

Rekomendacja nr 77/2022

z dnia 16 sierpnia 2022 r.

**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
w sprawie zakwalifikowania do wykazu świadczeń gwarantowanych
z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wybranych badań:
diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych,
elektrofizjologicznych, czynnościowych oraz porad i konsultacji
specjalistycznych, zlecanych przez lekarza podstawowej opieki
zdrowotnej i finansowanych ze środków budżetu powierzonego**

Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych, czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, zlecanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i finansowanych ze środków budżetu powierzonego.

Uzasadnienie rekomendacji

Na rozstrzygnięcie miały wpływ odnalezione zalecenia zawarte w wytycznych praktyki klinicznej, według których wnioskowane badania stanowią podstawowe i uznane metody stosowane zarówno w diagnostyce, jak i w monitorowaniu leczenia w szeregu chorób przewlekłych. Tym samym wnioskowany w zleceniu Ministra Zdrowia zakres badań diagnostycznych stanowi niezbędny komponent diagnostyczny w wielu chorobach przewlekłych oraz w sposób spójny może uzupełniać podstawowy pakiet badań diagnostycznych już dostępnych na poziomie POZ.

Zgodnie z wyliczeniami przedstawionymi w Ocenie Skutków Regulacji roczny koszt wprowadzanej zmiany wyniesie ok. 902,398 mln zł i dotyczy populacji ok. 3 mln pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Do spodziewanych efektów wprowadzenia przedmiotowych świadczeń do katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ i finansowanych ze środków budżetu powierzonego, należą:

- usprawnienie organizacji udzielania świadczeń poprzez wprowadzenie możliwości kierowania pacjenta przez lekarza POZ na badania diagnostyczne i porady specjalistyczne dotychczas ujęte w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem na poziomie POZ, szczególnie w odniesieniu do chorób cywilizacyjnych,

- identyfikacja i podział pacjentów na niewymagających dalszej diagnostyki specjalistycznej, wymagających diagnostyki w trybie planowym, oraz wymagających diagnostyki i leczenia w trybie pilnym, co pozwoli wyłonić przypadki wymagające diagnostyki i leczenia w pierwszej kolejności już na poziomie POZ, a nie dopiero po ostatecznym zbadaniu przez specjalistę,
- wcześniejsze zdiagnozowanie pacjenta na poziomie POZ, a w konsekwencji rozpoczęcie leczenia na wcześniejszym etapie choroby lub podjęcia decyzji o skierowaniu do leczenia specjalistycznego, spowoduje skrócenie odysei diagnostycznej,
- możliwość uzyskania dodatkowych informacji specjalistycznych, w ramach prowadzenia konsultacji medycznych z lekarzami wybranych specjalizacji, kluczowych do dalszego prowadzenia procesu diagnostycznego lub terapeutycznego przez lekarza POZ,
- inicjowana i koordynowana przez podmioty POZ współpraca z AOS powinna przyspieszyć diagnostykę, zmniejszyć liczbę konsultacji, zwiększyć kontrolę nad przebiegiem choroby oraz poprawić jakość opieki, w szczególności nad przewlekłym chorym pacjentem,
- zwiększone obciążenie personelu medycznego POZ dodatkowymi zadaniami związanymi z realizacją wnioskowanych badań i konsultacji.

Należy jednakże zwrócić uwagę na kwestie związane z zakresem świadczeń, stanowiących przedmiot oceny, związane przede wszystkim z doprecyzowaniem niektórych świadczeń na poziomie legislacji, szczególnie w zakresie warunków ich realizacji:

- uregulowanie formy prowadzenia i rozliczania konsultacji specjalistycznych: pomiędzy lekarzem POZ a lekarzem specjalistą, jak również pomiędzy lekarzem specjalistą a pacjentem za pośrednictwem POZ,
- w odniesieniu do biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej tarczycy (u osób dorosłych) należy rozważyć możliwość wykonywania tej interwencji pod kontrolą USG,
- w odniesieniu do spirometrii wskazanie jednego sposobu finansowania: w ramach budżetu powierzonego albo pozostawienie na dotychczasowych zasadach w ramach stawki kapitałowej, z uwagi na ewentualne dublowanie finansowania tego świadczenia,
- w odniesieniu do świadczenia „porada kompleksowa – indywidualny plan opieki” należy docelowo w rozporządzeniu w sprawie POZ dookreślić: założenia i cel planu leczenia, rolę poszczególnych osób realizujących świadczenia objęte planem leczenia, a także aspekty formalne, takie jak np.: okresowa weryfikacja, forma dokumentowania, akceptacja planu przez pacjenta, wydanie kopii planu pacjentowi i jego opiekunowi,
- w odniesieniu do porad edukacyjnych i dietetycznych dookreślenie zasad i organizacji ich wykonywania w ramach POZ. W szczególności określenie kryteriów warunkujących dobór osób wykonujących świadczenie, liczby wizyt, formy udzielanego świadczenia, wraz z uwzględnieniem szczegółowych wytycznych towarzystw naukowych adekwatnych do profilu klinicznego pacjenta.

