Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji



RAPORT

DAiR.511.04.2026

Data ukończenia: 24.11.2026

RAPORT W SPRAWIE

USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ

Świadczenia, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny – **leczenie zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu i wymiana przetworników/procesorów mowy** (JGP C05G, C05H, C06G, C06H, CU07G, CU07H, CU07I)

Definicje pojęć i skrótów

ABI	implant pniowy (ang. auditory brainstem implant)
AE	oznaczenie grup z listy 1ae katalogu JGP – świadczenia, które mogą być realizowane w czasie nieprzekraczającym 12 godzin od przyjęcia pacjenta do szpitala
aG-DRG	(niem. ausgegliederte German Diagnosis Related Groups) Niemieckie Jednorodne Grupy Pacjentów z wyłączonymi kosztami opieki pielęgniarskiej
Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BAHA	aparat słuchowy zakotwiczony w kości (ang. bone anchored hearing aid); w raporcie skrót stosowany w odniesieniu do implantów na przewodnictwo kostne
bd.	brak danych
CeZ	Centrum e-Zdrowia
CI	implant ślimakowy (ang. cochlear implant)
CMV	wirus cytomegalii (ang. cytomegalovirus)
COVID-19	choroba koronawirusowa 2019 (ang. coronavirus disease 2019)
CZ-DRG	(cz. český klasifikační systém DRG, ang. Czech Diagnosis Related Groups) Czeskie Jednorodne Grupy Pacjentów
dB / dB HL	decybel / poziom słyszenia wyrażony w decybelach (ang. hearing level)
DRG	(ang. *Diagnosis Related Groups*) Jednorodne Grupy Pacjentów
Dz.U.	Dziennik Ustaw
EAS	łączona stymulacja elektryczno-akustyczna (ang. electric acoustic stimulation)
FDA	amerykańska Agencja Żywności i Leków (ang. Food and Drug Administration)
FK	dane finansowo-księgowe
G-DRG	(niem. German Diagnosis Related Groups) Niemieckie Grupy Jednorodnych Pacjentów
GUS	Główny Urząd Statystyczny
Hz / kHz	herc / kiloherc – jednostki częstotliwości
ICD-9 PL	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych – polska wersja stosowana do kodowania procedur medycznych
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
IFiPS	Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
JGP	jednorodne grupy pacjentów
lp.	liczba porządkowa
MAX	wartość maksymalna
MEI	implant ucha środkowego (ang. middle ear implant)
Metodyka	proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z ustaleniem taryfy świadczeń, jak również rodzaj i zakres gromadzonych informacji, opisany w dokumencie sporządzonym przez Agencję
MIN	wartość minimalna
m.in.	między innymi

mld	miliard
mln	milion
MZ	Ministerstwo Zdrowi
nd.	nie dotyczy
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	(ang. *National Health Service)* Publicznie finansowany system opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii
NICE	brytyjski instytut opracowujący wytyczne dotyczące ochrony zdrowia i opieki (ang. National Institute for Health and Care Excellence)
NIL	Naczelna Izba Lekarska
np.	na przykład
nr	numer
OPK	ośrodek powstawania kosztów
PKT	punkt
PL	produkty lecznicze
PR	procedury diagnostyczne
PSZ	podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej
r.	rok
r.ż.	rok życia
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.)
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
SRK	standard rachunku kosztów
SWD	świadczeniodawca
tj.	to jest
TK	tomografia komputerowa
tys.	tysiąc
tzn.	to znaczy
tzw.	tak zwany
wg	według
WKK	własna kalkulacja kosztów – formularz służący do przekazania danych o kosztach realizacji świadczeń
WM	wyroby medyczne (w raporcie – z wyłączeniem wyrobów wysokokosztowych, o ile nie wskazano inaczej)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization)
z późn. zm.	z późniejszymi zmianami
zł	złoty polski
ZB	procedura zabiegowa – koszty personelu i infrastruktury związane z jej realizacją

Spis treści

1 NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE I WNIOSKI 6

2 PROBLEM DECYZYJNY 8

3 TARYFIKOWANE ŚWIADCZENIE 9

3.1 Charakterystyka świadczenia 9

3.2 Aktualny stan finansowania w Polsce 13

3.2.1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia 13

3.2.2 Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 13

3.2.3 Współczynniki korygujące 15

3.3 Analiza popytu i podaży 16

3.3.1 Analiza podaży 16

3.3.2 Analiza popytu na świadczenia i potencjał ich realizacji 29

3.3.3 Podsumowanie analizy podaży i popytu 34

3.4 Stan finansowania w innych krajach 35

3.5 Cenniki komercyjne 37

4 PROJEKT TARYFY 38

4.1 Pozyskanie danych 38

4.1.1 Dane finansowo-księgowe 38

4.1.2 Dane medyczno-kosztowe 39

4.1.3 Dane o wynagrodzeniach 42

4.1.4 Koszty jednostkowe procedur medycznych 43

4.1.5 Dane o komercyjnych cenach wysokokosztowych wyrobów medycznych 44

4.1.6 Współpraca z ekspertami 44

4.2 Analiza danych 45

4.2.1 Aktualizacja danych historycznych 45

4.2.2 Zmiany w charakterystyce jednorodnych grup pacjentów 46

4.2.3 Koszt osobodnia 46

4.2.4 Koszt produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych 49

4.2.5 Koszt infrastruktury 50

4.2.6 Stawki godzinowe personelu realizującego procedurę zabiegową 51

4.2.7 Wyroby wysokokosztowe i proponowany podział świadczeń 52

4.2.8 Koszty implantów i procesorów oraz propozycja finansowania 53

4.2.9 Czas zajęcia infrastruktury do zabiegu 55
4.2.10 Czas zaangażowania personelu w realizację procedury zabiegowej 56
4.2.11 Parametry i składowe kosztów przyjęte do kalkulacji 57
4.3 Wyniki analizy kosztów 59
4.4 Projekt taryfy 61
4.5 Ograniczenia analizy 64
5 ANALIZA WPŁYWU NA SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ 66
5.1 Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego 66
5.2 Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej 68
6 SPIS TABEL I RYSUNKÓW 71
7 ZAŁĄCZNIKI 74

1 Najważniejsze informacje i wnioski

Projektowane taryfy zakładają zmianę sposobu finansowania świadczeń leczenia zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu oraz wymiany przetworników/procesorów mowy. Prace zostały podjęte na podstawie Planu Taryfikacji na 2026 r. (cz. I, lp. 2 – świadczenia, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny) i objęły siedem jednorodnych grup pacjentów: C05G, C05H, C06G, C06H, CU07G, CU07H i CU07I. Celem zmian jest lepsze powiązanie finansowania z rzeczywistym kosztem realizacji świadczenia oraz z kosztem faktycznie zastosowanego wyrobu.

W 2025 r. 30 świadczeniodawców zrealizowało 3 080 świadczeń rozliczonych analizowanymi grupami. Najczęściej rozliczano wszczepienie implantu ślimakowego (C05G – 1 317 świadczeń) oraz wymianę procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu (CU07G, w 2025 r. rozliczaną jako C07G – 1 063 świadczenia). Realizacja świadczeń jest silnie skoncentrowana – Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu udzielił 1 768 świadczeń, tj. 57,4% ogółu.

Istotnym elementem proponowanych zmian jest odejście od finansowania wyrobu wysokokosztowego w taryfie grupy. Implant lub procesor stanowi od 77% do 93% wartości świadczenia, a jego koszt zależy przede wszystkim od rodzaju zastosowanego systemu. W obecnym modelu świadczeniodawca otrzymuje taką samą kwotę niezależnie od zastosowanego systemu. Proponuje się więc wyłączenie kosztów implantów i procesorów z taryf świadczeń podstawowych i ich rozliczanie w ramach produktów do sumowania, w trzech pakietach cenowych: I – 80%, II – 90% i III – 100% wartości bazowej. Wartości bazowe wynoszą od 14 029 zł do 143 640 zł. O kwalifikacji do pakietu decydowałaby cena zakupu wykazana na fakturze, a rozliczenie następowałoby według stałej kwoty pakietu. Podobne rozwiązania, oddzielające finansowanie wyrobu od finansowania pobytu i zabiegu, są stosowane również w innych krajach, m.in. w Czechach.

Zmiany obejmują również podział grup, w których stosowane systemy różnią się konstrukcją i kosztem. Grupy C06G i C06H zostałyby zastąpione kategoriami C06-A (systemy z wszczepionym przetwornikiem) i C06-B (systemy z zewnętrznym przetwornikiem), a grupa CU07I – podzielona analogicznie na kategorie CU07I-A i CU07I-B. O przyporządkowaniu świadczenia do kategorii decyduje umiejscowienie przetwornika drgań, potwierdzone właściwym produktem do sumowania. Pozwala to bardziej adekwatnie finansować systemy o wyższej kosztochłonności, które dotychczas były rozliczane we wspólnych grupach.

Wynik analizy kosztów świadczeń podstawowych, bez wyrobów wysokokosztowych, wynosi od 3 121,37 zł (CU07I-B) do 23 968,60 zł (C05H). Projekty taryf, przeliczone na punkty po cenie 2,04 zł, wynoszą od 1 530 pkt do 11 749 pkt. Łączna wartość świadczenia, obejmująca taryfę i wyrób według pakietu III, wynosi od 17 150 zł do 167 609 zł. W porównaniu z obecnym finansowaniem byłaby ona wyższa wyłącznie w kategorii CU07I-A (o 83,1%), a w pozostałych grupach i kategoriach niższa – od 4,3% (C06-A) do 30,0% (CU07I-B). Różnice wynikają nie tylko z dostosowania wycen do kosztów realizacji świadczeń, ale też ze zmiany modelu finansowania i przypisania każdej kategorii właściwego kosztu wyrobu.

Przeliczenie taryf po cenie 2,04 zł jest działaniem celowym. Analizowane świadczenia są obecnie rozliczane w odrębnych zakresach (grupy zakresów 09 i 60 – „kosztowne wyroby”), w których cena

punktu rosła w niższej dynamice ze względu na zawarty w taryfie koszt wyrobu. Po wyłączeniu wyrobów cena punktu dla tych świadczeń powinna rosnąć tak samo jak dla pozostałych świadczeń szpitalnych. Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej nastąpi w kolejnej rekomendacji Prezesa Agencji, od 1 lipca 2027 r., dlatego taryfy zostały już teraz dostosowane do poziomu docelowego. Do 30 czerwca 2027 r. proponuje się tymczasowe współczynniki korygujące, wyrównujące cenę punktu do ok. 2,04 zł: 1,49 dla zakresu 03.4610.601.02, 1,36 dla zakresu 03.4611.130.02 i 1,21 dla zakresu 03.4610.991.02.

Projektowane zmiany porządkują także stosowane współczynniki korygujące. Dla jednoczasowych zabiegów obustronnych u dzieci (poniżej 18 r.ż.) proponuje się zastąpienie współczynnika 1,8 współczynnikiem 1,23, stosowanym wyłącznie do taryfy świadczenia podstawowego; oba implanty byłyby rozliczane w ramach produktu do sumowania z krotnością 2. Proponuje się również zniesienie współczynnika 0,96, stosowanego od 1 lipca 2026 r. do świadczeń z grup C06G, C06H, CU07H i CU07I realizowanych w ryczałcie PSZ. Po przeliczeniu taryf po cenie 2,04 zł i zastosowaniu współczynników tymczasowych finansowanie tych samych świadczeń w ryczałcie i poza nim zostaje ujednolicone.

Szacuje się, że łączna wartość świadczeń objętych analizą zmniejszy się z 343,8 mln zł do 299,5 mln zł, tj. o 44,4 mln zł rocznie (-12,9%). Spadek dotyczy zarówno leczenia zaburzeń słuchu implantami – o 32,7 mln zł (-12,2%), jak i wymian procesorów – o 11,7 mln zł (-15,5%). Zmniejszenie finansowania wynika przede wszystkim z dostosowania wartości wyrobów do wycen przyjętych w produktach do sumowania oraz z przeliczenia taryf świadczeń podstawowych na podstawie aktualnej analizy kosztów.

Zmniejszenie finansowania dotyczy wszystkich kategorii szpitali. Największy spadek kwotowy przypada na szpitale kliniczne, będące głównymi realizatorami świadczeń – o 41,4 mln zł (-13,2%). Największy spadek procentowy dotyczy szpitali powiatowych, gminnych i miejskich (-16,4%), które zrealizowały jednak tylko 28 świadczeń. W podziale według poziomu PSZ największy spadek kwotowy dotyczy szpitali ogólnopolskich – o 42,3 mln zł (-13,1%).

Należy jednocześnie podkreślić, że wyniki analizy wpływu na budżet mają charakter symulacyjny. Analiza została oparta na danych z 2025 r., przekodowanych na nową strukturę produktów rozliczeniowych. W danych NFZ brak informacji o rodzaju wszczepionego systemu, dlatego pacjentów przypisano do kategorii A i B na podstawie długości pobytu. Symulacja obejmuje także świadczenia zrealizowane, lecz nieopłacone przez NFZ. Wyniki należy więc traktować jako szacunkowe odzwierciedlenie wpływu projektowanych zmian na budżet płatnika i przychody świadczeniodawców.

2 Problem decyzyjny

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryf świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia prac stanowi Plan Taryfikacji na 2026 r., zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 1 lipca 2025 r., cz. I Leczenie szpitalne, lp. 2: Świadczenia, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny (świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz.U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.).

Przedmiotem raportu są **świadczenia, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny w części dotyczącej leczenia zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu i wymiany przetworników/procesorów mowy**, realizowane w zakresie leczenia szpitalnego.

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

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

- *C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych*;*
- *C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*;*
- *C06G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego*;*
- *C06H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu*;*
- *CU07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu – AE*;*
- *CU07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego– AE*;*
- *CU07I Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne– AE*;*

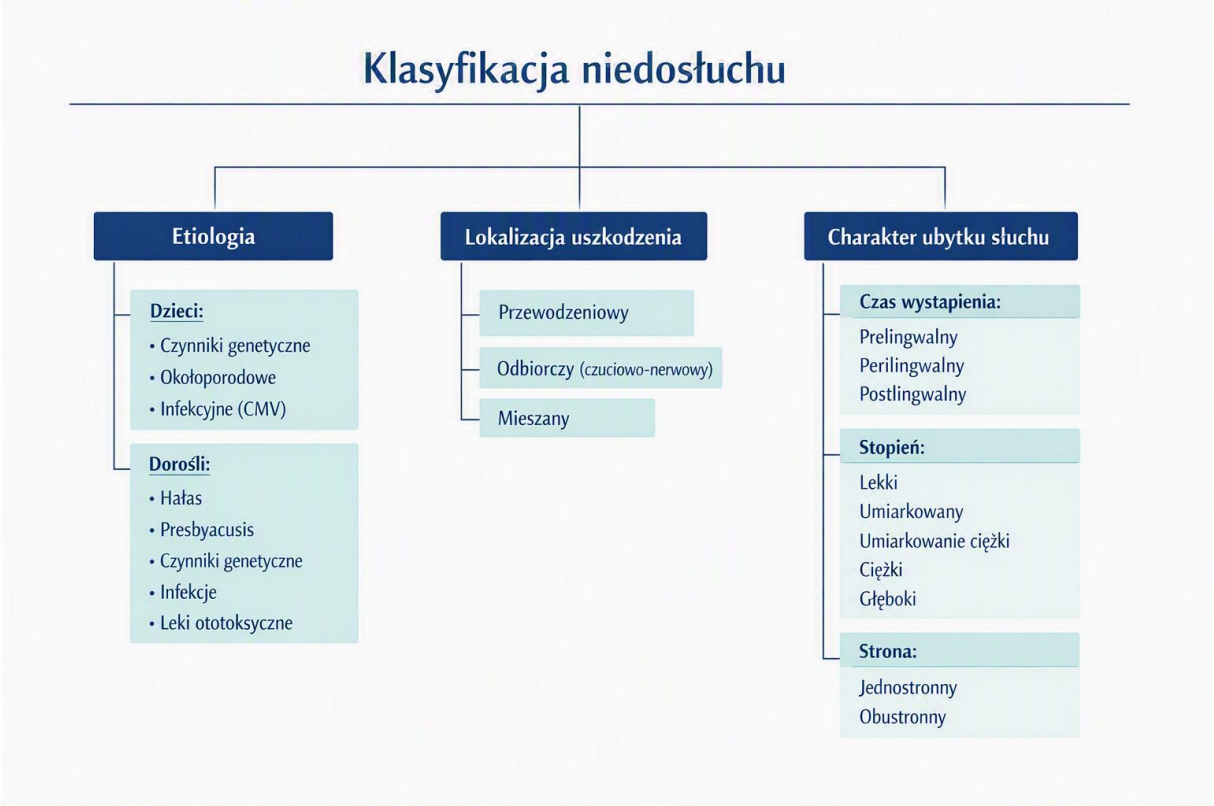
zwane dalej leczeniem zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu.

Świadczenia leczenia zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu były przedmiotem prac Agencji w 2016 r. Taryfikacja stanowiła realizację zlecenia Ministra Zdrowia z 10 grudnia 2015 r., znak OZG.7100.146.2015, dotyczącego weryfikacji przez Prezesa AOTMiT, na podstawie art. 31la ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), na podstawie punktu VI. *Planu taryfikacji na 2015 r.*, wyceny świadczenia: *leczenie zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu* (JGP C05, C06, C07), z uwzględnieniem technologii medycznych.

3 Taryfikowane świadczenie

3.1 Charakterystyka świadczenia

Niedosłuch jest niejednorodnym zaburzeniem narządu słuchu i może być klasyfikowany według kilku kryteriów, obejmujących etiologię, lokalizację uszkodzenia, oraz charakter ubytku słuchu (poniższy rysunek).



Rysunek 1 Klasyfikacja niedosłuchu według etiologii, lokalizacji uszkodzenia oraz charakteru ubytku słuchu.
Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

Etiologia niedosłuchu u dzieci różni się od etiologii u dorosłych. U dzieci dominują czynniki genetyczne, powikłania okresu okołoporodowego, a także powikłania chorób infekcyjnych (w szczególności zakażeń wirusem cytomegalii (CMV)). U osób dorosłych najczęstszymi przyczynami są długotrwała ekspozycja na hałas, proces starzenia się narządu słuchu, a w dalszej kolejności czynniki genetyczne, choroby infekcyjne i stosowanie leków ototoksycznych (Lieu, Kenna, Anne i Davidson, 2020) (WHO, 2016) (Anastasiadou i Al Khalili, 2023) (Fleser i inni, 2025).

Ze względu na lokalizację uszkodzenia wyróżnia się: niedosłuch przewodzeniowy, odbiorczy (czuciowo-nerwowy) oraz mieszany. Niedosłuch przewodzeniowy wynika z zaburzeń przewodzenia dźwięku w obrębie ucha zewnętrznego lub środkowego, natomiast niedosłuch odbiorczy jest konsekwencją uszkodzenia ślimaka, komórek rzęsatych lub nerwu słuchowego. W przypadku niedosłuchu mieszanego współwystępują cechy obu wymienionych typów (Anastasiadou i Al Khalili, 2023).

Charakter ubytku słuchu obejmuje trzy istotne elementy: moment wystąpienia niedosłuchu, jego stopień oraz stronę występowania. U dzieci szczególne znaczenie ma etap rozwojowy, w którym pojawił się niedosłuch. Wyróżnia się niedosłuch prelingwalny, występujący przed rozwojem

mowy, perilingwalny, rozwijający się w okresie kształtowania kompetencji językowych oraz postlingwalny, pojawiający się po opanowaniu mowy. Podział ten ma znaczenie prognostyczne i wpływa na wybór strategii terapeutycznej oraz rehabilitacyjnej (Lieu, Kenna, Anne i Davidson, 2020).

W praktyce klinicznej charakter ubytku słuchu określa się również na podstawie stopnia niedosłuchu oraz strony jego występowania. Według stopnia ubytku wyróżnia się niedosłuch lekki, umiarkowany, umiarkowanie ciężki, ciężki oraz głęboki, określany na podstawie progu słyszenia wyrażonego w decybelach (WHO, 2016). Ze względu na stronę występowania zaburzenia niedosłuch może być jednostronny albo obustronny. Niedosłuch jednostronny dotyczy jednego ucha, przy prawidłowym lub bliskim prawidłowemu słuchu w uchu przeciwnym, natomiast niedosłuch obustronny obejmuje oba uszy i może mieć charakter symetryczny lub asymetryczny (Anastasiadou i Al Khalili, 2023).

W terapii niedosłuchu, w zależności od wskazań i potrzeb stosowane są następujące metody:

- **Konwencjonalne aparaty słuchowe** - stosowane powszechnie w różnych rodzajach niedosłuchu. Działają na zasadzie wzmocnienia fali akustycznej, mocowane na zewnątrz z wkładką douszną, umieszczaną w przewodzie słuchowym zewnętrznym.
- **Leczenie farmakologiczne** - np. preparaty fluoru i leki naczyniowe w otosklerozie stosowane w niedosłuchu przewodzeniowym, leki przeciwzapalne, antybiotyki stosowane w stanach zapalnych.
- **Leczenie operacyjne:**
  - **Stapedektomia/Stapedotomia**
    Zabieg wykonywany w otosklerozie (ok. 10% przyczyn niedosłuchu) umożliwia przywrócenie prawidłowej funkcji łańcucha kosteczek słuchowych. Nieruchoma kosteczka (strzemiączko) zostaje zastąpiona miniaturową protezą. Może zastąpić implantację systemu na przewodnictwo kostne;
  - **Inne zabiegi rekonstrukcyjne** – np. rekonstrukcja przewodu słuchowego zewnętrznego.
  - **Implanty słuchowe** – pasywne i aktywne urządzenia elektroniczne lub mechaniczne wszczepiane do kości czaszki, ucha środkowego lub ucha wewnętrznego, a w przypadku implantów pniowych – w okolicy pnia mózgu.

Źródłami opisującymi proces diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjentów z niedosłuchem są wytyczne i rekomendacje krajowych oraz międzynarodowych organizacji eksperckich (WHO, 2021), (NICE, 2018), (Niemczyk i inni, 2025).

U chorych, którzy nie mogą być leczeni zachowawczo lub operacyjnie albo których leczenie zachowawcze lub operacyjne nie przynosi spodziewanych efektów, a którzy spełniają określone kryteria kwalifikacyjne, istnieje możliwość zastosowania różnych systemów implantów słuchowych.

W zależności od miejsca umiejscowienia elektrody lub przetwornika wyróżnia się następujące, główne typy implantów:

- Implant ślimakowy (CI), w tym łączona stymulacja elektroakustyczna (EAS);
- Implant pniowy (ABI);

- Implant ucha środkowego (MEI);
- Implanty na przewodnictwo kostne (BAHA).

Wszystkie dostępne obecnie systemy implantów słuchowych składają się z części zewnętrznej, mocowanej pośrednio na magnes (CI, ABI, MEI, niektóre BAHA) lub bezpośrednio na zatrzask (BAHA) oraz części wewnętrznej, umieszczanej pod skórą. Część zewnętrzna większości rodzajów implantów słuchowych jest tzw. procesorem mowy, który odpowiada za przekształcenie i zakodowanie fali dźwiękowej w impulsy elektryczne. W przypadku systemu BAHA może być to przetwornik dźwięku – wzmacniający i przekazujący fale dźwiękowe bezpośrednio do kości czaszki (WHO, 2021), (Niemczyk i inni, 2025), (Durko i inni, 2012).

Za początek współczesnej implantologii ślimakowej uznaje się doświadczenia przeprowadzone przez André Djourno i Charles'a Eyriesa w 1957 r. (Djourno, Eyriés i Vallancien, 1957), podczas których po raz pierwszy uzyskano percepcję bodźców słuchowych u osoby głuchej dzięki elektrycznej stymulacji struktur ucha wewnętrznego. W latach 70. XX wieku rozpoczęto kliniczne stosowanie jednokanałowych implantów ślimakowych (House, 1976), natomiast rozwój implantów wielokanałowych w latach 80. umożliwił uzyskanie rozumienia mowy drogą słuchową bez konieczności wspomagania się odczytywaniem mowy z ruchu warg (Franz, Clark i Bloom, 1987).

Kluczowe znaczenie dla rozwoju koncepcji leczenia zaburzeń słuchu miały również prace zespołu prof. Henryka Skarżyńskiego. Należały one do pierwszych publikacji dokumentujących możliwość zachowania słuchu resztkowego podczas implantacji ślimakowej oraz wykorzystania stymulacji elektryczno-akustycznej u pacjentów z częściową głuchotą ((Skarżyński i inni, 2002) (Skarżyński, Lorens i Piotrowska, A New Method of Partial Deafness Treatment., 2003). Opublikowane wyniki stanowiły istotny etap w rozwoju koncepcji leczenia częściowej głuchoty oraz rozszerzania wskazań do implantacji ślimakowej na pacjentów z zachowanym słuchem niskoczęstotliwościowym.

Tabela 1 Podsumowanie populacji docelowej i najważniejszych kryteriów kwalifikacji pacjentów do leczenia implantami słuchowymi

Rodzaj implantu	Populacja docelowa	Najważniejsze kryteria kwalifikacji
Implant ślimakowy (CI)[1]	Dzieci i dorośli ze znacznym lub głębokim obustronnym niedosłuchem zmysłowo-nerwowym, u których aparaty słuchowe nie zapewniają wystarczających korzyści; także pacjenci z częściową głuchotą.	Brak przeciwwskazań medycznych. U dzieci prelingwalnych 1–3 lata: rozpoznany znaczny lub głęboki niedosłuch. W wieku 3–6 lat dodatkowo niewystarczające efekty wczesnego aparatowania, w tym progi w aparatach powyżej 55 dB dla 2–4 kHz. Powyżej 6 lat oraz u pacjentów postlingwalnych: niewystarczające rozumienie mowy, poniżej 50% w teście słów jednosylabowych. U starszych dzieci istotna jest komunikacja i rehabilitacja metodą audytywno-werbalną.

[1] Skarżyński H. Przedoperacyjne wartości progów słyszenia jako kryterium kwalifikacji do wszczepienia implantu ślimakowego. Nowa Audiofonologia, 2012; 1(3): 24-29.

Rodzaj implantu	Populacja docelowa	Najważniejsze kryteria kwalifikacji
Łączona stymulacja elektroakustyczna (EAS)[2][3][4]	Pacjenci z częściową głuchotą, z zachowanym użytecznym słuchem dla niskich częstotliwości i znacznym ubytkiem słuchu w zakresie wyższych częstotliwości.	Kwalifikacja zakłada możliwość zachowania słuchu resztkowego i uzupełnienia go stymulacją elektryczną, zwłaszcza dla częstotliwości powyżej 500 Hz. Dobór wiązki elektrod i techniki operacyjnej powinien ograniczać uraz ślimaka.
Implant pniowy (ABI)[5][6]	Pacjenci z głębokim niedosłuchem pozaślimakowym (nerwowym), u których nerw słuchowy nie przewodzi bodźców i zastosowanie implantu ślimakowego nie jest możliwe lub było nieskuteczne.	Podstawowe wskazanie stanowi obustronne uszkodzenie nerwów słuchowych w przebiegu nerwiakowłókniakowatości typu 2. Pozostałe wskazania obejmują pourazowe obustronne uszkodzenie nerwu słuchowego, wrodzony obustronny niedorozwój lub brak ślimaka, niewykształcenie nerwów słuchowych oraz brak poprawy po implantacji ślimakowej.
Implant ucha środkowego (MEI)[7]	Pacjenci z niedosłuchem odbiorczym, przewodzeniowym lub mieszanym, którzy nie mogą korzystać z konwencjonalnych aparatów słuchowych albo nie uzyskują z nich wystarczających efektów.	W niedosłuchu odbiorczym: stabilny niedosłuch pochodzenia ślimakowego, wynik testu słownego pozwalający przewidywać poprawę oraz prawidłowa anatomia ucha środkowego. W niedosłuchu przewodzeniowym lub mieszanym: wady ucha zewnętrznego lub środkowego, przewlekłe stany zapalne, stabilne progi kostne, niedosłuch jednostronny lub niesymetryczny. Kryteria wspólne obejmują odpowiednie warunki anatomiczne potwierdzone TK, co najmniej 30-dniową próbę aparatowania, realistyczne oczekiwania oraz brak akceptacji lub trudności w użytkowaniu aparatu konwencjonalnego.
Implant na przewodnictwo kostne (BAHA)[8]	Pacjenci z jednostronnym lub obustronnym niedosłuchem przewodzeniowym albo mieszanym oraz z jednostronną głuchotą, gdy klasyczne aparatowanie na przewodnictwo	Wskazania obejmują wady wrodzone ucha zewnętrznego i środkowego, następstwa przewlekłych zapaleń i operacji ucha, brak możliwości rekonstrukcji przewodu słuchowego zewnętrznego lub łańcucha kosteczek oraz brak tolerancji aparatów. Wymagane są stabilne progi przewodnictwa kostnego, korzyść potwierdzona próbą symulacyjną, odpowiednia

2 Skarżyński H, Lorens A, Piotrowska A. A new method of partial deafness treatment. Med Sci Monit, 2003; 9(4): 20–4.

3 Skarżyński H, Lorens A, Piotrowska A, Anderson I. Partial deafness cochlear implantation in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2007; 71: 1407–13.

