



DOR.001.29.2026.LAn

**Protokół z posiedzenia
Rady Przejrzystości 30/2026
w dniu 27 lipca 2026 roku
w formie wideokonferencji**

Małgorzata Bała otworzyła posiedzenie o godzinie 10:00.

Członkowie Rady Przejrzystości (Rada) obecni przy rozpoczęciu posiedzenia (kworum 7 osób):

1. Artur Bachta
2. Małgorzata Bała
3. Anna Czerniecka-Kubicka
4. Andrzej Dąbrowski
5. Paweł Grzesiewski
6. Maciej Karaszewski
7. Elżbieta Lanc
8. Marcin Lipowski
9. Jacek Rubik
10. Aleksandra Zasada

Proponowany porządek obrad:

1. Omówienie powiązań branżowych i ustalenie ewentualnych konfliktów interesów członków Rady. Omówienie i przyjęcie porządku obrad Rady.
2. Przygotowanie stanowiska w sprawie zakwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej „RM mózgu i pnia mózgu bez i ze wzmocnieniem kontrastowym” oraz „RM przysadki mózgowej” jako świadczeń gwarantowanych.
3. Przygotowanie stanowiska w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „RM serca z oceną perfuzji w obciążeniu” jako świadczenia gwarantowanego.
4. Przygotowanie stanowiska w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „RM serca dla pacjenta z urządzeniem wszczepialnym / Nadzór kardiologiczny nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym” jako świadczenia gwarantowanego.
5. Przygotowanie stanowiska w sprawie zakwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej „Poligrafia ambulatoryjna umożliwiającą potwierdzenie rozpoznania

OBS" oraz „Poligrafia ambulatoryjna monitorowanie CPAP i miareczkowanie" jako świadczeń gwarantowanych.

6. Przygotowanie stanowiska w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Przeciwciała przeciw beta 2 glikoproteinie IgM i IgG" jako świadczenia gwarantowanego.
7. Przygotowanie stanowiska w sprawie zmiany technologii medycznej „Przeciwciała przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD)".
8. Przygotowanie opinii o projekcie programu polityki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego „Wielkopolski Program Zdrowotny w zakresie fizjoterapii dla kobiet z problemem nietrzymania moczu (NTM)" (woj. wielkopolskie).
9. Przygotowanie opinii o projekcie programu polityki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego „Dobrze widzę, lepiej się uczyć" (Wrocław).
10. Przygotowanie opinii o projekcie programu polityki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci w Łodzi pn. » Widzę lepiej «".
11. Przygotowanie opinii o projekcie programu polityki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego „Profilaktyka w zakresie diagnostyki zaćmy i jaskry oraz AMD – zwyrodnienia plamki żółtej dla mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2026".
12. Zakończenie posiedzenia.

Ad 1. Żaden z członków Rady nie zadeklarował konfliktu interesów.

Rada 10 głosami „za" zaakceptowała proponowany porządek obrad.

Ad 2. Analityk Agencji podsumował dane z raportu dot. kwalifikacji świadczeń „RM mózgu i pnia mózgu bez i ze wzmocnieniem kontrastowym" oraz „RM przysadki mózgowej".

Projekt stanowiska Rady przygotowali i przedstawili Maciej Karaszewski i Marcin Lipowski.

Rada doprecyzowała treść uchwały, w czym udział wzięli: Maciej Karaszewski, Małgorzata Bała, Andrzej Dąbrowski, Marcin Lipowski i Artur Bachta.

Prowadząca zarządziła głosowanie, w wyniku którego Rada 10 głosami „za" uchwaliła stanowisko (załącznik nr 1 do protokołu).

Ad 3. Analityk Agencji podsumował dane z raportu dot. kwalifikacji świadczenia „RM serca z oceną perfuzji w obciążeniu".

Głos zabrał Maciej Karaszewski, a projekt stanowiska Rady przygotowali i przedstawili Aleksandra Zasada i Paweł Grzesiewski.

Maciej Karaszewski i Małgorzata Bała doprecyzowali treść uchwały.

Prowadząca zarządziła głosowanie, w wyniku którego Rada 10 głosami „za" uchwaliła pozytywne stanowisko (załącznik nr 2 do protokołu).

Ad 4. Analitik Agencji podsumował dane z raportu dot. kwalifikacji świadczenia „RM serca dla pacjenta z urządzeniem wszczepialnym/Nadzór kardiologiczny nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym”.

Projekt stanowiska Rady przygotowały Anna Czerniecka-Kubicka i Elżbieta Lanc, a przedstawiła Anna Czerniecka-Kubicka.

W dyskusji Rady, w wyniku której doprecyzowano treść uchwały uczestniczyli: Andrzej Dąbrowski, Anna Czerniecka-Kubicka, Maciej Karaszewski, Małgorzata Bała i Jacek Rubik.

Prowadząca zarządziła głosowanie, w wyniku którego Rada 10 głosami „za” uchwaliła pozytywne stanowisko (załącznik nr 3 do protokołu).

Ad 5. Analitik Agencji podsumował dane z raportu dot. kwalifikacji świadczeń „Poligrafia ambulatoryjna umożliwiającą potwierdzenie rozpoznania OBS” oraz „Poligrafia ambulatoryjna monitorowanie CPAP i miareczkowanie”.

Projekt stanowiska Rady przygotowali i przedstawili Andrzej Dąbrowski i Małgorzata Bała.

Głos w dyskusji zabrali: Maciej Karaszewski, Małgorzata Bała i Andrzej Dąbrowski.

Prowadząca zarządziła głosowanie, w wyniku którego Rada 10 głosami „za” uchwaliła stanowisko (załącznik nr 4 do protokołu).

Ad 6. Analitik Agencji podsumował dane z raportu dot. kwalifikacji świadczenia „Przeciwciała przeciw beta 2 glikoproteinie IgM i IgG”.

Głos zabrał Andrzej Dąbrowski, a projekt stanowiska Rady przygotowali i przedstawili Artur Bachta i Jacek Rubik.

Rada doprecyzowała treść uchwały, w czym udział wzięli Małgorzata Bała i Andrzej Dąbrowski.

Prowadząca zarządziła głosowanie, w wyniku którego Rada 10 głosami „za” uchwaliła pozytywne stanowisko (załącznik nr 5 do protokołu).

Ad 7. Analitik Agencji podsumował dane z raportu dot. zmiany technologii medycznej „Przeciwciała przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD)”.

We wstępnej dyskusji Rady udział wzięli: Jacek Rubik, Małgorzata Bała, Maciej Karaszewski i Andrzej Dąbrowski.

Projekt stanowiska Rady przygotowali Jacek Rubik i Artur Bachta.

Rada doprecyzowała treść uchwały, w czym udział wzięli: Małgorzata Bała, Jacek Rubik i Andrzej Dąbrowski.

Prowadząca zarządziła głosowanie, w wyniku którego Rada 10 głosami „za” uchwaliła negatywne stanowisko (załącznik nr 6 do protokołu).

Ad 8. Analitik Agencji omówił program polityki zdrowotnej woj. wielkopolskiego z zakresu fizjoterapii dla kobiet z problemem nietrzymania moczu.

Głos zabrali: Marcin Lipowski, Andrzej Dąbrowski i Maciej Karaszewski.

Projekt opinii Rady przygotował i przedstawił Marcin Lipowski.

Głos zabrała Małgorzata Bała, po czym zarządziła głosowanie, w wyniku którego Rada 10 głosami „za” uchwaliła negatywną opinię (załącznik nr 7 do protokołu).

Ad 9. Analitik Agencji streścił założenia programu polityki zdrowotnej miasta Wrocław z zakresu okulistyki.

Projekt opinii Rady przygotował i przedstawił Paweł Grzesiewski.

W dyskusji Rady udział wzięły Aleksandra Zasada i Małgorzata Bała.

Prowadząca zarządziła głosowanie, w wyniku którego Rada 9 głosami „za” i 1 głosem „przeciw” uchwaliła negatywną opinię (załącznik nr 8 do protokołu).

Ad 10. Analitik Agencji podsumował program polityki zdrowotnej miasta Łódź z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku.

Projekt opinii Rady przygotowała i przedstawiła Elżbieta Lanc.

Głos w dyskusji Rady zabrali: Andrzej Dąbrowski, Elżbieta Lanc, Małgorzata Bała i Maciej Karaszewski.

Prowadząca zarządziła głosowanie, w wyniku którego Rada 10 głosami „za” uchwaliła negatywną opinię (załącznik nr 9 do protokołu).

Ad 11. Analitik Agencji omówił program polityki zdrowotnej gminy Konstancin-Jeziorna z zakresu diagnostyki jaskry, zaćmy i AMD.

Projekt opinii Rady przygotowała i przedstawiła Małgorzata Bała.

Głos zabrał Maciej Karaszewski, po czym Prowadząca zarządziła głosowanie, w wyniku którego Rada 10 głosami „za” uchwaliła negatywną opinię (załącznik nr 10 do protokołu).

Ad 12. Prowadząca zakończyła posiedzenie o godzinie 14:54.



Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 99/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku
w sprawie zasadności kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej
dot. rezonansu magnetycznego mózgu, pnia mózgu
oraz przysadki mózgowej

Rada Przejrzystości uznaje za zasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Rezonans magnetyczny (dalej: RM) mózgu i pnia mózgu bez i ze wzmocnieniem kontrastowym” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Rada Przejrzystości uznaje za niezasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „RM przysadki mózgowej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu bez i ze wzmocnieniem kontrastowym jest finansowany w ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w funkcjonujących już w tym zakresie badań RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego oraz RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym. Oceniane świadczenia są dedykowane przede wszystkim pacjentom z chorobami układu sercowo-naczyniowego, u których rezonans magnetyczny może być wykorzystywany w diagnostyce powikłań neurologicznych, w tym udarów mózgu, zmian związanych z infekcyjnym zapaleniem wsierdza oraz powikłań leczenia przeciwnowotworowego.

Tym samym problem decyzyjny ogranicza się do oceny zasadności wydzielenia ocenianej technologii z szerszej kategorii badania RM głowy. Dodatkowo podobnej ocenie ma ulec rezonans magnetyczny mózgu wykonywany według wysokorozdzielczego protokołu przysadki mózgowej, która to technologia nie posiada odrębnego opisu w ramach świadczeń gwarantowanych. Badanie wykonywane według wysokorozdzielczego protokołu przysadki znajduje zastosowanie głównie w diagnostyce schorzeń endokrynologicznych po przeprowadzeniu odpowiedniej oceny klinicznej i hormonalnej. Wykonywane jest jako integralny element badania RM mózgu i pnia mózgu ze wzmocnieniem kontrastowym.

Dowody naukowe

Wytyczne kliniczne PTK/ESC 2023, AHA 2021, PTK/ESC 2021 i PTK/ESC 2017 wskazują rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu m.in. w diagnostyce udaru mózgu i TIA, ocenie powikłań neurologicznych infekcyjnego zapalenia wsierdza, identyfikacji zmian niedokrwiennych, krwotocznych i mikrokrwawień oraz w ocenie zmian śródczaszkowych przed wdrożeniem, ponownym włączeniem lub modyfikacją leczenia przeciwkrzepliwego.

Wytyczne kliniczne PTK/ESC 2024, PTNT 2024, ACR 2019 oraz Endocrine Society 2014, 2011 i 2008 wskazują rezonans magnetyczny przysadki mózgowej jako metodę obrazowania w diagnostyce gruczolaków przysadki, akromegalii, zespołu Cushinga oraz hiperprolaktynemii, a także w monitorowaniu efektów leczenia tych schorzeń.

Analiza rozwiązań w innych krajach UE

Analiza rozwiązań stosowanych w Belgii, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Francji, Czechach i na Litwie wskazuje, że rezonans magnetyczny mózgu, pnia mózgu oraz przysadki mózgowej jest finansowany ze środków publicznych, jednak w większości krajów nie funkcjonują odrębne procedury dedykowane wyłącznie badaniu przysadki mózgowej.

W Belgii, Wielkiej Brytanii, Czechach i na Litwie badania te realizowane są w ramach ogólnych procedur MRI głowy lub pojedynczego obszaru anatomicznego.

W Niemczech funkcjonują odrębne procedury dla MRI mózgowiczaszki i podstawy czaszki, natomiast nie wyodrębniono osobnej procedury dla rezonansu przysadki.

We Francji dostępne są dedykowane kody dla rezonansu czaszki z kontrastem i bez kontrastu, a badania przysadki realizowane są w ramach tych procedur.

