025

Tabela 43 Kluczowe wskaźniki bezpieczeństwa prostatektomii radykalnej

Wskaźnik	ORP (otwarta)	LRP (laparoskopowa)	RARP (robotowa)
Przetoczenie krwi	10,3%	3,9%	2,4%
Rehospitalizacja zabiegowa (180 dni)	5,6%	4,4%	3,6%
Rehospitalizacja ogółem (30 dni)	7,1%	8,2%	6,7%
Refundacja świadczeń związanych z nietrzymaniem moczu (180 dni)	51,3%	56,2%	45,2%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu „Radykalna prostatektomia — analiza porównawcza metod na podstawie danych NFZ”.

W świetle uzyskanych wyników zasadne wydaje się dostosowanie taryf do rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców oraz stopniowe odejście od dodatkowych współczynników związanych wyłącznie z koncentracją świadczeń na rzecz modelu finansowania uwzględniającego mierzalne wskaźniki jakości leczenia. Można rozważyć wprowadzenie współczynnika jakościowego (Pay for Quality) zwiększającego podstawową wycenę świadczenia, zależnego od osiągania określonych wyników, przy czym byłby przyznawany niezależnie od zastosowanej techniki operacyjnej.

Taki model promowałby uzyskiwanie lepszych wyników leczenia, a nie sam fakt wykorzystania określonej technologii. Ośrodki osiągające najlepsze wyniki kliniczne otrzymywałyby dodatkowe finansowanie, niezależnie od tego, czy realizują zabiegi metodą otwartą, laparoskopową czy robotową, co byłoby zgodne z kierunkiem przechodzenia od finansowania technologii do finansowania jakości i wartości zdrowotnej świadczeń.

4.4.7 Wyniki analizy

Celem analizy było określenie poziomu kosztów stałych związanych z hospitalizacją oraz kosztów zmiennych, które mogą się różnić w zależności od rodzaju i czasu trwania procedur medycznych. Wyniki te pozwalają na uzyskanie pełniejszego obrazu struktury kosztów oraz identyfikację głównych czynników wpływających na ich wysokość. Pozwala to na wiarygodne porównanie kosztów oraz ocenę efektywności ekonomicznej analizowanych świadczeń.

W poniższej tabeli zaprezentowano wynik analizy kosztów, będący sumą kosztów stałych hospitalizacji oraz średnich kosztów zmiennych, po odcięciu wartości skrajnych.

Tabela 44. Podsumowanie analizy kosztów – dane uaktualnione mnożnikiem zmian wielkości kosztów od 1.07.2026 r.

Kod i nazwa JGP	Średnia długość pobytu [dni]	Koszty stałe Pobyt [zł]	Koszty zmienne (PL, WM, PR, ZB oraz koszty związane z systemem robotowym) [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*	7,43	12 899	32 454	45 353
L31 Radykalna prostatektomia*	6,68	10 769	8 979	19 748
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	4,67	7 529	13 725	21 254
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	3,51	5 659	22 887	28 546
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	3,62	6 299	23 693	29 992

Źródło: Opracowanie własne

Strukturę wyniku analizy kosztów według głównych składowych przedstawiono w tabeli poniżej. Koszt zabiegu obejmuje koszt infrastruktury bloku operacyjnego i działu anestezjologii oraz wynagrodzenia personelu, obliczone jako iloczyn czasu trwania zabiegu i stawek godzinowych. W grupach robotowych leki, wyroby medyczne i procedury diagnostyczne stanowią ok. 40% kosztu, a w grupach L31 i L31L największą część stanowią koszt pobytu i koszt zabiegu.

Tabela 45 Struktura wyniku analizy kosztów według składowych

Grupa JGP	Pobyt [zł]	Zabieg [zł]	System robotowy [zł]	Leki, wyroby, diagnostyka [zł]	Razem [zł]
F45R	12 899 (28%)	10 527 (23%)	3 767 (8%)	18 160 (40%)	45 353
L31	10 769 (55%)	5 635 (29%)	–	3 344 (17%)	19 748
L31L	7 529 (35%)	8 763 (41%)	–	4 962 (23%)	21 254
L31R	5 659 (20%)	7 768 (27%)	3 767 (13%)	11 352 (40%)	28 546
M22R	6 299 (21%)	8 259 (28%)	3 767 (13%)	11 667 (39%)	29 992