Ekspert kliniczny pozytywnie odniósł się do proponowanych zmian. W opinii eksperta do ograniczeń związanych z ocenianymi świadczeniami należą: powszechny kryzys kadrowy w ochronie zdrowia (przede wszystkim w mniejszym miastach i na wsi), niechęć wielu

specjalistów do pracy w systemie płatnika publicznego, brak wiedzy i praktyki w zlecaniu i wykonywaniu oraz interpretacji określonych badań diagnostycznych, wycena badań poniżej cen rynkowych uniemożliwiająca ich zakontraktowanie.

Mając na uwadze powyższe, ze względu na duży obszar niepewności, rzeczywisty skutek finansowy dla systemu ochrony zdrowia może być inny niż wskazano w OSR.

Ponadto sugeruje się rozważenie uwag Rady Przejrzystości, w szczególności odnoszących się do następujących kwestii:

1. przy poszerzeniu dostępu do diagnostyki należy jednoznacznie wskazać czemu ma on w pierwszej kolejności służyć, np. wskazać powszechnie występujące schorzenia cywilizacyjnych, np. nadciśnienie tętnicze, astma oskrzelowa, POChP, cukrzyca typu II, których leczenie winno spoczywać w głównej mierze na podstawowej opiece zdrowotnej;
2. zlecenia Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia opracowania i wdrożenia systemu monitorowania jakości podmiotów POZ, realizowanego poprzez ocenę na ile ich opieka podmiotu nad pacjentami z wybranymi schorzeniami cywilizacyjnymi zmniejsza częstość ich hospitalizacji z tych przyczyn.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych, czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, zlecanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i finansowanych ze środków budżetu powierzonego.

Szczegółowy opis ocenianych badań oraz porad i konsultacji specjalistycznych przedstawiono w części rekomendacji odnoszącej się do opisu wnioskowanego świadczenia.

Problem zdrowotny

Zakres wnioskowanych badań diagnostycznych oraz porad i konsultacji specjalistycznych dotyczy dziedzin kardiologii, pulmonologii, alergologii, endokrynologii i diabetologii. Mając na uwadze powyższe do analizy wybrano jednostki chorobowe: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba wieńcowa, przewlekła niewydolność serca, utrwalone migotanie przedsionków, astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, niedoczynność tarczycy, przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy (choroba Hashimoto), choroba Gravesa i Basedowa, wole mięsiste i guzowate tarczycy, otyłość.

Cukrzyca typu 2

Cukrzyca typu 2 to choroba wynikająca z postępującego zaburzenia wydzielania insuliny z towarzyszącą insulinoopornością tkanek. Stanowi ok. 80–90% przypadków cukrzycy i dotyczy głównie osób dorosłych, szczególnie w wieku podeszłym. Cukrzycę typu 2 rozpoznaje się jednak u chorych coraz młodszych, nawet u dzieci i nastolatków.

Szacuje się, że w Polsce ponad 3 mln osób dorosłych choruje na cukrzycę (około 8% ludności Polski). Na cukrzycę typu 1 choruje 6 400 dzieci w wieku 0–14 lat oraz ok. 180 000 osób powyżej 14. r.ż. Chorobowość w przypadku cukrzycy typu 2 w Polsce wynosi 1,6–4,7% (istnieją doniesienia o większej chorobowości w populacjach miejskich), średni 3,5% (wg WHO), na świecie od 1% (Chiny) do >50% (Indianie Pima i niektóre plemiona mikroindonezyjskie). Zapadalność w Polsce szacuje się na około 200 na 100 000 osób na rok. Wiek zachorowania: na ogół >30 r.ż., zapadalność zwiększa się z wiekiem do 70 r.ż., później się zmniejsza. Umieralność w Polsce wynosi około 15 na 100 000 osób (>75 r.ż. – >120), 70% zgonów z powodu powikłań sercowo-naczyniowych.

Najistotniejszy wpływ na rokowanie mają powikłania sercowo-naczyniowe.

Nadciśnienie tętnicze (NT)

Nadciśnienie tętnicze stwierdza się, gdy ciśnienie tętnicze skurczowe wynosi ≥ 140 mm Hg i/lub ciśnienie tętnicze rozkurczowe ≥ 90 mm Hg. W zależności od etiologii wyróżnia się nadciśnienie tętnicze: pierwotne (>90% przypadków) i wtórne.

Wg badania NATPOL 2011 rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w populacji ogólnej dorosłych Polaków (<80. r.ż.) wynosi 32%, częściej chorują mężczyźni (35% vs 29%), wykrywalność nadciśnienia tętniczego wynosi 70%, a odsetek chorych z dobrze kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym – 26%.

Obniżenie ciśnienia tętniczego wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych i zgonu.