Problem ekonomiczny

W przypadku RM mózgu i pnia mózgu liczebność populacji dla pierwszego roku analizy oszacowano na ok. 40,4 tys. pacjentów w wariancie podstawowym, przy zakresie ok. 36,5–41,4 tys.). W przypadku RM mózgu i pnia mózgu – protokół wysokorozdzielczy przysadki liczebność populacji oszacowano na 3,4 tys. pacjentów w wariancie podstawowym, przy zakresie ok. 0,5–4,5 tys.

Oszacowano przewidywane koszty ponoszone przez płatnika publicznego, związane z realizacją badań:

1) RM mózgu i pnia mózgu

- w I roku (2027) około 39 mln PLN (min. 35 mln PLN, max. 40 mln PLN),
- w II roku (2028) około 42 mln PLN (min. 38 mln PLN, max. 43 mln PLN).

2) RM mózgu i pnia mózgu – protokół wysokorozdzielczy przysadki

- w I roku (2027) około 3,3 mln PLN (min. 484tys. PLN, max. 4,3 mln PLN),

- w II roku (2028) około 3,5 mln PLN (min. 872 tys. PLN, max. 4,6 mln PLN).

Należy jednak podkreślić, że nie są to koszty inkrementalne, ponieważ te badania są obecnie finansowane w leczeniu szpitalnym i AOS.

Główne argumenty decyzji:

RM mózgu i pnia mózgu

- poprawa szczegółowości sprawozdawczości,
- możliwość określenia kryteriów kwalifikacji do wykonania badań.

RM przysadki mózgowej

- jest to wyłącznie szczególny protokół obrazowania wykorzystywany w ramach rezonansu magnetycznego mózgu,
- nie ma analogicznego rozwiązania w innych krajach UE.

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DRiSSOZ.4100.1.2026 „Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu bez wzmocnienia kontrastowego / bez i ze wzmocnieniem kontrastowym w diagnostyce powikłań neurologicznych u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu bez i ze wzmocnieniem kontrastowym – protokół wysokorozdzielczy przysadki”; data ukończenia: 23.07.2026 r.



Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 100/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku
w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej
„RM serca z oceną perfuzji w obciążeniu”

Rada Przejrzystości uznaje za zasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „RM serca z oceną perfuzji w obciążeniu” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Obecnie rezonans magnetyczny serca z oceną perfuzji w obciążeniu farmakologicznym nie stanowi odrębnego świadczenia gwarantowanego finansowanego ze środków publicznych, obowiązujące zasady finansowania nie przewidują odrębnego finansowania farmakologicznej próby obciążeniowej wykonywanej w ramach badania MR serca ani nie określają szczegółowych warunków organizacyjnych realizacji tego świadczenia.

Alternatywę dla ocenianego świadczenia stanowią obecnie, co potwierdzili eksperci kliniczni, inne metody diagnostyczne wykorzystywane w ocenie niedokrwienia mięśnia sercowego oraz czynnościowego znaczenia choroby wieńcowej, w szczególności echokardiografia obciążeniowa, scyntygrafia perfuzyjna mięśnia sercowego (SPECT), tomografia komputerowa tętnic wieńcowych oraz diagnostyka inwazyjna. Jednocześnie standardowy rezonans magnetyczny serca wykonywany bez zastosowania obciążenia farmakologicznego nie pozwala na ocenę perfuzji mięśnia sercowego w warunkach obciążenia, a tym samym nie stanowi pełnego odpowiednika ocenianego świadczenia.

Problem decyzyjny sprowadza się do oceny zasadności zakwalifikowania rezonansu magnetycznego serca z obciążeniem farmakologicznym (stress CMR) jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jako alternatywy dla obecnie stosowanych metod w szczególności w diagnostyce niedokrwienia mięśnia sercowego i ocenie czynnościowego znaczenia choroby wieńcowej oraz określenia warunków jego realizacji. Ocena obejmuje w szczególności analizę miejsca stress CMR w ścieżce diagnostycznej względem obecnie finansowanych metod diagnostycznych

stosowanych w rozpoznawaniu niedokrwienia mięśnia sercowego i ocenie czynnościowego znaczenia choroby wieńcowej. Należy jednocześnie uwzględnić, że świadczenie może znajdować zastosowanie w różnych wskazaniach klinicznych z zakresu chorób układu sercowo-naczyniowego, a jego rola diagnostyczna i spodziewane korzyści kliniczne mogą różnić się w zależności od populacji pacjentów oraz celu wykonywanego badania.

Dowody naukowe

Celem odnalezienia dowodów naukowych dotyczących skuteczności, bezpieczeństwa i użyteczności klinicznej stosowania badania perfuzyjnego serca z obciążeniem farmakologicznym z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego (stress CMR) przeprowadzono przegląd systematyczny literatury. Analizowano trzy odrębne zagadnienia kliniczne związane ze stress CMR. Do analizy włączono 25 publikacji z lat 2016–2026.

Bezpieczeństwo stress CMR oceniano w 18 badaniach. Wyniki odnalezionych badań wskazują na korzystny profil bezpieczeństwa badania – nie odnotowano zgonów związanych bezpośrednio z wykonaniem stress CMR, a poważne zdarzenia niepożądane występowały rzadko. W badaniach porównawczych nie wykazano istotnych statystycznie różnic w częstości poważnych działań niepożądanych pomiędzy stress CMR a komparatorami lub grupą kontrolną.

Wyniki trzech przeglądów systematycznych z metaanalizami wskazują, że stress CMR cechuje się wysoką dokładnością diagnostyczną w wykrywaniu choroby wieńcowej. W metaanalizie Sonaglioni 2025 względem inwazyjnej koronarografii uzyskano czułość 0,83 (95% CI: 0,81–0,85; $p < 0,001$) oraz swoistość 0,89 (95% CI: 0,86–0,92; $p < 0,001$). W porównaniu z innymi nieinwazyjnymi metodami obrazowania stress CMR osiągał porównywalne lub korzystniejsze parametry diagnostyczne. W analizach, w których standardem referencyjnym była FFR, stress CMR uzyskiwał korzystniejsze wartości części parametrów diagnostycznych niż SPECT, zwłaszcza w zakresie czułości, diagnostycznego ilorazu szans oraz ujemnego ilorazu wiarygodności.

Dostępne dowody naukowe wskazują, że stress CMR wspiera decyzje diagnostyczno-terapeutyczne oraz stratyfikację ryzyka sercowo-naczyniowego. Uwzględnienie wyników stress CMR prowadziło do zmiany pierwotnego rozpoznania ustalonego na podstawie koronarografii u 53,0% pacjentów (95% CI: 46,6–59,3%; $p < 0,001$). Strategia diagnostyczno-terapeutyczna oparta na stress CMR wiązała się z istotnie większą poprawą objawów dławicowych (MD: 21,12 pkt; 95% CI: 16,10–26,15; $p < 0,001$), jakości życia ocenianej za pomocą EQ-5D-5L (różnica: 0,09; 95% CI: 0,05–0,14; $p < 0,001$) oraz samooceny stanu zdrowia w skali VAS (różnica: 11,55 pkt; 95% CI: 7,69–15,40; $p < 0,001$) w porównaniu ze strategią opartą wyłącznie na koronarografii. Obecność indukowanego niedokrwienia wykrytego w stress CMR wiązała się również

z istotnie zwiększonym ryzykiem MACE (OR=5,33; 95% CI: 4,04–7,04; $p<0,001$) oraz zgonu sercowo-naczyniowego (OR=6,40; 95% CI: 4,48–9,14; $p<0,001$).

Wytyczne kliniczne:

Do analizy włączono dziewięć krajowych i międzynarodowych wytycznych dotyczących rezonansu magnetycznego serca z obciążeniem farmakologicznym (odnoszące się do wskazań klinicznych PTK/ESC 2024, PTK/ESC 2023, AHA 2021, PTK/ESC 2015, PTK/ESC 2013, ACCF/AHA 2013 oraz skupiające się na organizacji i kompetencjach zespołu CMR: SCMR 2025, SCMR 2024, SCMR 2023). Wszystkie wskazania do wykonania obciążeniowego CMR zidentyfikowane w analizowanych wytycznych dotyczą bezpośrednio lub pośrednio choroby wieńcowej (CAD), obejmując jej diagnostykę, ocenę niedokrwienia mięśnia sercowego, charakterystykę czynnościową zmian wieńcowych, stratyfikację ryzyka sercowo-naczyniowego oraz możliwości przeprowadzenia testów wysiłkowych (PTK/ESC 2024, PTK/ESC 2023, AHA 2021, PTK/ESC 2013, ACCF/AHA 2013). Znaczenie diagnostyczne badania wzrasta u pacjentów z pośrednim lub wysokim prawdopodobieństwem choroby przed testem. Obciążeniowe CMR wykorzystywane jest przede wszystkim do oceny perfuzji i żywotności mięśnia sercowego (SCMR 2025, PTK/ESC 2023) oraz diagnostyki niedokrwienia mięśnia sercowego (PTK/ESC 2024, AHA 2021, PTK/ESC 2015).

Przeciwwskazania do badania obejmują przeciwwskazania do badania RM oraz zastosowania środka farmakologicznego, przy czym ich zakres zależy od rodzaju środka i protokołu badania.

Technologiami alternatywnymi do rezonansu serca z obciążeniem są przede wszystkim nieinwazyjne badania obrazowe takie jak echokardiografia obciążeniowa, SPECT obciążeniowy oraz tomografia komputerowa tętnic wieńcowych, a także inwazyjne badanie oceny tętnic wieńcowych – inwazyjna koronarografia.

Dostępne wytyczne koncentrują się przede wszystkim na wybranych wskazaniach klinicznych, dla których rola stress CMR została bezpośrednio opisana w dokumentach i nie odzwierciedla w pełni całego zakresu wskazań klinicznych proponowanych w KŚOZ.

Problem ekonomiczny

Efektywność kosztowa:

Do przeglądu włączono trzy analizy ekonomiczne (Ge 2020; Petrov 2015; Campbell 2014), oceniające efektywność kosztową strategii diagnostycznych z wykorzystaniem stress CMR.

W analizie Ge 2020 inkrementalny współczynnik kosztów-użyteczności (ICUR) dla strategii stress CMR względem braku obrazowania wyniósł ok. 58 000 USD/QALY (ok. 219 000 PLN/QALY), co wskazuje na opłacalność tej strategii, ponieważ jest poniżej przyjętego na potrzeby analizy progu

opłacalności (100 000 USD/QALY). W analizie Campbell 2014 wartości ICUR dla strategii opartych na stress CMR mieściły się w przedziale 1 073,8 £/QALY-1 150,5 £/QALY (ok. 5 412–5 798 PLN/QALY) w zależności od przyjętego scenariusza, co potwierdza ich opłacalność względem przyjętego progu NICE (£20 000/QALY). Natomiast analiza Petrov 2015 była analizą kosztów-efektywności (CEA) i wykazała, że zastosowanie CMR wiązało się z niższymi kosztami oraz porównywalną skutecznością kliniczną względem bezpośredniej koronarografii (strategia dominująca). Łącznie wyniki analiz wskazują, że strategie diagnostyczne oparte na CMR mogą stanowić efektywne kosztowo podejście w ocenianych populacjach pacjentów.

Wpływ na budżet płatnika publicznego:

Predykację liczby pacjentów, u których wykonane zostanie nieinwazyjne badanie obrazowe w warunkach obciążeniowych, oszacowano na podstawie analizy danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ. Na podstawie dostępnej literatury, opinii eksperckich oraz założeń własnych oszacowano liczbę badań stress CMR na od ok. 2300-2500 badań rocznie (wariant podstawowy) do ok. 4600-5300 badań rocznie (wariant maksymalny). Oszacowano przewidywane koszty płatnika publicznego związane z realizacją przedmiotowego świadczenia na około 4,5 mln PLN (max 9 mln PLN) w I roku (2027) oraz około 4,9 mln PLN (max 9,7 mln PLN) w II roku (2028).

Odstąpiono od przedstawiania wyników w ujęciu inkrementalnym, ze względu na brak wiarygodnych danych pozwalających na oszacowanie skali zastępowania poszczególnych technologii diagnostycznych przez stress CMR oraz kosztów unikniętych (takich jak koszty unikniętych hospitalizacji).