Źródło: Opracowanie własne

4.5 Projekt taryfy

Proponowane projekty taryf opierają się na wynikach przeprowadzonych analiz kosztów. Oznacza to, że wszelkie rekomendacje dotyczące zmiany wyceny świadczeń zostały opracowane na podstawie szczegółowej analizy zarówno kosztów stałych, jak i zmiennych, związanych z realizacją poszczególnych procedur medycznych. W procesie kalkulacji uwzględniono m.in. koszty personelu, procedur diagnostycznych i zabiegowych oraz koszty leków i wyrobów medycznych. Analiza pozwoliła zidentyfikować elementy, których koszty były powielane lub błędnie przypisywane, co wymagało pogłębionej weryfikacji i uporządkowania danych. Dzięki temu opracowane projekty taryf odzwierciedlają rzeczywiste nakłady ponoszone przez świadczeniodawców, zapewniając większą przejrzystość i wiarygodność wycen oraz umożliwiając realne dostosowanie finansowania do faktycznych potrzeb placówek medycznych.

Przyjęcie proponowanych taryf, oszacowanych na podstawie wyników analizy kosztów związanych z realizacją świadczeń, wiązać się będzie z:

- podwyższeniem wartości katalogowej o 19,3% dla grupy *F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego**
- obniżeniem wartości katalogowej o 10,8% dla *M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego ** oraz o 18,5% dla grupy *L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy**,
- pozostawieniem bez zmian wartości katalogowej dla grupy *L31 Radykalna prostatektomia**. Należy mieć na uwadze, że w przypadku realizacji min. 75 zabiegów operacji nowotworu gruczołu krokowego oraz rozliczenia świadczenia w pakiecie onkologicznym możliwy do zastosowania jest dodatkowy współczynnik w wysokości 1,25, który podwyższa średnią refundację (20 084 zł) do poziomu zbliżonego do wyniku analizy kosztów (19 748 zł),
- pozostawieniem bez zmian wartości katalogowej dla grupy *L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego** - różnica pomiędzy aktualną wartością katalogową a poziomem wynikającym z przeprowadzonej analizy kosztów była niewielka i wynosiła około 1%. Z uwagi na skalę tej różnicy, mieszczącą się w granicach niepewności oszacowania wynikającej m.in. ze zróżnicowania danych kosztowych oraz przyjętych założeń analitycznych, zmiana taryfy nie znajduje wystarczającego

uzasadnienia. Przy tak niewielkich odchyleniach, niezależnie od ich kierunku, rekomendowane jest utrzymanie dotychczasowego poziomu finansowania, co pozwala uniknąć wprowadzania zmian o marginalnym znaczeniu ekonomicznym i zapewnia stabilność systemu rozliczeń.

Tabela 46 Propozycja taryfy

Świadczenie jednostkowe	Wartość aktualna NFZ		Projekt taryfy		Różnica [%]
	[pkt]	[zł]	[pkt]	[zł]	
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego *	23 043	38 021	27 487	45 353	19,3%
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	13 514	26 082	11 012	21 254	-18,5%
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	17 075	28 174	17 075	28 174	0,0%
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego *	20 367	33 606	18 177	29 992	-10,8%

dla wartości 1 pkt = 1,65 zł w F45R, M22R i L31R oraz 1,93 zł w L31 i L31L, stanowiących średnią cenę jednostki rozliczeniowej dla analizowanych świadczeń, obowiązującą od 1 lipca 2026 r.

Źródło: Opracowanie własne

Urealnienie taryf w obszarze radykalnej prostatektomii pozwoli na zachowanie właściwych relacji kosztowych pomiędzy poszczególnymi technikami operacyjnymi, tj. metodą otwartą, laparoskopową oraz robotyczną. Dzięki temu finansowanie poszczególnych metod leczenia pozostaje proporcjonalne do rzeczywistych kosztów ich wykonania, co sprzyja zapewnieniu neutralności ekonomicznej przy wyborze technologii leczenia oraz ogranicza ryzyko powstawania nieuzasadnionych bodźców finansowych wpływających na decyzje organizacyjne świadczeniodawców.