Przewlekła choroba wieńcowa

Choroba niedokrwienna serca obejmuje wszystkie stany niedokrwienia mięśnia sercowego bez względu na patomechanizm. Choroba wieńcowa obejmuje stany niedokrwienia mięśnia sercowego związane ze zmianami w tętnicach wieńcowych, dzieli się na przewlekłe i ostre zespoły wieńcowe. Polega na tworzeniu się blaszek miażdżycowych w tętnicach nasierdziowych, co może prowadzić do ich zwężenia i zamknięcia. Przewlekły zespół wieńcowy rozpoznaje się, jeśli objawy dławicowe nie nasiliły się w ciągu ostatnich 2 mies.

W przypadku przewlekłego zespołu miażdżycowego umieralność roczna wynosi 1,2–3,8%, ryzyko zgonu z przyczyn sercowych – 0,6–1,4%, a ryzyko zawału serca niezakończonego zgonem – 0,6–2,7%.

Przewlekła niewydolność serca

Niewydolność serca (NS) to stan, w którym w wyniku zaburzenia czynności serca dochodzi do zmniejszenia pojemności minutowej serca w stosunku do zapotrzebowania metabolicznego tkanek ustroju bądź właściwa pojemność minutowa jest utrzymywana dzięki podwyższeniu ciśnienia napełniania, co powoduje objawy kliniczne. Wyróżnia się niewydolność serca: świeżo rozpoznaną, przemijającą oraz przewlekłą. Przyczyną przewlekłej niewydolności serca (PNS) są choroby serca zaburzające napełnianie lub wyrzut krwi z komory (lub komór). Ponadto wyróżnia się NS ze zmniejszoną frakcją wyrzutową lewej komory (HF_rEF; niewydolność skurczowa), z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory (HF_pEF; niewydolność rozkurczowa), z umiarkowanie zmniejszoną frakcją wyrzutową lewej komory (HF_mrEF); lewokomorową i prawokomorową (bądź obukomorową); ze zwiększoną pojemnością minutową serca.

W skurczowej PNS roczną śmiertelność szacuje się na 10–15%, w rozkurczowej PNS – 5–8%, a w bezobjawowej dysfunkcji skurczowej lewej komory – ~5%. Nagła śmierć sercowa jest przyczyną ~64% zgonów chorych z PNS w II klasie NYHA, ~59% zgonów chorych w III klasie NYHA i ~33% w razie IV klasy NYHA. U chorych >65. r.ż. zagrożenie zgonem w obu postaciach PNS staje się podobne.

W związku z licznymi chorobami współistniejącymi chorzy z PNS z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF) są częściej hospitalizowani i częściej umierają z innych przyczyn niż sercowo-naczyniowe.

Utrwalone migotanie przedsionków

Migotanie przedsionków (AF) to tachyarytmia nadkomorowa, którą cechuje szybka (350–700/min), nieskoordynowana aktywacja przedsionków, prowadząca do utraty efektywności hemodynamicznej ich skurczu, czemu towarzyszy niemierny rytm komór.

AF jest najczęstszą utrwaloną arytmią serca, częstość hospitalizacji jest znacznie większa niż z powodu innych zaburzeń rytmu. AF dotyczy od 1% do >2% osób dorosłych, częściej mężczyzn. Szacuje się, że w Polsce AF występuje nawet u 600–700 tys. osób. W populacji ogólnej ~85% chorych z AF ma >65 lat. Częstość występowania AF zwiększa się wraz z wiekiem: występuje ono u 0,5% osób w wieku 40–50 lat i >10% osób w wieku 80–89 lat. W 20–30% przypadków jest to AF napadowe w 20–30% – przetrwałe,

a w 40–50% – utrwalone. AF często przebiega bezobjawowo (tzw. ciche AF) i w wielu przypadkach rozpoznaje się je dopiero po wystąpieniu powikłań tej arytmii takich jak udar mózgu lub niewydolność serca.

AF, szczególnie u osób z chorobą organiczną serca, obciąża rokowanie, powodując 2-krotne zwiększenie śmiertelności. AF zwiększa również chorobowość (2-krotnie) i częstość hospitalizacji, ponadto często znacznie pogarsza jakość życia chorego, która może być gorsza niż u chorego po zawale serca lub z zaawansowaną niewydolnością serca.

U chorych nieotrzymujących właściwego leczenia przeciwkrzepliowego ryzyko udaru niedokrwienego mózgu jest zwiększone średnio 5-krotnie. Przewlekła, źle kontrolowana tachyarytmia może prowadzić do rozwoju kardiomiopatii tachyarytmicznej i niewydolności serca.

Astma oskrzelowa

Astma jest heterogenną chorobą, zwykle charakteryzującą się przewlekłym zapaleniem dróg oddechowych. Definiuje ją występowanie objawów takich jak świszczący oddech, duszność, uczucie ściskania w klatce piersiowej i kaszel, o zmiennej częstości i nasileniu, oraz utrudnienie wydechowego przepływu powietrza przez drogi oddechowe o zmiennym nasileniu.