Główne argumenty decyzji:

- Badanie cechuje się wysoką dokładnością diagnostyczną w wykrywaniu choroby wieńcowej;*
- Strategia diagnostyczno-terapeutyczna oparta na stress CMR wiąże się ze zwiększeniem trafności diagnozy i poprawą jakości życia pacjentów;*
- Krajowe i międzynarodowe wytyczne praktyki klinicznej wskazujące, że stress CRM stanowi uznaną metodę nieinwazyjnej diagnostyki niedokrwienia mięśnia sercowego;*
- Analizy ekonomiczne wskazują, że strategie diagnostyczne oparte na stress CMR mogą być efektywne kosztowo w ocenianych populacjach pacjentów.*

Uwagi Rady:

- Analiza wskazuje, że w przypadku wprowadzenia ocenianego świadczenia możliwe do rozważenia byłoby zastosowanie nazwy „RM serca – badanie*

perfuzyjne z obciążeniem farmakologicznym”, bez wskazywania konkretnego środka stosowanego do wywołania obciążenia;

- *Należy określić ścisłe kryteria kwalifikacji i warunki realizacji procedury.*

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DRiSSOZ.4100.1.2026 „Rezonans magnetyczny serca – badanie perfuzyjne z obciążeniem farmakologicznym (stres-CMR)”; data ukończenia: 23.07.2026 r.



Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 101/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku
w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej
„RM serca dla pacjenta z urządzeniem wszczepialnym/nadzór
kardiologiczny nad pacjentem z implantowanym urządzeniem
wszczepialnym”

Rada Przejrzystości uznaje za zasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „RM serca dla pacjenta z urządzeniem wszczepialnym/nadzór kardiologiczny nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Ustalenie stanowiska w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej „RM serca dla pacjenta z urządzeniem wszczepialnym/nadzór kardiologiczny nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Projekt stanowiska dotyczy również zasadności zmiany warunków realizacji i finansowania świadczeń gwarantowanych związanych wykonywaniem rezonansu magnetycznego serca (RM serca) u pacjentów z wszczepialnymi urządzeniami do elektroterapii serca (CIED). Oceniane świadczenie dotyczy pacjentów z CIED, u których występują wskazania do wykonania RM serca w przebiegu schorzeń układu sercowo-naczyniowego, w tym m.in.: choroby niedokrwiennej serca, kardiomiopatii, wad zastawkowych serca, nadciśnienia tętniczego i jego powikłań, zaburzeń przewodzenia i rytmu serca oraz niewydolności serca. Realizacja badania w tej populacji wymaga zapewnienia odpowiedniej kwalifikacji pacjenta oraz przygotowania, programowania i kontroli urządzenia wszczepialnego przed badaniem, w trakcie jego wykonywania i po jego zakończeniu.

Obecnie finansowane ze środków publicznych są odrębnie świadczenia obejmujące wykonanie rezonansu magnetycznego serca oraz nadzór kardiologiczny nad pacjentem ze wszczepialnym urządzeniem. W obowiązującym systemie nie funkcjonuje natomiast odrębne kompleksowe świadczenie dedykowane wykonaniu RM serca u pacjentów z CIED, uwzględniające

specyficzne wymagania organizacyjne, kadrowe i sprzętowe związane z przygotowaniem pacjenta, programowaniem urządzenia oraz monitorowaniem bezpieczeństwa badania. Oceniana zmiana polega na zastąpieniu obecnego modelu realizacji świadczeń rozwiązaniem zintegrowanym, polegającym na połączeniu istniejących świadczeń, wraz z modyfikacją warunków ich realizacji albo utworzeniu kompleksowego świadczenia gwarantowanego.

Problem decyzyjny koncentruje się na ocenie zasadności modyfikacji obecnego modelu realizacji świadczeń, której potencjalnym efektem mogłoby być utworzenie nowego kompleksowego świadczenia „Rezonans magnetyczny serca u pacjentów z wszczepionymi elektronicznymi urządzeniami kardiologicznymi” stanowiącego połączenie dwóch świadczeń obecnie finansowanych ze środków publicznych – rezonansu magnetycznego serca oraz nadzoru kardiologicznego nad pacjentem z CIED – wraz z dostosowaniem warunków ich realizacji do specyficznych wymagań związanych z bezpieczeństwem i organizacją udzielania świadczenia. Celem niniejszej analizy jest ocena, czy takie rozwiązanie, w porównaniu z aktualnym sposobem realizacji i finansowania świadczeń, jest uzasadnione z perspektywy bezpieczeństwa klinicznego, organizacji udzielania świadczeń, zgodności z obowiązującymi regulacjami oraz wpływu na wydatki płatnika publicznego. Analiza obejmuje w szczególności możliwość zapewnienia właściwej kwalifikacji do badania, odpowiedniego nadzoru nad pacjentem, programowania i kontroli urządzenia, dostępności odpowiedniego personelu i wyposażenia oraz wpływu zmiany na wydatki płatnika publicznego.

Świadczenie nie było dotychczas przedmiotem oceny Rady Przejrzystości, jednak było analizowane w ramach prac nad zmianami technologii medycznych w kardiologii (2020) oraz projektu „Odwrócona Piramida Świadczeń” (2025). W obu opracowaniach wskazano zasadność włączenia świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych oraz konieczność określenia warunków jego realizacji, uwzględniających odpowiednie wyposażenie, monitorowanie pacjenta i udział personelu posiadającego kompetencje w zakresie obsługi urządzeń wszczepialnych.

Dowody naukowe

Przedmiotem oceny nie jest wprowadzenie nowej technologii diagnostycznej ani dokonanie zmiany sposobu wykonywania rezonansu magnetycznego serca, lecz zmiana warunków realizacji świadczeń obejmujących RM serca oraz kontrolę/nadzór nad urządzeniem wszczepialnym już finansowanych ze środków publicznych w ramach AOS. W związku z powyższym proponowane rozwiązanie nie zakłada zmiany wskazań klinicznych do RM serca ani zastąpienia dotychczasowego postępowania technologią o odmiennej skuteczności diagnostycznej.

Z uwagi na to, że przedmiotowe świadczenie obejmuje świadczenia obecnie finansowane ze środków publicznych, odstąpiono od przeprowadzenia pełnej analizy skuteczności i bezpieczeństwa na podstawie dostępnych badań naukowych oraz przeglądu analiz ekonomicznych.

Ocenę kliniczną skoncentrowano natomiast na bezpieczeństwie wykonywania RM u pacjentów ze wszczepialnymi urządzeniami do elektroterapii serca oraz na wymaganiach dotyczących kwalifikacji pacjenta, kontroli i programowania urządzenia, monitorowania podczas badania i kontroli po jego zakończeniu. W tym celu przeprowadzono przegląd aktualnych wytycznych, stanowisk i dokumentów konsensusowych.

Do analizy włączono siedem krajowych i międzynarodowych wytycznych dotyczących rezonansu magnetycznego serca (CMR, ang. cardiac magnetic resonance) u pacjenta z urządzeniem wszczepialnym (stymulator, defibrylator-kardiowerter) (PTK/ESC 2024, PLTR 2023, PTK/ESC 2021, SFC 2020, HRS 2017 oraz dwa skupiające się na organizacji i kompetencjach zespołu CMR: SCMR 2024, SCMR 2023,). Analiza większości z odnalezionych dokumentów wskazuje, że badanie MRI u pacjentów z wszczepialnymi urządzeniami do elektroterapii serca (CIED), zarówno MR-conditional (warunkowo bezpieczne w środowisku MR), jak i MR-non-conditional (nieprzystosowane do środowiska MR), może być bezpiecznie wykonywane pod warunkiem przestrzegania procedur bezpieczeństwa oraz zapewnienia właściwego monitorowania pacjenta. W przypadku urządzeń MR-non-conditional zaleca się indywidualną ocenę stosunku korzyści do ryzyka (PTK/ESC 2021; SFC 2020; HRS 2017).

W dokumentach podkreślono konieczność ciągłego monitorowania pacjenta za pomocą co najmniej pulsoksymetrii, a w zależności od protokołu również EKG oraz natychmiastowego dostępu do defibrylatora i/lub sprzętu resuscytacyjnego (PLTR 2023, SFC 2020, HRS 2017). Zalecana jest kontrola urządzenia przed i po badaniu, obejmująca ocenę integralności systemu, parametrów stymulacji i detekcji oraz stanu baterii, przywrócenie pierwotnych ustawień po zakończeniu procedury (PLTR 2023, SFC 2020, HRS 2017).

Większość analizowanych wytycznych zaleca, aby opieka nad pacjentem poddawany badaniu MRI była sprawowana przez zespół obejmujący kardiologa oraz personel posiadający doświadczenie w programowaniu CIED (kwalifikacja pacjenta do badania, ocena i dostosowanie parametrów urządzenia, nadzór nad pacjentem w trakcie badania), należy zapewnić dostępność personelu przeszkolonego w zakresie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (PLTR 2023, PTK/ESC 2021, SFC 2020, HRS 2017).

Za główne przeciwwskazania lub czynniki wymagające szczególnej ostrożności w zależności od dokumentu wskazano elektrody nasierdziowe, porzucone lub uszkodzone, adaptory i przedłużenia elektrod oraz krótszy niż 6-tygodniowy odstęp od implantacji urządzenia do wykonania badania, wskazując

na potencjalne dopuszczenie do badania w wyjątkowych sytuacjach klinicznych, po indywidualnej ocenie korzyści i ryzyka oraz zgodnie z lokalnym protokołem (PLTR 2023, PTK/ESC 2021, SFC 2020). Zdarzenia niepożądane występują rzadko (<1%) i mają zazwyczaj charakter przejściowy, przy czym najczęściej obserwowanym powikłaniem jest odwracalny reset urządzenia (PLTR 2023).

Analiza rozwiązań stosowanych w Belgii, Wielkiej Brytanii, Francji, Niemczech, Czechach i na Litwie wskazuje, że w żadnym z ocenionych krajów nie zidentyfikowano odrębnej procedury przeznaczonej wyłącznie dla badania rezonansu magnetycznego serca u pacjentów z wszczepialnymi urządzeniami do elektroterapii serca. Badania te są realizowane i rozliczane w ramach ogólnych procedur MRI serca lub MRI klatki piersiowej. W dostępnych dokumentach zidentyfikowano przede wszystkim odniesienia do bezpieczeństwa procedury, w szczególności na potwierdzeniu kompatybilności urządzenia z MRI oraz zapewnieniu odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych wykonania badania.

W Belgii i Wielkiej Brytanii funkcjonują odrębne świadczenia dotyczące MRI serca, jednak nie różnicują one na poziomie identyfikowanych procedur ze względu na obecność urządzeń wszczepialnych. W Niemczech funkcjonuje procedura dla MRI klatki piersiowej, bez odrębnego kodu procedury dla rezonansu serca z urządzeniem wszczepialnym.

We Francji i Czechach oprócz procedur MRI serca zidentyfikowano także procedury kontroli rozruszników i kardiowerterów-defibrylatorów, jednak nie występuje odrębne świadczenie obejmujące wykonanie MRI u pacjentów z tymi urządzeniami. Francuskie dokumenty zwracają szczególną uwagę na ocenę kompatybilności urządzeń z MRI oraz zapewnienie odpowiednich warunków bezpieczeństwa podczas badania.

Na Litwie przepisy wskazują niekompatybilne rozruszniki i defibrylatory jako przeciwwskazanie do wykonania MRI, natomiast nie określają szczegółowych zasad wykonywania badania u pacjentów z urządzeniami kompatybilnymi lub warunkowo dopuszczonymi do pracy w środowisku MR.

Problem ekonomiczny

Obecnie ze środków publicznych finansowane są odrębne świadczenia obejmujące rezonans magnetyczny serca oraz kontrolę urządzenia wszczepialnego. Nie funkcjonuje odrębne finansowanie świadczenia rezonansu magnetycznego serca u pacjentów z CIED.

Predykcję liczby pacjentów, u których wykonane zostanie przedmiotowe świadczenie, oszacowano na podstawie analizy danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ i opinii eksperckiej, wskazujących na potencjalnie od 195 pacjentów w 2027 roku do 277 pacjentów w 2030 roku w wariantcie konserwatywnym oraz od 788 pacjentów w 2027 r. do 861 pacjentów w 2030 r. w wariantcie podstawowym.

Oszacowano przewidywane koszty płatnika publicznego związane z realizacją przedmiotowego świadczenia.

- w I roku (2027) około 1,5 mln PLN (min 383 tys. PLN, max 1,96 mln PLN),
- w II roku (2028) około 1,6 mln PLN (min 436 tys. PLN, max 1,96 mln PLN).

Należy jednak podkreślić, że nie są to koszty inkrementalne, ponieważ świadczenia są obecnie finansowane. Odstąpiono od przedstawiania wyników w ujęciu inkrementalnym ze względu na brak wiarygodnych danych pozwalających jednoznacznie określić potencjalne zapotrzebowanie na wykonywanie badań u pacjentów z urządzeniami wszczepialnymi oraz oszacować, jaka część pacjentów otrzymuje obecnie oba komponenty świadczenia i w jaki sposób są one rozliczane. Przedstawione kwoty odpowiadają kosztowi realizacji świadczeń w analizowanych scenariuszach i nie powinny być interpretowane jako pełne dodatkowe obciążenie budżetu NFZ.