4 Skarżyński H, Lorens A, Piotrowska A, Skarżyński PH. Hearing preservation in partial deafness treatment. Med Sci Monit, 2010; 16(11): 555–62.

5 Colletti V. Auditory Outcomes in Tumor vs. Nontumor Patients Fitted with Auditory Brainstem Implants. Møller AR (ed): Cochlear and Brainstem Implants. Adv Otorhinolaryngol. Basel, Karger, 2006, vol 64, pp 167-185.

6 Colletti et al. Auditory Brainstem Implant as a Salvage Treatment after Unsuccessful Cochlear Implantation. Otology & Neurotology: July 2004 - Volume 25 - Issue 4 - pp 485-496.

7 Olszewski Ł. Urządzenia wszczepialne do ucha środkowego – przegląd. Nowa Audiofonologia, 2013; 2(5): 15-22.

8 Skarżyński H, Szkiełkowska A, Olszewski Ł, Mrówka M, Porowski M, Fabijańska A, Skarżyński PH. Program stosowania implantów ucha środkowego i implantów zakotwiczonych w kości skroniowej na przewodnictwo kostne w leczeniu zaburzeń słuchu. Nowa Audiofonologia, 2015; 4(1): 9-23.

Rodzaj implantu	Populacja docelowa	Najważniejsze kryteria kwalifikacji
	powietrzne jest niemożliwe lub nieskuteczne.	budowa kości skroniowej, brak centralnych zaburzeń słuchu oraz realistyczne oczekiwania i motywacja. W jednostronnej głuchocie progi w lepszym uchu powinny wynosić nie więcej niż 20 dB HL dla 500 Hz, 1, 2 i 3 kHz. Wiek: co najmniej 5 lat według zaleceń FDA; w Europie bez wskazanego ograniczenia wiekowego.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie doniesień naukowych.

3.2 Aktualny stan finansowania w Polsce

3.2.1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia

Analizowane świadczenia gwarantowane określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.). Procedury medyczne (kody ICD-9 PL) charakteryzujące te świadczenia przedstawiono w załączniku 1 do raportu. Załącznik 2 zawiera wymagania dla zakresów otorynolaryngologii oraz audiologii i foniatrii, w tym dla dzieci, a także dodatkowe warunki realizacji świadczeń z zastosowaniem wszczepialnych protez słuchu.

Rozporządzenie przewiduje również realizację świadczenia w czasie nie dłuższym niż 12 godzin od przyjęcia pacjenta do szpitala, jeżeli pozwalają na to stan zdrowia pacjenta i sposób udzielania świadczenia. Zasady takiej realizacji doprecyzowało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2026 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2026 r. poz. 757). W ślad za tą zmianą Prezes NFZ wyodrębnił w katalogu grup odrębną listę 1ae, na którą przeniesiono m.in. grupy wymiany procesorów mowy (CU07G, CU07H i CU07I). Nazwy tych grup pozostały zbliżone do dotychczasowych, ponieważ dotyczą tych samych świadczeń. Zmiana dotyczy organizacji i rozliczania świadczeń, a nie ich zakresu.

3.2.2 Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Sposób rozliczania przedmiotowych świadczeń określa Zarządzenie 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. Wymagania dotyczące realizacji świadczeń, określone w Charakterystyce JGP, zawiera załącznik 3 do raportu.

W poniższej tabeli przedstawiono katalog jednorodnych grup pacjentów (JGP) objętych pracami wraz z odpowiadającą im wartością punktową.

Tabela 2 Katalog jednorodnych grup pacjentów (JGP)

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja/ hospitalizacja planowa/ leczenie jednego dnia w ramach pobytu dziennego w oddziale szpitalnym nieprzekraczającego 12 godzin
C05G	5.51.01.0003065	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych *	114 300	nd.
C05H	5.51.01.0003066	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych *	143 739	nd.
C06G	5.51.01.0003067	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego *	38 591	nd.
C06H	5.51.01.0003068	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu *	26 769	nd.
CU07G	5.51.02.0003001	Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu -AE *	38 323	38 323
CU07H	5.51.02.0003002	Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego - AE *	34 201	34 201
CU07I	5.51.02.0003003	Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne -AE *	12 255	12 255

** oznaczenie grup o charakterze zabiegowym*
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie załącznika nr 1a i 1ae do Zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z późn. zm.

Zmiany dotyczące świadczeń realizowanych w czasie nieprzekraczającym 12 godzin od przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitala wprowadzono Zarządzeniem nr 74/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2026 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne. W załączniku nr 1a – Katalog grup, wyodrębniona została lista 1ae, stanowiąca katalog JGP, które mogą być realizowane w czasie nieprzekraczającym 12 godzin od przyjęcia pacjenta do szpitala. Zmiana dotyczy kodów grup i produktów oraz wprowadzenia oznaczenia „AE" w nazwach grup. Zakres świadczeń w grupach przeniesionych do nowej listy nie uległ zmianie. Zmiana w katalogu JGP spowodowała zmianę kodów produktów rozliczeniowych. Zestawienie kodów grup oraz kodów produktów rozliczeniowych przed zmianą i po zmianie zawiera poniższa tabela.

Tabela 3 Zestawienie kodów grup oraz kodów produktów rozliczeniowych przed i po wprowadzeniu świadczeń realizowanych w czasie nieprzekraczającym 12 godzin od przyjęcia pacjenta do szpitala

Kod grupy		Kod produktu		Nazwa grupy	
Przed zmianą	Po zmianie	Przed zmianą	Po zmianie	Przed zmianą	Po zmianie
C07G	**CU07G**	5.51.01.0003069	**5.51.02.0003001**	Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu *	Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu -AE *
C07H	**CU07H**	5.51.01.0003070	**5.51.02.0003002**	Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego *	Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego -AE *
C07I	**CU07I**	5.51.01.0003071	**5.51.02.0003003**	Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne *	Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne -AE *

** oznaczenie grup o charakterze zabiegowym*
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie załącznika nr 1a do Zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ oraz Zarządzenia nr 74/2026/DSOZ Prezesa NFZ.

3.2.3 Współczynniki korygujące

Wartość świadczeń rozliczanych grupami może być korygowana współczynnikami określonymi w zarządzeniu Prezesa NFZ. W przypadku analizowanych świadczeń znaczenie mają trzy współczynniki: dla jednoczasowych zabiegów obustronnych u osób poniżej 18. roku życia, za skrócenie kolejki oraz dla świadczeń realizowanych w ryczałcie PSZ.

Pierwszy z nich dotyczy jednoczasowych zabiegów obustronnych na narządzie parzystym u dzieci, tj. osób poniżej 18. roku życia. Gdy świadczeniodawca wszczepia implanty po obu stronach podczas jednego zabiegu i rozlicza świadczenie grupą C05G, C05H, C06G lub C06H, wartość produktu rozliczeniowego jest mnożona przez 1,8. Współczynnik obejmuje całą wartość świadczenia, łącznie z kosztem implantów, który obecnie jest zawarty w taryfie grupy.

Drugi współczynnik, o wartości 1,01, premiuje skracanie kolejek. Może zostać zastosowany do hospitalizacji rozliczanych grupami C05G, C05H, C06G, C06H, CU07G, CU07H i CU07I. Muszą przy tym zostać spełnione dwa warunki w porównaniu z bezpośrednio poprzedzającym okresem sprawozdawczym: średni czas oczekiwania pacjentów w kategorii „przypadek stabilny" skrócił się o co najmniej 20%, a z listy oczekujących skreślono z powodu wykonania świadczenia więcej osób.

Trzeci współczynnik, o wartości 0,96, obowiązuje od 1 lipca 2026 r. Jego wprowadzenie zostało zarekomendowane w Rekomendacji nr 84/2026 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 9 czerwca 2026 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach prac nad Rekomendacją zostały przeanalizowane płatności za te same świadczenia realizowane w ryczałcie PSZ i poza nim. Analiza wykazała rozbieżności w wysokości tych płatności, dlatego wartość wybranych produktów rozliczeniowych realizowanych w ryczałcie PSZ, w celu wyrównania różnic, jest obniżana o 4%. W analizowanym obszarze dotyczy to wyłącznie grup C06G, C06H, CU07H i CU07I (w rekomendacji ujętych jeszcze

pod kodami C07H i C07I). Współczynnik nie obejmuje grup C05G, C05H ani CU07G. Propozycję zniesienia tego współczynnika w analizowanym obszarze przedstawiono w podrozdziale 4.4.

3.3 Analiza popytu i podaży

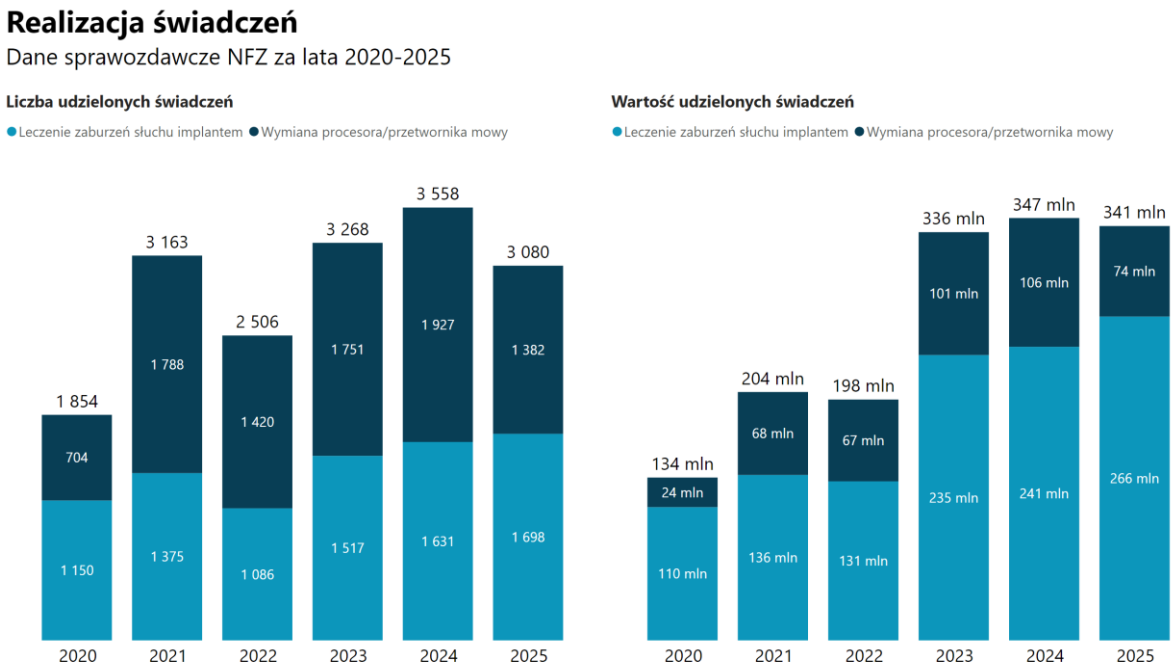
Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania na podaż świadczenia za pomocą jego wyceny, tak aby zaspokoić popyt.

Podstawowymi źródłami danych wykorzystanych w analizach były informacje Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące realizacji świadczeń w latach 2020–2025 oraz dane z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia i Centralnego Rejestru Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL).

3.3.1 Analiza podaży

Analizą objęto świadczenia leczenia zaburzeń słuchu za pomocą implantów i innych wszczepialnych protez słuchu oraz świadczenia wymiany przetwornika lub procesora mowy zrealizowane w latach 2020–2025.

Szczegółową analizę zmian w strukturze realizacji świadczeń przedstawiono na poniższym rysunku.



Rysunek 2 Realizacja świadczeń w latach 2020-2025 w podziale na leczenie zaburzeń słuchu implantem i wymianę procesora/przetwornika mowy

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za lata 2020–2025.

W latach 2020–2025 najmniejszą liczbę świadczeń odnotowano w 2020 r., co było związane z pandemią COVID-19. W tym roku świadczeniodawcy sprawozdali 1 854 świadczenia o wartości 134 mln zł, w tym 1 150 świadczeń leczenia zaburzeń słuchu implantem o wartości 110 mln zł oraz 704 świadczenia wymiany przetworników/procesorów mowy o wartości 24 mln zł.

Najwięcej świadczeń zrealizowano w 2024 r. – 3 558 świadczeń o wartości 347 mln zł, w tym 1 631 świadczeń leczenia zaburzeń słuchu implantami o wartości 241 mln zł oraz 1 927 świadczeń wymiany przetworników/procesorów mowy o wartości 106 mln zł.

W 2025 r. zrealizowano 3 080 świadczeń o wartości 341 mln zł. Liczba świadczeń leczenia zaburzeń słuchu implantem wzrosła do 1 698, czyli najwyższego poziomu w analizowanym okresie, a ich wartość do 266 mln zł. Jednocześnie liczba wymian przetworników/procesorów mowy spadła do 1 382, najniższej wartości od 2020 r., a ich wartość do 74 mln zł.

Leczenie zaburzeń słuchu implantem było rozliczane w ramach czterech jednorodnych grup pacjentów (poniższy rysunek). W każdym roku zdecydowaną większość stanowiły świadczenia z grupy C05G *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych** - od 74,92% w 2024 r. (1 222 z 1 631 świadczeń) do 82,60% w 2023 r. (1 253 z 1 517 świadczeń). Ich liczba wahała się od 820 w 2022 r. do 1 317 w 2025 r.

Świadczenia z zastosowaniem implantów ucha środkowego oraz innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu realizowano kilkukrotnie rzadziej niż świadczenia z zastosowaniem implantów ślimakowych. Liczba świadczeń rozliczonych w grupie C06G *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego** wykazywała tendencję wzrostową: w latach 2020–2023 wynosiła od 80 do 111 rocznie, w 2024 r. wzrosła do 218, a w 2025 r. osiągnęła 243. W grupie C06H *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu** po wzroście z 154 świadczeń w 2020 r. do 212 w 2021 r. odnotowano spadek ich liczby do 138 w 2025 r.

Implanty pniowe, rozliczane grupą C05H *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych**, wszczepiano sporadycznie (po jednym świadczeniu w 2020 r. i 2024 r. oraz dwa w 2021 r.; w pozostałych latach świadczenia w tej grupie nie były realizowane).

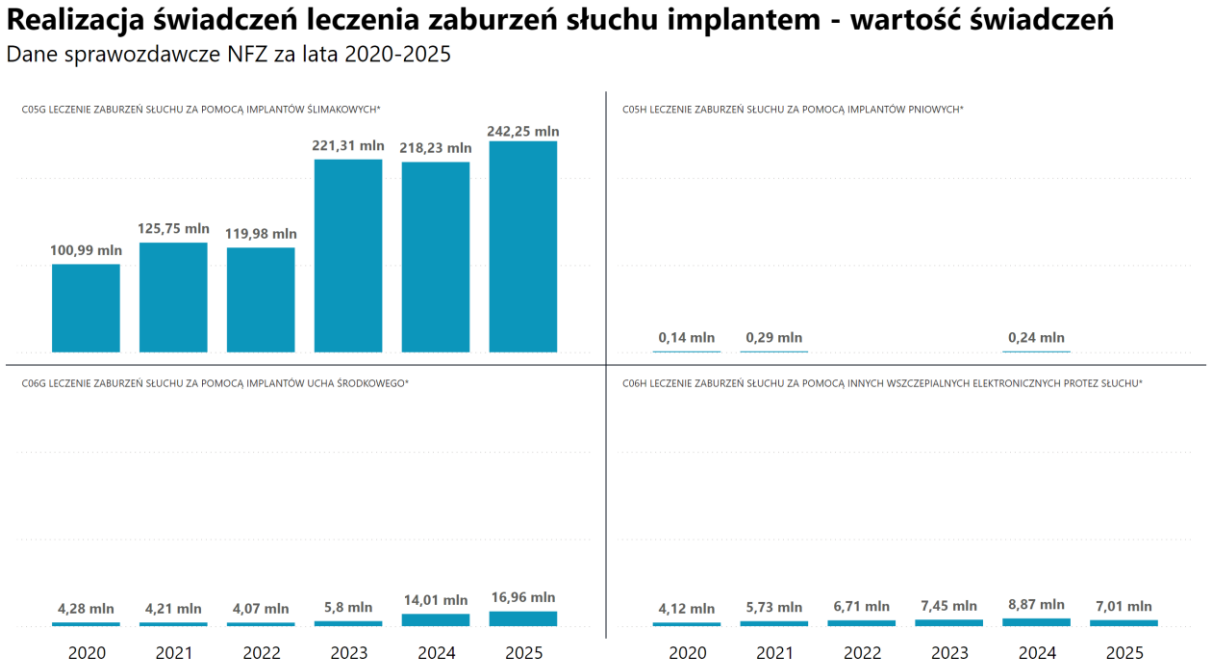
Realizacja świadczeń leczenia zaburzeń słuchu implantem - liczba produktów

Dane sprawozdawcze NFZ za lata 2020-2025



Rysunek 3 Liczba świadczeń leczenia zaburzeń słuchu zrealizowanych w latach 2020–2025.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za lata 2020–2025.

W 2025 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na leczenie zaburzeń słuchu implantami 266,22 mln zł. Zdecydowana większość tej kwoty, 242,25 mln zł (ok. 91%), przypadła na świadczenia z grupy C05G *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych**. Na świadczenia z grupy C06G *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego** NFZ wydał 16,96 mln zł, a na świadczenia z grupy C06H *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu** – 7,01 mln zł. W grupie C05H *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych** w 2025 r. nie zrealizowano żadnego świadczenia. W latach 2020–2025 wartość świadczeń z grupy C05G wzrosła ze 100,99 mln zł do 242,25 mln zł; największy przyrost nastąpił w 2023 r. (z 119,98 mln zł do 221,31 mln zł). Wartość świadczeń z grupy C06G wzrosła z 4,28 mln zł do 16,96 mln zł, głównie w latach 2024–2025.



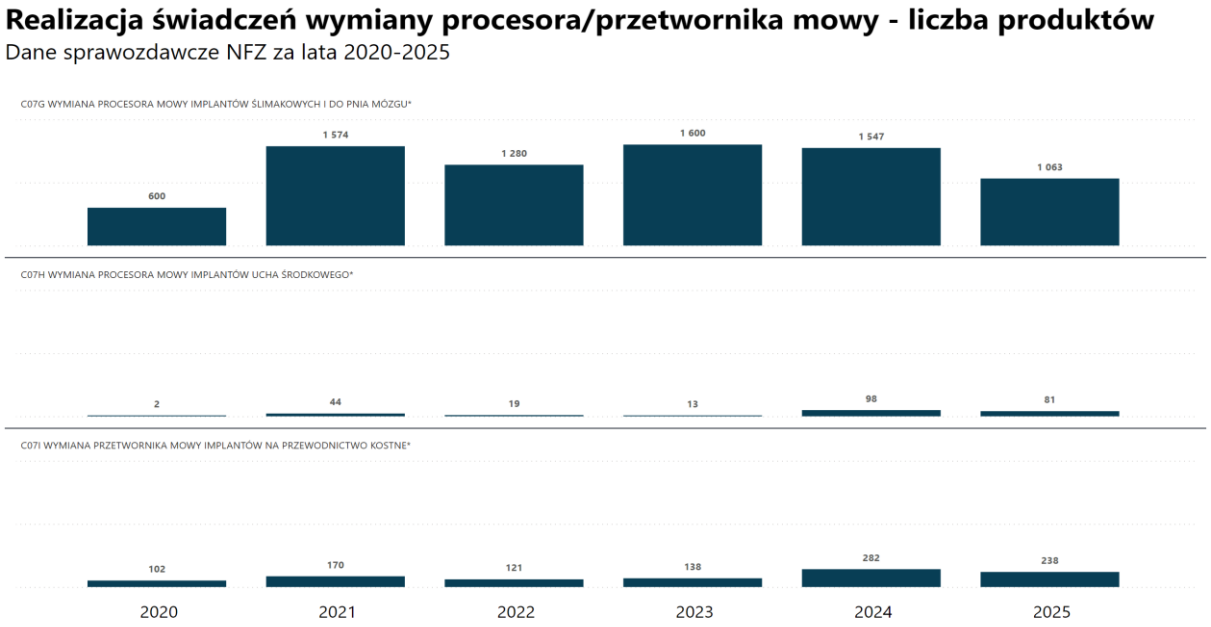
Rysunek 4 Wartość świadczeń leczenia zaburzeń słuchu, które zostały zrealizowane w latach 2020-2025.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za lata 2020–2025.

Analiza liczby świadczeń wymiany procesorów i przetworników mowy w latach 2020–2025 wskazuje na dominującą realizację świadczeń z grupy C07G *Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu**. Zdecydowanie mniej świadczeń realizowano w ramach grupy C07I *Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne**, a najrzadziej wykonywano świadczenia rozliczane grupą C07H *Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego** (poniższy rysunek). Oznacza to, że największa część realizowanych wymian dotyczyła pacjentów korzystających z implantów ślimakowych, które stanowią podstawową technologię leczenia głębokich zaburzeń słuchu.[9]

Najwięcej świadczeń rozliczonych grupą C07G *Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu** zrealizowano w 2023 r. (1 600 świadczeń). Od tego roku liczba tych świadczeń systematycznie spadała. Przy spadku realizacji grupy C07G nie obserwowano

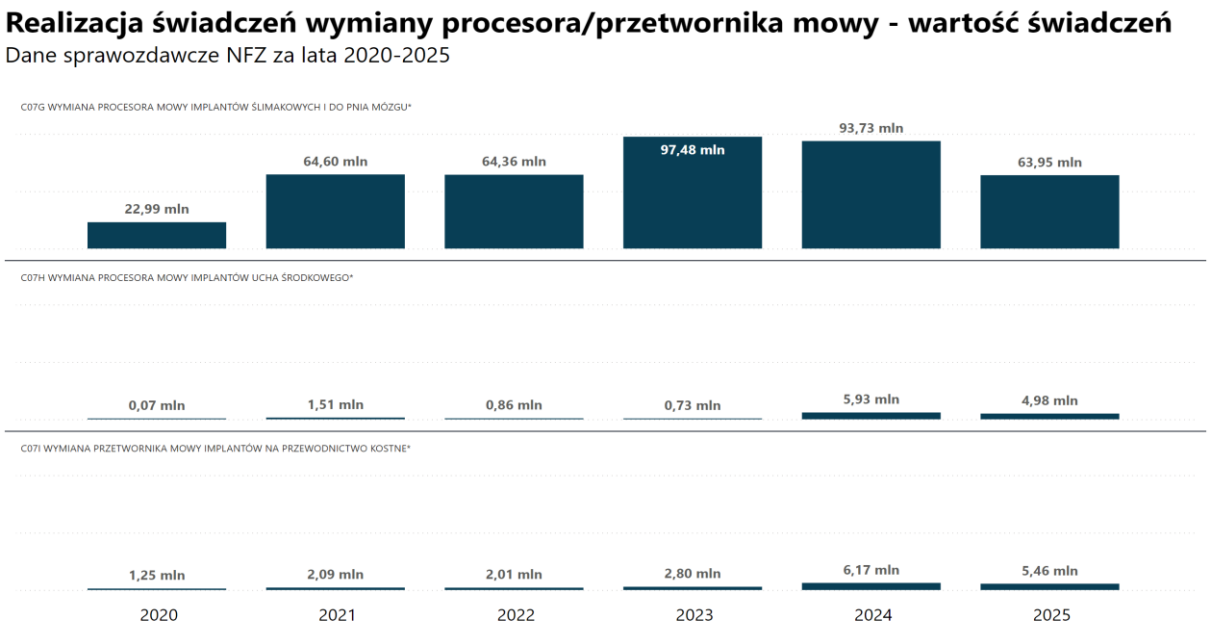
[9] Analiza podaży i popytu opiera się na funkcjonujących w danym okresie produktach rozliczeniowych, zatem nie uwzględnia zmian wprowadzonych Zarządzenie nr 74/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2026 r.

proporcjonalnego wzrostu realizacji grup C07H *Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego* oraz* C07I *Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne**. W grupie C07I najwięcej świadczeń zrealizowano w 2024 r. – 282 świadczenia, natomiast w 2025 r. liczba świadczeń w tej grupie spadła do 238. Również w przypadku grupy C07H najwięcej świadczeń odnotowano w 2024 r. (98 świadczeń), a w 2025 r. liczba ta zmniejszyła się do 81 świadczeń.



Rysunek 5 Liczba świadczeń wymiany procesorów/przetworników mowy, które zostały zrealizowane w latach 2020-2025

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za lata 2020–2025.

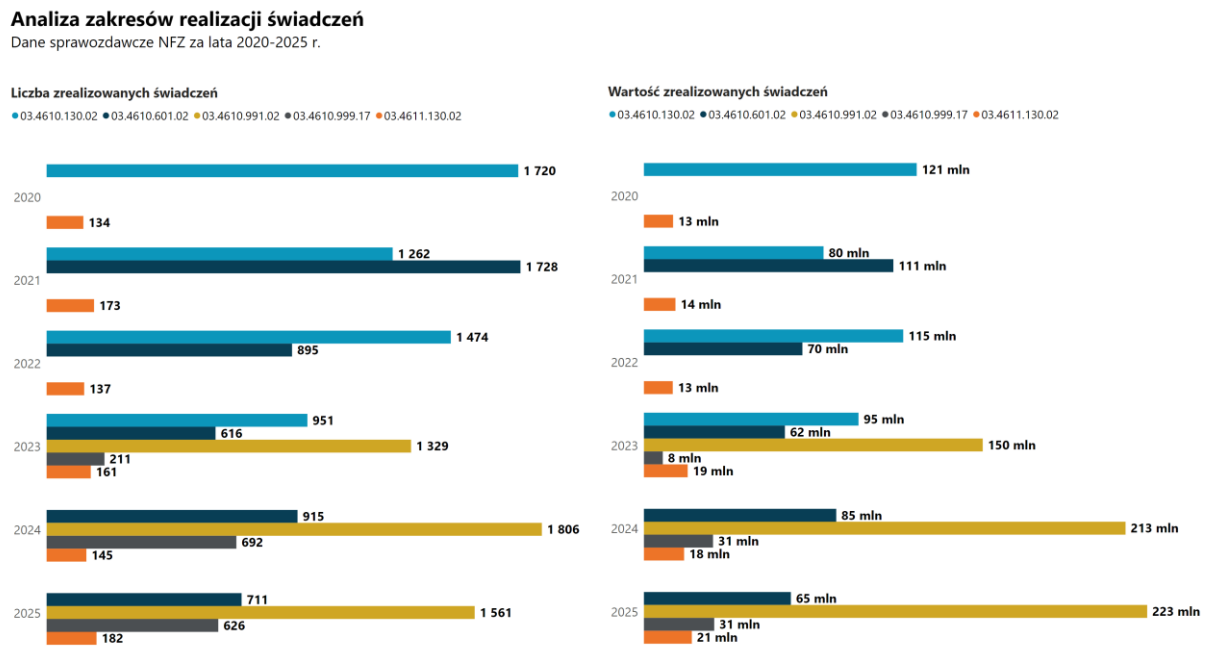


Rysunek 6 Wartość świadczeń wymiany procesorów/przetworników mowy, które zostały zrealizowane w latach 2020-2025.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za lata 2020–2025.

W latach 2020–2025 zmiany wartości świadczeń związanych z wymianą procesora/przetwornika mowy były co do kierunku zasadniczo zbieżne ze zmianami liczby zrealizowanych produktów. W grupie C07G *Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu** liczba zrealizowanych produktów wzrosła z 600 w 2020 r. do 1 600 w 2023 r., przy jednoczesnym wzroście wartości świadczeń z 22,99 mln zł do 97,48 mln zł. W kolejnych latach odnotowano spadek obu analizowanych wielkości – w 2025 r. zrealizowano 1 063 produkty o łącznej wartości 63,95 mln zł (powyższy rysunek).

Warto zauważyć, że wartość świadczeń rozliczanych grupami C07H *Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego** oraz C07I *Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne** w 2024 r. była zbliżona mimo znaczącej różnicy w liczbie zrealizowanych świadczeń: 282 świadczenia rozliczone grupą C07I o wartości 6,17 mln zł wobec 98 świadczeń rozliczonych grupą C07H o wartości 5,93 mln zł (powyższy rysunek)



Rysunek 7 Liczba i wartość zrealizowanych świadczeń w latach 2020-2025 w podziale na zakresy ich realizacji.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za lata 2020–2025.