Astmę dzieli się ze względu na etiologię na alergiczną i niealergiczną. Ponadto wyróżniono 3 fenotypy astmy: o późnym początku, z utrwaloną obturacją oskrzeli i współistniejącą z otyłością. Ze względu na rodzaj zapalenia w drogach oddechowych (oceniający na podstawie dominującego typu komórek zapalnych w płucach indukowanej) wyróżnia się: astmę eozynofilową, astmę neutrofilową i astmę ubogokomórkową.

Astma zaliczana jest do najczęstszych przewlekłych chorób układu oddechowego. Szacuje się, że chorobowość w dorosłej populacji waha się od 3 do 15%, przy czym istnieją różnice pomiędzy poszczególnymi krajami. W Polsce chorobowość kształtuje się na poziomie 5,4%. Około 1 500 osób rocznie umiera w Polsce z powodu astmy. W oparciu o wyniki ogólnopolskiego badania epidemiologicznego ECAP (przeprowadzonego w latach 2006–2008) częstość występowania astmy w Polsce oszacowano na 9% w grupie wiekowej 6–7 lat, 10% w grupie 13–14 lat oraz 7% w grupie 20–44 lata. Według tych danych na astmę w Polsce może chorować ok. 4 mln osób. Trzy, czterokrotnie częściej na astmę chorują mieszkańcy dużych miast w porównaniu do mieszkańców wsi.

Częstość występowania ciężkiej postaci astmy jest szacowana na 2,4–10% chorych na astmę i zależy od kraju, w którym prowadzono badanie, badanej populacji i przyjętych kryteriów rozpoznania. Częściej na ciężką astmę chorują kobiety, osoby, u których stwierdzono nadwrażliwość na niesteroidowe leki przeciwzapalne (kwas acetylosalicylowy i substancje pochodne). Uważa się, że większość chorych na ciężką astmę to alergicy (w badaniu ENFUMOSA ok. 65%).

W przebiegu astmy dochodzi do zaostrzeń, które rozwijają się gwałtownie (w ciągu minut lub godzin) albo stopniowo (w ciągu wielu godzin lub dni) i nieleczone mogą doprowadzić do śmierci. Wieloletnia niekontrolowana astma prowadzi do postępującej, nieodwracalnej obturacji oskrzeli. Astma rozpoczynająca się w wieku dorosłym to częściej astma niealergiczna o cięższym przebiegu.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP)

POCHP charakteryzuje się utrzymującymi się objawami ze strony układu oddechowego oraz trwałym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, czego przyczyną są nieprawidłowości dróg oddechowych i/lub płuc spowodowane narażeniem na szkodliwe pyły lub gazy, przede wszystkim (do 80% przypadków) na dym tytoniowy.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła liczbę chorych na POChP na 65 mln, a umieralność z powodu POChP określiła na 3 mln osób w skali światowej. Zgodnie z szacunkami WHO w 2016 r. POChP zajmowała trzecią pozycję na liście najczęstszych przyczyn zgonów.

Zgodnie z danymi zawartymi w „Europejskiej Białej Księdze Płuc” (2013) wydawanej przez *European Respiratory Society* (ERS), ok. 5–10% osób w wieku ≥ 40 lat w Europie choruje na POChP. W publikacji

z polskiej części badania BOLD (Nizankowska-Mogilnicka 2007) podano, iż częstości występowania POChP w badanej populacji, tj. mieszkańców małopolski ≥ 40 roku życia wynosi 22,1%, a częstość występowania POChP w stadium \geq II wg GOLD wynosi 10,9%.

Zgodnie z informacjami podanymi w Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (PTChP), częstość występowania POChP, u badanych powyżej 40 r.ż. potwierdzona badaniem spirometrycznym, wynosi ok. 8,9%. Choroba częściej dotyka mężczyzn niż kobiety. Wg PTChP obecnie obserwuje się zmniejszanie różnicy w częstości występowania choroby między płciami zgodnej z wyrównywaniem się różnic w rozpowszechnieniu nałogu palenia tytoniu.

W 2009 r. choroby oznaczone kodami ICD-10 J40–J44 były przyczyną zgonów u 8 024 mieszkańców Polski. W 1980 r. wskaźnik zgonów wynosił 18,8/100 000 ludności Polski, a w ciągu ostatnich 30 lat powoli zwiększał się i w 2009 r. wyniósł 21/100 000 ludności.

Zaostrzenia POChP zwiększają ryzyko zgonu. Główne przyczyny zgonu to choroby układu krążenia, rak płuca i niewydolność oddechowa.

Niedoczynność tarczycy

Niedoczynność tarczycy określa się jako zespół objawów klinicznych wywołanych niedoborem tyroksyny (T4) i wynikającym z tego niedostatecznym działaniem trijodotyroniny (T3) w komórkach ustroju, prowadzącym do uogólnionego spowolnienia procesów metabolicznych i rozwoju obrzęku śródmiąższowego wskutek odkładania się w tkance podskórnej, mięśniach i w innych tkankach fibronektyny i hydrofilnych glikozaminoglikanów. Wyróżnia się niedoczynność tarczycy: pierwotną, wtórną oraz trzeciorzędową.