Główne argumenty decyzji:

- Zmiana zapewni bezpieczeństwo pacjenta i ustali równoważną odpowiedzialność zespołów radiologicznego oraz kardiologicznego.
- Zmiana organizacyjna może zwiększyć dostępność badań dla pacjentów.

Uwagi Rady:

- Kontrola CIED przed i po RM: czynności te wykraczają poza rutynową kontrolę urządzenia i powinny stanowić dodatkowy element świadczenia, niezbędny dla bezpieczeństwa badania.
- Wprowadzenie świadczenia wymaga sprecyzowania kryteriów kwalifikacji i warunków realizacji świadczenia.

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DRiSSOZ.4100.1.2026 „Rezonans magnetyczny serca – badanie pacjentów z wszczepialnym urządzeniem do elektroterapii serca, uzupełniony o kontrolę urządzenia wszczepialnego”; data ukończenia: 23.07.2026 r.



Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 102/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku
w sprawie zasadności kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej
dot. poligrafii ambulatoryjnej

Rada Przejrzystości uznaje za zasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Poligrafia ambulatoryjna umożliwiające potwierdzenie rozpoznania obturacyjnego bezdechu sennego (OBS)” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Jednocześnie Rada Przejrzystości uznaje za niezasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Poligrafia ambulatoryjna monitorowanie CPAP i miareczkowanie” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Ocena zasadności włączenia do zakresu AOS nowego świadczenia diagnostycznego – poligrafii krążeniowo-oddechowej, do stosowania w diagnostyce obturacyjnego bezdechu sennego (OBS) oraz w monitorowaniu leczenia pacjentów poddawanych terapii CPAP (terapia ciągłym dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych; ang. continuous positive airway pressure).

Problem zdrowotny. OBS jest zaburzeniem oddychania podczas snu, w którym dochodzi do powtarzających się epizodów całkowitego lub częściowego zamknięcia górnych dróg oddechowych, prowadzących odpowiednio do bezdechu albo sptyczenia oddychania. Jest to stan, w którym górne drogi oddechowe ulegają zwężeniu albo zamknięciu podczas snu, co powoduje niedostateczne oddychanie lub przerwy w oddychaniu, a następnie wybudzenia lub sptyczenie snu. OBS mogą towarzyszyć chrapanie, okresowa hipoksemia, hiperkapnia, mikroprzebudzenia oraz fragmentacja snu. OBS może wiązać się z występowaniem objawów dziennych, takich jak nadmierna senność, uczucie niewyspania, zaburzenia koncentracji, pogorszenie funkcji poznawczych, drażliwość i obniżenie jakości życia. Objawy te mogą ograniczać codzienne funkcjonowanie pacjentów oraz zwiększać ryzyko wypadków komunikacyjnych i urazów zawodowych. OBS może ponadto współwystępować z chorobami sercowo-naczyniowymi i metabolicznymi, w tym nadciśnieniem tętniczym, chorobami serca, zaburzeniami rytmu serca, udarem oraz cukrzycą typu 2.

PG (poligrafia krążeniowo-oddechowa) jest badaniem alternatywnym do polisomnografii (PSG), wykonywanej w ramach hospitalizacji pod stałym nadzorem medycznym. PG jest ambulatoryjnym badaniem diagnostycznym rejestrującym co najmniej 4 zmienne fizjologiczne: przepływ powietrza przez górne drogi oddechowe, ruchy oddechowe klatki piersiowej i brzucha oraz saturację krwi tlenem – bez oceny struktury snu.

Polisomnografia (PSG) jest pełnym badaniem diagnostycznym wykonywanym w pracowni snu, obejmującym rejestrację struktury snu, oddychania, saturacji, EKG i aktywności ruchowej przez co najmniej 6 godzin. PSG bada strukturę snu za pomocą elektrod na głowie (mierzy sygnały z mózgu – EEG, ruchy oczu – EOG i napięcie mięśni – EMG; określa dokładny czas snu, wybudzenia oraz fazy NREM i REM).

Obecnie w systemie finansowanym ze środków publicznych diagnostyka OBS jest zasadniczo oparta na PSG realizowanej głównie w warunkach leczenia szpitalnego.

Populację docelową dla świadczenia „Poligrafia ambulatoryjna umożliwiająca potwierdzenie rozpoznania OBS” stanowią pacjenci z grup zwiększonego ryzyka OBS lub hipowentylacji w przebiegu otyłości, u których w badaniach przesiewowych z wykorzystaniem kwestionariusza berlińskiego, STOP-Bang lub skali senności Epworth stwierdzono co najmniej umiarkowane prawdopodobieństwo zaburzeń oddychania podczas snu. Są to, przede wszystkim, pacjenci z otyłością, bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, cukrzycą typu 1 lub 2, opornym na leczenie nadciśnieniem tętniczym, wybranymi chorobami układu sercowo-naczyniowego oraz pacjenci z protezami zastawek lub innymi implantami sercowo-naczyniowymi.

Populację docelową dla świadczenia dotyczącego monitorowania terapii stanowią pacjenci z potwierdzonym OBS, kwalifikowani do leczenia z zastosowaniem dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych albo leczeni tą metodą, u których zachodzi potrzeba oceny skuteczności terapii, optymalizacji ustawień urządzenia lub kwalifikacji do długoterminowej terapii. W Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej wskazano również możliwość zastosowania badania w ocenie skuteczności terapii po zabiegach bariatrycznych lub zabiegach z zakresu chirurgii laryngologicznej oraz u pacjentów z chorobami współistniejącymi, takimi jak niewydolność serca, nadciśnienie płucne, nadciśnienie tętnicze oporne na leczenie, zaburzenia rytmu serca i cukrzyca typu 2.

Wytyczne kliniczne

W wytycznych praktyki klinicznej PG jest wskazywana jako badanie możliwe do zastosowania w diagnostyce obturacyjnego bezdechu sennego, przede

wszystkim u pacjentów z dużym prawdopodobieństwem umiarkowanej lub ciężkiej postaci choroby oraz bez istotnych chorób współistniejących.

NICE 2021 traktuje domową poligrafię oddechową jako badanie pierwszego wyboru u osób z podejrzeniem OSAHS (zespół obturacyjnego bezdechu sennego i sptyceń oddychania; obstructive sleep apnoea–hypopnoea syndrome). W wytycznych NICE 2021 zalecono rozważenie wykonania PSG, jeśli wyniki poligrafii oddechowej są ujemne, a objawy nadal się utrzymują.

PTChP 2013 wskazuje, że poligrafia typu III powinna być stosowana w powiązaniu z polisomnografią i nie powinna zastępować PSG w przypadkach niejednoznacznych, technicznie wadliwych lub przy wysokim ryzyku klinicznym mimo ujemnego wyniku PG. Polskie zalecenia dotyczące kierowców dopuszczają wykorzystanie poligrafii u osób z wysokim wynikiem przesiewowym i bez ciężkich chorób współistniejących, natomiast obecność chorób sercowo-naczyniowych, płucnych, neurologicznych lub niewydolności serca przemawia za wykonaniem polisomnografii.

W wytycznych nie odniesiono się do możliwości wykorzystania PG w miareczkowaniu CPAP.

Świadczenia związane z poligrafią krężeniowo-oddechową były już przedmiotem wcześniejszych prac Agencji. W raporcie z 2022 r. dotyczącym organizacji opieki nad pacjentami z przewlekłą niewydolnością oddechową i bezdechem sennym rozważano wprowadzenie w AOS świadczenia obejmującego leczenie i monitorowanie obturacyjnego oraz centralnego bezdechu sennego za pomocą aparatu PAP (terapia dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych; ang. positive airway pressure). Wskazano wówczas, że ewentualne uwzględnienie badania poligraficznego w warunkach realizacji wymagałoby odrębnej oceny HTA, określenia warunków realizacji oraz wyceny świadczenia. W modelowym rozwiązaniu PG miałyby wspierać kwalifikację do leczenia aparatem PAP w AOS, w tym poprzez wykonanie badania poligraficznego i czasowe użyczenie aparatu PAP; populację docelową oszacowano na 30% pacjentów pierwszorazowych z OBS, tj. 2 949 pacjentów. Z kolei w raporcie z 2025 r. dotyczącym propozycji nowych świadczeń kardiologicznych w POZ i AOS wskazano na zasadność dalszych prac analitycznych nad kwalifikacją PG, ponieważ odnalezione wytyczne kliniczne dopuszczają jej stosowanie u pacjentów z OBS lub innymi zaburzeniami oddychania podczas snu.

Dowody naukowe

Analizowano 9 publikacji obejmujących 8 badań dotyczących zastosowania poligrafii krężeniowo-oddechowej lub domowych testów diagnostycznych w ocenie zaburzeń oddychania podczas snu. Główne doniesienia naukowe dotyczyły oceny wartości diagnostycznej PG względem PSG u pacjentów

z podejrzeniem OBS, w populacji ogólnej lub zbliżonej do populacji ogólnej, i obejmowały badania: Guerrero 2014, Masa 2013/Masa 2011 oraz Polese 2013. Odnalezione wytyczne kliniczne dopuszczają stosowanie PG w diagnostyce OBS, przede wszystkim u pacjentów z dużym prawdopodobieństwem umiarkowanej lub ciężkiej postaci choroby, bez istotnych chorób współistniejących i bez podejrzenia innych zaburzeń snu. PG powinna stanowić element ścieżki diagnostycznej powiązanej z dostępem do PSG, a nie bezwarunkowy zamiennik PSG.

Wyniki przeglądu systematycznego wskazują, że PG wykazuje dobrą dokładność diagnostyczną względem PSG w rozpoznawaniu OBS u odpowiednio dobranych pacjentów. W wybranych populacjach, strategie diagnostyczno-terapeutyczne oparte na PG pozwalały uzyskać wyniki kliniczne i decyzje dotyczące wdrożenia CPAP, zbliżone do strategii opartych na PSG.

Heterogeniczność badań pod względem populacji, liczebności prób, zastosowanych urządzeń, protokołów badania, progów AHI (wskaźnik bezdechów i sptyceń oddychania; ang. Apnea–Hypopnea Index) i sposobu oceny punktów końcowych ogranicza możliwość prostego uogólnienia wyników na całą populację wskazaną w proponowanych świadczeniach, zwłaszcza na pacjentów z istotnymi chorobami współistniejącymi.

Nie odnaleziono dowodów dotyczących zastosowania PG jako narzędzia wykorzystywanego do miareczkowania CPAP/BiPAP.

Problem ekonomiczny

Analizy ekonomiczne wskazują, że strategie diagnostyczne wykorzystujące domową lub ambulatoryjną diagnostykę zaburzeń oddychania podczas snu, w tym PG, są mniej kosztowne niż diagnostyka oparta wyłącznie na PSG wykonywanej w laboratorium snu. W analizach efektywności kosztowej wykazano porównywalne wyniki kliniczne przy niższych kosztach strategii domowych, a w analizach minimalizacji i porównania kosztów potwierdzono możliwość istotnego ograniczenia nakładów przy założeniu równoważnej skuteczności diagnostycznej i terapeutycznej. Dane ekonomiczne wspierają model selektywnego kierowania odpowiednio dobranych pacjentów do PG lub innych domowych metod diagnostycznych, z wykonaniem PSG w przypadkach wymagających dalszej weryfikacji.

W nowym scenariuszu świadczeń przyjęto założenie przesunięcia ok. 80% pacjentów do ambulatoryjnej diagnostyki PG, z możliwością późniejszej weryfikacji PSG u części z nich oraz wyższe prawdopodobieństwo wdrożenia refundowanej terapii CPAP po diagnostyce PG.

W analizie podstawowej nowy scenariusz wiązał się z niższymi łącznymi wydatkami NFZ niż scenariusz istniejący, wynik inkrementalny wskazywał

na zmniejszenie wydatków o ok. 71,0 mln zł w I roku, 79,4 mln zł w II roku i 87,7 mln zł w III roku analizy.

Wynik ten był determinowany przede wszystkim ograniczeniem wykorzystania znacznie droższej PSG, częściowo kompensowanym przez koszty finansowania PG oraz większe koszty refundacji CPAP. Wyniki należy interpretować ostrożnie, ponieważ nie oszacowano odrębnie możliwego wzrostu liczby pacjentów kierowanych do diagnostyki po zwiększeniu dostępności PG, a kluczowe założenia dotyczące udziału PG i PSG, konieczności weryfikacji PSG po PG, wdrożenia CPAP oraz kosztu PG są obarczone niepewnościami.