W latach 2020-2025 obserwowano istotne zmiany w strukturze realizacji świadczeń otorynolaryngologicznych rozliczanych w grupach C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H i C07I. Zmiany te były związane z kolejnymi modyfikacjami struktury zakresów świadczeń oraz sposobu ich finansowania i sprawozdawania w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) (powyższy rysunek).

W latach 2020–2022 podstawowym zakresem realizacji analizowanych świadczeń był zakres **03.4610.130.02 – Otorynolaryngologia – hospitalizacja**. W 2020 r. sprawozdano w nim 1 720 świadczeń o wartości 121 mln zł. W 2021 r. wyodrębniono zakres **03.4610.601.02 – Otorynolaryngologia – hospitalizacja – świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia.** Rozliczono w nim 1 728 świadczeń o wartości 111 mln zł, a liczba świadczeń w zakresie 03.4610.130.02 zmniejszyła się do 1 262, o wartości 80 mln zł.

W 2022 r. liczba świadczeń w zakresie 03.4610.130.02 ponownie wzrosła, do 1 474, o wartości 115 mln zł. W zakresie 03.4610.601.02 zrealizowano 895 świadczeń o wartości 70 mln zł. W 2023

r. w obu zakresach liczba świadczeń spadła: do 951 (95 mln zł) w zakresie 03.4610.130.02 i do 616 (62 mln zł) w zakresie 03.4610.601.02.

W 2023 r. wyodrębniono zakres **03.4610.991.02 – Otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ)** obejmujący grupy C05G i C07G. Już w pierwszym roku stał się on największym zakresem realizacji: sprawozdano w nim 1 329 świadczeń o wartości 150 mln zł. W tym samym roku pojawił się również zakres 03.4610.999.17 – Otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia sprawozdawane w ryczałcie PSZ), w którym rozliczono 211 świadczeń o wartości 8 mln zł.

Od 2024 r. świadczenia przestały być rozliczane w zakresie 03.4610.130.02, a część z nich przejął zakres **03.4610.999.17 – Otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia sprawozdawane w ryczałcie PSZ)**. W 2024 r. w nowym zakresie rozliczono 692 świadczenia o wartości 31 mln zł w 2024 r. i 626 świadczeń o wartości 31 mln zł w 2025 r. Najwięcej świadczeń sprawozdawano w zakresie 03.4610.991.02: 1 806 o wartości 213 mln zł w 2024 r. i 1 561 o wartości 223 mln zł w 2025 r. W zakresie pediatrycznym 03.4610.601.02 zrealizowano odpowiednio 915 świadczeń (85 mln zł) i 711 świadczeń (65 mln zł).

Opisanym zmianom systemowym nie podlegał zakres **03.4611.130.02 – Otorynolaryngologia dziecięca – hospitalizacja – C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I**, w ramach którego rozliczono od 134 świadczeń o wartości 13 mln zł w 2020 r. do 182 świadczeń o wartości 21 mln zł w 2025 r.

Zakresy realizacji świadczeń zostały podzielone na grupy zakresów związanych z wykorzystaniem wyrobów kosztochłonnych[10]. W poniższej tabeli zawarto analizę średniej ceny punktu w każdej z grup, do których zostały zakwalifikowane zakresy realizacji taryfikowanych świadczeń.

Tabela 4 Liczba podmiotów i produktów (2025 r.) oraz średnia cena punktu od 1 lipca 2026 r. według grup zakresów i zakresów taryfikowanych świadczeń

Grupy zakresów i zakresy realizacji świadczeń	Liczba podmiotów	Liczba produktów	Średnia cena punktu
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	**17**	**893**	**1,40**
03.4610.601.02 – Otorynolaryngologia – hospitalizacja – świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia	11	711	1,37
03.4611.130.02 – Otorynolaryngologia dziecięca – hospitalizacja – C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I	7	182	1,50
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby	**17**	**1 561**	**1,68**
03.4610.991.02 – Otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ)	17	1 561	1,68
Ryczałt	**23**	**626**	**2,04**
03.4610.999.17 – Otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia sprawozdawane w ryczałcie PSZ)	23	626	2,04
Razem	**30**	**3 080**	**1,67**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za rok 2025.

[10] Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, *Aneks do raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą z dnia 26 maja 2022 r.*, opracowanie nr WT.5403.19.2022, Warszawa, 13 lipca 2022 r.

Zestawienie przedstawia zróżnicowanie średniej aktualnej ceny punktu rozliczeniowego według trzech kategorii finansowania analizowanych zakresów świadczeń. W kategorii „09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby" 17 podmiotów zrealizowało 893 produkty, a średnia cena punktu wyniosła 1,40 zł. Kategoria ta obejmuje zakres 03.4610.601.02, w którym 11 podmiotów zrealizowało 711 produktów przy średniej cenie punktu 1,37 zł, oraz zakres 03.4611.130.02, w którym 7 podmiotów zrealizowało 182 produkty przy średniej cenie punktu 1,50 zł.

Najwięcej produktów wykazano w kategorii „60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby", obejmującej zakres 03.4610.991.02. W 17 podmiotach zrealizowano w niej 1 561 produktów przy średniej cenie punktu 1,68 zł. W kategorii „Ryczałt", obejmującej zakres 03.4610.999.17, 23 podmioty zrealizowały 626 produktów, a średnia cena punktu wyniosła 2,04 zł, to najwyższa średnia cena punktu spośród trzech kategorii przedstawionych w zestawieniu.

Łącznie zestawienie obejmuje 30 podmiotów i 3 080 produktów, przy średniej aktualnej cenie punktu wynoszącej 1,67 zł. Liczby podmiotów w poszczególnych kategoriach i zakresach odpowiadają liczbie unikalnych obserwacji, ten sam świadczeniodawca może występować w więcej niż jednej pozycji.

Konsekwencją zróżnicowania ceny punktu jest znaczne zróżnicowanie kwoty refundacji w ramach poszczególnych jednorodnych grup pacjentów, co zostało przedstawione w poniższej tabeli.

Tabela 5 Zróżnicowanie aktualnej średniej ceny punktu i wartości refundacji dla poszczególnych taryfikowanych jednorodnych grup pacjentów

Nazwa grupy/ grupa zakresów	Liczba podmiotów	Liczba produktów	Średnia cena punktu [zł]	Wartość refundacji# [zł]
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych *	**21**	**1 317**	**1,60**	**184 612**
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	13	367	1,41	162 729
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby	16	950	1,68	193 066
C06G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego *	**15**	**243**	**1,92**	**74 000**
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	4	45	1,37	53 295
Ryczałt PSZ	14	198	2,04	78 705
C06H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu *	**19**	**138**	**2,03**	**54 340**
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	2	2	1,42	38 872
Ryczałt PSZ	18	136	2,04	54 568
C07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu*	**15**	**1 063**	**1,56**	**60 183**
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	12	452	1,39	53 801
60 - SZP - wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby	13	611	1,68	64 904
C07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego *	**2**	**81**	**1,95**	**66 814**
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	1	10	1,34	45 829
Ryczałt PSZ	2	71	2,04	69 770
C07I Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne *	**21**	**238**	**2,00**	**24 538**
09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby	4	17	1,47	18 308

Nazwa grupy/ grupa zakresów	Liczba podmiotów	Liczba produktów	Średnia cena punktu [zł]	Wartość refundacji# [zł]
Ryczałt PSZ	19	221	2,04	25 017
Razem	**30**	**3 080**	**1,67**	**111 637**

 # Wartość refundacji uwzględnia również współczynniki korygujące.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za rok 2025.

Szczególne znaczenie dla realizacji świadczeń mają różnice w aktualnej cenie punktu dotyczące grup C05G *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych** oraz C07G – *Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu**. Są to najczęściej realizowane grupy: w 2025 r. wykazano w nich odpowiednio 1 317 i 1 063 produkty, stanowiące łącznie 77,3% wszystkich produktów ujętych w zestawieniu.

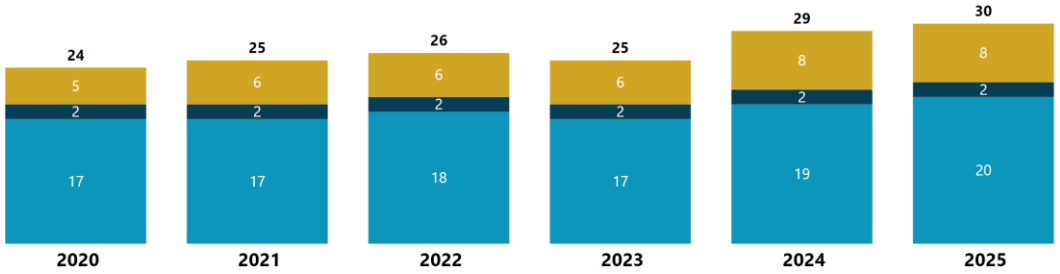
W grupie C05G średnia aktualna cena punktu wyniosła 1,41 zł w grupie zakresów „09 - SZP - zakresy zabiegowe - kosztowne wyroby" oraz 1,68 zł w grupie zakresów „60 - SZP – wydzielone z ryczałtu - kosztowne wyroby". Cena punktu w grupie zakresów 60 była zatem o 0,27 zł, tj. o 19,1%, wyższa niż w grupie zakresów 09. W grupie C07G różnica była większa: średnia cena punktu wyniosła odpowiednio 1,39 zł i 1,68 zł, co oznaczało cenę wyższą w grupie zakresów 60 o 0,29 zł, tj. o 20,9%. W obu grupach więcej produktów zrealizowano w grupie zakresów 60 – 950 w C05G i 611 w C07G, wobec odpowiednio 367 i 452 produktów w grupie zakresów 09. Ze względu na skalę realizacji tych grup zróżnicowanie ceny punktu dotyczy znacznej części analizowanych świadczeń.

Jeszcze większe względne różnice średniej aktualnej ceny punktu w obrębie jednej grupy wystąpiły w pozostałych grupach, realizowanych rzadziej niż C05G i C07G. W kategorii „Ryczałt" średnia cena punktu wyniosła 2,04 zł dla każdej z tych grup, natomiast w kategorii 09 była niższa i wyniosła: 1,37 zł dla C06G, 1,42 zł dla C06H, 1,34 zł dla C07H oraz 1,47 zł dla C07I. W porównaniu z kategorią 09 cena punktu w ryczałcie była wyższa odpowiednio o 48,9%, 43,7%, 52,2% i 38,8%. Największe zróżnicowanie odnotowano zatem w grupie C07H – różnica wyniosła 0,70 zł za punkt. Oznacza to, że średni poziom finansowania punktu rozliczeniowego w ramach tej samej grupy różnił się w zależności od kategorii finansowania, przy czym największe różnice względne nie dotyczyły grup o największej liczbie realizacji.

Takie zróżnicowanie cen może mieć wpływ na realizację świadczeń, a pośrednio również na liczbę ich realizatorów, która w latach 2020-2025 wzrosła o 6 podmiotów (z 24 podmiotów w 2020 r. do 30 podmiotów w 2025 r. (poniższy rysunek). Główną kategorią realizatorów były szpitale kliniczne, których liczba w analizowanym okresie wzrosła z 17 do 20 podmiotów. Przedmiotowe świadczenia udzielały również szpitale wojewódzkie: w 2020 r. było to 5 świadczeniodawców, a w 2025 r. – 8 podmiotów. W analizowanym okresie przedmiotowe świadczenia rozliczały także 2 szpitale powiatowe, gminne lub miejskie.

Realizatorzy świadczeń w podziale na kategorię szpitala

Dane sprawozdawcze NFZ za 2020-2025 r.



	Leczenie zaburzeń słuchu implantem			Wymiana procesora/przetwornika mowy		
	Liczba pacjentów	Liczba produktów	Wydatki NFZ	Liczba pacjentów	Liczba produktów	Wydatki NFZ
2020						
Kliniczny	1 057	1 062	103 901 316	648	658	23 570 128
Powiatowy, gminny, miejski	17	17	470 199	10	10	145 206
Wojewódzki	71	71	5 165 292	35	36	597 588
2021						
Kliniczny	1 300	1 311	132 863 609	1 536	1 676	64 811 171
Powiatowy, gminny, miejski	8	8	215 233	18	19	234 438
Wojewódzki	56	56	2 890 023	90	93	3 154 746
2022						
Kliniczny	970	984	120 588 649	1 311	1 335	64 420 740
Powiatowy, gminny, miejski	14	14	1 140 074	14	14	232 927
Wojewódzki	86	88	9 025 470	69	71	2 571 439
2023						
Kliniczny	1 343	1 363	213 778 266	1 606	1 653	97 591 933
Powiatowy, gminny, miejski	20	20	1 767 195	19	19	394 935
Wojewódzki	134	134	19 014 415	76	79	3 017 402
2024						
Kliniczny	1 437	1 464	220 112 043	1 763	1 803	101 300 707
Powiatowy, gminny, miejski	19	19	1 589 749	17	17	370 792
Wojewódzki	139	148	19 651 219	103	107	4 156 016
2025						
Kliniczny	1 499	1 520	242 437 582	1 212	1 233	67 937 735
Powiatowy, gminny, miejski	16	16	1 646 288	12	12	324 857
Wojewódzki	158	162	22 142 742	132	137	6 118 183

Rysunek 8 Realizatorzy świadczeń leczenia zaburzeń słuchu i wymiany procesora/przetwornika mowy w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za lata 2020–2025.

Analiza realizacji świadczeń w latach 2020–2025 wskazuje, że najwięcej świadczeń leczenia zaburzeń słuchu szpitale kliniczne zrealizowały w 2025 r. – 1 520 świadczeń o wartości 242,44 mln zł udzielono 1 499 pacjentom. Najwięcej świadczeń wymiany procesora lub przetwornika mowy podmioty kliniczne zrealizowały natomiast w 2024 r. – 1 803 świadczeń o wartości 101,30 mln zł udzielono 1 763 pacjentom.

Tabela 6 Analiza realizacji świadczeń przez pięciu głównych realizatorów w podziale na leczenie zaburzeń słuchu implantem i wymianę procesora w latach 2021–2025

Grupa świadczeń	2021		2022		2023		2024		2025	
	Liczba[a]	Udział[a]	Liczba[a]	Udział[a]	Liczba[a]	Udział[a]	Liczba[a]	Udział[a]	Liczba[a]	Udział[#]
INSTYTUT FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU										
Leczenie zaburzeń słuchu implantem	913	47%	636	44%	939	51%	1 041	49%	1 076	61%

Grupa świadczeń	2021		2022		2023		2024		2025	
	Liczba[a]	Udział[a]	Liczba[a]	Udział[a]	Liczba[a]	Udział[a]	Liczba[a]	Udział[a]	Liczba[a]	Udział[#]
Wymiana procesora/przetwornika mowy	1 031	53%	806	56%	890	49%	1 105	51%	692	39%
Łącznie	**1 944**		**1 442**		**1 829**		**2 146**		**1 768**	
SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY										
Leczenie zaburzeń słuchu implantem	10	63%	12	71%	13	6%	28	16%	49	45%
Wymiana procesora/przetwornika mowy	6	38%	5	29%	207	94%	143	84%	60	55%
Łącznie	**16**		**17**		**220**		**171**		**109**	
UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 1 IM. PROF. TADEUSZA SOKOŁOWSKIEGO PUM W SZCZECINIE										
Leczenie zaburzeń słuchu implantem	30	33%	26	17%	40	53%	48	61%	56	69%
Wymiana procesora/przetwornika mowy	62	67%	125	83%	36	47%	31	39%	25	31%
Łącznie	**92**		**151**		**76**		**79**		**81**	
UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W POZNANIU										
Leczenie zaburzeń słuchu implantem	115	27%	112	38%	100	29%	85	26%	62	33%
Wymiana procesora/przetwornika mowy	308	73%	184	62%	242	71%	246	74%	128	67%
Łącznie	**423**		**296**		**342**		**331**		**190**	
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO										
Leczenie zaburzeń słuchu implantem	52	30%	47	36%	44	31%	60	36%	49	24%
Wymiana procesora/przetwornika mowy	121	70%	83	64%	96	69%	108	64%	155	76%
Łącznie	**173**		**130**		**140**		**168**		**204**	

[a] Liczba świadczeń zrealizowanych w analizowanym roku; [#] Udział sprawozdanych świadczeń z analizowanej grupy świadczeń w ogóle zrealizowanych świadczeń w analizowanym roku.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za lata 2020–2025.

Powyższa tabela przedstawia realizację świadczeń przez pięciu głównych świadczeniodawców w podziale na leczenie zaburzeń słuchu implantem oraz wymianę procesora lub przetwornika mowy w latach 2021–2025. Dane wskazują na silną koncentrację realizacji świadczeń w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu, który w całym analizowanym okresie pozostawał głównym realizatorem obu grup świadczeń. W strukturze świadczeń tego podmiotu udział leczenia zaburzeń słuchu implantem i wymian procesorów lub przetworników mowy był w latach 2021–

2024 zbliżony, natomiast w 2025 r. wzrósł udział leczenia zaburzeń słuchu implantem, który wyniósł 61%.

Wśród pozostałych świadczeniodawców widoczne jest zróżnicowanie profilu realizowanych świadczeń. Największy udział wymian procesorów lub przetworników mowy odnotowano w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy, szczególnie w latach 2023–2024, kiedy świadczenia te stanowiły odpowiednio 94% i 84% wszystkich analizowanych świadczeń realizowanych przez ten podmiot. Z kolei największy udział leczenia zaburzeń słuchu implantem, poza Instytutem, wystąpił w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie. W latach 2024–2025 świadczenia te stanowiły odpowiednio 61% i 69% realizacji tego szpitala.

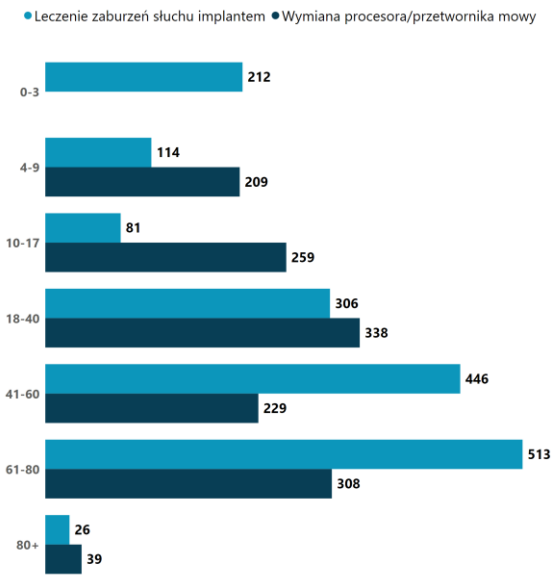
Dane wskazują więc na odmienne profile świadczeniodawców: część ośrodków koncentruje się przede wszystkim na wymianach procesorów lub przetworników mowy, natomiast inne w większym stopniu realizują świadczenia związane z leczeniem zaburzeń słuchu implantem. Jednocześnie Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu pozostaje ośrodkiem o największej skali realizacji i najbardziej kompleksowym zakresie analizowanych świadczeń.

Populację docelową taryfikowanych świadczeń w 2025 r. stanowili głównie pacjenci dorośli (poniższy rysunek), przy czym najwięcej świadczeń związanych z leczeniem niedosłuchu udzielono pacjentom w wieku od 61 do 80 lat (513 świadczeń). Najwięcej wymian przetworników lub procesorów mowy wykonano natomiast u osób w wieku 18–40 lat (338 świadczeń). Fakt ten prawdopodobnie wynika z kumulacji świadczeń udzielanych pacjentom, którym wszczepiono implant w dzieciństwie lub we wczesnej dorosłości.

W przypadku dzieci najwięcej zabiegów leczenia niedosłuchu świadczeniodawcy wykonali dla pacjentów do 3 r.ż. (212 świadczeń), a najmniej w grupie 10–17 lat (81 świadczeń).

Na podstawie danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia można przypuszczać, że pierwsze wymiany procesorów lub przetworników mowy następują po kilku latach od wszczepienia implantu. Pierwsze tego typu świadczenia odnotowano bowiem w populacji dzieci w wieku 4–9 lat, w której wykonano 209 wymian procesorów lub przetworników mowy. Liczba tych świadczeń rosła do grupy pacjentów w wieku 18–40 lat, po czym spadła do 229 wymian w grupie osób w wieku 41–60 lat, a następnie ponownie wzrosła do 308 w grupie wiekowej 61–80 lat.

Analiza wieku pacjentów
Dane sprawozdawcze NFZ za 2025 r.

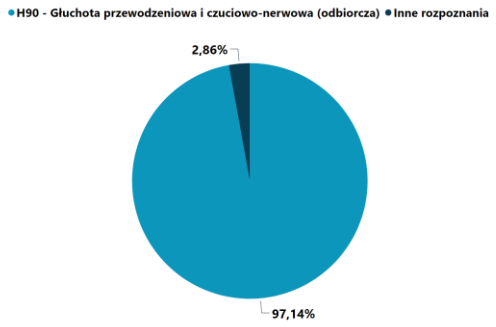


	Leczenie zaburzeń słuchu implantem	Wymiana procesora/przetwornika mowy	Suma
Dorośli	**1 291**	**914**	**2 205**
18-40	**306**	**338**	**644**
Kliniczny	286	312	**598**
Powiatowy, gminny, miejski	5		**5**
Wojewódzki	15	26	**41**
41-60	**446**	**229**	**675**
Kliniczny	423	205	**628**
Powiatowy, gminny, miejski	5	4	**9**
Wojewódzki	18	20	**38**
61-80	**513**	**308**	**821**
Kliniczny	474	272	**746**
Powiatowy, gminny, miejski	4	4	**8**
Wojewódzki	35	32	**67**
80+	**26**	**39**	**65**
Kliniczny	23	32	**55**
Powiatowy, gminny, miejski	2	4	**6**
Wojewódzki	1	3	**4**
Dzieci	**407**	**468**	**875**
0-3	**212**		**212**
Kliniczny	161		**161**
Wojewódzki	51		**51**
4-9	**114**	**209**	**323**
Kliniczny	84	185	**269**
Wojewódzki	30	24	**54**
10-17	**81**	**259**	**340**
Kliniczny	69	227	**296**
Wojewódzki	12	32	**44**
Suma	**1 698**	**1 382**	**3 080**

Rysunek 9 Liczba świadczeń udzielonych w 2025 r. w podziale na grupy wiekowe pacjentów oraz na kategorię szpitala.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za 2025 r.

We wszystkich grupach wiekowych dominowały szpitale kliniczne, co wynika z tego, że głównym realizatorem świadczeń jest Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu (powyższy rysunek). Świadczeń dla dzieci udzielały wyłącznie szpitale kliniczne i wojewódzkie. Szpitale powiatowe, gminne i miejskie udzieliły pojedynczych świadczeń wyłącznie pacjentom dorosłym: 16 świadczeń leczenia zaburzeń słuchu (po 5 w grupach 18–40 i 41–60 lat, 4 w grupie 61–80 lat i 2 powyżej 80 lat) oraz 12 wymian przetworników/procesorów mowy (po 4 w grupach 41–60 lat, 61–80 lat i powyżej 80 lat).

Analiza rozpoznań głównych pacjentów objętych leczeniem zaburzeń niedosłuchu i wymiany procesorów/przetworników mowy
Dane sprawozdawcze NFZ za 2025 r.



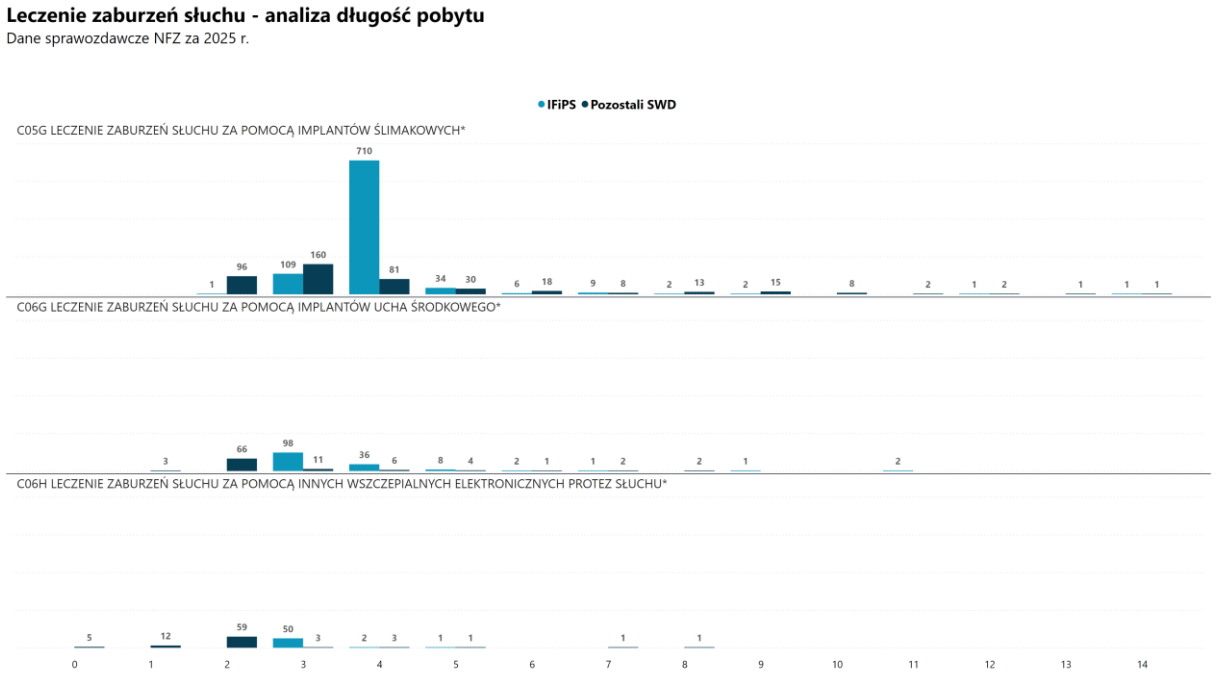
	H90 - Głuchota przewodzeniowa i czuciowo-nerwowa (odbiorcza)			Inne rozpoznania	
	Kliniczny	Powiatowy, gminny, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Wojewódzki
Dzieci	**715**		**143**	**11**	**6**
0-3	159		51	2	
4-9	265		51	4	3
10-17	291		41	5	3
Dorośli	**1 930**	**28**	**148**	**97**	**2**
80+	53	6	4	2	
18-40	569	5	41	29	
41-60	595	9	37	33	1
61-80	713	8	66	33	1
Suma	**2 645**	**28**	**291**	**108**	**8**

Rysunek 10 Liczba świadczeń udzielonych w 2025 r. w podziale na rozpoznanie główne oraz na kategorię szpitala.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za 2025 r.

U pacjentów objętych leczeniem zaburzeń słuchu, a następnie wymianą procesora lub przetwornika mowy, rozpoznawano głównie H90 – głuchotę przewodzeniową i czuciowo-nerwową (odbiorczą) (97,14%). Pozostałe 2,86% rozpoznań sprawozdano w szpitalach

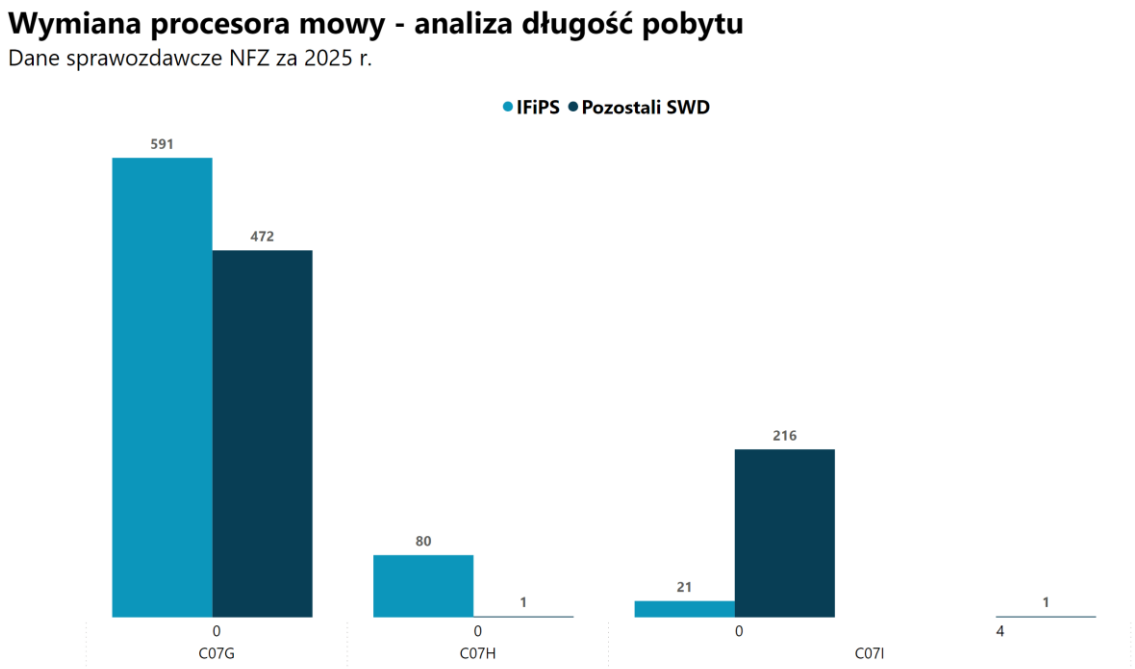
klinicznych oraz wojewódzkich. Taka struktura sprawozdawczości świadczy o względnie jednorodnej populacji docelowej wycenianych świadczeń.