Niedoczynność tarczycy występuje ~ 5 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, stwierdza się ją u 1–6% osób do 60. r.ż., a częstość występowania zwiększa się wraz z wiekiem.

Wcześnie rozpoznana i prawidłowo leczona niedoczynność tarczycy nie prowadzi do istotnych ograniczeń trybu życia. W przypadku nierozpoznanej niedoczynności tarczycy bądź zaprzestania leczenia dochodzi do pogorszenia stanu ogólnego chorego, a nawet do rozwoju śpiączki. Niedobór hormonów tarczycy jest przyczyną gorszego rozwoju umysłowego w wieku dziecięcym i zmian otępiennych u osób starszych.

Przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy (choroba Hashimoto)

Przewlekłe autoimmunologiczne (limfocytowe) zapalenie tarczycy to niebolesne zapalenie tarczycy związane z przeciwciałami przeciwko tyreoperoksydazie (anty-TPO) i – bardzo często – przeciwko tyreoglobulinie (anty-TG) oraz naciekami limfocytowymi w tarczycy, w którym dochodzi do powolnego rozwoju niedoczynności tarczycy. Główną rolę w patogenezie przypisuje się aktywności cytotoksycznych limfocytów T, odpowiedzialnych za niszczenie komórek pęcherzykowych tarczycy. Znacznie częściej występuje u kobiet.

Choroba Hashimoto jest najczęściej występującym typem zapalenia tarczycy i najczęstszą przyczyną niedoczynności tarczycy. Występuje we wszystkich grupach wiekowych z częstością do 2%, także u dzieci, znacznie częściej (do 95%) u płci żeńskiej. Zapadalność oceniana na 0,3–1,5 przypadków/1000/rok jest zapewne zaniżona (w badaniach autopsyjnych stwierdza się je u 14–17% badanych).

Choroba prowadzi zwykle do trwałej niedoczynności tarczycy, która wymaga leczenia substytucyjnego przez całe życie chorego (prawidłowo leczona nie wiąże się z żadnymi konsekwencjami). Ryzyko rozwoju jawnej niedoczynności tarczycy w razie stwierdzenia niedoczynności subklinicznej wzrasta z wiekiem.

Choroba Gravesa i Basedowa

Choroba Gravesa i Basedowa (ChGB) – choroba autoimmunologiczna, w której autoantygenem jest receptor TSH (TSHR). Jego pobudzenie przez przeciwciała anty-TSHR powoduje wzmożone wydzielanie HT i objawy nadczynności tarczycy, stymuluje wzrost tarczycy i rozwój jej unaczynienia. Uruchomienie mechanizmów odpowiedzi komórkowej przeciwko temu samemu antygenowi występującemu

w fibroblastach oczodołów i skóry prowadzi do zwiększonego wydzielania cytokin prozapalnych i rozwoju pozatarczycowych objawów choroby.

Zapadalność na jawną nadczynność tarczycy wynosi u kobiet 500/100 000/rok, a u mężczyzn – 10 razy mniej. Chorobowość szacuje się na 1,6% u kobiet i 0,14% u mężczyzn, co oznacza, że co 60. kobieta zachoruje w ciągu życia na niedoczynność tarczycy. W krajach o dużej podaży jodu główną przyczyną nadczynności tarczycy jest choroba Gravesa i Basedowa. W Polsce, z powodu niedoboru jodu w latach 80. XX w., znaczącą część wszystkich przypadków (30–40%) stanowi nadczynność tarczycy na podłożu wola guzkowatego toksycznego.

W nieleczonej nadczynności tarczycy z czasem dochodzi do samoistnej remisji, ale wcześniej mogą wystąpić groźne dla życia powikłania. Leczenie farmakologiczne znosi objawy nadmiaru HT i przyspiesza uzyskanie remisji, ale w ~50% przypadków występuje nawrót. Ryzyko nawrotu jest zwiększone u mężczyzn i u osób <20. r.ż., a także u chorych z dużym wolem i dużym wyjściowym stosunkiem FT3/FT4.

Wole mięszone i guzowate tarczycy

W przypadku wola rozlanego nietoksycznego (wole proste, wole mięszone) tarczyca zwiększa swoją objętość ponad normę dla powierzchni ciała lub wieku dziecka, ale nie stwierdza się palpacyjnie guzków ani zmian ogniskowych w obrazie USG, ani też nie rozpoznaje się zaburzeń czynności tarczycy w badaniach hormonalnych.

W Polsce nie stwierdza się już praktycznie wola z niedoboru jodu. Powiększenie tarczycy u dziecka wiąże się zwykle z obecnością autoimmunologicznej choroby tarczycy.