Żadna z analiz ekonomicznych nie wskazywała na możliwość zastosowania PG w kontekście miareczkowania CPAP.

Rekomendacje refundacyjne

W innych krajach zidentyfikowano spójny model wykorzystania poligrafii krążeniowo-oddechowej w diagnostyce obturacyjnego bezdechu sennego. W większości analizowanych systemów PG jest finansowana jako badanie pierwszego rzutu u pacjentów z wysokim klinicznym prawdopodobieństwem OBS, bez podejrzenia innych zaburzeń snu i bez istotnych chorób współistniejących. Jednocześnie PSG pozostaje badaniem właściwym dla przypadków klinicznie złożonych, wyników niejednoznacznych lub ujemnych, przy utrzymującym się podejrzeniu choroby oraz sytuacjach wymagających oceny struktury snu.

W większości analizowanych krajów diagnostyka OBS jest finansowana w ramach publicznych systemów ubezpieczenia zdrowotnego, przy zróżnicowanych mechanizmach rozliczania i poziomie współpłacenia pacjentów. Koszty PG są zasadniczo niższe niż PSG.

W rozwiązaniach nie odniesiono się do możliwości miareczkowania CPAP z wykorzystaniem PG. Jedynie w dokumentach belgijskich wskazano, że PG może być wykorzystywana pomocniczo do monitorowania skuteczności CPAP z wbudowanym modułem auto-miareczkowania.

Główne argumenty decyzji:

- Wytyczne kliniczne dopuszczają stosowanie PG w diagnostyce OBS, przede wszystkim u pacjentów z dużym prawdopodobieństwem umiarkowanej lub ciężkiej postaci choroby, bez istotnych chorób współistniejących i bez podejrzenia innych zaburzeń snu. PG powinna stanowić element ścieżki diagnostycznej powiązanej z dostępem do PSG, a nie bezwarunkowy zamiennik PSG.
- Analizy ekonomiczne wskazują, że strategie diagnostyczne wykorzystujące domową lub ambulatoryjną PG są mniej kosztowne niż strategie oparte

wyłącznie na laboratoryjnej PSG, przy zachowaniu porównywalnych wyników klinicznych w odpowiednio dobranych populacjach.

- *Nie odnaleziono wiarygodnych dowodów naukowych potwierdzających zastosowanie PG jako narzędzia wykorzystywanego do miareczkowania CPAP.*

Uwaga Rady

- *Należy określić kryteria kwalifikacji i warunki realizacji świadczenia.*
- *Istnieje ogólnokrajowa baza podmiotów posiadających doświadczenie w diagnostyce zaburzeń oddychania podczas snu. Potencjał ten jest jednak nierównomiernie rozmieszczony terytorialnie.*

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DRiSSOZ.4100.1.2026 „Poligrafia krążeniowo-oddechowa w diagnostyce bezdechu sennego”; data ukończenia: 23.07.2026 r.



Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 103/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku
w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej
„Przeciwciała przeciw beta 2 glikoproteinie IgM i IgG” jako
świadczenia gwarantowanego

Rada Przejrzystości uznaje za zasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Przeciwciała przeciw beta 2 glikoproteinie IgM i IgG” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Przedmiotem oceny jest zasadność finansowania w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oznaczenia przeciwciał przeciw beta 2-glikoproteinie I, jako uzupełnienia panelu badań stosowanych w diagnostyce zespołu antyfosfolipidowego u pacjentów z podwyższonym ryzykiem incydentów zakrzepowo-zatorowych.

Od 01.05.2025 r. badanie stanowi element profilu przeciwciał antyfosfolipidowych, ujętego jako produkt statystyczny w zarządzeniu Prezesa NFZ dotyczącym leczenia szpitalnego. Obecnie profil może być sprawozdawany wyłącznie przez Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich w ramach pobytów diagnostycznych w chorobach rzadkich.

Wnioskowana populacja pacjentów to osoby poniżej 60. roku życia, kwalifikowani do diagnostyki w kierunku trombofilii, z rozpoznaniem: niesprowokowanej lub nawrotowej zatorowości płucnej, nadciśnienia płucnego o prawdopodobnej etiologii zakrzepowo-zatorowej, udaru kryptogennego o niejasnej etiologii, oraz niesprowokowanej lub nawrotowej zakrzepicy żył głębokich. Dodatkowe rozpoznania proponowane do uwzględnienia: zaburzenia rytmu i przewodzenia, niewydolność serca i inne wybrane choroby serca, inne postacie udaru oraz ich następstwa, zatory i zakrzepy tętnicze oraz wady wrodzone serca.

Dowody naukowe

Dostępne wytyczne i rekomendacje międzynarodowych towarzystw naukowych wskazują, że przeciwciała przeciw beta 2-glikoproteinie I w klasach IgM i IgG należą do podstawowych markerów laboratoryjnych zespołu

antyfosfolipidowego (APS) i powinny być oznaczane w ramach panelu przeciwciał antyfosfolipidowych obejmującego również antykoagulant tuczniowy oraz przeciwciała antykardiolipinowe. Wnioskowane badanie jest zalecane u pacjentów z określonymi wskazaniami klinicznymi, w tym po nieprovokowanej lub nawracającej żyłnej chorobie zakrzepowo-zatorowej, zakrzepicy o nietypowej lokalizacji, incydentach zakrzepicy tętniczej u młodszych pacjentów, udarze kryptogennym, oraz u kobiet z niepowodzeniami położniczymi. Nie zaleca się rutynowego wykonywania badań w kierunku przeciwciał antyfosfolipidowych u pacjentów z żylną chorobą zakrzepowo-zatorową związaną z dużym odwracalnym czynnikiem ryzyka lub aktywną chorobą nowotworową. Jednocześnie podkreśla się konieczność potwierdzenia dodatnich wyników w badaniu wykonanym po co najmniej 12 tygodniach oraz interpretacji wyników z uwzględnieniem obrazu klinicznego, miana przeciwciał i całego profilu przeciwciał antyfosfolipidowych.

Oznaczenie przeciwciał przeciw beta 2-glikoproteinie I wykonywane samodzielnie charakteryzowało się wysoką swoistością przy jednocześnie niskiej czułości. Oznaczenie to znajduje zastosowanie przede wszystkim jako element diagnostyki zespołu antyfosfolipidowego wykonywany łącznie z pozostałymi oznaczeniami przeciwciał antyfosfolipidowych.

Problem ekonomiczny

Szacowane wpływ na budżet płatnika proponowanego świadczenia jest trudny do oszacowania, ponieważ niemożliwe jest jednoznaczne wyodrębnienie pacjentów rzeczywiście kwalifikujących się do diagnostyki zespołu antyfosfolipidowego. Szacunki populacji docelowej w opinii ekspertów wahały się w granicach od 1-4 tys. do 40 tys. pacjentów rocznie, natomiast szacunki oparte o sprawozdawane rozpoznania ICD-10 od ok. 40 tys. do ok. 500 tys. pacjentów rocznie, co w najdroższym scenariuszu skutkowałoby kosztami dla płatnika ponad 110 mln zł rocznie. Analiza ta nie uwzględnia kosztów innych elementów diagnostyki zespołu antyfosfolipidowego wykonywanych łącznie z wnioskowanym oznaczeniem, ani wpływu finansowania świadczenia na dalszą ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną pacjenta.

Główny argument decyzji

Oznaczenie przeciw beta2-glikoproteinie I jest standardowym elementem diagnostyki zespołu antyfosfolipidowego, zalecanym w szczególności po nieprovokowanych incydentach zakrzepowych, zakrzepicy o nietypowej lokalizacji, udarze kryptogennym oraz niepowodzeniach położniczych.

Uwagi Rady

- Ze względu na trudne do oszacowania koszty dla płatnika wnioskowanego świadczenia, zasadność przedmiotowej kwalifikacji powinna podlegać ponownej ewaluacji po 2 latach od wprowadzenia.

- *Wprowadzenie tego świadczenia wymaga doprecyzowania kryteriów kwalifikacji pacjentów.*

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej nr: DRiSSOZ.4100.1.2026 „Oznaczenie przeciwciał przeciw beta 2-glikoproteinie I w klasach IgM oraz IgG”; data ukończenia: 22.07.2026 r.



Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 104/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku
w sprawie oceny zasadności zmiany technologii medycznej
„Oznaczenie przeciwciał przeciwko dekarboksylazie kwasu
glutaminowego (anty-GAD)”

Rada Przejrzystości uznaje za niezasadną zmianę technologii medycznej „Oznaczenie przeciwciał przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD)” poprzez rozszerzenie wskazań do stosowania badania o populację pacjentów z cukrzycą insulinozależną lub cukrzycą typu 2 współistniejącą z chorobami sercowo-naczyniowymi.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Przedmiotem oceny jest zasadność rozszerzenia wskazań do realizacji świadczenia gwarantowanego obejmującego oznaczenia przeciwciał anty-GAD na populację pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego i współistniejącą cukrzycą (typu 1, typu 2 lub nowo rozpoznaną), pozostających pod opieką poradni kardiologicznych, diabetologicznych lub diabetologicznych i endokrynologicznych dla dzieci ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Celem proponowanej zmiany jest umożliwienie wykorzystania oznaczenia przeciwciał anty-GAD w diagnostyce różnicowej typu cukrzycy u pacjentów z niejednoznacznym obrazem klinicznym, w szczególności w przypadkach podejrzenia autoimmunologicznej cukrzycy typu 1 i LADA, co może wpływać na podejmowanie decyzji terapeutycznych, w tym kalifikacji pacjenta do stosowania inhibitorów SGLT2.

Obecnie oznaczenie przeciwciał anty-GAD jest finansowane ze środków publicznych w ramach świadczenia gwarantowanego „Opieka nad pacjentem z cukrzycą”, realizowanego w kompleksowej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (KAOS) w zakresie diabetologii. Problem decyzyjny nie dotyczy zasadności samego badania ani jego finansowania, lecz oceny zasadności rozszerzenia wskazań do jego realizacji na dodatkową populację pacjentów oraz nowy zakres organizacyjny świadczeń, tj. umożliwienie realizacji poza poradnią diabetologią również w poradni kardiologicznej oraz diabetologicznej i endokrynologicznej dla dzieci.

Dowody naukowe

Oznaczenie przeciwciał anty-GAD jest rekomendowanym badaniem pierwszego wyboru u osób dorosłych w diagnostyce autoimmunologicznej cukrzycy (z podejrzeniem cukrzycy typu 1) lub w przypadkach niejednoznacznej klasyfikacji typu cukrzycy (ADA 2026, PTD 2026, ADA/EASD 2021).

W przypadku ujemnego wyniku anty-GAD przy utrzymującym się podejrzeniu autoimmunologicznego podłoża choroby zaleca się rozszerzenie diagnostyki o oznaczenie innych autoprzeciwciał przeciwwyspowych (ADA 2026, PTD 2026).

Wytyczne kardiologiczne wskazują na rolę inhibitorów SGLT2 w leczeniu wybranych grup pacjentów, w tym również pacjentów bez cukrzycy. W odniesieniu do pacjentów ze współistniejącą cukrzycą, zwłaszcza przy podejrzeniu cukrzycy typu 1 lub LADA, prawidłowa klasyfikacja typu cukrzycy może mieć znaczenie dla oceny bezpieczeństwa terapii, jednak nie zidentyfikowano zaleceń kardiologicznych wskazujących oznaczenie przeciwciał anty-GAD jako rutynowy warunek kwalifikacji do leczenia inhibitorami SGLT2 (ESC 2023).

Nie zidentyfikowano wytycznych praktyki klinicznej rekomendujących rutynowe wykonywanie oznaczeń anty-GAD u pacjentów kardiologicznych w powiązaniu z kwalifikacją do stosowania inhibitorów SGLT2.

Dostępność badania w ramach finansowania publicznego w innych krajach.

Oznaczenie przeciwciał anty-GAD funkcjonuje jako odrębna procedura laboratoryjna lub element diagnostyki cukrzycy typu 1, realizowany zgodnie z ogólnymi zasadami diagnostyki laboratoryjnej, m.in. w Czechach, Francji, Niemczech i Wielkiej Brytanii.