Jednocześnie urealnienie taryfy dla grupy M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego * pozwala na zachowanie racjonalnych proporcji finansowania pomiędzy poszczególnymi procedurami robotowymi, minimalizując ryzyko nieuzasadnionego różnicowania poziomu refundacji świadczeń o porównywalnej kosztochłonności.

5 Rekomendacje AOTMiT

W odniesieniu do współczynnika korygującego 1,25 dla świadczeń laparoskopowych rozliczanych w JGP L31L rekomenduje się **podwyższenie minimalnej liczby zabiegów** wymaganej do jego zastosowania.

Należy również rozważyć również wprowadzenie mechanizmu cyklicznej aktualizacji tego progu we wszystkich JGP obejmujących świadczenia odpowiadające procedurom robotowym, lecz wykonywane inną techniką operacyjną.

W przypadku wejścia w życie dla procedur z wykorzystaniem systemów robotowych, rekomenduje się **niestosowanie do tych świadczeń dodatkowych współczynników korygujących in plus**. Koszty zastosowania techniki robotowej zostały uwzględnione w proponowanych taryfach, natomiast wysokość wydatków ponoszonych przez poszczególnych świadczeniodawców może się różnić, między innymi ze względu na sposób finansowania zakupu sprzętu. Należy również uwzględnić zapowiadane wejście na rynek systemów produkowanych w Chinach i Indiach, których koszty zakupu i eksploatacji mają być niższe od kosztów systemów obecnie dostępnych. Informacja taka została przekazana 24 lipca 2025 r. podczas posiedzenia sejmowej Podkomisji stałej do spraw onkologii. W tych warunkach automatyczne podwyższanie taryfy o dodatkowy współczynnik mogłoby prowadzić do finansowania wyższego niż uzasadnione kosztami realizacji świadczeń.

W celu oceny adekwatności przyjętych taryf Agencja rekomenduje **ponowną analizę kosztów realizacji świadczeń po upływie roku od wdrożenia proponowanych rozwiązań**. Pozwoli ona ustalić, czy założenia przyjęte przy kalkulacji taryf nadal odpowiadają rzeczywistym warunkom udzielania świadczeń. W szczególności należy ocenić wpływ wzrostu wolumenu wykonywanych procedur na jednostkowy koszt świadczenia oraz uwzględnić ewentualne zmiany kosztów zakupu i eksploatacji systemów robotowych, w tym związane z pojawieniem się na rynku nowych urządzeń. Wyniki tej analizy będą mogły stanowić podstawę do ewentualnej aktualizacji taryf.

W obszarze jakości i bezpieczeństwa realizacji świadczeń zasadne jest utworzenie oraz systematyczne prowadzenie rejestrów klinicznych. Rejestry te powinny umożliwiać monitorowanie jakości, skuteczności leczenia, efektów klinicznych oraz bezpieczeństwa procedur wykonywanych z wykorzystaniem systemów robotowych, a także wspierać ocenę zasadności dalszego finansowania i rozwoju tej technologii w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej.

6 Ograniczenia

Wyniki przedstawione w niniejszym raporcie należy interpretować z uwzględnieniem ograniczeń wynikających zarówno z zakresu dostępnych danych, jak i ze specyfiki świadczeń realizowanych z zastosowaniem systemów robotowych. Chirurgia robotowa jest technologią dynamicznie rozwijającą się. Jej koszty, skala wykorzystania oraz model organizacji udzielania świadczeń mogą ulegać istotnym zmianom w krótkim horyzoncie czasowym. W związku z powyższym wyniki analiz odnoszą się do aktualnego etapu rozwoju technologii oraz do danych dostępnych na dzień opracowania raportu.

Zasadniczym ograniczeniem analizy jest niejednolity sposób ewidencjonowania przez świadczeniodawców kosztów związanych z wykorzystaniem systemów robotowych. Dotyczy to w szczególności kosztów amortyzacji lub leasingu systemu, serwisu, instrumentarium wielorazowego i jednorazowego użytku, materiałów zużywalnych, przygotowania zespołu operacyjnego oraz organizacji pracy bloku operacyjnego. Rozbieżności w zakresie alokacji wymienionych kategorii kosztów do poszczególnych procedur mogą ograniczać porównywalność danych pomiędzy podmiotami leczniczymi.