Wole guzkowe nietoksyczne (dawna nazwa: wole obojętne) jest chorobą tarczycy, w której dominują ogniskowe zaburzenia jej budowy, wynikające najczęściej z rozrostu, ale też ze zmian zwyrodnieniowych lub zwłóknienia, bez zaburzeń czynności tarczycy; rozwija się w wyniku współdziałania niedoboru jodu (początkowo jako wole proste), predyspozycji dziedzicznej, oddziaływania substancji wolotwórczych, ekspozycji na promieniowanie jonizujące, wcześniejszego zapalenia tarczycy i in.

W populacji o dość dobrej podaży jodu (Wielka Brytania), stwierdzono guzki tarczycy u 5,3% kobiet i u 0,8% mężczyzn. Na podstawie dużych badań przekrojowych przeprowadzonych w Polsce w latach 90. XX w. można sądzić, że nawet do miliona kobiet może obecnie mieć cechy wola guzkowego, co jest konsekwencją niedoboru jodu w latach 80. XX w.

Ryzyko przeoczenia guzka złośliwego w wolu guzkowym przy prawidłowym planowaniu i przeprowadzaniu BAC wynosi ≤ 5 –10%. Guzek niezłośliwy również może się powiększać i dawać objawy uciskowe; istnieje też pewne ryzyko stopniowego rozwoju nadczynności tarczycy.

Otyłość

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje nadwagę i otyłość jako nieprawidłowe, nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka, które jest efektem utrzymującego się przez dłuższy czas dodatniego bilansu energetycznego, tzn. stanu, w którym podaż energii przewyższa wydatek energetyczny.

W Polsce i na świecie odnotowuje się systematyczny wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dorosłych, a także u dzieci i młodzieży. Według danych Centrum Badania Opinii Społecznej (2019) w Polsce na otyłość choruje 21% osób dorosłych, a 38% ma nadwagę. U dzieci w wieku przedszkolnym w Polsce nadwaga lub otyłość występują u 12,2% chłopców i 10% dziewcząt, w wieku szkolnym nadmierna masa ciała występuje jeszcze częściej – u 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt.

Otyłość przekłada się na negatywne konsekwencje w postaci rozwoju związanych z nią licznych powikłań, pogarszającej się ogólnej jakości życia oraz skrócenia oczekiwanej długości życia. Co roku na świecie z powodu chorób przewlekłych wywołanych lub powiązanych z otyłością umiera ponad 2,5 mln osób.

Alternatywna technologia medyczna

Biorąc pod uwagę wytyczne praktyki klinicznej przedstawiono podstawowe informacje dotyczące badań stosowanych w diagnostyce i monitorowaniu problemów zdrowotnych będących przedmiotem analizy.

Cukrzyca typu 2

Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce:

- laboratoryjne: glikemia (stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej), wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie fruktozaminy, glukoza w moczu, przeciwciała przeciw wyspowe: a) przeciwko różnym antygenom cytoplazmatycznym komórek β (ICA; nazywane też przeciwciałami przeciwwyspowymi), coraz rzadziej oznaczane ze względu na najmniejszą swoistość, b) przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD65), c) przeciwko fosfatazom tyrozyny (IA-2, IA-2 β), d) przeciwko insulinie endogennej (IAA), e) przeciwcynkowe (Zn8), stężenie peptydu C w surowicy, ciała ketonowe w moczu lub w surowicy, stężenie kwasu mlekowego w surowicy
- czynnościowe: doustny test tolerancji glukozy (ang. oral glucose tolerance test – OGTT), test z glukagonem, ocena wrażliwości na insulinę metodą HOMA.

Badania stosowane w monitorowaniu cukrzycy: pomiary glikemii w pełnej krwi włośniczkowej za pomocą glukometru (przygodne, półprofil, pełny profil), HbA1c, pomiary ciśnienia tętniczego (podczas wizyty i w domu), lipidogram, wydalanie albumin z moczem, badanie ogólne moczu z osadem, stężenie kreatyniny w surowicy i wyliczenie eGFR, stężenia kreatyniny, sodu, potasu, wapnia i fosforanów nieorganicznych (w przypadku podwyższonego stężenia kreatyniny) – w rozpoznaniu i leczeniu cukrzycowej choroby nerek, ocena dna oka – w rozpoznaniu i leczeniu retinopatii, przesiewowa diagnostyka w kierunku chorób tarczycy: TSH i anty-TPO w cukrzycy typu 1, TSH w cukrzycy typu 2.