Problem ekonomiczny

Projektowana zmiana ma charakter organizacyjny i polega na umożliwieniu wykonywania oznaczenia przeciwciał anty-GAD w poradniach kardiologicznych realizujących świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi współistniejącymi z cukrzycą typu 1 lub typu 2 w tym LADA. Stosowana metoda oznaczenia jest identyczna aktualnie realizowaną u pacjentów z cukrzycą diagnozowanych w ramach poradni diabetologicznych. Uwzględniając powyższe, zmiana dotyczy wyłącznie modyfikacji warunków organizacyjnych udzielania świadczenia i poszerzenia dostępności badania dla ww. populacji pacjentów. W konsekwencji brak jest podstaw do oczekiwania istotnych różnic w relacji kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych w porównaniu z obecnym stanem organizacyjnym.

Wycena świadczenia: 81 zł mieści się w aktualnej wartości ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych.

Szacowane skutki finansowe wdrożenia proponowanej zmiany:

1. w scenariuszu podstawowym: ok. 163 tys. zł w I roku oraz ok. 180 tys. zł w II roku,
2. w scenariuszu zwiększonego wykorzystania: ok. 294 tys. zł w I roku oraz ok. 322 tys. zł w II roku.

Niepewność szacunków:

Oszacowania liczebności populacji docelowej oraz skutków finansowych rozszerzenia możliwości wykonywania oznaczenia przeciwciał anty-GAD w poradniach kardiologicznych są obarczone istotną niepewnością z uwagi na brak bezpośrednich danych identyfikujących pacjentów kwalifikujących się do badania. Rzeczywista skala wykorzystania świadczenia może odbiegać od przedstawionych prognoz.

Ograniczenia analizy:

Prognozowany wpływ na budżet płatnika publicznego odnosi się wyłącznie do kosztów bezpośrednich wykonania badania i powinien być interpretowany z ostrożnością.

Główne argumenty decyzji:

- *Brak rekomendacji wytycznych w tym zakresie.*
- *Brak danych naukowych potwierdzających zasadność takiego badania w tym wskazaniu.*
- *Świadczenie jest obecnie dostępne w ramach poradni diabetologicznej.*

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31h ust. 2 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DRiSSOZ.4100.1.2026 „Oznaczenie przeciwciała przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD)”; data ukończenia: 23.07.2026 r.



Opinia Rady Przejrzystości
nr 104/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku
o projekcie programu „Wielkopolski Program Zdrowotny w zakresie
fizjoterapii dla kobiet z problemem nietrzymania moczu (NTM)”
(woj. wielkopolskie)

Rada Przejrzystości negatywnie opiniuje projekt programu polityki zdrowotnej „Wielkopolski Program Zdrowotny w zakresie fizjoterapii dla kobiet z problemem nietrzymania moczu (NTM)” (woj. wielkopolskie).

Uzasadnienie

Oceniany projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest nietrzymanie moczu (NTM). Przedstawiono ogólną charakterystykę NTM, klasyfikację, czynniki ryzyka, objawy, a także sposoby leczenia. WHO i ICS w swoich rekomendacjach (2023) podkreślają konieczność włączenia programów profilaktycznych, edukacji zdrowotnej i treningu mięśni dna miednicy do rutynowych działań zdrowia publicznego, zwłaszcza w opiece prenatalnej i menopauzalnej.

Oszacowano, że NTM dotyczy ponad 120 tysięcy mieszkanek województwa wielkopolskiego, przy czym rzeczywista liczba może być wyższa ze względu na zaniżoną zgłaszalność i brak świadomości zdrowotnej. Na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) – NFZ + GUS, MPZ 2019 zestawienie województw – wskazano, że „na podstawie danych zawartych w MPZ (mapa chorób nerek i dróg moczowych) można przytoczyć wartości zapadalności na NTM rejestrowanej w systemie opieki zdrowotnej: dla kobiet w województwie wielkopolskim współczynnik zapadalności na 100 000 populacji: wiek 18-44 lat ok. 78,3/100 000, wiek 44-54 lat ok. 227,8/100 000 i wiek 54-64 lat ok. 275,8/100 000”.

Głównym założeniem projektu jest „poprawa sprawności funkcjonalnej uczestniczek programu tak, aby co najmniej 45% z nich osiągnęło istotną poprawę w zakresie problemu nietrzymania moczu w czasie realizacji programu”.

Populację docelową programu stanowić będą kobiety w wieku 18-64 lata zamieszkujące województwo wielkopolskie (wyłącznie subregion poznański i miasto Poznań), pracujące lub zarejestrowane jako bezrobotne, u których występują objawy nietrzymania moczu (2 738 osób w zakresie wizyty kwalifikacyjnej, 1 780 osób w zakresie pozostałych interwencji).

Planowanymi interwencjami będą działania informacyjno-edukacyjne: informacje o programie na stronie internetowej, w mediach społecznościowych oraz w ramach plakatów i ulotek kolportowanych za pośrednictwem jednostek państwowych i samorządowych oraz podmiotów leczniczych. Wśród działań diagnostyczno-rehabilitacyjnych zaplanowano: 1) kwalifikację do programu (weryfikacja spełnienia kryteriów włączenia), 2) wizytę lekarską kwalifikacyjną (wywiad, badanie uroginekologiczne – ocena obniżenia narządów miednicy w skali Pelvic Organs Prolapse Quantitative, USG dna miednicy) oraz 3) wizytę fizjoterapeutyczną (ocena sprawności ogólnej, badanie funkcji dna miednicy, cykl fizjoterapii uroginekologicznej, wizyta fizjoterapeutyczna podsumowująca). Do pozostałych interwencji mają należeć: edukacja zdrowotna (szkolenie dla uczestniczek w formie zdalnej) oraz szkolenia dla kadry medycznej (2-dniowe szkolenie zakończone uzyskaniem certyfikatu, 2 szkolenia w trakcie realizacji PPZ, każde dla ok. 8-10 osób). Zaplanowane interwencje znajdują odzwierciedlenie w wytycznych praktyki klinicznej (EAU 2026, CUA 2024, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019, PTUG 2014d).

Projekt programu zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych w AOS (m.in. w zakresie konsultacji specjalistycznych oraz badań USG). W ocenianym programie planuje się także realizację różnego rodzaju działań edukacyjnych, a także szkolenia dla personelu medycznego, co stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Według wnioskodawcy, problem ograniczonego dostępu do fizjoterapii uroginekologicznej jest podnoszony przez organizacje zawodowe oraz pacjenckie zajmujące się problemem NTM, wobec czego zaplanowane działania z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

W projekcie odniesiono się do wymagań dotyczących personelu, wyposażenia oraz warunków lokalowych, które muszą zostać spełnione w celu realizacji PPZ. Wskazano, że realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity programu został oszacowany na 10 000 000 zł. W projekcie przedstawiono szczegółowo koszty jednostkowe. Program zostanie sfinansowany ze środków województwa wielkopolskiego, z czego 70% stanowić będą środki z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Agencja opiniowała już projekt programu dotyczący problematyki nietrzymania moczu, który otrzymała od Miasta Poznania (obecnie opiniowany PPZ, został przesłany przez województwo wielkopolskie, jednak zakłada realizację programu wyłącznie na terenie Poznania i subregionu poznańskiego). Projekt ten pn. „Profilaktyka nietrzymania moczu wśród mieszkanki Poznania w wieku

30+ na lata 2025-2027” uzyskał warunkowo pozytywną opinię Prezesa Agencji nr 56/2025 z dnia 03.07.2025 r.

Główne argumenty decyzji:

- W przypadku celu głównego wątpliwości budzi zasadność wykorzystania skali NRS w ocenie sprawności funkcjonalnej. Nie wskazano, jak definiowana będzie „istotna poprawa w zakresie problemu nietrzymania moczu”. Nie przedstawiono uzasadnienia dla podanej wartości docelowej.
- W celu szczegółowym nr 3 nie dołączono przykładowego wzoru testu wiedzy dla personelu medycznego.
- W celach szczegółowych nie przedstawiono uzasadnienia dla podanej wartości docelowej.
- Nie przedstawiono celu, który odpowiadałby zaplanowanym działaniom edukacyjnym dla uczestniczek programu.
- Wskaźniki efektywności nr 1 i 3 zostały sformułowane nieprawidłowo.
- Opis metody oszacowania liczebności populacji docelowej jest niejednoznaczny.
- W kryteriach włączenia/wyłączenia nie odniesiono się do miejsca zamieszkania (program kierowany będzie wyłącznie do mieszkanek subregionu poznańskiego i miasta Poznań).
- Nie odniesiono się do kwestii czasu trwania PFMT w ramach kinezyterapii.
- W opisie działań edukacyjnych nie doprecyzowano jaki będzie czas trwania pojedynczego szkolenia oraz liczba zajęć przypadających na jedną uczestniczkę; nie zaplanowano pre- i post-testu wiedzy.
- Projekt nie zawiera opisu etapów i działań planowanych w ramach realizacji programu.
- Dwa z czterech wskaźników ewaluacji zostały zaprojektowane nieprawidłowo.
- Kwotę 250 000 zł przeznaczono na „zakup sprzętu medycznego”, jednak nie sprecyzowano jaki sprzęt zostanie zakupiony.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.41.2026 „Wielkopolski Program Zdrowotny w zakresie fizjoterapii dla kobiet z problemem nietrzymania moczu (NTM)”; data ukończenia: lipiec 2026 r. oraz Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki nietrzymania moczu u kobiet – wspólne podstawy oceny” z marca 2018 r.



Opinia Rady Przejrzystości
nr 105/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku
o projekcie programu „Profilaktyka wad wzroku u dzieci pn. »Dobrze
widzę, lepiej się uczę«” (m. Wrocław)

Rada Przejrzystości negatywnie opiniuje projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka wad wzroku u dzieci pn. »Dobrze widzę, lepiej się uczę«” (m. Wrocław).

Uzasadnienie

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Miasto Wrocław, pn. „Profilaktyka wad wzroku u dzieci pn. »Dobrze widzę, lepiej się uczę«”.

Program przewidziano na lata 2026-2027. Całkowity koszt PPZ został oszacowany na 500 300 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu Miasta Wrocław.

Celem głównym programu jest: zwiększenie o co najmniej 20% odsetka uczniów klas VI szkół podstawowych, u których w badaniach przesiewowych wykryto wady wzroku i zalecono dalszą diagnostykę w poradni okulistycznej w ramach NFZ, w każdym roku szkolnym realizacji programu. PPZ posiada także 2 cele szczegółowe.

Populację docelową programu stanowią dzieci uczęszczające do klas VI publicznych szkół podstawowych z terenu Miasta Wrocław - 5 803 dzieci, natomiast do programu zostanie włączonych 4 700 uczniów, którzy skorzystają ze wszystkich interwencji zaplanowanych w programie. Populację docelową programu stanowić będą również rodzice lub opiekunowie prawni dzieci (ok. 4 700 osób).

W zakresie zaplanowanych interwencji projekt PPZ zakłada przeprowadzenie:

- *Edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów prawnych, poświęconej problematyce wad wzroku u dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem krótkowzroczności, realizowanej w formie telekonferencji, z wykorzystaniem narzędzi umożliwiających aktywną komunikację pomiędzy uczestnikami i edukatorem, a także w formie webinarów udostępnianych na stronie internetowej projektu. W projekcie założono ocenę skuteczności działań edukacyjnych poprzez weryfikację poziomu wiedzy uczestników przed*

rozpoczęciem szkolenia oraz po jego zakończeniu. W tym celu wykorzystywane będą testy wiedzy (pre-test i post-test).

- Edukacji zdrowotnej uczniów klas VI szkół podstawowych, z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych przygotowanych na potrzeby programu, w tym m.in. krótkich filmów edukacyjnych oraz załączników do książek dotyczących profilaktyki wad wzroku. Zajęcia będą prowadzone w oparciu o pakiet materiałów edukacyjnych obejmujący scenariusz lekcji, grę edukacyjną, arkusz faktów oraz prezentację multimedialną lub film. Treści edukacyjne będą dotyczyły zagadnień związanych z profilaktyką wad wzroku oraz kształtowaniem zachowań sprzyjających zdrowiu narządu wzroku wśród dzieci i młodzieży. W tym zakresie także przewidziano ocenę skuteczności działań edukacyjnych poprzez zastosowanie pre-testu i post-testu u uczestników.
- Badań przesiewowych wzroku u dzieci, realizowanych na terenie szkół. W ramach badań przesiewowych przewidziano ocenę ostrości wzroku do dali z wykorzystaniem tablic optotypowych oraz do bliży poprzez odczytywanie tekstu lub optotypów, orientacyjne badanie refrakcji, ocenę widzenia obuocznego, akomodacji, czy też ocenę widzenia barw z wykorzystaniem standaryzowanych testów.