Istotnym ograniczeniem jest ponadto dostępność i aktualność danych dotyczących cen wyrobów medycznych stosowanych w zabiegach robotowych. Ceny poszczególnych komponentów systemu oraz narzędzi są uzależnione m.in. od producenta, modelu umowy, wolumenu zakupów, zakresu świadczonego serwisu, formy finansowania oraz indywidualnych warunków kontraktowych.

Dane sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia umożliwiają ocenę liczby, wartości i struktury realizowanych świadczeń. Nie pozwalają jednak na pełną ocenę rzeczywistego zużycia zasobów w ramach poszczególnych procedur. Nie odzwierciedlają również w wystarczającym stopniu różnic organizacyjnych pomiędzy świadczeniodawcami, doświadczenia operatorów, stopnia wykorzystania systemów robotowych ani szczegółowej struktury kosztów ponoszonych przez podmioty lecznicze.

Ograniczenia dotyczą także porównywalności świadczeń realizowanych techniką klasyczną, laparoskopową i robotową. Obserwowane różnice w zakresie długości hospitalizacji, ryzyka powikłań czy częstości rehospitalizacji mogą wynikać nie tylko z zastosowanej technologii. Mogą być również determinowane kryteriami kwalifikacji pacjentów, stopniem zaawansowania choroby, doświadczeniem zespołu operacyjnego, wolumenem zabiegów realizowanych w ośrodku oraz organizacją procesu leczenia. W konsekwencji interpretacja relacji taryfowych pomiędzy grupami L31, L31L i L31R wymaga zachowania należytej ostrożności.

Kolejnym ograniczeniem jest brak kompletnych, jednolitych i systematycznie prowadzonych rejestrów klinicznych umożliwiających ocenę wyników leczenia w długim horyzoncie czasowym. Dotyczy to w szczególności wyników onkologicznych i funkcjonalnych, jakości życia pacjentów oraz szczegółowych danych o powikłaniach. Dostępne dane administracyjne odzwierciedlają skuteczność i bezpieczeństwo analizowanych świadczeń jedynie w ograniczonym zakresie.

Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego obarczona jest niepewnością wynikającą z dynamiki wzrostu liczby zabiegów robotowych oraz zmian liczby świadczeniodawców. Źródłem tej niepewności są również poziom wykorzystania systemów robotowych oraz potencjalne zmiany

organizacyjne i regulacyjne. Szczególne znaczenie ma relacja poziomu finansowania pomiędzy grupami L31, L31L i L31R, w tym wpływ współczynników korygujących na rzeczywistą wartość rozliczeń.

Mając na uwadze powyższe ograniczenia, wyniki przedstawione w raporcie należy traktować jako podstawę do opracowania projektu taryfy. Zasadne jest w szczególności kontynuowanie monitorowania kosztów technologii robotowej, efektów klinicznych oraz wpływu proponowanych rozwiązań taryfowych na dostępność i jakość świadczeń.

7 Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

7.1 Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet płatnika publicznego jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanych taryf dla świadczeń gwarantowanych. W ramach niniejszej analizy porównano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego, ponoszone na realizację świadczeń w ramach obowiązującej wyceny oraz zmiany wynikające z zastosowania proponowanej taryfy.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie świadczeń zrealizowanych w 2025 roku oraz średniej cenie punktu w przedmiotowym zakresie świadczeń, obowiązującej od 1 lipca 2026 r., przy jednoczesnym uwzględnieniu aktualnie obowiązujących współczynników korygujących oraz aktualnych cen jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach świadczeń realizowanych przez świadczeniodawców, przekazanych przez NFZ.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się ze zmniejszeniem wydatków po stronie płatnika publicznego o ok. **11,6 mln zł**, co odpowiada **2,1%** zmniejszeniu wydatków ponoszonych w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do wartości świadczeń w roku 2025. Szczegóły przedstawia poniższa tabela.