Nadciśnienie tętnicze (NT)

Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce:

- laboratoryjne: stężenie hemoglobiny i/lub hematokryt, stężenia w surowicy sodu, potasu, glukozy (na czczo), hemoglobiny glikowanej (HbA1c), kreatyniny, kwasu moczowego, cholesterolu całkowitego, HDL, LDL, triglicerydów, parametrów czynności wątroby i TSH, badanie moczu – ocena mikroskopowa, ocena ilości białka w moczu za pomocą testu paskowego lub (najlepiej) wskaźnika albumina/kreatynina
- czynnościowe: pomiary ciśnienia tętniczego, EKG: 12-odprowadzeniowy u każdego chorego zalecane w razie konieczności poszerzenia diagnostyki, wskaźnik albumina/kreatynina (jeżeli nie został oznaczony w ramach badań podstawowych), badanie dna oka, echokardiografia, USG tętnic szyjnych, USG jamy brzusznej i badanie dopplerowskie, ocena prędkości fali tętna, ocena wskaźnika kostkowo-ramiennego, ocena funkcji poznawczych, obrazowanie mózgu, ocena wskaźnika aldosteronowo-reninowego w osoczu po 2 h pionizacji
- dodatkowo: pomiary ciśnienia tętniczego poza gabinetem lekarskim – samodzielne (domowe) pomiary lub ABPM (automatyczne monitorowanie ciśnienia tętniczego).

Badania stosowane w monitorowaniu: samodzielne pomiary ciśnienia tętniczego (przez tydzień przed wizytą).

Przewlekła choroba wieńcowa

Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce:

- laboratoryjne: profil lipidowy (cholesterol całkowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c), glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy), pełna morfologia krwi, stężenie kreatyniny w surowicy

z oszacowaniem eGFR, ponadto, zależnie od wskazań klinicznych: troponiny sercowe (przy podejrzeniu OZW); wskaźniki czynności tarczycy; wskaźniki wydolności wątroby (przed rozpoczęciem i 8–12 tyg. po rozpoczęciu terapii statynami); kinaza kreatynowa (przed włączeniem statyny oraz w razie objawów miopatii); BNP/NT-proBNP (przy podejrzeniu niewydolności serca).

- czynnościowe: EKG spoczynkowe, elektrokardiograficzna próba wysiłkowa (nie zalecane jako badanie pierwszego wyboru), EKG metodą Holtera
- obrazowe: echokardiografia spoczynkowa, obrazowe próby obciążeniowe, angio-TK, rezonans magnetyczny (MR), pozytronowa tomografia emisyjna, techniki hybrydowe (TK+SPECT, TK+PET, PET+MR), koronarografia.

Przewlekła niewydolność serca

Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce:

- laboratoryjne: profil lipidowy (cholesterol całkowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c), glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy), pełna morfologia krwi, stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR, ponadto, zależnie od wskazań klinicznych: troponiny sercowe (przy podejrzeniu OZW); wskaźniki czynności tarczycy; wskaźniki wydolności wątroby (przed rozpoczęciem i 8–12 tyg. po rozpoczęciu terapii statynami); kinaza kreatynowa (przed włączeniem statyny oraz w razie objawów miopatii); BNP/NT-proBNP (przy podejrzeniu niewydolności serca).
- czynnościowe: EKG spoczynkowe, próba wysiłkowa
- obrazowe: RTG radiogram klatki piersiowej, echokardiografia, koronarografia, TK wielorzędowa i MR
- inwazyjne: Biopsja endomiokardialna.

Utrwalone migotanie przedsionków

Stosowane w rozpoznawaniu choroby badania:

przesiewowe:

- czynnościowe: palpacja tętna lub EKG, 1) u osób >65. r.ż. – palpacja tętna lub EKG przy okazji przeprowadzania innych badań, 2) u osób >75. r.ż. lub obciążonych dużym ryzykiem udaru mózgu – rozważenie systematycznego wykonywania badań przesiewowych; ciągłe monitorowanie EKG przez ≥ 72 h, 3) u chorych z napadem przemijającego niedokrwienia (TIA) lub udarem niedokrwinnym mózgu o nieznannej etiologii – zleć ciągłe monitorowanie EKG przez ≥ 72 h (rozważ potrzebę długoterminowego monitorowania EKG za pomocą urządzeń nieinwazyjnych lub wszczepialnych rejestratorów pętlowych).

oraz badania pomocnicze:

- laboratoryjne: profil lipidowy (cholesterol całkowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c), glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy), pełna morfologia krwi, stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR, ponadto, zależnie od wskazań klinicznych: troponiny sercowe (przy podejrzeniu OZW); wskaźniki czynności tarczycy; wskaźniki wydolności wątroby (przed rozpoczęciem i 8–12 tyg. po rozpoczęciu terapii statynami); kinaza kreatynowa (przed włączeniem statyny oraz w razie objawów miopatii); BNP/NT-proBNP (przy podejrzeniu niewydolności serca)
- czynnościowe: EKG spoczynkowe, EKG metodą Holtera (czasem >24 h, do 7 dób), przedłużona (np. 2–4-tygodniowa) i ciągła telemetryczna rejestracja EKG, elektrokardiograficzna próba wysiłkowa

- obrazowe: echokardiografia.