Długość pobytu pacjentów rozliczonych w ramach grup związanych z leczeniem zaburzeń słuchu analizowano w podziale na pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz pacjentów pozostałych świadczeniodawców (poniższy rysunek). Dane wskazują, że pacjenci leczeni w Instytucie przebywali w szpitalu dłużej niż pacjenci pozostałych świadczeniodawców. W grupie C05G *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych** najczęstsza długość pobytu wynosiła 4 dni w Instytucie i 2 dni u pozostałych świadczeniodawców. W przypadku grup C06G *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantu ucha środkowego** oraz C06H *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu** pacjenci przebywali w Instytucie najczęściej do 3 dni, a w pozostałych szpitalach – do 2 dni. Według wyjaśnień przedstawiciela Instytutu dłuższe pobyty wiążą się z wykonywaniem badań diagnostycznych podczas hospitalizacji oraz dłuższą obserwacją pacjentów w celu ograniczenia ryzyka powikłań.



Rysunek 11 Analiza długości pobytu pacjentów w grupie leczenia zaburzeń słuchu w podziale na pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (IFiPS) i pacjentów pozostałych świadczeniodawców (SWD).
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za 2025 r.

Czas hospitalizacji pacjentów w grupach związanych z wymianą procesora lub przetwornika mowy w 2025 r. wynosił przeważnie 0 dni, zarówno w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu, jak i u pozostałych świadczeniodawców (poniższy rysunek). Brak istotnych różnic między IFiPS a pozostałymi świadczeniodawcami wskazuje na względnie jednorodny model organizacji tych świadczeń w analizowanej grupie podmiotów.



Rysunek 12 Analiza długości pobytu pacjentów, u których wykonano wymiany procesora/przetwornika mowy w podziale na pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (IFiPS) i pacjentów pozostałych świadczeniodawców (SWD).
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za 2025 r.

3.3.2 Analiza popytu na świadczenia i potencjał ich realizacji

Analiza popytu obejmuje ocenę dostępności świadczeń udzielanych na oddziałach otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej (w tym kolejki oczekujących) oraz potencjału systemu do ich realizacji. Dostępność świadczeń oceniono na podstawie danych dotyczących liczby podmiotów leczniczych, z uwzględnieniem liczby komórek organizacyjnych, liczby łóżek i kolejek oczekujących, natomiast potencjał ich realizacji określono na podstawie liczby lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej.

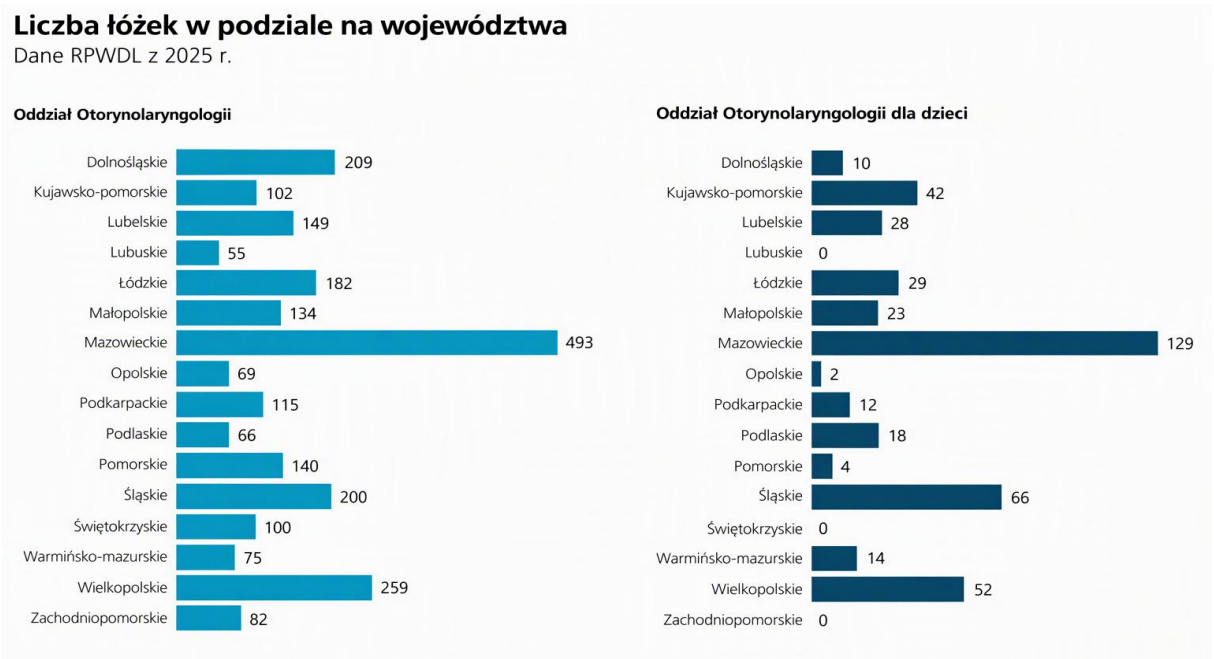
Podmioty medyczne

Analiza dostępności podmiotów medycznych posiadających w swojej strukturze oddziały otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej opiera się na danych z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia. Dalsza część rozdziału przedstawia rozmieszczenie podmiotów, komórek organizacyjnych i łóżek w poszczególnych województwach.

Poniższy rysunek przedstawia liczbę podmiotów i komórek organizacyjnych oddziałów otorynolaryngologii oraz otorynolaryngologii dziecięcej według województw w 2025 r. Województwo mazowieckie dysponowało największymi zasobami (46 oddziałów i 34 podmioty), natomiast województwo lubuskie – najmniejszym potencjałem (4 oddziały i 4 podmioty). W województwach lubuskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim nie funkcjonowały odrębne oddziały otorynolaryngologii dziecięcej, co wskazuje na regionalne zróżnicowanie dostępności zasobów. Oddziały otorynolaryngologii mogą jednak również udzielać świadczeń dzieciom.



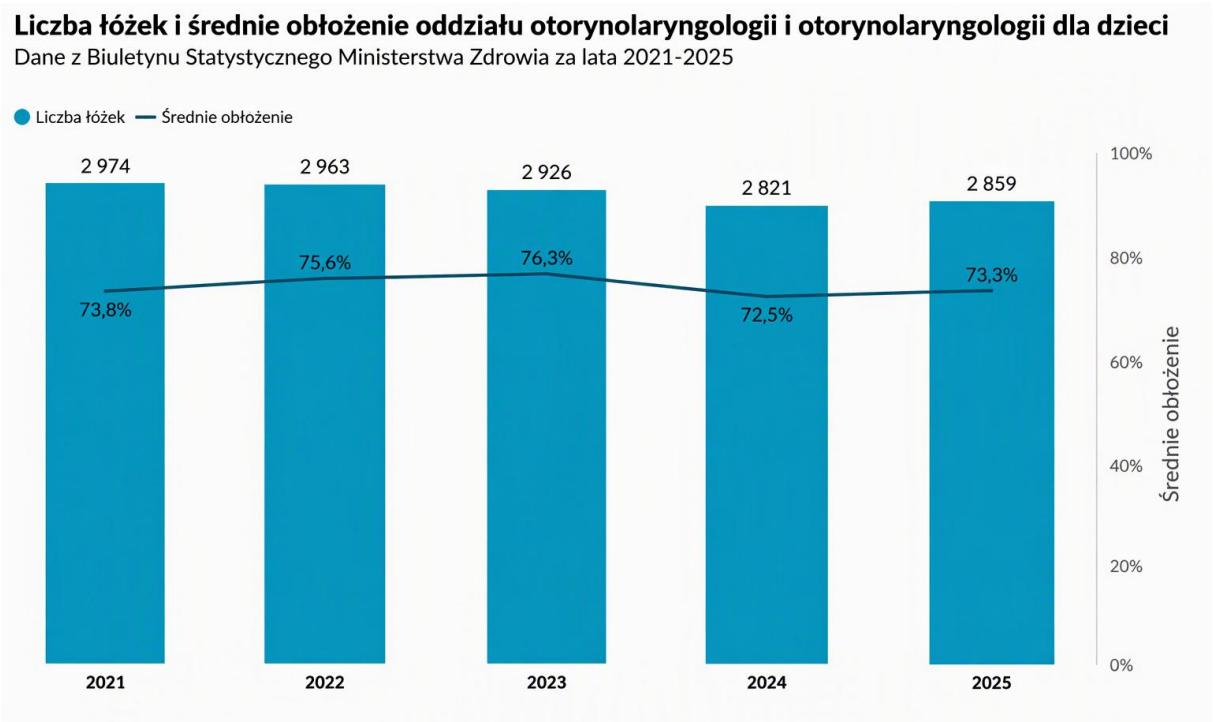
Rysunek 13 Zestawienie liczby podmiotów i komórek organizacyjnych oddziałów otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej według województw w 2025 r.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.



Rysunek 14 Zestawienie liczby łóżek na oddziałach otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej według województw w 2025 r.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Powyższy rysunek przedstawia liczbę łóżek według województw w 2025 r. Zobrazowane dane wskazują na terytorialne zróżnicowanie potencjału łóżkowego. Województwo mazowieckie dysponowało największą liczbą łóżek (łącznie 622, w tym 493 na oddziałach otorynolaryngologii i 129 na oddziałach otorynolaryngologii dziecięcej). Województwo lubuskie dysponowało najmniejszą liczbą łóżek (55 łóżek zlokalizowanych wyłącznie na oddziałach otorynolaryngologii).

Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia zawiera informacje o łącznej liczbie łóżek na oddziałach otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej oraz o ich średnim wykorzystaniu. Taki sposób agregacji danych pozwala jedynie na obserwację ogólnych tendencji, natomiast uniemożliwia ocenę zróżnicowania zasobów i wykorzystania łóżek między poszczególnymi oddziałami oraz identyfikację jednostek o szczególnie wysokim lub niskim poziomie wykorzystania infrastruktury łóżkowej. W latach 2021–2025 liczba łóżek na oddziałach otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej zmniejszyła się z 2 974 do 2 859. W 2024 r. osiągnęła najniższy poziom (2 821), a w 2025 r. nieznacznie wzrosła. Średnie wykorzystanie łóżek pozostawało względnie stabilne: najniższą wartość odnotowano w 2024 r. (72,5%), a najwyższą – w 2023 r. (76,3%). Dane wskazują na niewielkie ograniczenie zasobów łóżkowych przy umiarkowanych zmianach stopnia ich wykorzystania (poniższy rysunek).

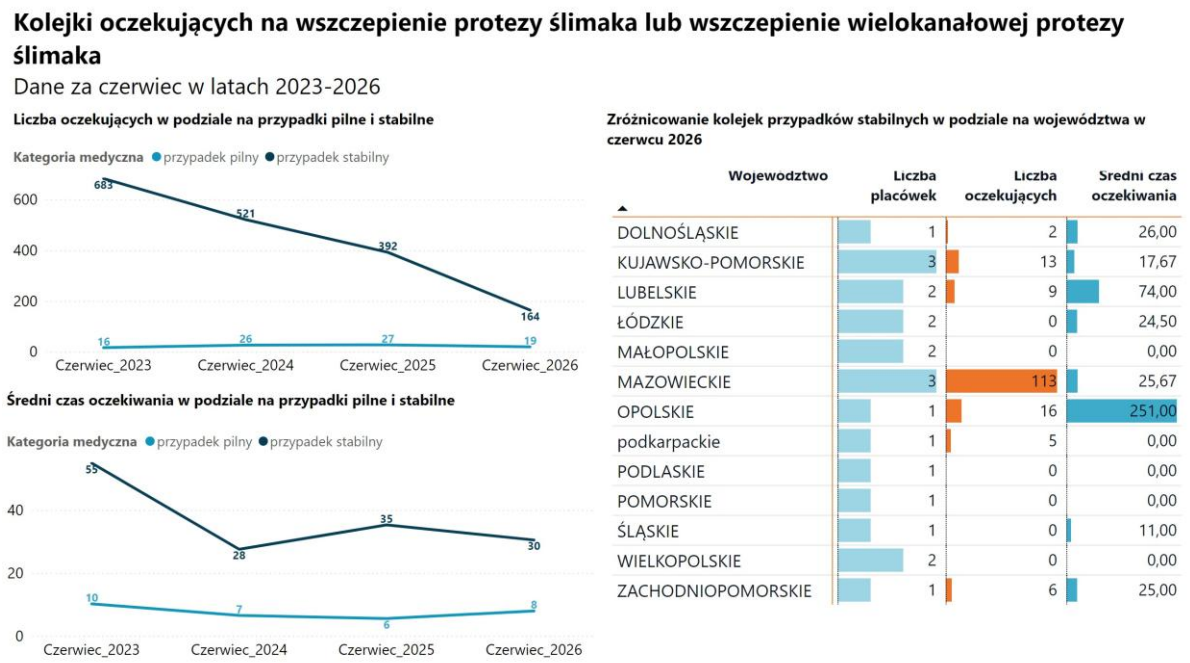


Rysunek 15 Zestawienie liczby łóżek i ich średniego wykorzystania na oddziałach otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej w latach 2021–2025.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia oraz danych Centrum e-Zdrowia.

Kolejki oczekujących

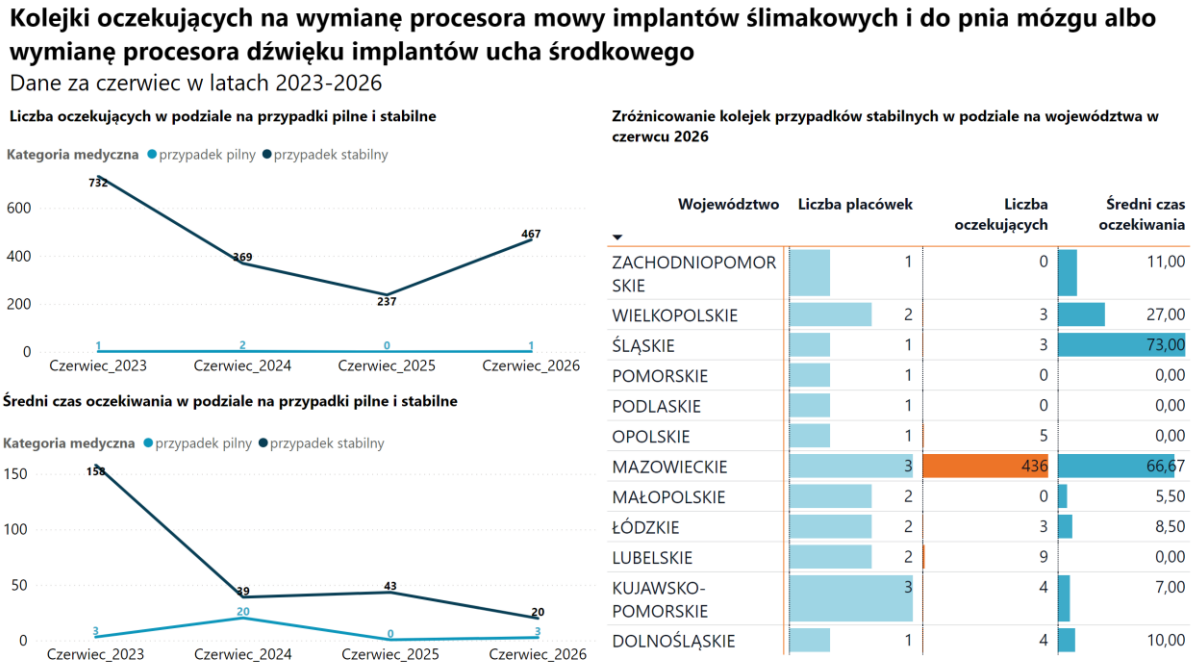
Analiza kolejek oczekujących opiera się na danych, które świadczeniodawcy przekazali Narodowemu Funduszowi Zdrowia dla oddziałów otorynolaryngologii oraz otorynolaryngologii dziecięcej. W ramach tych danych NFZ wyodrębnia kolejki do następujących grup świadczeń: „Wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka" oraz „Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego". W dalszej części raportu analizą zostały objęte wyłącznie wskazane grupy świadczeń oraz liczba osób oczekujących i średni czas oczekiwania na ich udzielenie.



Rysunek 16 Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na wszczepienie protezy ślimaka lub wielokanałowej protezy ślimaka – przypadki pilne i stabilne.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ.

W latach 2023–2026 liczba osób oczekujących na wszczepienie protezy ślimaka lub wielokanałowej protezy ślimaka oraz średni czas oczekiwania były niższe w trybie pilnym niż w trybie stabilnym. W czerwcu 2023 r. średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio 10 i 55 dni, a w czerwcu 2026 r. – 8 i 30 dni. Jednocześnie liczba przypadków stabilnych systematycznie malała – z 683 osób w czerwcu 2023 r. do 164 osób w czerwcu 2026 r.

Według danych za czerwiec 2026 r. świadczeniodawcy sprawozdali kolejki dla analizowanego świadczenia w 13 województwach. Najwięcej podmiotów wykazały województwa mazowieckie i kujawsko-pomorskie – po 3. Województwo mazowieckie odnotowało największą liczbę osób oczekujących – 113, natomiast województwo opolskie – najdłuższy średni czas oczekiwania, wynoszący 251 dni. W 6 województwach świadczeniodawcy nie wykazali osób oczekujących, a w 5 województwach średni czas oczekiwania wynosił 0 dni.



Rysunek 17 Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na wymianę procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo procesora dźwięku implantów ucha środkowego – przypadki pilne i stabilne.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ.

Dane z lat 2023–2026 wskazują na zróżnicowanie liczby osób oczekujących na wymianę procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo procesora dźwięku implantów ucha środkowego oraz średniego czasu oczekiwania. W trybie pilnym kolejki pozostawały niewielkie – w czerwcu 2026 r. oczekiwała 1 osoba, a średni czas oczekiwania wynosił 3 dni. W trybie stabilnym liczba osób oczekujących osiągnęła najwyższy poziom w czerwcu 2023 r. – 732 osoby. Następnie zmniejszyła się do 369 osób w 2024 r. i 237 osób w 2025 r., po czym w czerwcu 2026 r. wzrosła do 467 osób. Średni czas oczekiwania był najdłuższy w czerwcu 2023 r. – 158 dni, a najkrótszy w czerwcu 2026 r. – 20 dni.

Według danych za czerwiec 2026 r. liczba osób oczekujących na analizowane świadczenie oraz średni czas oczekiwania różniły się między województwami. Najwięcej podmiotów wykazały województwa mazowieckie i kujawsko-pomorskie – po 3. Województwo mazowieckie odnotowało największą liczbę osób oczekujących – 436, natomiast województwo śląskie – najdłuższy średni czas oczekiwania, wynoszący 73 dni.

Liczba lekarzy

Analiza objęła dane z Centralnego Rejestru Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) dotyczące liczby lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej w latach 2021–2025 (poniższa tabela). W każdym roku otorynolaryngolodzy stanowili ponad 93% łącznej liczby lekarzy obu specjalności, jednak ich udział stopniowo zmniejszał się – z 93,81% w 2021 r. do 93,26% w 2025 r. W tym okresie liczba otorynolaryngologów wzrosła z 3 365 do 3 445, a liczba otorynolaryngologów dziecięcych – z 222 do 249. Tym samym udział otorynolaryngologów dziecięcych zwiększył się z 6,19% do 6,74%. Dane wskazują na stopniowy wzrost liczby lekarzy w obu specjalnościach, przy utrzymującej się znacznej przewadze liczebnej otorynolaryngologów.

Tabela 7 Liczba lekarzy według wybranych specjalizacji w latach 2021–2025

Dziedzina	2021	2022	2023	2024	2025
Otorynolaryngologia	3 365	3 381	3 394	3 411	3 445
Otorynolaryngologia dziecięca	222	231	235	240	249

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NIL: Centralny Rejestr Lekarzy, Raport nr 4.

Poniższa tabela przedstawia liczbę lekarzy w wybranych specjalizacjach w 2025 r. oraz wskaźnik liczby lekarzy na 100 tys. osób we właściwej populacji. W przypadku otorynolaryngologii wskaźnik odnosi się do populacji osób dorosłych, a w przypadku otorynolaryngologii dziecięcej – do populacji dzieci. W 2025 r. otorynolaryngolodzy stanowili najliczniejszą grupę – 3 445 lekarzy, czyli 11 lekarzy na 100 tys. dorosłych mieszkańców. Liczba otorynolaryngologów dziecięcych wyniosła 249, czyli 4 lekarzy na 100 tys. dzieci. Wyniki wskazują na znacznie większy potencjał kadrowy w otorynolaryngologii niż w otorynolaryngologii dziecięcej, zarówno w ujęciu bezwzględnym, jak i w przeliczeniu na właściwą populację.

Tabela 8 Liczba lekarzy w podziale na wybrane specjalizacje w 2025 r

Dziedzina	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. osób we właściwej populacji
Otorynolaryngologia	3 445	11
Otorynolaryngologia dziecięca	249	4

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NIL: Centralny Rejestr Lekarzy, Raport nr 4, oraz danych Głównego Urzędu Statystycznego dotyczących liczby mieszkańców.

3.3.3 Podsumowanie analizy podaży i popytu

Analiza podaży i popytu wskazuje na stopniowy wzrost liczby oraz wartości świadczeń związanych z leczeniem zaburzeń słuchu za pomocą implantów i innych wszczepialnych protez słuchu, przy jednoczesnym zróżnicowaniu ich dostępności terytorialnej. W latach 2020–2025 liczba realizatorów wzrosła z 24 do 30 podmiotów, jednak udzielanie świadczeń nadal koncentrowało się przede wszystkim w szpitalach klinicznych, zwłaszcza w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu. Najczęściej realizowano świadczenia leczenia z wykorzystaniem implantów ślimakowych oraz wymiany procesorów mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu.

Dostępność infrastruktury wykazywała znaczne różnice regionalne. Największą liczbą podmiotów, oddziałów i łóżek dysponowało województwo mazowieckie, natomiast najmniejszym potencjałem – województwo lubuskie. W latach 2021–2025 łączna liczba łóżek na oddziałach otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej nieznacznie się zmniejszyła, przy względnie stabilnym poziomie ich wykorzystania. Ocenę potencjału infrastrukturalnego ogranicza jednak zagregowany charakter dostępnych danych, który nie pozwala na analizę zasobów i wykorzystania łóżek w poszczególnych oddziałach.

Dane o kolejkach wskazują na częściową poprawę dostępności świadczeń. W latach 2023–2026 zmniejszyły się liczba osób oczekujących w trybie stabilnym i średni czas oczekiwania na wszczepienie protezy ślimaka. Skrócił się także czas oczekiwania na wymianę procesora lub przetwornika mowy, choć w czerwcu 2026 r. liczba oczekujących wzrosła. Widoczne jest również regionalne zróżnicowanie dostępności świadczeń.

W latach 2021–2025 wzrosła liczba otorynolaryngologów (z 3 365 do 3 445) i otorynolaryngologów dziecięcych (z 222 do 249). Specjaliści otorynolaryngologii dziecięcej nadal stanowili niewielką

część lekarzy obu specjalności. W 2025 r. na 100 tys. osób we właściwej populacji przypadało 11 otorynolaryngologów i 4 otorynolaryngologów dziecięcych.

Łącznie wyniki wskazują, że system posiada rosnący potencjał realizacji analizowanych świadczeń, jednak dostępność pozostaje nierównomierna terytorialnie i w znacznym stopniu zależna od wyspecjalizowanych ośrodków klinicznych.

3.4 Stan finansowania w innych krajach

Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu jest w większości krajów europejskich finansowane ze środków publicznych. Systemy różnią się jednak zakresem świadczenia objętego taryfą, sposobem rozliczania wyrobu i jego wymiany oraz zasadami kwalifikacji pacjentów. Poniżej przedstawiono rozwiązania stosowane w Niemczech, Anglii i Czechach, odrębnie dla wszczepienia implantu i dla wymiany procesora.

Niemcy

W Niemczech finansowanie leczenia szpitalnego jest wyraźnie oddzielone od opieki ambulatoryjnej, co widać w sposobie rozliczania kolejnych etapów leczenia.

Wszczepienie implantu ślimakowego jest rozliczane w niemieckim systemie jednorodnych grup pacjentów (aG-DRG). Jednostronna implantacja trafia do grupy D01B, zaliczanej do grup o wysokim udziale kosztów materiałowych. Ryczałt obejmuje zarówno zabieg, jak i koszt wszczepianego systemu. Kwota należna szpitalowi jest iloczynem wagi grupy i stawki bazowej; odrębnie doliczany jest komponent opieki pielęgniarskiej, a także korekty związane z długością pobytu i przeniesieniem pacjenta. Aktywne implanty ucha środkowego są rozliczane grupą D23Z, która nie ma wyceny w katalogu – wynagrodzenie ustalają indywidualnie szpital i kasy chorych. Nowe lub szczególnie kosztowne technologie mogą być czasowo finansowane dodatkowo w ramach mechanizmu NUB (*Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*), w którym szpital negocjuje z kasami chorych dopłatę za technologie jeszcze niewystarczająco uwzględnione w taryfie.

Tabela 9 Wycena grupy D01B Implantacja ślimakowa, jednostronna w systemie aG-DRG w 2026 r.

Kod i nazwa grupy	Waga	Średnia długość pobytu [dni]	Dolna granica pobytu [dni] / waga za dzień poniżej	Górna granica pobytu [dni] / waga za dzień powyżej	Waga opieki pielęgniarskiej na dzień	Wycena [zł]
D01B Implantacja ślimakowa, jednostronna	5,793	3,9	1 / 0,264	7 / 0,135	0,7182	121 102,28

Dolna granica – pierwszy dzień pobytu, od którego ryczałt jest obniżany; górna granica – pierwszy dzień, od którego przysługuje dopłata dzienna. Wycenę przeliczono po średnim kursie NBP z 20.11.2026 r. (1 EUR = 4,4559 zł), przy stawce bazowej 4 570,64 EUR oraz stawce za opiekę pielęgniarską 250 EUR z uwzględnieniem średniej długości pobytu. Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie katalogu aG-DRG 2026 (Fallpauschalen-Katalog, InEK).

Wymiana procesora mowy nie jest traktowana jako ponowna implantacja ani jako hospitalizacja. Procesor finansuje się jako zaopatrzenie pacjenta w wyrób medyczny i nie ma dla niego jednej ogólnokrajowej taryfy. Szpital lub poradnia przykliniczna składa wniosek do kasy chorych, a kasa rozlicza zakup na podstawie umów z dostawcami albo kwot referencyjnych. Programowanie i dopasowanie procesora odbywa się ambulatoryjnie.

Anglia

W Anglii implantacja ślimakowa u dzieci i dorosłych jest świadczeniem specjalistycznym realizowanym według krajowej specyfikacji NHS England.

Wszczepienie implantu ślimakowego rozlicza się grupami HRG: CA42Z (implant jednostronny) i CA41Z (implanty obustronne). Implanty są kupowane centralnie przez NHS Supply Chain po cenach negocjowanych na poziomie krajowym.

Tabela 10 Taryfy HRG dla wszczepienia implantów ślimakowych w NHS England (2026/27)

Kod i nazwa grupy	Taryfa – hospitalizacja planowa [zł]	Limit dni – hospitalizacja planowa	Taryfa – tryb nagły [zł]	Limit dni – tryb nagły	Dopłata za każdy dzień ponad limit [zł]
CA41Z Obustronne implanty ślimakowe	250 893,37	5	316 692,48	5	2 570,24
CA42Z Jednostronny implant ślimakowy	151 856,79	5	191 682,15	74	1 899,74

Taryfy przeliczono po średnim kursie NBP z 20.11.2026 r. (1 GBP = 5,3214 zł).
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie 2026/27 NHS Payment Scheme, Annex A.

Wymiana lub modernizacja zewnętrznego procesora należy do opieki długoterminowej po implantacji. Specyfikacja przewiduje naprawy i wymianę elementów zewnętrznych w razie potrzeby, a także udostępnienie nowszego procesora, jeżeli jest to klinicznie uzasadnione, średnio co pięć lat. Procesor jest udostępniany pacjentowi do długotrwałego użytkowania i nie staje się jego własnością. Zasady postępowania w razie zgubienia określa ośrodek, określa ośrodek, który może na przykład naliczyć opłatę administracyjną pacjentom od 19. roku życia.