Tabela 47 Analiza wpływu na budżet płatnika

Kod i nazwa NFZ	Liczba świadczeń	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego *	2 080	81 063 841	96 697 868	15 634 027	19,3%
L31 Radykalna prostatektomia*	807	16 208 119	16 208 119	-	0,0%
L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*	4 186	122 967 145	100 200 649	- 22 766 496	-18,5%
L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	10 548	302 084 669	302 084 669	-	0,0%
M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego *	1 211	41 624 940	37 146 544	- 4 478 396	-10,8%
Razem	18 832	563 948 714	552 337 849	- 11 610 865	- 2,1%

Źródło: Opracowanie własne

Szacuje się, że największy wzrost wartości finansowania dotyczył będzie świadczeń klasyfikowanych do grup *F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego** (15,6 mln zł, tj. 19,3%). Jednocześnie największy spadek spodziewany jest w grupie *L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy** - należy mieć jednak na uwadze, że w przypadku realizacji min. 75 zabiegów operacji nowotworu gruczołu krokowego oraz rozliczenia świadczenia w pakiecie onkologicznym możliwy do zastosowania jest dodatkowy współczynnik w wysokości 1,25.

7.2 Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Dostosowanie wyceny taryfikowanych świadczeń do rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców umożliwi urealnienie wysokości refundacji ze strony płatnika publicznego, poprzez finansowanie świadczeń na poziomie rzeczywistych kosztów ich realizacji. Oznacza to,

że świadczeniodawcy otrzymają środki odpowiadające faktycznym wydatkom ponoszonym w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, co pozwoli na pokrycie kosztów personalnych, materiałowych, diagnostycznych oraz technologicznych. Takie rozwiązanie zwiększa przejrzystość finansowania, sprzyja transparentności w zarządzaniu budżetem oraz umożliwia bardziej precyzyjne planowanie zasobów, zarówno ludzkich, jak i infrastrukturalnych.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że — jak wskazano w poprzednich rozdziałach raportu — koszty stanowiące podstawę oszacowania taryf zostały wyznaczone z uwzględnieniem średniej ważonej poziomem realizacji świadczeń przez podmioty, które przekazały dane, tj. przede wszystkim przez kluczowych świadczeniodawców działających w analizowanym obszarze. Oznacza to, że największy wpływ na wynik miały dane kluczowych świadczeniodawców działających w analizowanym obszarze. W związku z tym kosztów ponoszonych przez podmioty realizujące niewielką liczbę świadczeń nie należy bezpośrednio porównywać z kosztami oszacowanymi przez Agencję na potrzeby projektu taryfy.

Zgodnie z rekomendacjami ekspertów przedstawionymi w raporcie dotyczącym robotyki w Polsce, samo posiadanie systemu robotowego przez świadczeniodawcę nie powinno stanowić wystarczającej przesłanki do finansowania świadczeń z wykorzystaniem tej technologii ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Kluczowe znaczenie powinny mieć doświadczenie operatora, odpowiedni wolumen wykonywanych procedur oraz jakość i bezpieczeństwo realizowanych świadczeń.

Spadek przychodów będzie dotyczył wszystkich analizowanych kategorii szpitali. Najmniejszą skalę obniżenia odnotowano w przypadku szpitali klinicznych (-0,4%) oraz wojewódzkich (-0,7%), w których większy udział w strukturze realizowanych świadczeń mają zabiegi wykonywane z zastosowaniem systemu robotowego. Największy spadek prognozowany jest natomiast w grupie szpitali zakwalifikowanych jako powiatowe, gminne i miejskie (-8,4%), gdzie dominują zabiegi radykalnej prostatektomii wykonywane metodą laparoskopową.

Szczegółowe zestawienie omawianych wartości zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 48 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala

Kategoria szpitala	Liczba realizatorów	Liczba świadczeń	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
Inny (MSWiA, wojskowy)	8	813	23 156 642	22 485 469	- 671 173	- 2,9%
Kliniczny	22	4 224	130 356 308	129 857 250	- 499 058	- 0,4%
Niepubliczny	14	3 235	92 055 933	90 719 828	- 1 336 105	- 1,5%
Powiatowy, gminny, miejski	39	3 134	89 839 649	82 301 258	- 7 538 391	- 8,4%
Wojewódzki	48	7 426	228 540 182	226 974 044	- 1 566 138	- 0,7%
RAZEM	131	18 832	563 948 714	552 337 849	- 11 610 865	- 2,1%

Źródło: Opracowanie własne

Należy jednak podkreślić, że obserwowane zmiany w przychodach nie powinny być interpretowane wyłącznie jako ograniczenie poziomu finansowania świadczeniodawców. Głównym celem proponowanych rozwiązań jest zapewnienie bardziej racjonalnej i efektywnej alokacji środków publicznych poprzez dostosowanie wysokości refundacji do rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń. Takie podejście sprzyja zwiększeniu przejrzystości systemu finansowania ochrony zdrowia, ogranicza ryzyko nadmiernego lub niedostatecznego

finansowania poszczególnych procedur oraz tworzy bardziej stabilne warunki funkcjonowania podmiotów leczniczych.