Po przeprowadzeniu badań rodzice/opiekunowie prawni otrzymają pisemną informację zawierającą wynik badania przesiewowego, informację o stwierdzonych nieprawidłowościach lub ich braku oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

Uczestnicy mają możliwość rezygnacji z udziału w Programie w dowolnym momencie, bez konieczności podawania przyczyny. W przypadku wycofania zgody na udział w Programie uczestnik lub jego opiekun prawny zostanie poinformowany o możliwości kontynuacji opieki w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ.

Projekt zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjno-promocyjnej o programie.

Dokonując oceny projektu PPZ należy wskazać, że dotyczy on problemu zdrowotnego, jakim są wady wzroku u dzieci.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, na świecie co najmniej 2,2 miliarda ludzi ma upośledzone widzenie z powodu niewyrównanych wad wzroku. U co najmniej 1 miliarda z nich upośledzeniu wzroku można byłoby zapobiec. Głównymi przyczynami upośledzenia wzroku i ślepoty na świecie są m.in. wady refrakcji. Problem ten dotyczy również w znacznym stopniu populacji dzieci. Nadwzroczność jest najczęściej diagnozowaną wadą wzroku u małych dzieci, w wieku przedszkolnym występuje z częstością 14%.

Proces rozwoju widzenia u dziecka jest dynamiczny, a najważniejszy, krytyczny okres, przypada na pierwsze dwa lata życia. W przeciwieństwie do osób dorosłych, dzieci z jednostronnym, jak również z obustronnym upośledzeniem widzenia, mogą dobrze funkcjonować oraz nie sygnalizować zaburzeń w tym zakresie. Nieprawidłowości narządu wzroku u dzieci najczęściej pozostają przez długi czas bezobjawowe. Główną przyczyną zaburzeń widzenia w dzieciństwie są wady refrakcji, odpowiedzialne za 56-94% przypadków niedowidzenia. Rodzaj wady wzroku występującej u dzieci jest związany z wiekiem. Wśród niemowląt przeważa nadwzroczność, stopniowo zmniejszająca się, aż do osiągnięcia normowzroczności. Wczesne osiągnięcie normowzroczności jest czynnikiem ryzyka rozwoju krótkowzroczności. W zależności od rodzaju wady refrakcji i wieku w jakim występuje, powstają różnego rodzaju utrudnienia funkcjonowania i rozwoju ogólnego. Niewyrównane wady refrakcji mogą powodować u dzieci i młodzieży opóźnienia rozwojowe, problemy społeczne, zaburzenia w orientacji przestrzennej, a także słabsze wyniki w nauce.

Należy zaznaczyć, że pomimo braku wystarczającej liczby odpowiedniej jakości dowodów wskazujących na zasadność prowadzenia badań przesiewowych wzroku wśród dzieci, niektóre towarzystwa naukowe, a także eksperci kliniczni, zalecają przeprowadzanie programów z zakresu profilaktyki wad wzroku w populacji pediatrycznej. Rekomendacje dot. wieku w jakim powinno się wykonywać badania przesiewowe są jednak bardzo zróżnicowane. Zaplanowana przez wnioskodawcę populacja (dzieci w wieku 12-13 lat) znajduje odzwierciedlenie w części z odnalezionych rekomendacji. Także większość badań przesiewowych zaplanowanych w programie, w tym ocena ostrości wzroku, orientacyjne badanie refrakcji z wykorzystaniem autorefraktometru, ocena ruchów gałek ocznych oraz ocena widzenia obuocznego, znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach dotyczących badań przesiewowych narządu wzroku u dzieci.

Świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia wad wzroku u dzieci są finansowane ze środków publicznych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Należy zaznaczyć, że w mieście Wrocław funkcjonuje 5 podmiotów leczniczych realizujących umowę z NFZ na świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci. Ponadto Wnioskodawca wskazał, że na terenie miasta Wrocław funkcjonuje 21 poradni udzielających świadczenia dzieciom w wieku 10-15 lat.

W uzasadnieniu potrzeby wdrożenia PPZ wnioskodawca, wskazał, że: „Pomimo funkcjonowania świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, obecny system

nie zapewnia pełnej skuteczności w zakresie wczesnego wykrywania zaburzeń wzroku u dzieci. Badania przesiewowe realizowane w ramach POZ i środowiska szkolnego mają charakter orientacyjny i nie zastępują pełnej diagnostyki okulistycznej. Dodatkowo ograniczona dostępność do specjalistów okulistyki dziecięcej oraz konieczność uzyskania skierowania mogą opóźniać rozpoznanie i wdrożenie leczenia. Program polityki zdrowotnej miasta Wrocławia stanowi uzupełnienie istniejących świadczeń i ma na celu zwiększenie wykrywalności wad wzroku oraz poprawę dostępności do diagnostyki okulistycznej wśród dzieci”.

Nadto wnioskodawca wskazał, że: „Program polityki zdrowotnej <Dobrze widzę – lepiej się uczyć> pozostaje spójny z założeniami dokumentów krajowych, wojewódzkich oraz strategicznych miasta Wrocławia. Wskazują one na konieczność wzmacniania działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej dzieci i młodzieży, w tym wczesnego wykrywania zaburzeń wzroku oraz poprawy dostępności do świadczeń specjalistycznych”.

Główne argumenty decyzji:

- *Cele szczegółowe zostały sformułowane nieprawidłowo.*
- *2 mierniki efektywności zostały sformułowane nieprawidłowo - jeden nie spełnia funkcji miernika efektywności, drugi zaś nie odnosi się do celów programu.*
- *W projekcie nie wskazano czasu trwania działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci.*
- *Część z zaplanowanych badań przesiewowych nie jest wskazywane w ramach odnalezionych rekomendacji.*
- *W kryteriach włączenia do działań dotyczących edukacji zdrowotnej dzieci brak jest zgody rodzica/opiekuna prawnego.*
- *Jeden ze wskaźników monitorowania został sformułowany nieprawidłowo.*

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.38.2026 „Profilaktyka wad wzroku u dzieci pn. »Dobrze widzę, lepiej się uczyć«”; data ukończenia: lipiec 2026 r. oraz Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku oraz chorób oczu u dzieci – wspólne podstawy oceny” z czerwca 2022 r.



Opinia Rady Przejrzystości
nr 106/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku
o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie
wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci w Łodzi
pn. »Widzę lepiej«” (m. Łódź)

Rada Przejrzystości negatywnie opiniuje projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci w Łodzi pn. »Widzę lepiej«” (m. Łódź).

Uzasadnienie

Przedmiotem oceny jest PPZ zaplanowany do realizacji przez Miasto Łódź, zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci z klas II szkół podstawowych. W ramach PPZ zaplanowano też działania informacyjno-edukacyjne dla uczniów, rodziców, opiekunów prawnych oraz nauczycieli wychowawców.

Populacje stanowią:

- *Uczniowie klas II publicznych szkół podstawowych na terenie Łodzi w zakresie badań diagnostycznych ok. 6 210 dzieci, co stanowi ok. 60% populacji docelowej oraz ok. 10 000 dzieci w zakresie działań edukacyjnych,*
- *Rodzice (opiekunowie prawni dzieci) ok. 10 000 w zakresie działań edukacyjnych,*
- *Nauczyciele (wychowawcy uczniów klas II) ok. 200 osób w ramach działań edukacyjnych.*

Czas realizacji programu – lata 2026-2028.

Budżet programu: 515 000zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu miasta Łodzi.

Agencja opiniowała podobny PPZ Miasta Łódź, który otrzymał opinię negatywną nr 37/2026 z dn. 25 maja 2026 r. W aktualnym PPZ większość uwag uwzględniono.

Nie uwzględniono następujących uwag:

- *Do projektu dołączono test wiedzy, który budzi zastrzeżenia ze względu na niski poziom trudności,*
- *Zaproponowane w PPZ badania diagnostyczne nie wykraczają poza zakres świadczeń gwarantowanych,*

- Jeden z mierników ewaluacji pozostaje wciąż sformułowany nieprawidłowo. Celem głównym programu jest zwiększenie w trakcie trwania programu o co najmniej 5% odsetka dzieci-uczniów klas II publicznych szkół na terenie Łodzi, u których wykryto wady wzroku wymagające korekty lub dalszej diagnostyki w ramach NFZ.

W PPZ wskazano też 2 cele szczegółowe:

- Utrzymywanie wysokiego poziomu wiedzy na temat wzroku u co najmniej 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście wśród uczniów klas II szkół podstawowych,
- Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy na temat wzroku u co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi wśród rodziców/opiekunów.

Opinie ekspertów klinicznych:

Eksperci są zgodni, że wczesne wykrywanie wad wzroku i odpowiednia korekta wad wzroku jest kluczowa dla prawidłowego rozwoju dziecka.

W opiniach ekspertów nie ma zgodności, co do optymalnego wieku, w jakim powinien być skrining w kierunku wad wzroku. Wymieniają wiek:

- Noworodki do 1 roku życia;
- Dzieci w wieku 2-3 lat;
- Dzieci w wieku 1-5;
- Dzieci w wieku 4-7 lat;
- Dzieci do 6 roku życia

Nie ma też zgodności co do interwencji jakie mają być realizowane w poszczególnych grupach wiekowych:

- Noworodki i wcześniaki do 1 roku życia-profilaktyka retinopatii wcześniaków;
- Badania u dzieci 6 letnich przed rozpoczęciem nauki oraz dzieci w wieku szkolnym raz w roku- badania przesiewowe ciśnienia wewnątrzgałkowego, dna oka u dzieci obciążonych genetycznie jaskrą;
- Dzieci w wieku 2-3 lata- cała populacja-badania ostrości wzroku- badania w kierunku wad refrakcji po porażeniu akomodacji, badanie przedniego i tylnego odcinka oka, korekcja wad refrakcji;
- 1-5 lat photoscreening, ręczne autorefraktometry, tablice z optotypami

Eksperci są zgodni co do konieczności monitorowania wykrytych wad refrakcji wieku przedszkolnym.

Główne argumenty decyzji:

- Zaproponowane badania diagnostyczne nie wykraczają poza zakres świadczeń gwarantowanych, a dostępność świadczeń okulistycznych w Łodzi jest wysoka;

- *W opiniach ekspertów i rekomendacjach wytycznych nie ma zgodności co do optymalnego wieku w jakim powinien być screening w kierunku wad wzroku;*
- *W projekcie przewidziano jedynie post test dla rodziców/opiekunów;*
- *Dołączone wzory testów dla rodziców i dzieci mają niski poziom trudności;*
- *Nie wskazano wartości docelowej w celach szczegółowych;*
- *Nie przedstawiono celu szczegółowego związanego z działaniami edukacyjnymi w populacji nauczycieli/wychowawców;*
- *W programie występują rozbieżności w zakresie nakładu ulotek oraz kosztu opracowania ich treści.*

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.39.2026 „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci w Łodzi pn. »Widzę lepiej«”; data ukończenia: lipiec 2026 r. oraz Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku oraz chorób oczu u dzieci – wspólne podstawy oceny” z czerwca 2022 r.



**Opinia Rady Przejrzystości
nr 107/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku
o projekcie programu „Profilaktyka w zakresie diagnostyki zaćmy
i jaskry oraz AMD - zwyrodnienia plamki żółtej dla mieszkańców
gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2026”**

Rada Przejrzystości negatywnie opiniuje projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka w zakresie diagnostyki zaćmy i jaskry oraz AMD - zwyrodnienia plamki żółtej dla mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2026”.

Uzasadnienie

Przedmiotem oceny jest PPZ w zakresie wykrywania jaskry, zaćmy oraz AMD zaplanowany do realizacji przez gminę Konstancin-Jeziorna. Populację stanowią mieszkańcy gminy w wieku 55 lat i więcej. Okres realizacji programu zaplanowany został na 2026 r.

W ramach programu zaplanowano działania profilaktyczne i wczesną diagnostykę chorób narządu wzroku tj.: przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych oraz konsultacji okulistycznej (obejmującej m.in. wywiad, edukację zdrowotną, badania przesiewowe w kierunku zaćmy, jaskry i AMD, a w uzasadnionych przypadkach – rozszerzone badania diagnostyczne w kierunku jaskry i AMD). Planowane koszty całkowite na rok 2026 zostały oszacowane na 60 000 zł. Program ma być finansowany z budżetu Gminy Konstancin-Jeziorna.