Czechy

W Czechach hospitalizacja jest rozliczana w systemie CZ-DRG, a kosztowne wyroby medyczne – odrębnie, według ścisłych zasad.

Wszczepienie implantu jest klasyfikowane w CZ-DRG w bazie 03-I02 Wszczepienie implantu ucha, obejmującej cztery grupy:

- 03-I02-01 – obustronny implant ślimakowy,
- 03-I02-02 – jednostronny implant ślimakowy,
- 03-I02-03 – aktywny implant ucha środkowego,
- 03-I02-04 – implant na bezpośrednie przewodnictwo kostne.

Hospitalizacja i zabieg są finansowane w ramach CZ-DRG, a implant rozlicza się odrębnie, jako kosztowny wyrób medyczny, do limitu wynikającego z zasad ubezpieczenia i umowy świadczeniodawcy z kasą chorych. Finansowanie pobytu i zabiegu jest więc oddzielone od finansowania systemu implantacyjnego.

Wymiana procesora mowy odbywa się ambulatoryjnie, na zlecenie lekarza ośrodka implantacyjnego, a procesor jest finansowany jako odrębny wyrób medyczny. Dla procesorów implantów ślimakowych przewidziano dwa poziomy refundacji: dla aktywnych użytkowników, korzystających z urządzenia przez cały dzień i dla użytkowników mniej aktywnych. O kategorii decyduje lekarz ośrodka na podstawie przebiegu i wyników rehabilitacji. Jeżeli wybrany przez pacjenta procesor kosztuje więcej niż limit refundacji, pacjent dopłaca różnicę. Standardowy okres użytkowania procesora wynosi 7 lat u pacjentów implantowanych po 1 grudnia 2019 r., a 10 lat w przypadku systemów wszczepionych wcześniej. Wniosek trafia do ubezpieczyciela za

pośrednictwem ośrodka implantacyjnego, po jego akceptacji ośrodek zamawia procesor, programuje go i przekazuje pacjentowi.

Podsumowanie

Przedstawionych kwot nie należy porównywać wprost z taryfami krajowymi – systemy różnią się zakresem świadczenia objętego taryfą, sposobem finansowania wyrobów, poziomem cen i parytetem siły nabywczej**. W Czechach i Anglii koszt wyrobu jest finansowany odrębnie od pobytu, a w Niemczech uwzględniono go w ryczałcie grupy o wysokim udziale kosztów materiałowych.** Wymiana procesora jest wszędzie finansowana jako zaopatrzenie w wyrób medyczny, a nie jako hospitalizacja. Implant w Czechach jest rozliczany poza ryczałtem za pobyt i zabieg, a w Niemczech – w ryczałcie grupy o wysokim udziale kosztów materiałowych, z możliwością dodatkowego finansowania nowych technologii.

3.5 Cenniki komercyjne

Świadczenia związane z leczeniem zaburzeń słuchu należą w Polsce do świadczeń wysokospecjalistycznych, finansowanych przede wszystkim ze środków publicznych. Rynek świadczeń komercyjnych w tym obszarze pozostaje ograniczony, a podmioty realizujące procedury rzadko publikują szczegółowe cenniki. Na dzień publikacji raportu analiza objęła trzy ceny komercyjne wszczepienia implantu słuchowego, pochodzące od jednego świadczeniodawcy. Zebrane dane wskazują, że cena wszczepienia implantu słuchowego, bez kosztu wyrobu medycznego, wynosi od 20 do 40 tys. zł.[11] Dostępne źródła nie zawierały cen komercyjnych wymiany elektronicznych protez słuchu.

Ze względu na wskazane ograniczenia zgromadzone ceny komercyjne stanowią jedynie orientacyjny punkt odniesienia dla wyników prac taryfikacyjnych.

[11] Źródło: https://bip.copernicus.gda.pl/index.php?id=489, data dostępu 02.09.2026 r.

4 Projekt taryfy

W rozdziale przedstawiono założenia procesu taryfikacji, zakres wykorzystanych danych oraz wyniki analiz stanowiących podstawę opracowania projektu taryfy świadczeń leczenia zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu i wymiany przetworników/procesorów mowy.

Kolejne części rozdziału obejmują charakterystykę źródeł danych, opis metod analitycznych i kalkulacji poszczególnych składowych kosztów, proponowany podział świadczeń oraz zasady odrębnego finansowania wyrobów wysokokosztowych. Wyniki analiz stanowią podstawę przedstawionej w dalszej części propozycji taryfy.

4.1 Pozyskanie danych

Podstawę prac stanowiły dane finansowo-księgowe (FK) i medyczno-kosztowe przekazane przez świadczeniodawców, dane o wynagrodzeniach personelu, wewnętrzne cenniki procedur medycznych, informacje o komercyjnych cenach wysokokosztowych wyrobów medycznych oraz opisy przebiegu świadczeń opracowane we współpracy z ekspertami klinicznymi. Źródła, zakres i liczebność danych omówiono w kolejnych podrozdziałach.

Uzupełniająco, poza postępowaniami opisanymi w kolejnych podrozdziałach, Agencja zwróciła się do:

- ośmiu głównych realizatorów analizowanych grup o przekazanie danych dotyczących kosztów realizacji świadczeń od 1 lipca 2025 r. do 30 czerwca 2026 r. w formie WKK, tj. formularza własnej kalkulacji kosztów;
- producentów, dystrybutorów i izb przedsiębiorców o przekazanie aktualnych cen wyrobów medycznych wykorzystywanych podczas realizacji analizowanych świadczeń gwarantowanych.

Współpraca z ekspertami klinicznymi obejmowała opisy przebiegu realizacji świadczeń, a w przypadku grupy C05H, dla której nie pozyskano danych medyczno-kosztowych, również założenia niezbędne do oszacowania wszystkich składowych kosztu świadczenia.

4.1.1 Dane finansowo-księgowe

Dane finansowo-księgowe za lata 2023–2024 wykorzystano do oceny struktury kosztów funkcjonowania świadczeniodawców oraz oszacowania kosztu osobodnia pobytu i wykorzystania infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz gabinetu zabiegowego zlokalizowanego w oddziale. Pozyskano je w ramach następujących postępowań:

- 76 – Rehabilitacja lecznicza (za 2023 rok),
- 77 – Choroby naczyń (JGP – sekcja Q) (za 2023 rok),
- 83 – Dane finansowo-księgowe za 2024 rok.

W poniższej tabeli zestawiono liczbę ośrodków powstawania kosztów (OPK), dla których pozyskano dane finansowo-księgowe, w podziale na rodzaje OPK i kategorie szpitali. Zbiór obejmował 1 295 OPK, w tym najwięcej ze szpitali powiatowych, gminnych i miejskich (492 OPK) oraz wojewódzkich (374 OPK). Do kalkulacji kosztu osobodnia nie włączono jednak danych pochodzących ze szpitali niepubliczne oraz szpitali z kategorii „Inny (MSWiA, wojskowy)”, które

nie realizowały analizowanych świadczeń w 2025 r. Pozyskane dane dotyczące oddziałów otorynolaryngologicznych obejmowały:

- 66 OPK oddziałów otorynolaryngologii (kod resortowy 4610);
- 16 OPK oddziałów otorynolaryngologii dziecięcej (kod resortowy 4611).

Tabela 11 Liczba ośrodków powstawania kosztów, dla których pozyskano dane od świadczeniodawców

Kod resortowy	Kategoria szpitala					Razem
	Powiatowy, gminny, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Niepubliczny	Inny (MSWiA, wojskowy)	
Oddział otorynolaryngologii (4610)	20	27	10	5	4	66
Oddział otorynolaryngologii dla dzieci (4611)	1	6	9	0	0	16
Blok operacyjny	358	276	183	91	30	938
Dział Anestezjologii	113	65	47	38	12	275
Razem	**492**	**374**	**249**	**134**	**46**	**1 295**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

4.1.2 Dane medyczno-kosztowe

Szczegółowe dane medyczno-kosztowe pozyskano w ramach postępowania nr 84. obejmującego, między innymi, świadczenia z obszaru chorób twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu (sekcja C JGP). W zakresie objętym niniejszym raportem wykorzystano dane dotyczące świadczeń z wysokim udziałem kosztownych wyrobów, zrealizowanych od 1 stycznia do 31 grudnia 2023 r. i rozliczanych następującymi produktami:

- 5.51.01.0003065 – *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych**,
- 5.51.01.0003066 – *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych**,
- 5.51.01.0003067 – *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego**,
- 5.51.01.0003068 – *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu**,
- 5.51.01.0003069 – *Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu**,
- 5.51.01.0003070 – *Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego**,
- 5.51.01.0003071 – *Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne**.

W procesie taryfikacji Agencja wykorzystała szczegółowe dane medyczno-kosztowe dotyczące 209 hospitalizacji z 6 JGP, zrealizowanych w 2023 r., przekazane przez 18 świadczeniodawców w ramach postępowania nr 84. Liczebność pozyskanej próby odpowiadała 6,79% liczby analizowanych świadczeń zrealizowanych w 2025 r. Podmioty, które przekazały dane, stanowiły 60,00% świadczeniodawców realizujących analizowane świadczenia w 2025 r. Szczegółowy wykaz świadczeniodawców uwzględnionych w analizach przedstawiono w załączniku nr 4.

Tabela 12 Liczebność próby danych medyczno-kosztowych pozyskanych w ramach postępowania nr 84 w odniesieniu do realizacji świadczeń w 2025 r

Kod i nazwa JGP	Kategoria szpitala	Liczba świadczeń		Udział próby w realizacji 2025
		Próba	Realizacja 2025	
	1 – gminny, powiatowy, miejski	0	5	0,00%

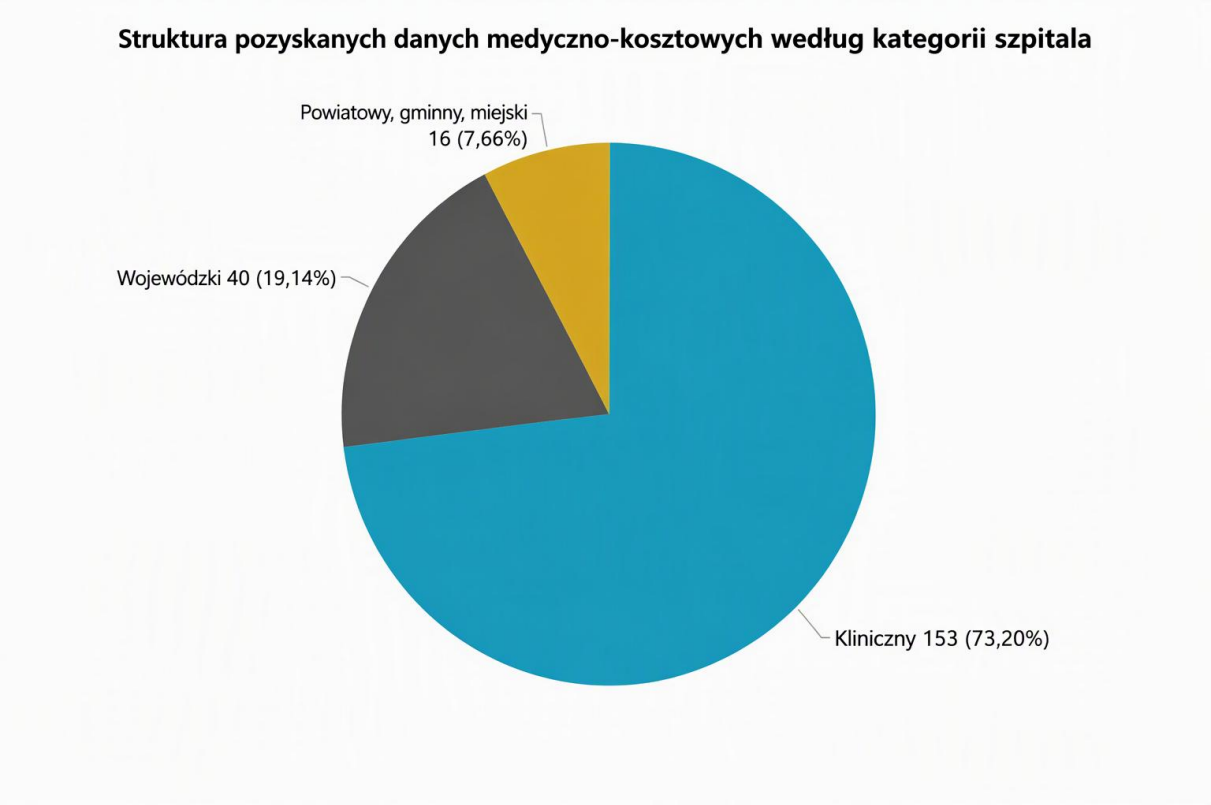
Kod i nazwa JGP	Kategoria szpitala	Liczba świadczeń		Udział próby w realizacji 2025
		Próba	Realizacja 2025	
C05 Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych*	3 – kliniczny	40	1 205	3,32%
	4 – wojewódzki	5	107	4,67%
	Razem	**45**	**1 317**	**3,42%**
C06G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego*	1 – gminny, powiatowy, miejski	0	3	0,00%
	3 – kliniczny	17	200	8,50%
	4 – wojewódzki	2	40	5,00%
	Razem	**19**	**243**	**7,82%**
C06H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu*	1 – gminny, powiatowy, miejski	7	8	87,50%
	3 – kliniczny	41	115	35,65%
	4 – wojewódzki	12	15	80,00%
	Razem	**60**	**138**	**43,48%**
C07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu*	1 – gminny, powiatowy, miejski	0	1	0,00%
	3 – kliniczny	29	983	2,95%
	4 – wojewódzki	1	79	1,27%
	Razem	**30**	**1 063**	**2,82%**
C07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego*	1 – gminny, powiatowy, miejski	0	0	0,00%
	3 – kliniczny	9	81	11,11%
	4 – wojewódzki	0	0	0,00%
	Razem	**9**	**81**	**11,11%**
C07I Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne*	1 – gminny, powiatowy, miejski	9	11	81,82%
	3 – kliniczny	17	169	10,06%
	4 – wojewódzki	20	58	34,48%
	Razem	**46**	**238**	**19,33%**
Razem		**209**	**3 080**	**6,79%**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Stosunek liczebności próby do liczby świadczeń zrealizowanych w 2025 r. różnił się między grupami i wynosił od 2,82% dla grupy C07G *Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu** do 43,48% dla grupy C06H *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu**. Z uwagi na sporadyczną realizację w ramach postępowania nr 84 nie pozyskano danych medyczno-kosztowych dla grupy C05H *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych**, dlatego nie uwzględniono jej w powyższej tabeli.

Struktura danych szczegółowych według kategorii szpitala

Strukturę 209 obserwacji według kategorii szpitala przedstawiono na poniższym rysunku. Największą część próby stanowiły dane ze szpitali klinicznych – 153 obserwacje (73,20%). Szpitale wojewódzkie przekazały 40 obserwacji (19,14%), a szpitale powiatowe, gminne i miejskie – 16 obserwacji (7,66%).



Rysunek 18 Struktura danych medyczno-kosztowych pozyskanych w ramach postępowania nr 84 według kategorii szpitala.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Własne kalkulacje kosztów

W odpowiedzi na wskazane w podrozdziale 4.1 wystąpienie do ośmiu głównych realizatorów pozyskano formularze własnej kalkulacji kosztów (WKK) dotyczące świadczeń zrealizowanych od 1 lipca 2025 r. do 30 czerwca 2026 r. Obejmowały one 23 kalkulacje dla 5 grup, opracowane na podstawie danych łącznie 441 pacjentów. Każda kalkulacja przedstawiała standardowy średni koszt świadczenia w danej grupie u jednego świadczeniodawcy oraz liczbę pacjentów, których dane stanowiły jej podstawę. Zakres danych przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 13 Liczba świadczeniodawców i pacjentów objętych formularzami WKK według grup

Kod i nazwa grupy	Liczba SWD, którzy przekazali WKK	Liczba pacjentów, których dotyczyły WKK
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych*	4	97
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	-	-
C06G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego*	5	52
C06H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu*	5	37
C07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu*	3	177
C07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego*	-	-
C07I Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne*	6	78

Kod i nazwa grupy	Liczba SWD, którzy przekazali WKK	Liczba pacjentów, których dotyczyły WKK
Razem	**6**	**441**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców w formularzach WKK.

Formularze własnej kalkulacji kosztów pozyskano od 6 świadczeniodawców, w tym 4 szpitali klinicznych i 2 wojewódzkich. Liczba świadczeniodawców wskazana w wierszu „Razem" obejmuje unikalne podmioty i nie stanowi sumy liczebności wykazanych dla poszczególnych JGP, ponieważ jeden świadczeniodawca mógł przekazać kalkulacje dla kilku grup.

Formularze WKK włączono, wraz z danymi z postępowania nr 84, do puli danych medyczno- kosztowych wykorzystanych w analizach. Dostarczyły one dodatkowych informacji o strukturze i poziomie kosztów w poszczególnych grupach oraz umożliwiły uzupełnienie i weryfikację wyników analiz kosztowych.

Zgromadzone dane stanowiły podstawę oszacowania składowych kosztów świadczeń. Wyniki przedstawiono najpierw w układzie dotychczasowych grup rozliczeniowych, a następnie dla proponowanych kategorii wyodrębnionych w grupach C06G, C06H i C07I. Zasady podziału opisano w podrozdziale 4.2.7, natomiast koszty wyrobów wysokokosztowych i propozycję ich odrębnego finansowania – w podrozdziale 4.2.8.

4.1.3 Dane o wynagrodzeniach

Dane o wynagrodzeniach personelu zabiegowego pozyskano w ramach postępowania nr 88 – Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za luty 2026 roku, po aktualizacji do poziomu od 1 lipca 2026 r. Obejmowały one zanonimizowane informacje o wynagrodzeniach osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę lub umów cywilnoprawnych, wymiarze zatrudnienia, składowych wynagrodzenia oraz kosztach ponoszonych przez pracodawcę.

W analizie wykorzystano stawki wynagrodzeń uwzględniające koszty pracodawcy (tzw. brutto- brutto) personelu zatrudnionego lub udzielającego świadczeń w komórkach organizacyjnych realizujących analizowane świadczenia. Łącznie Agencja dysponowała 18 363 obserwacjami dotyczącymi wynagrodzeń personelu uczestniczącego w realizacji świadczeń. Liczebność próby według kategorii personelu przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 14 Liczebność próby danych o wynagrodzeniach według kategorii personelu

Kategoria personelu	Liczba podmiotów	Liczba obserwacji
Lekarz otorynolaryngolog	101	351
Lekarz neurochirurg	58	239
Lekarz anestezjolog	454	4 284
Pielęgniarka (asystująca/instrumentariuszka)	128	1 043
Pielęgniarka anestezjologiczna	474	10 897
Inżynier	305	1 473
Technik	40	76

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie postępowania nr 88 - Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Największą część próby stanowiły dane dotyczące pielęgniarek anestezjologicznych – 10 897 obserwacji pozyskanych od 474 świadczeniodawców – oraz lekarzy anestezjologów – 4 284 obserwacje od 454 świadczeniodawców. W przypadku inżynierów Agencja pozyskała 1 473 obserwacje od 305 świadczeniodawców, a w przypadku pielęgniarek asystujących lub instrumentariuszek – 1 043 obserwacje od 128 świadczeniodawców. Mniej liczne zbiory obejmowały dane dotyczące lekarzy otorynolaryngologów (351 obserwacji), lekarzy neurochirurgów (239 obserwacji) oraz techników (76 obserwacji).

4.1.4 Koszty jednostkowe procedur medycznych

Jednostkowe koszty wytworzenia procedur medycznych (tzw. cenniki wewnętrzne) pozyskiwane od świadczeniodawców w ramach postępowań dotyczących wynagrodzeń, wykorzystano do oszacowania kosztów procedur diagnostycznych wskazanych przez eksperta w opisach przebiegu świadczeń dla poszczególnych grup. Dane pochodziły z następujących postępowań:

- 75 – Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za luty 2024 roku.
- 82 – Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za luty 2025 roku.
- 88 – Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za luty 2026 roku.

Pozyskano 4 035 pozycji kosztowych z lat 2024–2026, zaktualizowanych do poziomu kosztów obowiązującego od 1 lipca 2026 r. Dla poszczególnych procedur uzyskano od 13 do 1 159 obserwacji, pochodzących od 9 do 431 świadczeniodawców.

Dla badania w wolnym polu i DPOAE wykorzystano dane dla ich najbliższych odpowiedników: odpowiednio 95.414 *Subiektywna audiometria* i 95.436 *Otoemisja akustyczna*, bez ponownego doliczania tych obserwacji do łącznej liczby pozycji kosztowych.

Tabela 15 Liczba obserwacji w cennikach wewnętrznych świadczeniodawców odpowiadających procedurom diagnostycznym

ICD9 - Nazwa procedury	Liczba podmiotów	Liczba obserwacji
Badanie w wolnym polu	48	77
23.0105 - Konsultacja lekarska specjalistyczna	31	46
87.049 - Tomografia komputerowa kości skroniowych z kontrastem	125	159
87.440 - RTG klatki piersiowej	431	1 159
88.901 - Rezonans magnetyczny głowy z kontrastem	133	260
89.000 - Konsultacja anestezjologiczna	70	94
89.153 - Słuchowe potencjały wywołane z pnia mózgu (ABR)	26	35
89.522 - EKG	302	508
95.241 - Elektronystagmogram (ENG)	9	13
95.412 - Audiometria impedancyjna	58	73
95.413 - Badanie odruchu strzemiączkowego	19	23
95.414 - Subiektywna Audiometria	48	77
95.436 - Otoemisja akustyczna	29	39
C55 - Morfologia krwi	292	429
DPOAE	29	39
E65 Grupa krwi + Rh	214	403

ICD9 - Nazwa procedury	Liczba podmiotów	Liczba obserwacji
G11 - APTT	303	372
G21 - PT, INR	295	345

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie postępowań nr 88, 82, 75 – Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

4.1.5 Dane o komercyjnych cenach wysokokosztowych wyrobów medycznych

W celu uzupełnienia danych przekazanych przez świadczeniodawców wystąpiono również do producentów, dystrybutorów i izb przedsiębiorców z wnioskiem o udostępnienie informacji dotyczących aktualnych cen wysokokosztowych wyrobów medycznych stosowanych w analizowanych świadczeniach. Pozyskane dane, aktualne na 2026 r., obejmowały jednostkowe ceny brutto wysokokosztowych wyrobów medycznych: implantów słuchowych oraz procesorów mowy i dźwięku. W poniższej tabeli zestawiono liczebność pozycji cenowych według grup i źródeł danych.

Tabela 16 Liczba pozycji cenowych wyrobów wysokokosztowych przekazanych przez dystrybutorów według grup

Kod i nazwa grupy	Liczba pozycji cenowych podanych przez dystrybutora/ izbę przedsiębiorców				Razem
	Dystrybutor 1	Dystrybutor 2	Dystrybutor 3	Dystrybutor 4	
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych*	3	2	2	2	9
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	1	2	2	2	7
C06G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego*	1	2	2	2	7
C06H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu*	1	2	2	2	7
CU07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu – AE*	1	2	2	2	7
CU07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego – AE*	1	2	2	2	7
CU07I Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne – AE*	-	2	2	2	6
Razem	**8**	**14**	**14**	**14**	**50**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Od czterech dystrybutorów (w tabeli oznaczonych jako Dystrybutor 1–4) pozyskano łącznie 50 pozycji kosztowych dla siedmiu analizowanych JGP. Dane umożliwiły porównanie zróżnicowania kosztów wyrobów oraz identyfikację producentów oferujących rozwiązania stosowane w poszczególnych grupach. Materiał wykorzystano w dalszych pracach analitycznych.

4.1.6 Współpraca z ekspertami

Od ekspertów klinicznych pozyskano opisy przebiegu realizacji świadczeń. Obejmowały one skład personelu zabiegowego i czas jego zaangażowania, czas trwania zabiegu, rodzaje i ilości zużywanych wyrobów medycznych i leków oraz rodzaje procedur diagnostycznych, liczbę ich

wykonań i odsetek pacjentów, u których je wykonywano. W przypadku grupy C05H *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych**, ze względu na brak danych medyczno-kosztowych, z ekspertem ustalono również czas hospitalizacji potrzebny do oszacowania kosztu pobytu.

Na podstawie opisów eksperckich określono minimalny czas trwania zabiegu i zaangażowania personelu oraz minimalny poziom kosztów zmiennych, przy uwzględnieniu przyjętego składu zespołu zabiegowego. Opisy wykorzystano także do opracowania pakietów produktów do sumowania obejmujących wysokokosztowe wyroby medyczne stosowane w analizowanych grupach.

4.2 Analiza danych

Analizę danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzono zgodnie z Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej AOTMiT. W uzasadnionych przypadkach, opisanych w dalszej części rozdziału, zastosowano odstępstwa służące uwzględnieniu specyfiki danych lub zwiększeniu precyzji obliczeń. Kalkulacje przedstawiono z zastosowaniem kodów grup CU07G, CU07H i CU07I, obowiązujących od wejścia w życie Zarządzenia nr 74/2026/DSOZ Prezesa NFZ.

Poniżej opisano sposób ustalania parametrów i składowych kosztu świadczenia: czasu hospitalizacji, kosztu osobodnia, produktów leczniczych i wyrobów medycznych, procedur diagnostycznych oraz zasobów wykorzystywanych podczas zabiegu.

4.2.1 Aktualizacja danych historycznych

Dane historyczne z lat 2023–2024 zaktualizowano do poziomu kosztów świadczeń realizowanych od 1 lipca 2026 r. Zastosowano właściwe dla poszczególnych kategorii kosztów wskaźniki cząstkowe przedstawione w poniższej tabeli.

Tabela 17 Wskaźniki cząstkowe uaktualniające dane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych od 1 lipca 2026 r.

Kategoria	Rok, z którego pochodzą dane	
	2023	2024
Dynamika przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto - opieka zdrowotna i pomoc społeczna	1,38	1,20
Dynamika wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych – zdrowie	1,13	1,08
Dynamika średnioważonego kosztu kapitału	1,28	1,18

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

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

4.2.2 Zmiany w charakterystyce jednorodnych grup pacjentów

W aktualnie funkcjonujących JGP łącznie finansowane są zarówno koszty realizacji świadczenia jak i zastosowanych wyrobów wysokokosztowych. Analiza danych wykazała znaczne zróżnicowanie kosztów implantów i procesorów mowy, zależne od rodzaju zastosowanego systemu oraz źródła danych.

W celu identyfikacji czynników związanych ze zróżnicowaniem kosztów wyrobów przeprowadzono analizę z wykorzystaniem metody drzewa decyzyjnego. Metoda ta umożliwiła ocenę cech technicznych systemów implantacyjnych pod kątem ich związku z obserwowanym zróżnicowaniem kosztów oraz wyodrębnienie bardziej jednorodnych kosztowo podgrup.

W kolejnych podziałach uwzględniano cechy różnicujące konstrukcję i sposób działania poszczególnych systemów. Wyniki analizy zestawiono z charakterystyką techniczną wyrobów oraz informacjami uzyskanymi w ramach konsultacji eksperckiej.

W przypadku grup C06G i C06H jako kryterium rozróżniające systemy przyjęto umiejscowienie przetwornika drgań, tj. w części wszczepionej albo w części zewnętrznej systemu. Z umiejscowieniem przetwornika związane są również sposób połączenia części wewnętrznej i zewnętrznej systemu oraz sposób przekazywania drgań. Analiza wykazała ponadto zróżnicowanie kosztów zastosowanych wyrobów, w tym samych przetworników, pomiędzy poszczególnymi rozwiązaniami technicznymi.

Na podstawie przeprowadzonej analizy, z uwzględnieniem konsultacji eksperckiej, na potrzeby kalkulacji taryf przyjęto podział systemów rozliczanych dotychczas w grupach C06G i C06H na dwie kategorie:

- C06-A, obejmującą systemy z wszczepionym przetwornikiem, oraz
- C06-B, obejmującą systemy z przetwornikiem w części zewnętrznej.

Analogiczne rozróżnienie zastosowano do wymian procesorów w grupie CU07I, wyodrębniając kategorie CU07I-A i CU07I-B.

O przyporządkowaniu świadczenia do odpowiedniej kategorii decyduje rodzaj zastosowanego systemu, identyfikowany na podstawie produktu do sumowania, a nie sam kod procedury kierunkowej. Szczegółowe kryteria podziału oraz jego zastosowanie do wymian procesorów w grupie CU07I przedstawiono w podrozdziale 4.2.7.

W kolejnych podrozdziałach przedstawiono kalkulację poszczególnych składowych kosztów w układzie dotychczasowych grup. Następnie, po przedstawieniu proponowanego podziału, zestawiono parametry i koszty dla nowych kategorii świadczeń, z uwzględnieniem struktury próby po zastosowaniu podziału na podkategorie A (przetwornik wszczepiony) oraz B (przetwornik w części zewnętrznej).