W dłuższej perspektywie proponowane zmiany mogą przyczynić się do poprawy jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych poprzez stworzenie bardziej przewidywalnych warunków finansowania oraz zapewnienie odpowiednich bodźców do wdrażania efektywnych klinicznie i kosztowo technologii medycznych. Urealnienie taryf może również wspierać proces podejmowania decyzji inwestycyjnych przez świadczeniodawców, umożliwiając lepsze planowanie zasobów kadrowych i infrastrukturalnych oraz dostosowywanie sposobu organizacji leczenia do rzeczywistych potrzeb pacjentów i możliwości systemu ochrony zdrowia.

8 Bibliografia

- Maja Markłowska-Tomar, 2026 [Radykalna-prostatektomia-w-Polsce-porownanie-metod.pdf](#) (dostęp 25.09.2026 r.)
- Modern Healthcare Institute, 2026 [chirurgia-robotowa-w-polsce-2026-raport.pdf](#) (dostęp 25.09.2026 r.)
- e-Zdrowie, 2026 [Chirurgia robotowa - ezdrowie.gov.pl](#) (dostęp 25.09.2026 r.)
- NFZ, 2026 [„Radykalna prostatektomia — analiza porównawcza metod na podstawie danych NFZ”](#) (dostęp 25.09.2026 r.)
- NFZ, 2026 [Microsoft Power BI – Chirurgia robotowa](#) (dostęp 25.09.2026 r.)
- MZ, 2026 [Lecznictwo szpitalne – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia](#) (dostęp 21.09.2026 r.)
- AOTMiT [Metodyka taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT](#)
- Anglia [NHS England » 2026/27 NHS Payment Scheme](#)
[Robotic Surgery Reimbursement in the UK and EU](#)
[Prostatectomy coding guidance](#)
- Niemcy [Systemy chirurgiczne](#)
[Chirurgia wspomagana robotem](#)
- Czechy [Operacje robotyczne - VZP](#)