Należy także zaznaczyć, że Agencja opiniowała już projekty PPZ o zbliżonej tematyce, które otrzymała od gminy Konstancin-Jeziorna:

- „Program profilaktyki schorzeń narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem jaskry i zaćmy”, który otrzymał negatywną opinię Prezesa Agencji nr 185/2016 z dnia 29 września 2016 r.;*
- „Profilaktyka w zakresie diagnostyki zaćmy i jaskry oraz AMD - zwyrodnienia plamki żółtej dla mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2026” – który otrzymał pozytywną opinię Prezesa Agencji nr 16/2026 z dnia 5 marca 2026 r.*

W piśmie przewodnim do obecnie ocenianego projektu PPZ wskazano, że „pomimo uzyskania pozytywnej opinii projekt programu nie został przyjęty przez Radę Miejską Konstancin-Jeziorna”. Zaznaczono również, że „Komisja Uzdrowiskowa Rady Miejskiej przygotowała propozycje zmian, które następnie zostały wprowadzone do jego treści. Zmodyfikowana wersja programu

uwzględnia kierunki i rozwiązania wskazane przez Komisję Zdrowiskową Rady Miejskiej”. Ze względu na zakres wprowadzonych zmian, wystąpiła konieczność ponownego zaopiniowania PPZ, zgodnie z art. 48a ust 4 Ustawy.

Głównym założeniem projektu programu jest „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki chorób narządu wzroku wśród co najmniej 70% uczestników programu”. Przedstawiony cel główny wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. Wnioskodawca zaplanował również przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono przykładowy test, który nie wzbudza zastrzeżeń analityka. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy, co wnioskodawca uwzględnił wskazując na „min. 80% poprawnych odpowiedzi”. Niemniej jednak należy zauważyć, że w treści projektu w odniesieniu do celu głównego nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

Wskazano również jeden cel szczegółowy: „skierowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ wszystkich uczestników programu, u których w wyniku badań przesiewowych wykryto co najmniej jedno schorzenie narządu wzroku lub jego podejrzenie (cel zakłada 100% kierowalność uczestników z nieprawidłowymi wynikami)”. Należy zaznaczyć, że cel ten został sformułowany nieprawidłowo, w postaci działania.

W projekcie przedstawiono 2 mierniki efektywności, tj. (1) „odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki chorób narządu wzroku, względem wszystkich uczestników edukacji zdrowotnej, którzy wypełnili pre-test” oraz (2) „odsetek uczestników z nieprawidłowym wynikiem badań przesiewowych w kierunku co najmniej jednej z chorób narządu wzroku wykrywanych w programie, skierowanych na dalszą diagnostykę i leczenie w ramach świadczeń NFZ, względem wszystkich uczestników z nieprawidłowymi wynikami badań przesiewowych (wartość docelowa: 100%)”. Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego. Wskaźnik nr 2 nie odnosi się bezpośrednio do celów programu (ze względu na nieprawidłowo sformułowany cel szczegółowy), ale może zostać wykorzystany w ramach ewaluacji.

W treści projektu przedstawiono szacunki w zakresie liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w programie. Wnioskodawca powołując się na dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskazał, że gminę Konstancin-Jeziorna zamieszkuje ok. 9,1 tys. osób we wskazanym wieku. Dane przedstawione przez wnioskodawcę są zbliżone do informacji zawartych na stronie internetowej GUS. Dalej przedstawiono wyniki raportu „Okieł Polaka: jak dbamy o wzrok?

Świadomość zdrowia i profilaktyki wzroku wśród Polaków”, opracowanego na zlecenie Fundacji Ziko dla Zdrowia, zgodnie z którym „56% Polaków deklaruje, że w ich rodzinach występują problemy ze wzrokiem”. Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wnioskodawca oszacował, że populacja kwalifikująca się do udziału PPZ liczy ok. 4,5 tys. osób. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż występowanie chorób narządu wzroku w rodzinie nie stanowi kryterium włączenia w obecnie ocenianym projekcie (zawężenie populacji do osób z dodatnim wywiadem rodzinnym przyjęto w poprzednio ocenianym projekcie PPZ z Gminy Konstancin-Jeziorna). Mając na uwadze powyższe należy wskazać, że wnioskodawca nieprawidłowo oszacował liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie, która biorąc pod uwagę obecne założenia projektu liczy ok. 9,1 tys. osób (wszystkie osoby w wieku 55 lat i więcej zamieszkujące gminę Konstancin-Jeziorna).

Wnioskodawca zaznaczył, że z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, program obejmie 100 uczestników (co stanowi ok. 1,1% populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ – przyp. analityka). Podkreślił również, że uczestnicy będą przyjmowani zgodnie z kolejnością zgłoszeń, a program będzie realizowany do wyczerpania budżetu.

W odniesieniu do działań informacyjno-edukacyjnych, jedynym kryterium włączenia ma być zamieszkiwanie na terenie gminy Konstancin-Jeziorna. W projekcie jednocześnie wskazano na „brak” kryteriów wyłączenia z udziału w tej interwencji.

Wśród kryteriów włączenia do konsultacji okulistycznej wymieniono: zamieszkiwanie na terenie gminy Konstancin-Jeziorna oraz posiadanie „Konstancińskiej Karty Mieszkańca”, wiek 55 lat i więcej oraz przedłożenie pisemnej zgody na udział w programie. Natomiast jako kryterium wyłączenia z udziału w konsultacji wskazano „wykonywanie badań w kierunku wykrycia jaskry, zaćmy oraz AMD, finansowanych ze środków gminnych w okresie ostatnich 12 miesięcy”. Należy podkreślić, że tak sformułowane kryterium wyłączenia nie stanowi wystarczającego zabezpieczenia przed ryzykiem podwójnego finansowania świadczeń, gdyż odnosi się wyłącznie do badań finansowanych ze środków gminnych i nie obejmuje świadczeń finansowanych przez NFZ lub z innych środków publicznych.

Założona przez wnioskodawcę realizacja badań przesiewowych w populacji ogólnej osób powyżej 55 r.ż. (bez uwzględnienia dodatkowych czynników zwiększonego ryzyka), znajduje odzwierciedlenie jedynie w części odnalezionych wytycznych (AOA 2024 – zaleca coroczne badania wzroku i widzenia u osób ≥18 r.ż.; PTO 2022 – zaleca badania przesiewowe w kierunku jaskry co dwa lata u osób powyżej 40 r.ż.). Należy jednocześnie wskazać na istnienie rekomendacji negatywnych (CTFPHC 2018 - nie zaleca badań przesiewowych wzroku wśród osób w wieku ≥65 lat; EGS 2025 – brak efektywności kosztowej standardowych

badan przesiewowych w kierunku jaskry) oraz niejednoznaczne wytyczne USPSTF wskazujące na brak wystarczających dowodów do oceny stosunku korzyści do szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku pogorszenia ostrości wzroku u osób starszych w wieku ≥ 65 lat (USPSTF 2022a) oraz w kierunku jaskry pierwotnej otwartego kąta u bezobjawowych osób dorosłych w wieku ≥ 40 r.ż. (USPSTF 2022b).

Większość zaplanowanych przez wnioskodawcę badań diagnostycznych (OCT, badanie ostrości wzroku, badanie dna oka, tonometria, autorefraktometria, badanie w lampie szczelinowej) znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn.zm.). Jedynie test Amslera nie został ujęty jako odrębne świadczenie gwarantowane w ramach AOS. Należy również wskazać, że zgodnie z ww. rozporządzeniem badania przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry (obejmujące badanie ostrości wzroku, badanie dna oka, tonometrię oraz gonioskopię) wykonywane są nie częściej niż co 24 miesiące u osób w wieku powyżej 35. roku życia, u których wcześniej nie zdiagnozowano jaskry. Zaplanowane w projekcie działania edukacyjne stanowią wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), na podstawie art. 9a, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego (uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych, wojewódzki plan transformacji oraz dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa) może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Szczegóły dot. finansowania ww. świadczeń zostały określone w art. 9b ustawy.

Należy również wskazać, że zgodnie z informacjami odnalezionymi przez analityka, na terenie miasta Konstancin-Jeziorna funkcjonują dwa podmioty lecznicze posiadające umowę z NFZ na realizację produktu kontraktowanego „świadczenia w zakresie okulistyki”. Jednocześnie jednak wnioskodawca w uzasadnieniu potrzeby wdrożenia programu (str. 10 projektu) wskazał na niską dostępność świadczeń w zakresie okulistyki podając, że „na terenie gminy Konstancin-Jeziorna usług w tym zakresie na podstawie umowy z NFZ nie wykonuje obecnie żaden podmiot leczniczy. W całym powiecie piaseczyńskim świadczenia te są realizowane tylko przez 3 podmioty, a według danych Map Potrzeb Zdrowotnych średni czas oczekiwania na świadczenia w poradni okulistycznej wynosi w województwie mazowieckim prawie 4 miesiące (118 dni)”.

W projekcie wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

Zgodnie z treścią projektu, ocena zgłaszalności do programu przeprowadzona zostanie na podstawie następujących wskaźników: „liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w konsultacji okulistycznej”, „liczba osób, które zostały poddane indywidualnej edukacji zdrowotnej”, „liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w chorób narządu wzroku”, „liczba osób, u których wykonano badania rozszerzone (OCT RNFL i/lub OCT plamki) wg wskazań klinicznych” oraz „liczba osób, które zrezygnowały w udziału w programie - ze wskazaniem przyczyny”. Przedstawione wskaźniki nie budzą zastrzeżeń.

Wnioskodawca przedstawił następujące koszty jednostkowe: 550 zł/osobę – koszt jednostkowy udziału pacjenta w programie (przy założeniu konieczności wykonania wszystkich świadczeń, w tym OCT) (100 osób – 55 000 zł), w tym: 50 zł/osobę – koszt edukacji zdrowotnej podczas konsultacji okulistycznej, 250 zł/badanie – koszt podstawowych badań diagnostycznych (badanie refrakcji, ocena ostrości wzroku do dali i do bliży (bez i z korekcją), tonometria, test Amslera, ocena przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej (biomikroskopia) oraz ocena dna oka po mydriazie z użyciem soczewki Volk), 250 zł/badanie – koszt badania OCT obu oczu (plamka i/lub nerw wzrokowy); 5 000 zł/działanie – koszt działań informacyjno-edukacyjnych.

W projekcie podkreślono, że powyższe koszty są jedynie szacunkowe, a faktyczne koszty będą wynikały z oferty złożonej przez podmioty przystępujące do konkursu na wybór realizatora programu. Zaznaczono również, że w budżecie zabezpieczono środki na realizację badań rozszerzonych dla każdego uczestnika programu, natomiast w praktyce badania te będą wykonywane wyłącznie u uczestników według indywidualnych wskazań zdrowotnych. Założono również, że monitorowanie i ewaluacja programu realizowane będą bezkosztowo, w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna.

Główne argumenty decyzji:

- Realizacja badań przesiewowych w populacji ogólnej osób powyżej 55 r.ż. (bez uwzględnienia dodatkowych czynników zwiększonego ryzyka), znajduje odzwierciedlenie jedynie w części odnalezionych wytycznych (przy czym część wytycznych jest negatywna lub niejednoznaczna).
- Badania diagnostyczne kierowane są do niewielkiego odsetka populacji docelowej, co nie pozwoli na uzyskanie widocznych efektów populacyjnych, dlatego istotne jest, aby przy ograniczonych środkach finansowych kierować działania diagnostyczne do osób, które należą do grupy ryzyka, tak aby program dotarł do osób najbardziej narażonych na zachorowanie;

- *Wskazane kryteria wyłączenia nie stanowią wystarczającego zabezpieczenia przed ryzykiem podwójnego finansowania świadczeń (wskazano wyłącznie na badania „finansowane ze środków gminnych”), istnieje ryzyko powielania badań diagnostycznych w ramach świadczeń gwarantowanych, zakładających wykonanie badań przesiewowych w kierunku jaskry.*
- *Nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej celu głównego.*
- *Cel szczegółowy został przygotowany nieprawidłowo, w postaci działania.*
- *Wskaźnik nr 2 nie odnosi się bezpośrednio do celów programu (ze względu na nieprawidłowo sformułowany cel szczegółowy), ale może zostać wykorzystany w ramach ewaluacji.*
- *Nieprawidłowo oszacowano liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie.*

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.43.2026 „Profilaktyka w zakresie diagnostyki zaćmy i jaskry oraz AMD - zwyrodnienia plamki żółtej dla mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2026”: data ukończenia: lipiec 2026 r., oraz z Aneksu „Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania jaskry – wspólne podstawy oceny” z września 2021 r. oraz Raportu nr: DPPZ.451.1.2026. „Profilaktyka w zakresie diagnostyki zaćmy i jaskry oraz AMD - zwyrodnienia plamki żółtej dla mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2026” z lutego 2026 r.