4.2.3 Koszt osobodnia

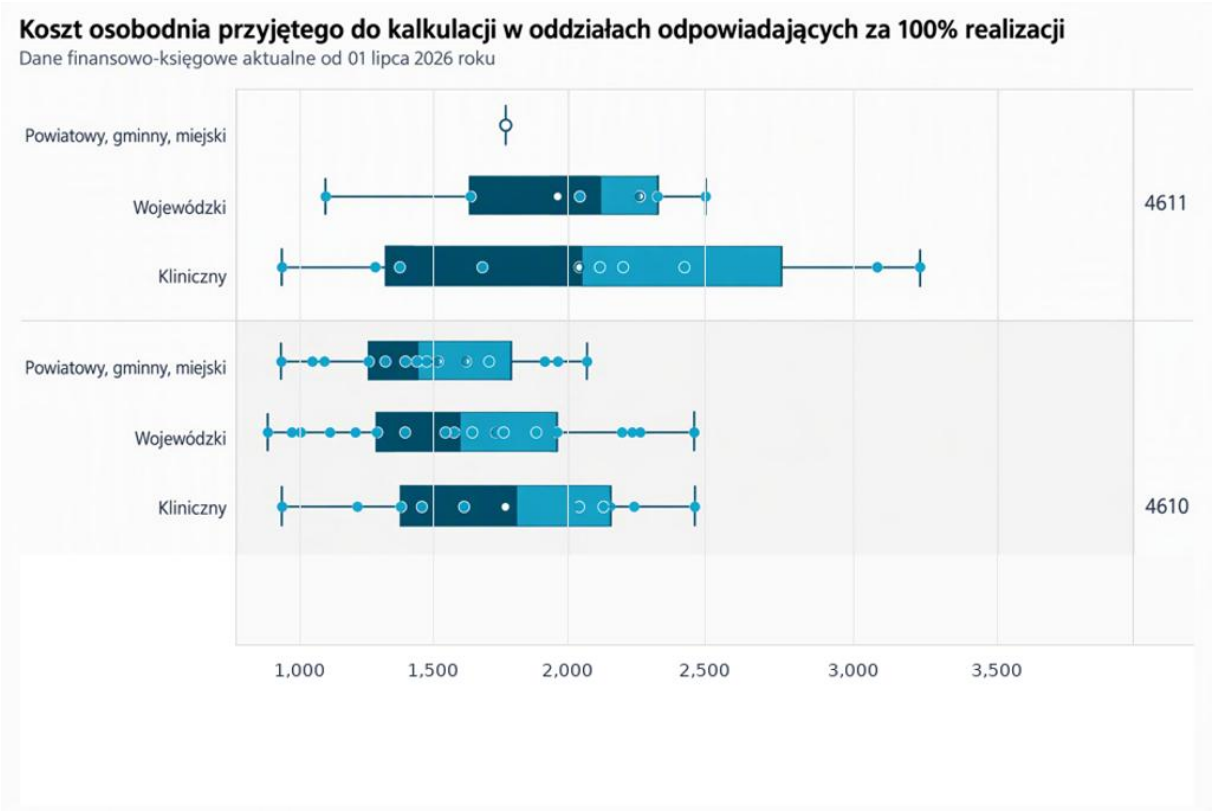
Koszt osobodnia oszacowano zgodnie z metodyką Agencji na podstawie kosztów stałych funkcjonowania oddziału i poziomu wykorzystania jego infrastruktury. Osobodzień jest jednostką kalkulacyjną odzwierciedlającą koszt zapewnienia pacjentowi pobytu i opieki przez jedną dobę hospitalizacji, w tym koszt infrastruktury, personelu oraz pozostałych zasobów komórki organizacyjnej.

Podstawę kalkulacji stanowiły raportowane przez świadczeniodawców całkowite koszty funkcjonowania oddziałów, obejmujące pełne koszty zatrudnienia personelu medycznego i niemedycznego. Uwzględniono w ten sposób obciążenie finansowe podmiotów związane z zapewnieniem opieki szpitalnej.

Do dalszych obliczeń przyjęto osobodzień tak zwany optymalny, uwzględniający efektywne wykorzystanie zasobów oddziału i ograniczający wpływ przejściowo niskiego obłożenia łóżek na jednostkowy koszt osobodnia. Jego wartość wyznaczano na podstawie wyższego z dwóch poziomów obłożenia: rzeczywistego, raportowanego przez świadczeniodawców albo teoretycznego, wynoszącego 85% w dni robocze oraz 50% w weekendy.

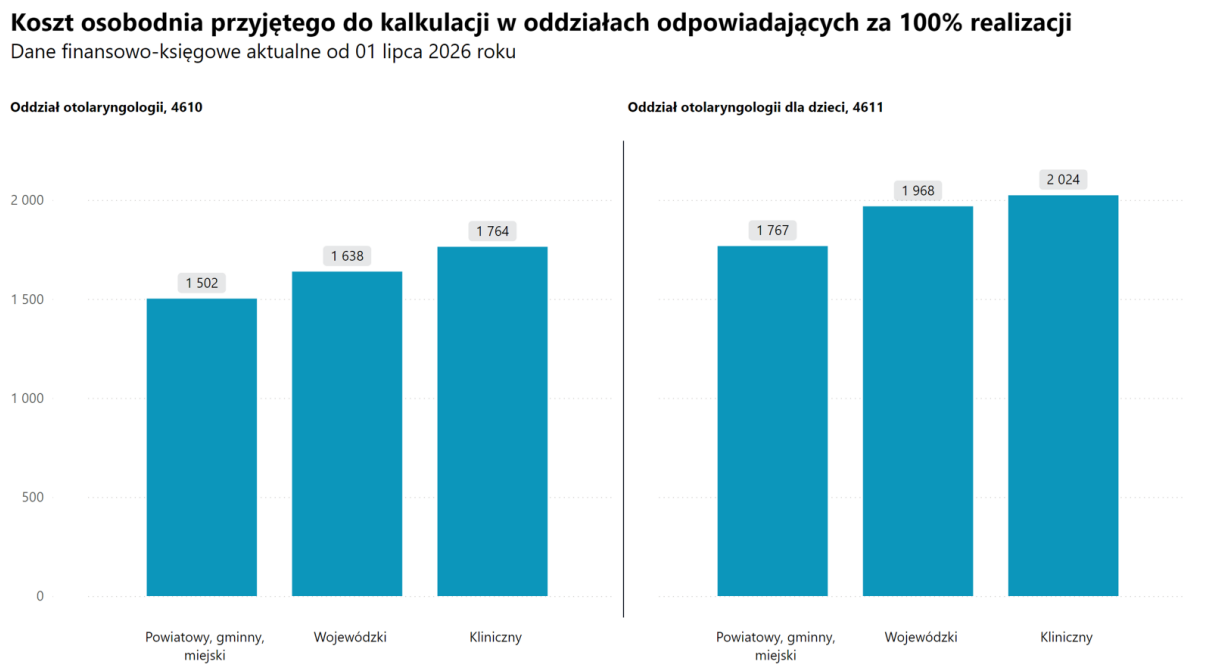
Dla każdego analizowanego kodu resortowego komórki organizacyjnej wyznaczono średni optymalny koszt osobodnia jako średnią odciętą, odrębnie dla poszczególnych kategorii szpitali. Następnie zastosowano ważenie udziałem w realizacji świadczeń według danych NFZ, z uwzględnieniem kodów resortowych i kategorii szpitali; kolejne etapy opisano poniżej.

Na poniższym rysunku przedstawiono rozkład optymalnych kosztów osobodnia, oszacowanych na podstawie danych finansowo-księgowych za lata 2023–2024 i zaktualizowanych do poziomu kosztów świadczeń realizowanych od 1 lipca 2026 r. Dane przedstawiono dla rodzajów oddziałów i kategorii szpitali odpowiadających łącznie za 100% realizacji analizowanych świadczeń w 2025 r.



Rysunek 19 Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 100% realizacji świadczeń, po aktualizacji od 1 lipca 2026 r., według kategorii szpitala.

(4610 – oddział otorynolaryngologii, 4611 – oddział otorynolaryngologii dla dzieci)
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.



Rysunek 20 Koszt osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 100% realizacji świadczeń, po aktualizacji od 1 lipca 2026 r., według kategorii szpitala.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Średni optymalny koszt osobodnia wynosił od 1 502 zł na oddziałach otorynolaryngologii w szpitalach powiatowych, gminnych i miejskich do 2 024 zł na oddziałach otorynolaryngologii dziecięcej w szpitalach klinicznych. Zróżnicowanie kosztów według kategorii szpitala przedstawiono na powyższym rysunku.

Koszt osobodnia dla każdej JGP obliczono jako średnią ważoną kosztów właściwych dla kategorii szpitali, przyjmując jako wagi ich udział w realizacji danej grupy według danych NFZ za 2025 r. Następnie uzyskane koszty zważono udziałem poszczególnych JGP w łącznej liczbie analizowanych świadczeń. Wartości i udziały stanowiące podstawę tego etapu kalkulacji przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 18 Średni koszt osobodnia oraz udział poszczególnych JGP w strukturze realizacji analizowanych świadczeń w 2025 r.

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia [zł]	Udział w realizacji świadczeń [%]
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych *	1 770,32	42,76%
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	1 763,58	0,00%
C06G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego *	1 751,89	7,89%
C06H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu *	1 736,49	4,48%
CU07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu -AE*	1 767,03	34,51%
CU07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego -AE*	1 763,58	2,63%
CU07I Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne -AE*	1 737,19	7,73%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

W wyniku kalkulacji ustalono ważony koszt osobodnia w wysokości 1 763,46 zł, przyjęty jednolicie dla wszystkich analizowanych JGP do obliczenia kosztu pobytu. Podejście to łączy uwzględnienie struktury realizacji świadczeń w 2025 r. z zastosowaniem wspólnej stawki w dalszych kalkulacjach.

4.2.4 Koszt produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych

Koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych oszacowano na podstawie danych jednostkowych z postępowania nr 84 oraz formularzy WKK. Wartości zaktualizowano do poziomu kosztów świadczeń realizowanych od 1 lipca 2026 r.

Analiza kosztów wyrobów wysokokosztowych, ze względu na ich specyfikę oraz proponowany sposób finansowania, została przedstawiona odrębnie w podrozdziale 4.2.8.

Dane z obu źródeł sprowadzono do wspólnego poziomu analizy: średnich kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych jednej hospitalizacji w danej JGP u danego świadczeniodawcy.

W kalkulacji uwzględniono wskazania eksperckie dotyczące zużycia produktów leczniczych i wyrobów medycznych, z wyłączeniem wyrobów wysokokosztowych, oraz częstości wykonywania procedur diagnostycznych w poszczególnych JGP. Oszacowane na tej podstawie koszty poszczególnych kategorii przyjęto jako ich minimalne poziomy w przeliczeniu na jedną hospitalizację w danej JGP.

Dla każdej kategorii obliczono średnią arytmetyczną ze średnich kosztów zmiennych hospitalizacji u poszczególnych świadczeniodawców, po uwzględnieniu minimalnych poziomów określonych na podstawie wskazań eksperckich. Wyniki przedstawiono w poniższej tabeli. Charakteryzują one wybrane składowe kosztu w analizowanej próbie, a nie całkowity koszt świadczenia ani proponowaną taryfę.

Na dalszym etapie koszty ustalone dla poszczególnych świadczeniodawców zważono ich udziałem w realizacji danej grupy według danych NFZ za 2025 r. Tak wyznaczone wartości uwzględniono wraz z pozostałymi składowymi kosztu świadczenia.

Tabela 19 Średnie koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych (z wyłączeniem wyrobów wysokokosztowych) oraz procedur diagnostycznych w poszczególnych grupach w przeliczeniu na jedno świadczenie

Kod i nazwa grupy	Produkty lecznicze [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych *	480,39	1 069,52	1 782,73
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	425,95	250,30	1 576,67
C06G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego *	425,95	552,45	1 808,44
C06H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu *	437,47	402,65	1 782,73
CU07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu -AE*	0,00	102,27	465,87
CU07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego -AE*	0,00	102,27	554,45

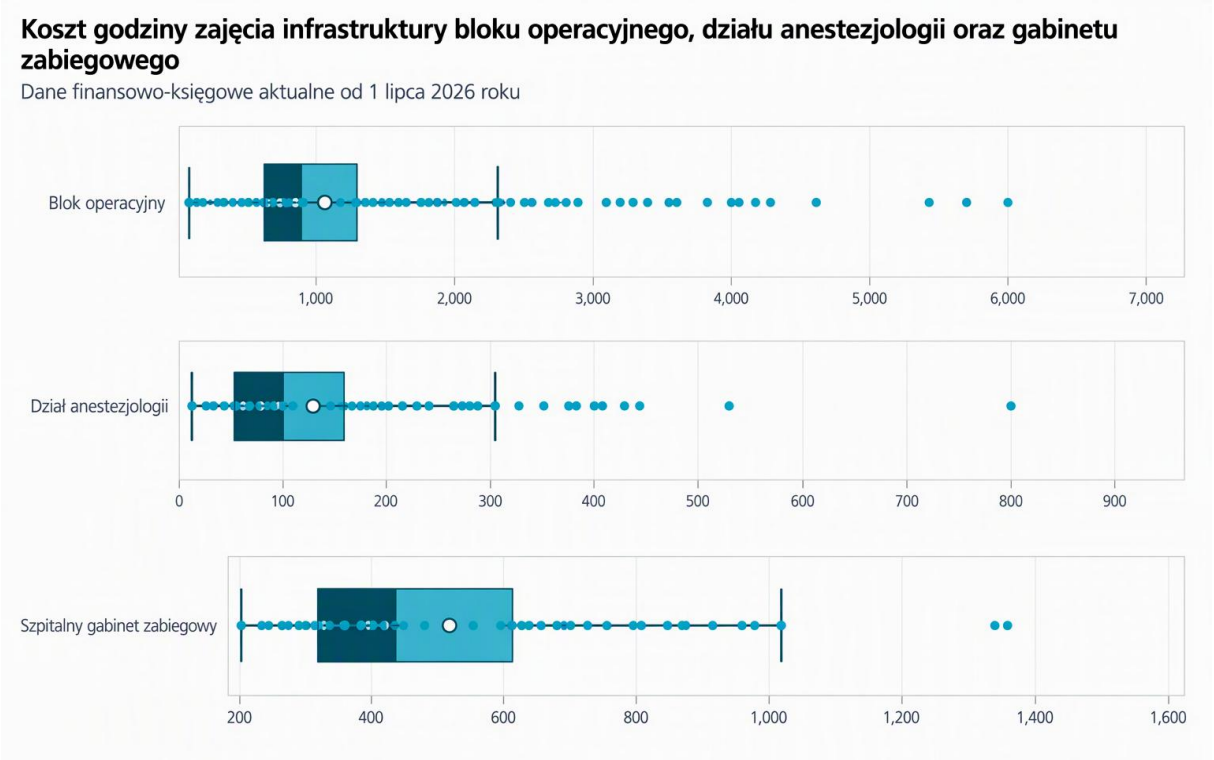
Kod i nazwa grupy	Produkty lecznicze [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
CU07I Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne -AE*	0,00	103,91	520,02

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

4.2.5 Koszt infrastruktury

Godzinowy koszt wykorzystania infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i szpitalnego gabinetu zabiegowego oszacowano na podstawie danych finansowo-księgowych za lata 2023–2024, zaktualizowanych odpowiednimi wskaźnikami do poziomu kosztów od 1 lipca 2026 r. W obliczeniach uwzględniono rzeczywistą liczbę godzin pracy komórek organizacyjnych raportowaną przez świadczeniodawców.

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



Rysunek 21 Rozrzut kosztów godzinowych zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i szpitalnego gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione od 1 lipca 2026 r.)
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Dla procedur zabiegowych wymagających warunków bloku operacyjnego w kalkulacji uwzględniono łącznie koszt infrastruktury zabiegowej i działu anestezjologii. Założenie lub wymiana procesora dźwięku i mowy nie wymaga natomiast realizacji w warunkach bloku operacyjnego ani zastosowania znieczulenia ogólnego. Dla tych świadczeń przyjęto zatem koszt szpitalnego gabinetu zabiegowego zlokalizowanego w oddziale realizującym świadczenie.

Tabela 20 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz szpitalnego gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione od 1 lipca 2026 r.)

Kod i nazwa grupy	Infrastruktura [zł]
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych *	1 056,93
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	1 056,93
C06G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego *	1 056,93
C06H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu *	1 056,93
CU07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu -AE*	394,31
CU07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego -AE*	394,31
CU07I Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne -AE*	394,31

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

4.2.6 Stawki godzinowe personelu realizującego procedurę zabiegową

Stawki godzinowe personelu zabiegowego wyznaczono na podstawie danych o wynagrodzeniach za luty 2026 r. z postępowania nr 88, opisanego w podrozdziale 4.1.3. Przyjęte stawki odpowiadają kosztowi pracodawcy (tzw. brutto-brutto).

W celu odzwierciedlenia zróżnicowania nakładów pracy i poziomu kwalifikacji wymaganych przy realizacji procedur zastosowano trzy kategorie stawek (A–C), zgodnie z metodyką różnicowania miary referencyjnej kosztu wynagrodzeń:

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

Należy jednocześnie podkreślić, że kategorie stawek wynagrodzeń A–C nie są tożsame z kategoriami A i B proponowanego podziału świadczeń.

Stawki przyjęte dla poszczególnych kategorii personelu oraz odpowiadające im kategorie wynagrodzeń zestawiono w poniższej tabeli.

Tabela 21 Stawki godzinowe brutto-brutto głównych kategorii personelu realizującego procedurę zabiegową

Kategoria personelu	Kategoria stawek wynagrodzeń	Stawka godzinowa [zł]
Lekarz otorynolaryngolog operator (C05G-C06-B)	A	232,16
Lekarz otorynolaryngolog – wymiana procesora (CU07G-CU07I-B)	C	168,62
Lekarz neurochirurg operator (C05H)	A	283,30
Lekarz anestezjolog	C	250,00
Pielęgniarka (asystująca/instrumentariuszka)	C	112,59
Pielęgniarka anestezjologiczna	C	124,44
Inżynier	B	115,42
Technik	B	80,35

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

4.2.7 Wyroby wysokokosztowe i proponowany podział świadczeń

Zidentyfikowane metodą drzewa decyzyjnego zróżnicowanie konstrukcji i kosztów systemów implantacyjnych oraz współpracujących z nimi procesorów w grupach C06G, C06H i CU07I stanowiło podstawę konsultacji z ekspertem. Ekspert przekazał propozycję produktów do sumowania obejmujących implanty i procesory. Na potrzeby kalkulacji taryf przyjęto podział systemów z grup C06G i C06H według umiejscowienia przetwornika drgań – w części wszczepionej albo w części zewnętrznej systemu – z którym wiąże się sposób połączenia obu części i przekazywania drgań. Analogiczne rozróżnienie zastosowano do wymian procesorów w grupie CU07I. Proponowane kategorie i ich powiązania przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 22 Proponowany podział świadczeń według rodzaju systemu implantacyjnego i powiązania ze świadczeniami wymiany procesora

Dotychczasowa grupa	Grupa lub proponowana kategoria	Rodzaj systemu	Powiązana grupa/kategoria wymiany
C05G	C05G – bez podziału	Implant ślimakowy	CU07G
C05H	C05H – bez podziału	Implant pniowy	CU07G
C06G i C06H	C06-A	System z wszczepionym przetwornikiem	CU07H / CU07I-A
C06G i C06H	C06-B	System z zewnętrznym przetwornikiem	CU07I-B

C05G – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych; C05H – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*; C06G – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego*; C06H – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu*; C06-A – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą systemów z wszczepionym przetwornikiem*; C06-B – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą systemów z zewnętrznym przetwornikiem*; CU07G – Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu -AE*; CU07H – Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego -AE*; CU07I – Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne -AE*; CU07I-A – Wymiana procesora mowy systemów na przewodnictwo kostne z wszczepionym przetwornikiem -AE*; CU07I-B – Wymiana procesora mowy systemów na przewodnictwo kostne z przetwornikiem w części zewnętrznej - AE*.*
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych od eksperta.

W grupie CU07I wyodrębniono kategorię CU07I-A dla wymiany procesora systemu z wszczepionym przetwornikiem oraz CU07I-B dla wymiany procesora systemu z przetwornikiem w części zewnętrznej. Powiązania wskazane w powyższej tabeli zapewniają zgodność rodzaju systemu implantacyjnego z odpowiadającym mu świadczeniem wymiany procesora. Grupy C05G, C05H, CU07G i CU07H pozostają bez podziału, w dotychczasowym kształcie. Oznaczenia C06-A, C06-B, CU07I-A i CU07I-B są robocze i służą prezentacji podziału przyjętego do kalkulacji taryf.

W aktualnym układzie procedurą kierunkową dla grupy C06G jest 20.991 Wszczepienie/ wymiana implantów ucha środkowego, dla C06H – 20.993 Wszczepienie/ wymiana innego implantu słuchowego + 20.951 Wszczepienie przyrządu słuchowego (protezy słuchowej) opartego o przewodnictwo kostne, a dla CU07I – 20.9943 Wymiana elektronicznych protez słuchu na przewodnictwo kostne – procesora/ przetwornika mowy. W proponowanym podziale zarówno C06-A, jak i C06-B obejmowałyby procedury kierunkowe 20.991 i 20.993 + 20.951, natomiast dla CU07I-A i CU07I-B procedurą kierunkową pozostawałaby 20.9943.

O przyporządkowaniu świadczenia do grupy A albo B nie decydowałby zatem sam kod procedury kierunkowej, lecz produkt do sumowania identyfikujący implant lub procesor systemu z wszczepionym przetwornikiem albo z przetwornikiem w części zewnętrznej systemu.

Kryteria techniczne rozróżnienia grup C06-A i C06-B przedstawiono w poniższej tabeli. O zaliczeniu systemu do kategorii A albo B decyduje umiejscowienie przetwornika drgań. Systemy zakotwiczone w kości z zaczepem magnetycznym, w których przetwornik znajduje się w części zewnętrznej, zalicza się do kategorii B, mimo że nie mają łącznika przezskórnego.

Tabela 23 Kryteria rozróżnienia kategorii C06-A i C06-B

Parametr	C06-A – system z wszczepionym przetwornikiem	C06-B – system z zewnętrznym przetwornikiem
Połączenie części wewnętrznej i zewnętrznej systemu	Bezprzewodowe, bez przerwania ciągłości skóry	Za pomocą łącznika przezskórnego albo zaczepu magnetycznego
Transmisja sygnału	Indukcyjna, bezprzewodowa	Drgania mechaniczne przekazywane przez łącznik albo przez skórę
Umiejscowienie przetwornika drgań (kryterium rozstrzygające)	Przetwornik implantowany	Przetwornik w części zewnętrznej systemu
Rodzaje systemów	Aktywne implanty ucha środkowego; aktywne implanty na przewodnictwo kostne	Implanty zakotwiczone w kości z łącznikiem przezskórnym albo z zaczepem magnetycznym

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych od eksperta klinicznego, charakterystyki technicznej systemów oraz wyników analizy drzewa decyzyjnego.

Zastosowanie podziału A/B uwidoczniło zróżnicowanie struktury próby w dotychczasowych grupach. W grupie C06G przeważały systemy z wszczepionym przetwornikiem, natomiast w grupach C06H i CU07I dominowały systemy z zewnętrznym przetwornikiem. Liczebności oraz udziały poszczególnych kategorii przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 24 Struktura próby w dotychczasowych grupach po zastosowaniu podziału A/B

Dotychczasowa grupa	Kategoria A	Liczba obserwacji A	Udział A	Kategoria B	Liczba obserwacji B	Udział B	Liczba obserwacji ogółem
C06G	C06-A	20	83%	C06-B	4	17%	24
C06H	C06-A	9	14%	C06-B	56	86%	65
CU07I	CU07I-A	5	10%	CU07I-B	47	90%	52

C06G - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego; C06H - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu*; C06-A – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą systemów z wszczepionym przetwornikiem*; C06-B – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą systemów z zewnętrznym przetwornikiem*; CU07I - Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne*; CU07I-A – Wymiana procesora mowy systemów na przewodnictwo kostne z wszczepionym przetwornikiem -AE*; CU07I-B – Wymiana procesora mowy systemów na przewodnictwo kostne z przetwornikiem w części zewnętrznej. - AE*.*
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

4.2.8 Koszty implantów i procesorów oraz propozycja finansowania

Wartości bazowe implantów i procesorów ustalono na podstawie danych eksperta klinicznego, przyjmując koszt kompletnego systemu stosowanego w praktyce klinicznej lub procesora przeznaczonego do wymiany. Wyjątek stanowiła kategoria CU07I-B, dla której, wobec braku wyceny eksperckiej, koszt procesora oszacowano na podstawie danych kosztowych od świadczeniodawców, ważonych ich udziałem w realizacji świadczeń według danych NFZ za 2025 r. Wartości bazowe wynosiły od 14 029 zł do 143 640 zł.

Ekspert kliniczny wskazał wartości odrębnie dla każdej grupy lub kategorii, z wyjątkiem CU07I-B. Identyczne wartości bazowe dla C05G i C05H (143 640 zł), CU07G i CU07H (47 666 zł) oraz C06-B i CU07I-A (41 276 zł) odpowiadają przekazanym wycenom i nie są wynikiem pomyłki. Zbieżność kwot nie oznacza tożsamości wyrobów. W przypadku C05H przyjęto wartość wskazaną przez eksperta dla systemu implantu pniowego, a nie wartość przeniesioną z grupy C05G. Zgodnie z przyjętym sposobem ustalania wartości bazowych podstawę kalkulacji dla C05H stanowiła wycena ekspercka, a nie ceny komercyjne opisane w podrozdziale 4.1.5.

Implant lub procesor stanowi zdecydowaną większość kosztu analizowanych świadczeń, od 77% do 93% łącznej wartości świadczenia. Koszt wyrobu zależy przede wszystkim od rodzaju zastosowanego systemu i warunków zakupu, a nie od przebiegu hospitalizacji. Przy finansowaniu w jednej taryfie świadczeniodawcy otrzymują refundację na tym samym poziomie. Odrębne rozliczanie wyrobu pozwala powiązać refundację z kosztem faktycznie zastosowanego wyrobu. Pozwala też aktualizować jego wycenę, np. po zmianie cen rynkowych, bez zmiany taryfy świadczenia podstawowego. Podobne rozwiązania funkcjonują w innych krajach.

Proponuje się zatem wyłączenie kosztów implantów i procesorów z taryf świadczeń podstawowych i ich odrębne rozliczanie jako produktów do sumowania w trzech pakietach cenowych: **I – 80%, II – 90% i III – 100% wartości bazowej**. Pakiety uwzględniają zróżnicowanie cen zakupu oraz różnice między cenami obserwowanymi a wartościami eksperckimi. Pakiet I obejmowałby wyroby kupowane po niższych cenach, pakiet II zapewniałby pośredni poziom finansowania, a pakiet III – pełną wartość bazową dla zakupów po wyższej cenie. Pakiety określają poziom finansowania, a nie kategorię jakościową ani kliniczną wyrobu. Proponowane kwoty, wyrażone w złotych i niezależne od ceny punktu rozliczeniowego, przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 25 Proponowane pakiety cenowe implantów i procesorów według grup lub kategorii świadczeń

Grupa lub kategoria	Rodzaj wyrobu	Pakiet I – 80% [zł]	Pakiet II – 90% [zł]	Pakiet III – 100% [zł]
C05G	System implantu ślimakowego	114 912,00	129 276,00	143 640,00
C05H	System implantu pniowego[1]	114 912,00	129 276,00	143 640,00
C06-A	System implantu słuchowego z wszczepionym przetwornikiem	44 567,20	50 138,10	55 709,00
C06-B	System implantu słuchowego z przetwornikiem w części zewnętrznej systemu	33 020,80	37 148,40	41 276,00
CU07G	Procesor mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu	38 132,80	42 899,40	47 666,00
CU07H	Procesor mowy implantów ucha środkowego	38 132,80	42 899,40	47 666,00
CU07I-A	Procesor systemu z wszczepionym przetwornikiem	33 020,80	37 148,40	41 276,00
CU07I-B	Procesor systemu z przetwornikiem w części zewnętrznej systemu[2]	11 223,20	12 626,10	14 029,00

[1] Wartość wskazana przez eksperta dla systemu implantu pniowego w grupie C05H; jest równa wartości wskazanej dla C05G, lecz nie została z niej przeniesiona. Podstawę kalkulacji stanowiła wycena ekspercka, a nie ceny komercyjne opisane w podrozdziale 4.1.5.