9 Spis tabel i rysunków

Spis tabel

Tabela 1 Katalog świadczeń szpitalnych dla grup F45R, L31, L31L, L31R, M22R	10
Tabela 2 Liczba udzielanych świadczeń według grup JGP F45R, L31R i M22R w latach 2022–2025	13
Tabela 3 Wartość udzielanych świadczeń według grup JGP w latach 2022–2025	13
Tabela 4 Liczba i wartość świadczeń w podziale na grupy JGP: F45R, L31R, M22R w 2025 roku	17
Tabela 5 Liczba i wartość świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny w poszczególnych zakresach świadczeń w 2025 roku	18
Tabela 6 Struktura liczby świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, według specjalności komórki w 2025 roku	19
Tabela 7 Liczba i wartość produktów towarzyszących rozliczonych wraz ze świadczeniem JGP F45R, L31R i M22R w 2025 roku	20
Tabela 8 Liczba pacjentów* rozliczonych grupami JGP: F45R, L31R i M22R w latach 2022-2025	21
Tabela 9 Struktura świadczeń JGP: F45R, L31R i M22R według trybu przyjęcia pacjentów	22
Tabela 10 Struktura świadczeń JGP: F45R, L31R i M22R według trybu wypisu pacjentów	22
Tabela 11 Średnia i mediana długości pobytu pacjentów w grupach JGP F45R, L31R i M22R w 2025 r.	22
Tabela 12 Realizacja grup procedur kierunkowych w JGP: F45R, L31R i M22R w 2025 roku	25
Tabela 13 Liczba udzielanych świadczeń według grup JGP L31, L31L i L31R w latach 2022–2025	26
Tabela 14 Wartość świadczeń według grup JGP L31, L31L i L31R w latach 2022–2025	27
Tabela 15 Liczba i wartość świadczeń w podziale na grupy JGP: L31, L31L i L31R w 2025 r.	31
Tabela 16 Liczba i wartość świadczeń w grupach JGP: L31, L31L i L31R, w poszczególnych zakresach świadczeń w 2025 r.	32
Tabela 17 Struktura liczby świadczeń JGP L31, L31L i L31R według specjalności komórki w 2025 r.	33
Tabela 18 Liczba i wartość produktów towarzyszących rozliczonych wraz ze świadczeniem JGP L31, L31L i L31R w 2025 r.	34
Tabela 19 Liczba pacjentów* rozliczonych grupami JGP: L31, L31L i L31R w latach 2022-2025	35
Tabela 20 Struktura świadczeń JGP: L31, L31L i L31R według trybu przyjęcia pacjentów w 2025 r.	36
Tabela 21 Struktura świadczeń JGP: L31, L31L i L31R według trybu wypisu pacjentów w 2025 r.	37
Tabela 22 Średnia i mediana długości pobytu pacjentów w grupach JGP L31, L31L i L31R w 2025 r.	37
Tabela 23 Realizacja grup procedur kierunkowych w JGP: L31, L31L i L31R w 2025 roku	39
Tabela 24 Sposób uwzględnienia techniki robotowej w systemach płatności	42
Tabela 25 Cenniki komercyjne w podziale na kategorię zabiegu	44
Tabela 26 Ceny osobodnia w podziale na rodzaj oddziału	44
Tabela 27 Średnie ceny brutto wyrobów medycznych wyznaczone na podstawie danych od producentów i dystrybutorów	45
Tabela 28. Wielkość próby AOTMiT względem świadczeń zrealizowanych w 2025 roku	52
Tabela 29 Udział ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców	54
Tabela 30 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców	54
Tabela 31. Struktura świadczeniodawców, którzy przekazali dane finansowo-księgowe, w podziale na kategorię szpitala	55
Tabela 32 Wskaźniki cząstkowe aktualizacji danych od 01.07.2026 roku	56
Tabela 33. Długość pobytu – dane NFZ 2025	57
Tabela 34 Podział grup JGP według kategorii osobodnia pobytu	58
Tabela 35 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych kategoriach, po aktualizacji od 01.07.2026 roku	60
Tabela 36 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych JGP, po aktualizacji od 01.07.2026 roku	60
Tabela 37 Średni koszt infrastruktury i działu anestezjologii na godzinę pracy po aktualizacji od 01.07.2026 roku	61

Tabela 38 Średni koszt amortyzacji, serwisu i sterylizacji systemu robotycznego, w przeliczeniu na zabieg, po aktualizacji od 01.07.2026 roku	62
Tabela 39. Średnie wynagrodzenia za godzinę pracy poszczególnych grup zawodowych biorących udział w realizacji procedury zabiegowej	63
Tabela 40. Średnie czasy trwania zabiegu po odcięciu wartości skrajnych	63
Tabela 41 Średnie wartości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych przyjęte do analizy	65
Tabela 42 Analiza porównawcza kosztów radykalnej prostatektomii metodą klasyczną (otwartą), laparoskopową, robotyczną	65
Tabela 43 Kluczowe wskaźniki bezpieczeństwa prostatektomii radykalnej	67
Tabela 44. Podsumowanie analizy kosztów – dane uaktualnione mnożnikiem zmian wielkości kosztów od 1.07.2026 r.	67
Tabela 45 Struktura wyniku analizy kosztów według składowych	68
Tabela 46 Propozycja taryfy	69
Tabela 47 Analiza wpływu na budżet płatnika	73
Tabela 48 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala	74