[2] Koszt oszacowany na podstawie danych kosztowych świadczeniodawców; dla pozostałych wyrobów przyjęto wartości eksperckie.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Warunkiem wyboru pakietu będzie przedstawienie przez świadczeniodawcę faktury umożliwiającej identyfikację zastosowanego wyrobu i potwierdzającej jego jednostkową cenę zakupu. Kwalifikacja następowałaby według następujących przedziałów:

- **pakiet I** – cena zakupu do 80% wartości bazowej włącznie;
- **pakiet II** – cena zakupu powyżej 80% i do 90% wartości bazowej włącznie;
- **pakiet III** – cena zakupu powyżej 90% wartości bazowej, również w przypadku przekroczenia jej pełnej wartości.

Rozliczenie następowałoby według stałej kwoty właściwego pakietu, a nie w wysokości ceny z faktury. Dla C05G zakup do 114 912,00 zł kwalifikowałby się do pakietu I, powyżej tej kwoty do 129 276,00 zł – do pakietu II, a powyżej 129 276,00 zł – do pakietu III. Cena zakupu przekraczająca 143 640,00 zł nie zwiększałaby finansowania ponad kwotę pakietu III.

Faktury potwierdzające zakup wyrobów świadczeniodawcy przekazywaliby do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pozwoliłoby to płatnikowi zweryfikować, czy wyrób został rozliczony we właściwym pakiecie. Jeżeli w trakcie weryfikacji lub kontroli zostaną stwierdzone nieprawidłowości, np. rozliczenie wyrobu w pakiecie wyższym niż wynika to z ceny zakupu, Narodowy Fundusz Zdrowia mógłby dochodzić zwrotu nienależnie pobranych środków.

Po pierwszym roku stosowania proponowanego mechanizmu rekomenduje się weryfikację wartości bazowych i progów pakietów na podstawie faktycznych cen zakupu wykazywanych przez świadczeniodawców. Ocena powinna uwzględniać rozkład cen poszczególnych wyrobów, udział rozliczeń w pakietach I–III oraz częstość zakupów powyżej wartości bazowej. Pozwoli to ocenić adekwatność przyjętych poziomów finansowania i zasadność ich aktualizacji.

W dalszej kalkulacji koszty wyrobów wyodrębniono z pozostałych składowych kosztu świadczenia, z zastosowaniem grup i kategorii opisanych w podrozdziale 4.2.7.

4.2.9 Czas zajęcia infrastruktury do zabiegu

W tabeli przedstawiono średni czas wykorzystania infrastruktury niezbędnej do realizacji poszczególnych procedur zabiegowych. Uwzględniono w nim zarówno czas bezpośredniego wykonania zabiegu, jak i czas niezbędny na przygotowanie sali oraz czynności wykonywane po jego zakończeniu, w tym sprzątanie i dezynfekcję.

Średni czas oraz koszt wykorzystania infrastruktury ustalono na poziomie poszczególnych świadczeniodawców, a następnie zważono ich udziałem w realizacji świadczeń w danej grupie, określonym na podstawie danych NFZ za 2025 r.

Tabela 26 Średni czas zajęcia infrastruktury zabiegu

Kod i nazwa grupy	Średni czas zajęcia infrastruktury (minuty)
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych *	243
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	420
C06-A Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z wszczepionym przetwornikiem*	178
C06-B Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z zewnętrznym przetwornikiem*	152
CU07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu -AE*	127
CU07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego -AE*	130

Kod i nazwa grupy	Średni czas zajęcia infrastruktury (minuty)
CU07I-A Wymiana procesora systemu na przewodnictwo kostne z wszczepionym przetwornikiem -AE*	127
CU07I-B Wymiana procesora systemu na przewodnictwo kostne z zewnętrznym przetwornikiem -AE*	120

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Z uwagi na brak próby danych umożliwiającej oszacowanie czasu zajęcia infrastruktury zabiegu dla grupy C05H *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych** w procesie kalkulacji wykorzystano założenia eksperckie.

4.2.10 Czas zaangażowania personelu w realizację procedury zabiegowej

Czas zaangażowania poszczególnych kategorii personelu ustalono na poziomie świadczeniodawców, a następnie zważono udziałem danego świadczeniodawcy w realizacji świadczeń w danej JGP, określonym na podstawie danych NFZ za 2025 r. Tak wyznaczony łączny czas, w połączeniu z odpowiednią stawką godzinową, stanowił podstawę oszacowania kosztu pracy personelu. W poniższej tabeli czas zaangażowania personelu wyrażono w minutach pracy danej kategorii personelu przypadających na realizację jednego świadczenia.

Tabela 27 Łączny czas zaangażowania personelu w realizację procedury zabiegowej (minuty)

JGP	Lekarz otorynolog	Lekarz neurochirurg	Lekarz anestezjolog	Pielęgniarka operacyjna	Pielęgniarka anestezjolog.	Inżynier	Technik
C05G	270	-	243	293	242	50	50
C05H	360	360	420	720	420	50	50
C06-A	247	-	178	248	178	50	50
C06-B	240	-	152	240	151	50	50
CU07G	134	-	-	85	-	127	127
CU07H	149	-	-	82	-	130	130
CU07I-A	125	-	-	69	-	127	127
CU07I-B	80	-	-	69	-	120	120

C05G – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych; C05H – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*; C06-A Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z wszczepionym przetwornikiem*, C06-B Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z zewnętrznym przetwornikiem*, CU07G – Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu – AE*; CU07H – Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego – AE*; CU07I-A Wymiana procesora systemu na przewodnictwo kostne z wszczepionym przetwornikiem -AE*, CU07I-B Wymiana procesora systemu na przewodnictwo kostne z zewnętrznym przetwornikiem -AE*.*
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

W poniższej tabeli przedstawiono średnie koszty pracy personelu i wykorzystania infrastruktury przypadające na realizację jednego świadczenia.

Tabela 28 Średnie koszty personelu i wykorzystania infrastruktury w przeliczeniu na jedno świadczenie

Kod i nazwa grupy lub proponowanej kategorii	Średni koszt personelu [zł]	Średni koszt wykorzystania infrastruktury [zł]	Łączny koszt procedury zabiegowej (ZB) [zł]
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych*	3 272,09	4 283,21	7 555,30
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	7 228,06	7 398,51	14 626,57
C06-A Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z wszczepionym przetwornikiem*	2 696,27	3 141,89	5 838,16

Kod i nazwa grupy lub proponowanej kategorii	Średni koszt personelu [zł]	Średni koszt wykorzystania infrastruktury [zł]	Łączny koszt procedury zabiegowej (ZB) [zł]
C06-B Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z zewnętrznym przetwornikiem*	2 487,73	2 672,61	5 160,34
CU07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu -AE*	951,08	835,48	1 786,56
CU07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego -AE*	996,34	853,28	1 849,62
CU07I-A Wymiana procesora mowy implantu na przewodnictwo kostne z przetwornikiem wszczepionym – AE*	896,29	836,35	1 732,64
CU07I-B Wymiana procesora mowy implantu na przewodnictwo kostne z przetwornikiem zewnętrznym – AE*	746,54	788,62	1 535,16

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

4.2.11 Parametry i składowe kosztów przyjęte do kalkulacji

W podrozdziale przedstawiono założenia dotyczące czasu hospitalizacji i kosztu pobytu oraz zestawiono składowe kosztów dla grup i kategorii opisanych w podrozdziale 4.2.7. Koszty przypisane do grup C06-A, C06-B, CU07I-A i CU07I-B obliczono z uwzględnieniem struktury próby po podziale na kategorie A i B, przedstawionej w tabeli 24. Zestawienie obejmuje koszt pobytu oraz pozostałe składowe kosztów zmiennych oszacowane we wcześniejszych częściach raportu. Koszty wyrobów wysokokosztowych ujęto odrębnie, zgodnie z proponowanym modelem finansowania.

Czas hospitalizacji ustalono na podstawie danych o długości pobytów pacjentów rozliczonych w dotychczasowych JGP w 2025 r., z wyłączeniem pobytów na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Dla kategorii C06-A i C06-B wykorzystano długości pobytów w grupach C06G i C06H oraz strukturę próby wskazaną w tabeli 24. Przyjęty czas wyniósł odpowiednio 3,14 i 2,45 dnia.

Dla wymian procesorów realizowanych w czasie nieprzekraczającym 12 godzin, do kalkulacji kosztu pobytu przyjęto równoważnik 0,6 osobodnia, zgodnie z metodyką stosowaną w pozostałych projektach taryfikacyjnych. Założenie to zastosowano jednakowo do grup CU07G i CU07H oraz kategorii CU07I-A i CU07I-B

Z uwagi na brak danych umożliwiających oszacowanie czasu i kosztu pobytu w grupie C05H, dotyczącej wszczepienia implantu pniowego, przyjęto założenia eksperckie. Na potrzeby kalkulacji zastosowano czas pobytu analogiczny do grupy C05G, wynoszący 4,02 dnia oraz limit finansowania obejmujący 7 dni hospitalizacji. Na podstawie eksperckiego opisu przebiegu świadczenia oszacowano również pozostałe składowe kosztu w tej grupie: koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych, czas zajęcia infrastruktury oraz czas pracy zespołu zabiegowego.

Koszt pobytu dla każdej grupy lub kategorii obliczono jako iloczyn przyjętego czasu hospitalizacji i średniego kosztu osobodnia, zaktualizowanego do poziomu kosztów od 1 lipca 2026 r. Dla pobytów w grupie C05H przekraczających limit 7 dni wartość dodatkowego osobodnia ustalono metodą degresywną, na poziomie 80% średniego kosztu osobodnia: 1 410,77 zł (0,8 × 1 763,46 zł).

W poniższej tabeli zestawiono czas hospitalizacji, koszt pobytu oraz łączne koszty zmienne, tj. PL, WM (z wyłączeniem wyrobów wysokokosztowych), PR oraz koszty procedury zabiegowej (ZB) z tabeli 28.

Tabela 29 Parametry i składowe kosztów realizacji świadczeń bez wyrobów wysokokosztowych według grup i proponowanych kategorii

Grupa / kategoria	Nazwa grupy lub kategorii	Długość pobytu [dni]	Koszt pobytu [zł]	Łączne koszty PL, WM, PR, ZB [zł]
C05G	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych*	4,02	7 089,11	10 485,07
C05H	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	4,02	7 089,11	16 879,49
C06-A	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z wszczepionym przetwornikiem*	3,14	5 537,26	8 669,08
C06-B	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z zewnętrznym przetwornikiem*	2,45	4 320,48	7 876,36
CU07G	Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu -AE*	0,6	1 058,08	2 609,62
CU07H	Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego -AE*	0,6	1 058,08	2 884,53
CU07I-A	Wymiana procesora systemu na przewodnictwo kostne z wszczepionym przetwornikiem -AE*	0,6	1 058,08	2 546,33
CU07I-B	Wymiana procesora systemu na przewodnictwo kostne z zewnętrznym przetwornikiem -AE*	0,6	1 058,08	2 063,29

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Na potrzeby kalkulacji łącznych kosztów realizacji świadczenia, obejmujących taryfę świadczenia podstawowego oraz wartość wyrobu rozliczanego jako produkt do sumowania, przyjęto wartości bazowe implantów i procesorów odpowiadające III pakietowi cenowemu (100% wartości bazowej). Zestawienie wyrobów, przyjętych wartości i ich przyporządkowania do świadczeń podstawowych przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 30 Proponowane produkty do sumowania obejmujące wyroby wysokokosztowe – koszty i przyporządkowanie do świadczeń podstawowych

Grupa lub kategoria	Rodzaj wyrobu	Wartość pakietu [zł]
C05G	System implantu ślimakowego	143 640,00
C05H	System implantu pniowego	143 640,00
C06-A	System implantu słuchowego z wszczepionym przetwornikiem	55 709,00
C06-B	System implantu słuchowego z zewnętrznym przetwornikiem	41 276,00
CU07G	Procesor mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu	47 666,00
CU07H	Procesor mowy implantów ucha środkowego	47 666,00
CU07I-A	Procesor systemu z wszczepionym przetwornikiem	41 276,00
CU07I-B	Procesor systemu z zewnętrznym przetwornikiem	14 029,00

Uwaga: Identyczne wartości dla C05G i C05H, CU07G i CU07H oraz C06-B i CU07I-A wynikają z wycen wskazanych przez eksperta dla każdej z tych grup lub kategorii; nie stanowią błędu kopiowania ani nie oznaczają tożsamości wyrobów. Wyjątkiem co do źródła wyceny pozostaje CU07I-B, dla której wykorzystano dane kosztowe świadczeniodawców. Szczegółowe wyjaśnienie przedstawiono w podrozdziale 4.2.8.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

4.3 Wyniki analizy kosztów

Wyniki analizy kosztów zostały zaktualizowane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych od 1 lipca 2026 r. Wynik dla każdej grupy i kategorii jest sumą kosztu pobytu oraz kosztów zmiennych obejmujących produkty lecznicze, wyroby medyczne inne niż wysokokosztowe, procedury diagnostyczne oraz kosztów personelu i infrastruktury procedury zabiegowej. Wartości te zostały ustalone jako średnie na jedno świadczenie u poszczególnych świadczeniodawców, a następnie zważone ich udziałem w realizacji świadczeń w danej grupie według danych NFZ za 2025 r.

Analiza nie obejmuje kosztów wyrobów wysokokosztowych, które przewidziano do odrębnego finansowania w ramach produktów do sumowania.

Tabela 31 Wyniki analizy kosztów grup zabiegowych (dane uaktualnione od 1 lipca 2026 r.)

Kod i nazwa grupy	Długość pobytu [dni]	Koszty pobytu [zł]	Koszty zmienne [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych*	4,02	7 089,11	10 485,07	17 574,18
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	4,02	7 089,11	16 879,49	23 968,60
C06-A Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z wszczepionym przetwornikiem*	3,14	5 537,26	8 669,08	14 206,34
C06-B Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z zewnętrznym przetwornikiem*	2,45	4 320,48	7 876,36	12 196,84
CU07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu – AE*	0,6	1 058,08	2 609,62	3 667,70
CU07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego – AE*	0,6	1 058,08	2 884,53	3 942,61
CU07I-A Wymiana procesora systemu na przewodnictwo kostne z wszczepionym przetwornikiem – AE*	0,6	1 058,08	2 546,33	3 604,41
CU07I-B Wymiana procesora systemu na przewodnictwo kostne z zewnętrznym przetwornikiem – AE*	0,6	1 058,08	2 063,29	3 121,37

** oznaczenie grup o charakterze zabiegowym; AE – świadczenia, które mogą być realizowane w czasie nieprzekraczającym 12 godzin od przyjęcia pacjenta do szpitala*
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Z uwagi na brak danych medyczno-kosztowych dla grupy C05H *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych** wynik analizy kosztów w tej grupie oszacowano w całości na podstawie eksperckiego opisu przebiegu realizacji świadczenia. Na tej podstawie przyjęto czas hospitalizacji, zużycie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, zakres procedur diagnostycznych, czas zajęcia infrastruktury i czas pracy zespołu zabiegowego. Wynik dla tej grupy ma charakter szacunkowy i powinien zostać zweryfikowany po pozyskaniu danych o rzeczywistych kosztach realizacji świadczeń.

Współczynnik korygujący dla jednoczasowych zabiegów obustronnych u osób poniżej 18. roku życia

Obecnie przy jednoczasowym zabiegu obustronnym u dzieci (poniżej 18 r.ż.) wartość świadczenia z grup C05G, C05H, C06G i C06H jest mnożona przez 1,8 (podrozdział 3.2.3). Współczynnik obejmuje całą wartość świadczenia, łącznie z kosztem implantów zawartym w taryfie. Po

wyłączeniu kosztu implantów z taryfy, oba implanty będą rozliczane oddzielnie jako produkt do sumowania z krotnością równą 2. Współczynnik powinien więc odzwierciedlać już tylko dodatkowy koszt świadczenia podstawowego, bez kosztu implantów.

Aby go wyznaczyć, koszt świadczenia podstawowego został ponownie obliczony przy założeniu eksperckim, że koszty wyrobów medycznych innych niż implanty, infrastruktury i pracy zespołu zabiegowego rosną o 50%. Koszty pobytu, produktów leczniczych i procedur diagnostycznych pozostawiono na poziomie zabiegu jednostronnego. Część czynności jest bowiem wspólna dla obu stron: przyjęcie i przygotowanie pacjenta, przygotowanie sali i zespołu, znieczulenie ogólne i wybudzenie oraz czynności po zabiegu, w tym sprzątanie i dezynfekcja. Po drugiej stronie powtarza się natomiast właściwy etap chirurgiczny: dostęp operacyjny, przygotowanie łoża implantu, wprowadzenie elektrody albo umocowanie przetwornika i pomiary śródoperacyjne.

Wzrosty kosztu w poszczególnych grupach i kategoriach zostały uśrednione z wagami odpowiadającymi ich udziałowi w realizacji zabiegów według danych NFZ za 2025 r. Średni ważony wzrost wyniósł 23,41%, co po zaokrągleniu daje wspólny współczynnik 1,23.

Tabela 32 Wyznaczenie współczynnika korygującego dla jednoczasowych zabiegów obustronnych – bez kosztu implantów

Grupa / kategoria	Koszt bazowy [zł]	Koszt po wzroście zasobów [zł]	Wzrost kosztu [%]	Waga NFZ 2025 r. [%]	Wkład [%]
C05G	17 574,18	21 712,12	23,55	77,52	18,25
C05H	23 968,60	31 407,07	31,03	0,06	0,02*
C06-A	14 206,34	17 433,05	22,71	13,01	2,95
C06-B	12 196,84	15 026,97	23,20	9,42	2,19
			Średni ważony wzrost kosztów		**23,41**
			Wspólny współczynnik po zaokrągleniu		**1,23**

C05G – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych; C05H – Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*; C06-A – Wszczepienie implantu słuchowego z wewnętrznym przetwornikiem*; C06-B – Wszczepienie implantu słuchowego z zewnętrznym przetwornikiem*.*
** W kalkulacji przyjęto dodatkowo jedno świadczenie w grupie C05H, aby uwzględnić możliwość realizacji zabiegów obustronnych w tej grupie.*
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie kalkulacji kosztów i danych NFZ za 2025 r.

W poniższej tabeli przedstawiono łączny koszt jednoczasowych zabiegów obustronnych u osób poniżej 18. roku życia w proponowanym modelu rozliczeń. Koszt świadczenia podstawowego ustalono przez pomnożenie wartości bazowej z tabeli 31 przez współczynnik 1,23 i zaokrąglenie wyniku do dwóch miejsc po przecinku. Do tej kwoty doliczono wartość dwóch implantów według III pakietu cenowego. W proponowanym modelu implanty rozliczano by odrębnie, stosując właściwy produkt do sumowania z krotnością 2, bez współczynnika korygującego. Kwoty w poniższej tabeli podano w pełnych złotych.

Tabela 33 Łączny koszt jednoczasowych zabiegów obustronnych z uwzględnieniem współczynnika korygującego i wartości dwóch implantów według III pakietu cenowego

Kod i nazwa grupy lub proponowanej kategorii	Wynik analizy kosztów [zł]	Wynik analizy kosztów ze współczynnikiem	Pakiet cenowy III (krotność 2) [zł]	Łączny koszt ze współczynnikiem [zł]
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych*	17 574	21 616	287 280	**308 896**

Kod i nazwa grupy lub proponowanej kategorii	Wynik analizy kosztów [zł]	Wynik analizy kosztów ze współczynnikiem	Pakiet cenowy III (krotność 2) [zł]	Łączny koszt ze współczynnikiem [zł]
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	23 969	29 481	287 280	**316 761**
C06-A Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z wszczepionym przetwornikiem*	14 206	17 474	111 418	**128 892**
C06-B Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z zewnętrznym przetwornikiem*	12 197	15 002	82 552	**97 554**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

4.4 Projekt taryfy

Projekty taryf ustalono na podstawie wyników analizy kosztów, zaktualizowanych do poziomu kosztów świadczeń realizowanych od 1 lipca 2026 r. Taryfy obejmują wyłącznie świadczenie podstawowe. Koszty implantów i procesorów wyłączono z taryf i przewidziano ich odrębne rozliczanie w ramach produktów do sumowania. Wyniki analizy kosztów przeliczono na punkty przy założeniu ceny jednostki rozliczeniowej wynoszącej 2,04 zł.

Przyjęcie ceny jednostki rozliczeniowej innej niż obecna średnia cena w zakresach jest działaniem celowym. Analizowane świadczenia są obecnie rozliczane w odrębnych zakresach świadczeń ze względu na uwzględnienie w ich taryfach kosztów wyrobów wysokokosztowych. W rekomendacjach Prezesa Agencji dotyczących zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczeń zakresy te zaliczono do grup 09 i 60 („kosztowne wyroby"). Przyjęto dla nich niższą dynamikę wzrostu ceny punktu, ponieważ koszt wyrobu nie jest bezpośrednio związany ze wzrostem wynagrodzeń. W rezultacie średnia cena punktu w tych zakresach wynosi od 1,37 zł do 1,68 zł, wobec 2,04 zł w ryczałcie PSZ (tabela 4).

Po wyłączeniu kosztów wyrobów wysokokosztowych taryfy świadczeń podstawowych obejmują składowe właściwe dla pozostałych świadczeń szpitalnych: koszty pobytu, personelu, infrastruktury i materiałów. Cena punktu dla tych świadczeń powinna zatem rosnąć w takim samym tempie jak dla pozostałych świadczeń szpitalnych. Zmiana ceny punktu nie może jednak nastąpić w ramach taryfikacji; zostanie uwzględniona w kolejnej rekomendacji Prezesa Agencji, od 1 lipca 2027 r. Projekty taryf wyrażono więc w punktach przy zastosowaniu ceny równoważnej z docelową 2,04 zł. Ponieważ do 30 czerwca 2027 r. świadczenia byłyby rozliczane według niższych cen punktu, wartość refundacji w tym okresie byłaby niższa od wyników analizy kosztów. Z tego względu proponuje się tymczasowe (pomostowe) współczynniki korygujące, opisane w dalszej części podrozdziału.

Tabela 34 Projekty taryf

Kod i nazwa produktu sprawozdawczego	Projekt taryfy		Projekt taryfy + III pakiet cenowy	Aktualna wycena		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny	
	(zł)	(pkt)[#]	(zł)	(zł)[a]	(pkt)[b]	(zł)	(%)
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych*	17 574	8 615	**161 214**	182 880	114 300	-21 666	**-11,8%**

Kod i nazwa produktu sprawozdawczego	Projekt taryfy		Projekt taryfy + III pakiet cenowy	Aktualna wycena		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny	
	(zł)	(pkt)#	(zł)	(zł)a	(pkt)b	(zł)	(%)
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	23 969	11 749	**167 609**	229 982	143 739	-62 373	**-27,1%**
C06-A Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z wszczepionym przetwornikiem*	14 206	6 964	**69 915**	73 069	38 057	-3 154	**-4,3%**
C06-B Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z zewnętrznym przetwornikiem*	12 197	5 979	**53 473**	60 656	30 328	-7 183	**-11,8%**
CU07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu -AE*	3 668	1 798	**51 334**	59 784	38 323	-8 450	**-14,1%**
CU07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego -AE*	3 943	1 933	**51 609**	66 692	34 201	-15 083	**-22,6%**
CU07I-A Wymiana procesora systemu na przewodnictwo kostne z wszczepionym przetwornikiem -AE*	3 604	1 767	**44 880**	24 510	12 255	20 370	**83,1%**
CU07I-B Wymiana procesora systemu na przewodnictwo kostne z zewnętrznym przetwornikiem -AE*	3 121	1 530	**17 150**	24 510	12 255	-7 360	**-30,0%**

 # 1 pkt = 2,04 zł; dotyczy wyłącznie kosztu świadczenia podstawowego, bez kosztu implantu lub procesora. a Wartość w złotych stanowi iloczyn wartości punktowej z kolumny (pkt)b i aktualnej średniej ceny punktu: C05G i C05H – 1,60 zł, CU07G – 1,56 zł, CU07H – 1,95 zł, C06-A – 1,92 zł, C06-B – 2,00 zł, CU07I-A i CU07I-B – 2,00 zł. b Wartość punktowa według aktualnego katalogu; dla kategorii C06-A, C06-B, CU07I-A i CU07I-B – ustalona po przypisaniu pacjentów do nowych kategorii na podstawie danych sprawozdawczych NFZ.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie kalkulacji kosztów i danych NFZ za 2025 r.

Proponowane taryfy świadczeń podstawowych wynoszą od 1 530 pkt dla kategorii CU07I-B do 11 749 pkt dla grupy C05H. Po doliczeniu wartości wyrobu według pakietu III łączna wartość świadczenia wynosi od 17 150 zł dla CU07I-B do 167 609 zł dla C05H.

W porównaniu z aktualnym finansowaniem łączna proponowana wartość świadczenia jest:

- wyższa dla CU07I-A — o 20 370 zł (83,1%),
- niższa dla pozostałych siedmiu grup lub kategorii — od 4,3% dla C06-A do 30,0% dla CU07I-B.

Różnice te dotyczą łącznej wartości świadczenia, czyli taryfy świadczenia podstawowego i wartości wyrobu według wartości przyjętej dla pakietu III. Wynikają nie tylko ze zmiany kosztu świadczenia podstawowego, ale też ze zmiany modelu finansowania, w którym koszt wyrobu został wyłączony z taryfy. Duże różnice między kategoriami CU07I-A i CU07I-B wynoszące 44 880 zł i 17 150 zł wobec obecnych 24 510 zł w obu przypadkach wynikają z podziału dotychczasowej grupy CU07I na dwie kategorie odpowiadające różnym rozwiązaniom technicznym i z przypisania każdej z nich właściwego kosztu procesora.

Tymczasowe współczynniki korygujące do ceny punktu

Gdyby taryfa została przeliczona na punkty po obecnej, niższej średniej cenie jednostki rozliczeniowej, liczba punktów byłaby wyższa. Po podniesieniu ceny do równoważnej z aktualną ceną w ryczałcie PSZ tj. 2,04 zł od 1 lipca 2027 r. refundacja przewyższałaby wtedy wynik analizy

kosztów o ok. 49% w zakresie 03.4610.601.02 i o ok. 21% w zakresie 03.4610.991.02. Taryfy zostały więc przeliczone na punkty przy wykorzystaniu ceny punktu dla ryczałtu PSZ (2,04 zł).

Na okres od wdrożenia taryf do 30 czerwca 2027 r. proponuje się współczynniki korygujące, które podwyższą obecne ceny punktu do poziomu zbliżonego do ceny docelowej 2,04 zł. Współczynniki obliczono jako iloraz 2,04 zł i obecnej średniej ważonej ceny punktu w danym zakresie świadczeń.

Tabela 35 Proponowane tymczasowe współczynniki korygujące do ceny punktu (do 30 czerwca 2027 r.)

Grupa zakresów	Kod zakresu	Średnia cena punktu [zł]	Współczynnik tymczasowy	Cena punktu po korekcie [zł]
09 – SZP – zakresy zabiegowe – kosztowne wyroby	03.4610.601.02	1,37	1,49	2,04
09 – SZP – zakresy zabiegowe – kosztowne wyroby	03.4611.130.02	1,50	1,36	2,04
60 – SZP – wydzielone z ryczałtu – kosztowne wyroby	03.4610.991.02	1,68	1,21	2,03

Cena punktu po korekcie = średnia cena punktu × współczynnik, po zaokrągleniu do 0,01 zł.
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ za 2025 r.

Zastosowanie współczynników pozwoli do 30 czerwca 2027 r. utrzymać wartość refundacji na poziomie zbliżonym do wyniku analizy kosztów.

Zmiany w sposobie rozliczania świadczeń

Projektowi taryf towarzyszą zmiany w sposobie rozliczania, które nie wpływają na wysokość samej taryfy:

- wyodrębnienie kategorii C06-A i C06-B oraz CU07I-A i CU07I-B, odpowiadających systemom z wszczepionym i z zewnętrznym przetwornikiem (podrozdział 4.2.7);
- odrębne finansowanie implantów i procesorów jako produktów do sumowania, w trzech pakietach cenowych: I – 80%, II – 90% i III – 100% wartości bazowej (podrozdział 4.2.8);
- zastąpienie współczynnika 1,8 dla jednoczasowych zabiegów obustronnych u dzieci współczynnikiem 1,23, stosowanym wyłącznie do taryfy świadczenia podstawowego; oba implanty byłyby rozliczane jako produkt do sumowania z krotnością 2, bez współczynnika korygującego (podrozdział 4.3);
- zniesienie współczynnika 0,96, stosowanego od 1 lipca 2026 r. do świadczeń realizowanych w ryczałcie PSZ w grupach C06G, C06H, CU07H i CU07I (podrozdział 3.2.3).

Współczynnik 0,96 został wprowadzony ze względu na rozbieżności w płatnościach za te same świadczenia w ryczałcie PSZ i poza nim. Po przeliczeniu taryf po cenie 2,04 zł i zastosowaniu współczynników tymczasowych finansowanie tych świadczeń zostanie ujednolicone. Utrzymanie współczynnika 0,96 obniżałoby natomiast finansowanie świadczeń realizowanych w ryczałcie do 96% wyniku analizy kosztów.

Proponowany model oddziela finansowanie świadczenia podstawowego od finansowania wyrobu wysokokosztowego. Refundacja implantu lub procesora jest powiązana z właściwym produktem do sumowania i pakietem cenowym, a jego wycenę można aktualizować bez zmiany taryfy świadczenia podstawowego.

4.5 Ograniczenia analizy

Wyniki analizy należy interpretować z uwzględnieniem następujących ograniczeń.

- Źródło kosztów wyrobów wysokokosztowych. Koszty implantów i procesorów przyjęto na podstawie danych przekazanych przez eksperta klinicznego – konsultanta krajowego, kierującego ośrodkiem o największej skali realizacji analizowanych świadczeń w kraju. Dominująca rola tych danych w analizie kosztów wyrobów wysokokosztowych wynikała z dominującego udziału tego ośrodka w realizacji przedmiotowych świadczeń. Ze względu na wysoce specjalistyczny charakter świadczeń i ich koncentrację w jednym ośrodku nie było możliwe pozyskanie porównywalnych danych od innego eksperta. Produkty do sumowania obejmujące wyroby wysokokosztowe stanowią większość wartości świadczeń, dlatego przyjęte wartości mają istotny wpływ na skutki finansowe dla płatnika. Rekomenduje się ich weryfikację po pierwszym roku stosowania, na podstawie faktycznych cen zakupu wykazywanych przez świadczeniodawców.
- Możliwe pokrywanie się kosztu wyrobu z kosztami personelu i wyrobów medycznych. Z opisu postępowań przetargowych wynika, że cena wyrobu obejmuje niekiedy obecność przedstawiciela producenta lub inżyniera klinicznego podczas zabiegu i pierwszej aktywacji procesora, a także komplet elementów jednorazowych i zestaw narzędzi chirurgicznych. W kalkulacji uwzględniono koszt pracy inżyniera i technika – 50 minut przy wszczepieniu oraz od 120 do 130 minut przy wymianie procesora (tabela 27) – a także koszt wyrobów medycznych innych niż wysokokosztowe. Nie można wykluczyć, że u części świadczeniodawców koszty te są pokrywane w cenie wyrobu. Koszt pracy inżyniera i technika wynosi ok. 163 zł na świadczenie w grupach zabiegowych (ok. 1% wyniku analizy kosztów) oraz od ok. 392 zł do ok. 424 zł w grupach wymiany procesora (ok. 11–13% wyniku). Zakres usług i wyrobów wliczanych w cenę implantu lub procesora powinien zostać doprecyzowany przy weryfikacji taryfy.
- Reprezentatywność danych medyczno-kosztowych. Szczegółowe dane medyczno-kosztowe pochodzą z 2023 r. i dotyczą 209 hospitalizacji, tj. 6,79% świadczeń zrealizowanych w 2025 r. W najliczniejszych grupach udział próby był niski: w grupie C05G wyniósł 3,42%, a w grupie C07G – 2,82% (tabela 12). Dane uzupełniono 23 kalkulacjami przekazanymi w formularzach WKK przez 6 świadczeniodawców, obejmującymi 441 pacjentów. Aby ograniczyć wpływ struktury próby, koszty ustalone dla poszczególnych świadczeniodawców zważono ich udziałem w realizacji świadczeń według danych NFZ za 2025 r. Dane z lat 2023–2024 zaktualizowano do poziomu kosztów od 1 lipca 2026 r. wskaźnikami opartymi na prognozach makroekonomicznych; dla wynagrodzeń z 2023 r. zastosowano wskaźnik 1,38, odzwierciedlający wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia, w tym skutki ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Zastosowanie wskaźników prognostycznych wiąże się z niepewnością co do faktycznego poziomu kosztów.
- Poziomy minimalne ustalone na podstawie opisów eksperckich. Dla produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych oraz dla czasu trwania zabiegu i zaangażowania personelu przyjęto poziomy minimalne wynikające z opisów przebiegu świadczeń przekazanych przez eksperta. Jeżeli koszt lub czas wykazany przez świadczeniodawcę był niższy od poziomu minimalnego, w kalkulacji przyjmowano poziom minimalny. Podejście to ogranicza ryzyko niedoszacowania kosztów wynikające

z niepełnego wykazywania zużycia zasobów w danych świadczeniodawców, ale stanowi odstępstwo od zasady opierania kalkulacji na danych rzeczywistych.

- Szacunkowy podział pacjentów do kategorii A/B w analizie wpływu na budżet. W danych NFZ brak informacji o rodzaju wszczepionego systemu, dlatego na potrzeby analizy wpływu na budżet pacjentów przypisano do kategorii A/B szacunkowo, na podstawie długości pobytu. W kalkulacji kosztów podział oparto natomiast na rodzaju systemu (podrozdział 4.2.7). Szacunkowe przypisanie pacjentów stanowi dodatkowe źródło niepewności wyników analizy wpływu na budżet.

5 Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

5.1 Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych wdrożenia proponowanych taryf dla świadczeń będących przedmiotem niniejszego raportu. W ramach analizy porównano nakłady finansowe ponoszone z perspektywy płatnika publicznego na realizację świadczeń według obecnie obowiązującej wyceny z kosztami wynikającymi z zastosowania proponowanych taryf. Uwzględniono przy tym dostosowanie wyceny do wyników przeprowadzonej analizy kosztów, wyodrębnienie nowych kategorii świadczeń oraz odrębne finansowanie implantów i procesorów w ramach produktów do sumowania.

Analizę wpływu na budżet przeprowadzono na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących liczby produktów jednostkowych zrealizowanych w 2025 r., średnich cen jednostek rozliczeniowych aktualnych do 30 czerwca 2027 r. oraz współczynników korygujących, w tym tymczasowego współczynnika niwelującego różnice punktowe między zakresami realizacji świadczeń. Należy zaznaczyć, że analiza obejmuje również świadczenia, które zostały zrealizowane, lecz nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

W danych NFZ brak jest informacji o rodzaju wszczepionego systemu, dlatego, na potrzeby analizy wpływu na budżet, pacjentów przypisano do kategorii A/B szacunkowo, na podstawie długości pobytu; w kalkulacji kosztów podział oparto na rodzaju systemu (podrozdział 4.2.7).

Oszacowanie wpływu na budżet płatnika zostało sporządzone przy wykorzystaniu procesu przekodowania produktów rozliczeniowych obowiązujących w 2025 roku na nową strukturę produktów rozliczeniowych. Z uwagi na różnice pomiędzy dotychczasowymi i projektowanymi charakterystykami produktów rozliczeniowych proces ten miał charakter symulacyjny i wymagał zastosowania przybliżeń analitycznych. W szczególności nie we wszystkich przypadkach możliwe było jednoznaczne przypisanie świadczeń lub pacjentów do nowych produktów rozliczeniowych w relacji jeden do jednego. W konsekwencji **przedstawione wyniki należy interpretować jako szacunkowe odzwierciedlenie wpływu proponowanych zmian na budżet płatnika publicznego**, obarczone naturalnym poziomem niepewności wynikającym z przyjętej metodologii mapowania danych historycznych na nową strukturę rozliczeniową.

Szacuje się, że łączna wartość świadczeń objętych analizą spadnie z poziomu 343,8 mln zł do 299,5 mln zł, co oznacza **zmniejszenie nakładów o ok. 44,4 mln zł, tj. o 12,9%** w skali roku.

Największy spadek nakładów w ujęciu kwotowym dotyczy jednorodnych grup pacjentów związanych z leczeniem zaburzeń słuchu (o 32 692 607 zł, tj. 12,2%). Natomiast największy spadek procentowy dotyczy świadczeń związanych z wymianą procesorów lub przetworników mowy (o 15,5%, tj. 11 694 773 zł). Szczegółowe wyniki przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 36 Analiza wpływu na budżet płatnika

Produkt rozliczeniowy	Liczba realizatorów	Liczba produktów#	Wartość przed zmianą [zł][a]	Wartość po zmianie [zł][b]	Zmiana [zł]	Zmiana %
Leczenie zaburzeń słuchu						
C05G Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych *	21	1 317	243 133 862	212 411 241	-30 722 621	-12,6%
C05H Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych*	0	0	0	0	0	0,0%
C06-A Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z wewnętrznym przetwornikiem*	16	191	13 956 118	13 349 634	-606 483	-4,3%
C06-B Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów słuchowych z zewnętrznym przetwornikiem*	20	190	11 524 720	10 161 218	-1 363 502	-11,8%
Razem	29	1 698	268 614 700	235 922 093	-32 692 607	-12,2%
Wymiana przetwornika/procesora mowy						
CU07G Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu *	15	1 063	63 974 333	54 603 296	-9 371 036	-14,6%
CU07H Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego *	2	81	5 411 966	4 179 351	-1 232 615	-22,8%
CU07I-A Wymiana procesora mowy implantu na przewodnictwo kostne z przetwornikiem wszczepionym – AE*	10	24	584 766	1 077 020	492 254	+84,2%
CU07I-B Wymiana procesora mowy implantu na przewodnictwo kostne z przetwornikiem zewnętrznym – AE*	21	214	5 255 267	3 671 891	-1 583 376	-30,1%
Razem	24	1 382	75 226 331	63 531 558	-11 694 773	-15,5%
Razem	**30**	**3 080**	**343 841 032**	**299 453 652**	**-44 387 380**	**-12,9%**

[#] Szacunkowy podział pacjentów do nowych grup w oparciu o długość pobytu, [a] Wartość przed zmianą uwzględnia funkcjonujące współczynniki korygujące, [b] Wartość po zmianie uwzględnia funkcjonujące współczynniki i współczynnik tymczasowy

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie kalkulacji kosztów i danych NFZ za 2025 r.

Analiza w podziale na produkty rozliczeniowe wskazuje, że zmniejszenie wydatków dotyczy większości analizowanych świadczeń. Największa zmiana w ujęciu nominalnym dotyczy grupy C05G *Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych*,* dla której przy 1 317 produktach wartość finansowania zmniejsza się z 243,1 mln zł do 212,4 mln zł, tj. o 30,7 mln zł (12,6%). Ze względu na skalę realizacji świadczeń w tej grupie zmiana ta w największym stopniu wpływa na łączny wynik analizy.

W przypadku świadczeń związanych z wszczepieniem implantów zmniejszenie wartości finansowania oszacowano również dla kategorii C06-A – o 0,6 mln zł (4,3%) oraz C06-B – o 1,4 mln zł (11,8%). Dla grupy C05H nie wykazano realizacji świadczeń w danych stanowiących podstawę analizy wpływu na budżet, w związku z czym zmiana taryfy tej grupy nie generuje skutków finansowych w przedstawionej symulacji.

W zakresie wymiany procesorów i przetworników największe nominalne zmniejszenie wydatków dotyczy grupy CU07G, dla której oszacowano spadek o 9,4 mln zł (14,6%). Dla grupy CU07H wydatki zmniejszają się o 1,2 mln zł (22,8%), natomiast dla kategorii CU07I-B o 1,6 mln zł (30,1%).

Odmienny kierunek zmiany występuje dla kategorii CU07I-A – *Wymiana procesora mowy implantu na przewodnictwo kostne z przetwornikiem implantowanym – AE**. W tym przypadku oszacowano wzrost finansowania z około 0,6 mln zł do 1,1 mln zł, tj. o około 0,5 mln zł (84,2%). Jest to jedyna spośród analizowanych kategorii, dla której proponowane rozwiązania skutkują wzrostem wartości finansowania. Należy jednak wskazać, że kategoria ta obejmuje relatywnie niewielką liczbę świadczeń – w analizie przypisano do niej 24 produkty – dlatego wpływ tej zmiany na łączny budżet płatnika pozostaje ograniczony.

Łącznie, dla 3 080 produktów zrealizowanych przez 30 świadczeniodawców, oszacowana wartość finansowania po wprowadzeniu proponowanych zmian wynosi 299,5 mln zł, w porównaniu z 343,8 mln zł według aktualnych zasad finansowania. Odpowiada to zmniejszeniu wydatków płatnika o 44,4 mln zł, tj. 12,9%.

5.2 Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Istotnym elementem projektu jest odejście od łącznego finansowania świadczenia podstawowego i wyrobu wysokokosztowego w jednej taryfie. Proponuje się wyłączenie kosztów implantów i procesorów z taryf świadczeń podstawowych oraz ich odrębne rozliczanie w ramach produktów do sumowania. Ponadto dotychczasowe grupy C06G i C06H zostają zastąpione kategoriami C06-A i C06-B, a grupa CU07I zostaje podzielona na kategorie CU07I-A i CU07I-B. Kryterium podziału stanowi umiejscowienie przetwornika drgań w części wszczepionej albo zewnętrznej systemu. Zmiany te mają lepiej odzwierciedlać zróżnicowanie konstrukcji i kosztów stosowanych systemów oraz zwiększyć przejrzystość przypisania kosztu wyrobu do realizowanego świadczenia.

Projektowane zmiany skutkują modyfikacją zasad finansowania jednoczasowych zabiegów obustronnych u osób poniżej 18. roku życia. Proponuje się zastąpienie współczynnika 1,80 współczynnikiem 1,23, stosowanym wyłącznie do świadczenia podstawowego, przy odrębnym rozliczaniu dwóch implantów w ramach właściwego produktu do sumowania z krotnością 2. Rozwiązanie to uwzględnia współdzielenie części zasobów podczas zabiegu obustronnego, bez pomniejszania liczby odrębnie rozliczanych wyrobów.

Projektowane zmiany taryf świadczeń związanych z leczeniem zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu oraz wymianą procesorów i przetworników mowy mogą wpłynąć na ich warunki finansowania i organizację ich realizacji. Łączna szacowana wartość świadczeń objętych analizą zmniejsza się o około 44,4 mln zł, tj. o 12,9% – z 343,8 mln zł do 299,5 mln zł. Spadek finansowania dotyczy analizowanych kategorii szpitali oraz analizowanych poziomów PSZ, przy zróżnicowanej skali zmian kwotowych i procentowych. Szczegółowe informacje zawarto w dalszej części rozdziału.

Tabela 37 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala

Kategoria szpitala	Liczba realizatorów	Liczba produktów#	Wartość przed zmianą [zł][a]	Wartość po zmianie [zł][b]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
Powiatowy, gminny, miejski	2	28	2 018 079	1 687 461	-330 618	-16,4%
Wojewódzki	8	299	28 503 398	25 893 261	-2 610 137	-9,2%
Kliniczny	20	2 753	313 319 555	271 872 930	-41 446 625	-13,2%
Razem	**30**	**3 080**	**343 841 032**	**299 453 652**	**-44 387 380**	**-12,9%**

 # Szacunkowy podział pacjentów do nowych grup w oparciu o długość pobytu, a Wartość przed zmianą uwzględnia funkcjonujące współczynniki korygujące, b Wartość po zmianie uwzględnia funkcjonujące współczynniki i tymczasowy współczynnik korygujący cenę punktu
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie kalkulacji kosztów i danych NFZ za 2025 r.

Największy spadek finansowania w ujęciu kwotowym dotyczy szpitali klinicznych, będących głównymi realizatorami analizowanych świadczeń. W 20 podmiotach tej kategorii zrealizowano 2 753 produkty. Szacowana wartość świadczeń zmniejsza się z 313,3 mln zł do 271,9 mln zł, tj. o około 41,4 mln zł (13,2%). Oznacza to, że największa część nominalnego zmniejszenia finansowania przypada na tę kategorię podmiotów.

W szpitalach wojewódzkich, obejmujących 8 realizatorów i 299 produktów, wartość świadczeń zmniejsza się z 28,5 mln zł do 25,9 mln zł, tj. o około 2,6 mln zł (9,2%). Jest to najmniejszy spadek procentowy w podziale na kategorie szpitali przedstawionym w tabeli 37.

Największy spadek procentowy w tym podziale dotyczy szpitali powiatowych, gminnych i miejskich – o 16,4%, tj. około 0,3 mln zł, z 2,0 mln zł do 1,7 mln zł. Kategoria ta obejmuje jednak tylko 2 realizatorów i 28 produktów, dlatego jej udział w łącznej zmianie finansowania pozostaje niewielki. Wyniku tego nie należy utożsamiać z największym spadkiem kwotowym, który dotyczy szpitali klinicznych.

Z punktu widzenia organizacji świadczeń znaczenie ma zarówno koncentracja ich realizacji w szpitalach klinicznych, jak i zróżnicowanie skali zmian między kategoriami podmiotów. Obniżenie szacowanej wartości finansowania może wymagać dostosowania planowania kosztów świadczeń i zakupów wyrobów do nowego modelu rozliczeń. Same wyniki symulacji nie pozwalają jednak przesądzić, czy zmiany przełożą się na ograniczenie lub zwiększenie dostępności świadczeń ani na zmianę liczby ich realizatorów.

Uzupełnieniem analizy według kategorii szpitala jest podział według poziomu PSZ (tabela 38). Oba zestawienia opisują tę samą pulę świadczeń z dwóch perspektyw, dlatego wykazanych w nich skutków finansowych nie należy sumować. W każdym z wyodrębnionych poziomów PSZ oszacowano spadek wartości finansowania.

Tabela 38 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na poziom PSZ

Poziom szpitala	Liczba realizatorów	Liczba produktów#	Wartość przed zmianą [zł][a]	Wartość po zmianie [zł][b]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
II poziom	1	14	1 461 273	1 165 383	-295 890	-20,2%
III poziom	6	148	10 136 665	8 765 331	-1 371 335	-13,5%
Ogólnopolski	21	2 835	323 187 594	280 924 294	-42 263 301	-13,1%
Pediatryczny	2	83	9 055 499	8 598 644	-456 855	-5,0%
Razem	**30**	**3 080**	**343 841 032**	**299 453 652**	**-44 387 380**	**-12,9%**

 # Szacunkowy podział pacjentów do nowych grup w oparciu o długość pobytu, a Wartość przed zmianą uwzględnia funkcjonujące współczynniki korygujące, b Wartość po zmianie uwzględnia funkcjonujące współczynniki i korektor tymczasowy
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie kalkulacji kosztów i danych NFZ za 2025 r.

W podziale według poziomu PSZ największy spadek kwotowy dotyczy szpitali ogólnopolskich. W 21 podmiotach zrealizowano 2 835 produktów, a szacowana wartość ich finansowania zmniejsza się z 323,2 mln zł do 280,9 mln zł, tj. o około 42,3 mln zł (13,1%). Wynik ten wskazuje, że największa część nominalnego skutku zmian przypada na podmioty poziomu ogólnopolskiego, odgrywające dominującą rolę w realizacji analizowanych świadczeń.

Dla 6 szpitali III poziomu, które zrealizowały 148 produktów, oszacowano zmniejszenie finansowania z 10,1 mln zł do 8,8 mln zł, tj. o około 1,4 mln zł (13,5%). Największy spadek procentowy występuje natomiast w szpitalu II poziomu – o 20,2%, tj. około 0,3 mln zł, z 1,5 mln zł do 1,2 mln zł. W tym przypadku analiza obejmuje jednego realizatora i 14 produktów, co ogranicza możliwość uogólniania wyniku na inne podmioty tego poziomu.

Najmniejszy spadek procentowy w podziale według poziomu PSZ dotyczy szpitali pediatrycznych. W 2 podmiotach zrealizowano 83 produkty, a szacowana wartość finansowania zmniejsza się z 9,1 mln zł do 8,6 mln zł, tj. o około 0,5 mln zł (5,0%). Zróżnicowanie wyników wskazuje, że ocena skutków dla poszczególnych świadczeniodawców powinna uwzględniać ich strukturę realizowanych świadczeń i stosowanych wyrobów, a nie wyłącznie łączną zmianę wydatków płatnika.

Należy jednocześnie podkreślić, że przedstawione wyniki mają charakter symulacyjny i opierają się na przekodowaniu danych NFZ za 2025 r. na projektowaną strukturę produktów rozliczeniowych. Przypisanie świadczeń do nowych kategorii wymagało przybliżeń analitycznych i nie w każdym przypadku było możliwe w relacji jeden do jednego. Zgodnie z objaśnieniami do tabel 37 i 38 wartość przed zmianą uwzględnia funkcjonujące współczynniki korygujące, a wartość po zmianie – współczynniki i korektor tymczasowy. Rzeczywisty wpływ na wydatki płatnika, przychody świadczeniodawców i organizację świadczeń może różnić się od oszacowań, w szczególności w zależności od przyszłej liczby i struktury realizowanych świadczeń oraz struktury stosowanych implantów i procesorów. Wyniki nie stanowią oceny całkowitej sytuacji finansowej poszczególnych szpitali.

6 Spis tabel i rysunków

Spis tabel

Tabela 1 Podsumowanie populacji docelowej i najważniejszych kryteriów kwalifikacji pacjentów do leczenia implantami słuchowymi 11
Tabela 2 Katalog jednorodnych grup pacjentów (JGP) 14
Tabela 3 Zestawienie kodów grup oraz kodów produktów rozliczeniowych przed i po wprowadzeniu świadczeń realizowanych w czasie nieprzekraczającym 12 godzin od przyjęcia pacjenta do szpitala 15
Tabela 4 Liczba podmiotów i produktów (2025 r.) oraz średnia cena punktu od 1 lipca 2026 r. według grup zakresów i zakresów taryfikowanych świadczeń 21
Tabela 5 Zróżnicowanie aktualnej średniej ceny punktu i wartości refundacji dla poszczególnych taryfikowanych jednorodnych grup pacjentów 22
Tabela 6 Analiza realizacji świadczeń przez pięciu głównych realizatorów w podziale na leczenie zaburzeń słuchu implantem i wymianę procesora w latach 2021–2025 24
Tabela 7 Liczba lekarzy według wybranych specjalizacji w latach 2021–2025 34
Tabela 8 Liczba lekarzy w podziale na wybrane specjalizacje w 2025 r 34
Tabela 9 Wycena grupy D01B Implantacja ślimakowa, jednostronna w systemie aG-DRG w 2026 r. 35
Tabela 10 Taryfy HRG dla wszczepienia implantów ślimakowych w NHS England (2026/27) 36
Tabela 11 Liczba ośrodków powstawania kosztów, dla których pozyskano dane od świadczeniodawców 39
Tabela 12 Liczebność próby danych medyczno-kosztowych pozyskanych w ramach postępowania nr 84 w odniesieniu do realizacji świadczeń w 2025 r 39
Tabela 13 Liczba świadczeniodawców i pacjentów objętych formularzami WKK według grup 41
Tabela 14 Liczebność próby danych o wynagrodzeniach według kategorii personelu 42
Tabela 15 Liczba obserwacji w cennikach wewnętrznych świadczeniodawców odpowiadających procedurom diagnostycznym 43
Tabela 16 Liczba pozycji cenowych wyrobów wysokokosztowych przekazanych przez dystrybutorów według grup 44
Tabela 17 Wskaźniki cząstkowe uaktualniające dane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych od 1 lipca 2026 r. 45
Tabela 18 Średni koszt osobodnia oraz udział poszczególnych JGP w strukturze realizacji analizowanych świadczeń w 2025 r. 48
Tabela 19 Średnie koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych (z wyłączeniem wyrobów wysokokosztowych) oraz procedur diagnostycznych w poszczególnych grupach w przeliczeniu na jedno świadczenie 49
Tabela 20 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz szpitalnego gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione od 1 lipca 2026 r.) 51
Tabela 21 Stawki godzinowe brutto-brutto głównych kategorii personelu realizującego procedurę zabiegową 51
Tabela 22 Proponowany podział świadczeń według rodzaju systemu implantacyjnego i powiązania ze świadczeniami wymiany procesora 52
Tabela 23 Kryteria rozróżnienia kategorii C06-A i C06-B 53
Tabela 24 Struktura próby w dotychczasowych grupach po zastosowaniu podziału A/B 53
Tabela 25 Proponowane pakiety cenowe implantów i procesorów według grup lub kategorii świadczeń .54
Tabela 26 Średni czas zajęcia infrastruktury zabiegu 55
Tabela 27 Łączny czas zaangażowania personelu w realizację procedury zabiegowej (minuty) 56
Tabela 28 Średnie koszty personelu i wykorzystania infrastruktury w przeliczeniu na jedno świadczenie .56
Tabela 29 Parametry i składowe kosztów realizacji świadczeń bez wyrobów wysokokosztowych według grup i proponowanych kategorii 58

Tabela 30 Proponowane produkty do sumowania obejmujące wyroby wysokokosztowe – koszty i przyporządkowanie do świadczeń podstawowych 58
Tabela 31 Wyniki analizy kosztów grup zabiegowych (dane uaktualnione od 1 lipca 2026 r.) 59
Tabela 32 Wyznaczenie współczynnika korygującego dla jednoczasowych zabiegów obustronnych – bez kosztu implantów 60
Tabela 33 Łączny koszt jednoczasowych zabiegów obustronnych z uwzględnieniem współczynnika korygującego i wartości dwóch implantów według III pakietu cenowego 60
Tabela 34 Projekty taryf 61
Tabela 35 Proponowane tymczasowe współczynniki korygujące do ceny punktu (do 30 czerwca 2027 r.) 63
Tabela 36 Analiza wpływu na budżet płatnika 67
Tabela 37 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala 69
Tabela 38 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na poziom PSZ 70

Spis rysunków

Rysunek 1 Klasyfikacja niedosłuchu według etiologii, lokalizacji uszkodzenia oraz charakteru ubytku słuchu. 9
Rysunek 2 Realizacja świadczeń w latach 2020-2025 w podziale na leczenie zaburzeń słuchu implantem i wymianę procesora/przetwornika mowy 16
Rysunek 3 Liczba świadczeń leczenia zaburzeń słuchu zrealizowanych w latach 2020–2025. 17
Rysunek 4 Wartość świadczeń leczenia zaburzeń słuchu, które zostały zrealizowane w latach 2020-2025. 18
Rysunek 5 Liczba świadczeń wymiany procesorów/przetworników mowy, które zostały zrealizowane w latach 2020-2025 19
Rysunek 6 Wartość świadczeń wymiany procesorów/przetworników mowy, które zostały zrealizowane w latach 2020-2025. 19
Rysunek 7 Liczba i wartość zrealizowanych świadczeń w latach 2020-2025 w podziale na zakresy ich realizacji 20
Rysunek 8 Realizatorzy świadczeń leczenia zaburzeń słuchu i wymiany procesora/przetwornika mowy w podziale na kategorię szpitala 24
Rysunek 9 Liczba świadczeń udzielonych w 2025 r. w podziale na grupy wiekowe pacjentów oraz na kategorię szpitala. 27
Rysunek 10 Liczba świadczeń udzielonych w 2025 r. w podziale na rozpoznanie główne oraz na kategorię szpitala. 27
Rysunek 11 Analiza długości pobytu pacjentów w grupie leczenia zaburzeń słuchu w podziale na pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (IFiPS) i pacjentów pozostałych świadczeniodawców (SWD). 28
Rysunek 12 Analiza długości pobytu pacjentów, u których wykonano wymiany procesora/przetwornika mowy w podziale na pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (IFiPS) i pacjentów pozostałych świadczeniodawców (SWD). 29
Rysunek 13 Zestawienie liczby podmiotów i komórek organizacyjnych oddziałów otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej według województw w 2025 r. 30
Rysunek 14 Zestawienie liczby łóżek na oddziałach otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej według województw w 2025 r. 30
Rysunek 15 Zestawienie liczby łóżek i ich średniego wykorzystania na oddziałach otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej w latach 2021–2025. 31
Rysunek 16 Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na wszczepienie protezy ślimaka lub wielokanałowej protezy ślimaka – przypadki pilne i stabilne. 32

Rysunek 17 Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na wymianę procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo procesora dźwięku implantów ucha środkowego – przypadki pilne i stabilne. 33
Rysunek 18 Struktura danych medyczno-kosztowych pozyskanych w ramach postępowania nr 84 według kategorii szpitala....41
Rysunek 19 Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 100% realizacji świadczeń, po aktualizacji od 1 lipca 2026 r., według kategorii szpitala....47
Rysunek 20 Koszt osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 100% realizacji świadczeń, po aktualizacji od 1 lipca 2026 r., według kategorii szpitala. 48
Rysunek 21 Rozrzut kosztów godzinowych zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i szpitalnego gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione od 1 lipca 2026 r.) 50

7 Załączniki

Załącznik 1. Kody ICD-9 charakteryzujące świadczenia objęte grupami
Załącznik 2. Warunki szczegółowe dotyczące realizacji świadczeń gwarantowanych
Załącznik 3. Charakterystyka grup
Załącznik 4. Wykaz świadczeniodawców