Spis rysunków

Rysunek 1 Łączna liczba i wartość świadczeń JGP: F45R, L31R oraz M22R w latach 2022-2025	12
Rysunek 2 Liczba i wartość świadczeń w podziale na JGP: F45R, L31R oraz M22R w latach 2022-2025	12
Rysunek 3 Struktura liczby świadczeń JGP: F45R, L31R, M22R w latach 2022-2025.....	13
Rysunek 4 Struktura wartości świadczeń JGP: F45R, L31R, M22R w latach 2022-2025.....	14
Rysunek 5 Liczba świadczeń zrealizowanych w 2025 roku w ramach JGP F45R, L31R i M22R w podziale na województwa	14
Rysunek 6 Liczba świadczeniodawców w podziale na województwa realizujących świadczenia w JGP F45R, L31R i M22R w 2025 roku	15
Rysunek 7 Liczba i struktura świadczeniodawców realizujących JGP F45R, L31R i M22R w latach 2022-2025 w podziale na kategorię szpitala	16
Rysunek 8 Struktura liczby i wartości świadczeń JGP F45R, L31R i M22R według kategorii szpitala w 2025 r.	16
Rysunek 9 Struktura realizacji poszczególnych grup JGP: F45R, L31R i M22R w podziale na kategorię szpitala	17
Rysunek 10 Struktura świadczeń gwarantowanych, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny według typu hospitalizacji w podziale na kategorię szpitala	19
Rysunek 11 Struktura liczby unikatowych pacjentów rozliczonych grupami JGP: F45R, L31R i M22R w latach 2022-2025 w podziale na grupy wiekowe	21
Rysunek 12 Rozkład długości pobytu pacjentów hospitalizowanych w grupach JGP F45R, L31R i M22R w 2025 r.....	23
Rysunek 13 Struktura rozpoznań głównych ICD-10 pacjentów hospitalizowanych w grupach JGP F45R i M22R w 2025 r.	24
Rysunek 14 Łączna liczba oraz wartość świadczeń JGP: L31, L31L i L31R w latach 2022-2025	26
Rysunek 15 Liczba oraz wartość świadczeń w podziale na JGP: L31, L31L i L31R w latach 2022-2025.....	26
Rysunek 16 Struktura liczby świadczeń JGP: L31, L31L, L31R w latach 2022-2025.....	27
Rysunek 17 Struktura wartości świadczeń JGP: L31, L31L, L31R w latach 2022-2025	28
Rysunek 18 Liczba świadczeń zrealizowanych w 2025 roku w JGP L31, L31L i L31R w podziale na województwa	28
Rysunek 19 Liczba świadczeniodawców w podziale na województwa realizujących świadczenia w JGP L31, L31L i L31R w 2025 roku	29
Rysunek 20 Liczba i struktura świadczeniodawców realizujących JGP L31, L31L i L31R w latach 2022-2025, w podziale na kategorię szpitala	30

Rysunek 21 Struktura liczby i wartości świadczeń JGP L31, L31L i L31R według kategorii szpitala w 2025 r.	30
Rysunek 22 Struktura realizacji poszczególnych grup JGP: L31, L31L i L31R w podziale na kategorię szpitala	31
Rysunek 23 Struktura świadczeń gwarantowanych w grupach JGP: L31, L31L i L31R, w podziale na kategorię szpitala	33
Rysunek 24 Struktura liczby unikatowych pacjentów rozliczonych grupami JGP: L31, L31L i L31R w latach 2022-2025 w podziale na grupy wiekowe	35
Rysunek 25 Rozkład długości pobytu pacjentów hospitalizowanych w grupach JGP L31, L31L i L31R w 2025 r.	38
Rysunek 26 Mediana czasu oczekiwania w grupach L31 Radykalna prostatektomia*, L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy* i L31R Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*	41
Rysunek 27 Mediana czasu oczekiwania w grupie F45R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*	41
Rysunek 28 Mediana czasu oczekiwania w grupie M22R Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*	41
Rysunek 29. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 98,99% realizacji świadczeń, po aktualizacji od 01.07.2026 roku, w podziale na kategorię szpitala.	59
Rysunek 30. Koszt osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 98,99% realizacji świadczeń, po aktualizacji od 01.07.2026 roku, w podziale na kategorię szpitala.	60
Rysunek 31 Rozrzut kosztów produktów leczniczych	64
Rysunek 32 Rozrzut kosztów wyrobów medycznych	64
Rysunek 33 Rozrzut kosztów procedur diagnostycznych	65

Załączniki

Załącznik 1.	Wykaz procedur ICD9 i rozpoznań ICD10
Załącznik 2.	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego
Załącznik 3.	Charakterystyka grup JGP
Załącznik 4.	Wykaz świadczeniodawców na podstawie danych, których kalkulowano koszty amortyzacji