Astma oskrzelowa

Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce:

- laboratoryjne: badania wykrywające alergię IgE-zależną: punktowe testy skórne, stężenie IgE całkowitego i swoistego, badanie plwociny indukowanej w kierunku eozynofilii
- czynnościowe: spirometria: - podstawowa, - w próbie rozkurczowej, - w próbie prowokacyjnej (z metacholiną lub histaminą); szczytowy przepływ wydechowy (PEF); pulsoksymetria i gazometria krwi tętniczej; badanie stężenia tlenu azotu w powietrzu wydychanym (FENO)
- obrazowe: RTG klatki piersiowej.

Badania stosowane w monitorowaniu: czynność płuc (za pomocą spirometrii z próbą rozkurczową), PEF.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)

W rozpoznawaniu POChP stosuje się badania pomocnicze:

- czynnościowe: spirometria po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela, pletyzmografia, badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach, ocena tolerancji wysiłku fizycznego (testy marszowe; sercowo-płucna próba wysiłkowa z użyciem bieżni lub cykloergometru; monitorowanie aktywności za pomocą akcelerometrów lub innych urządzeń), pulsoksymetria; gazometria krwi tętniczej; EKG; echokardiografia
- obrazowe: RTG klatki piersiowej, tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości
- laboratoryjne: morfologia krwi obwodowej, badania w kierunku niedoboru α 1-antytrypsyny
- mikrobiologiczne: posiew plwociny.

Badania stosowane w monitorowaniu: spirometria, niskodawkowe TK płuc – przesiewowo celem wczesnego wykrycia raka płuc.

Niedoczynność tarczycy

Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce:

- laboratoryjne: TSH w surowicy, FT4 w surowicy, FT3 w surowicy, TSH w surowicy w teście z TRH (tyreoliberyna), przeciwciała przeciw-tarczycowe (głównie anty-TPO), cholesterol całkowity, LDL, trójglicerydy, niedokrwistość, hiponatremia, hipokalcemia
- obrazowe: USG tarczycy, USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, echokardiografia, scyntygrafia tarczycy
- czynnościowe: EKG.

Badania stosowane w monitorowaniu: stężenie TSH – nie wcześniej niż 4–6 tyg. po ostatniej zmianie dawkowania L-T4 (L-tyroksyna), FT4 we wtórnej i trzeciorzędowej niedoczynności tarczycy.

Przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy (choroba Hashimoto)

Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce:

- laboratoryjne: przeciwciała przeciw-tarczycowe (anty-TPO lub antyTG), TSH w surowicy, FT4 w surowicy
- obrazowe: USG tarczycy
- inwazyjne: biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy.

Choroba Gravesa i Basedowa

Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce:

- laboratoryjne: TSH w surowicy, FT3 w surowicy, FT4 w surowicy, przeciwciała anty-TRAb, inne badania laboratoryjne jak w nadczynności tarczycy
- obrazowe: USG tarczycy, scyntygrafia tarczycy, TK oczodołów, MR oczodołów.

Wole mięszone i guzowate tarczycy

Wole mięszone nietoksyczne

Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce:

- laboratoryjne: TSH w surowicy, FT3 w surowicy
- obrazowe: USG tarczycy.

Wole guzkowe nietoksyczne

Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce:

- laboratoryjne: TSH w surowicy, przeciwciała anty-TPO
- obrazowe: USG tarczycy, scyntygrafia tarczycy
- inwazyjne: Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) guzka tarczycy – badanie cytologiczne (optymalnie BAC celowana – BACC).

Badania stosowane w monitorowaniu: USG tarczycy.

Otyłość

Badania pomocnicze w kierunku powikłań związanych z nadmierną masą ciała:

- laboratoryjne: glikemia na czczo, doustny test tolerancji 75 g glukozy (OGTT); profil lipidowy stężenia cholesterolu: całkowitego [TC], frakcji lipoprotein o małej [LDL-C], dużej [HDL-C] oraz innej niż duża gęstości [nie-HDL-C], a także triglicerydów [TG]); stężenie kwasu moczowego; stężenie hormonu tyreotropowego (TSH); aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT) i asparaginianowej (AST), stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem wartości przesączania kłębuszkowego (eGFR); stężenie białka C-reaktywnego (CRP); morfologia krwi obwodowej; badanie ogólne moczu
- czynnościowe: pomiar ciśnienia tętniczego; jako badania uzupełniające diagnostykę podstawową próba wysiłkowa, badanie polisomnograficzne
- obrazowe: echokardiografia (jako badania uzupełniające diagnostykę podstawową).

Opis wnioskowanego świadczenia

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, finansowanych ze środków budżetu powierzonego:

1. badania biochemiczne i immunochemiczne:
 - 1) antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej);
 - 2) antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH);
 - 3) antyTG;
 - 4) albuminuria (stężenie albumin w moczu);
 - 5) UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu);
 - 6) BNP (NT-pro-BNP);

2. diagnostyka ultrasonograficzna:
 - 1) USG Doppler tętnic szyjnych;
 - 2) USG Doppler naczyń kończyn dolnych;
 - 3) ECHO serca przezklatkowe.
3. diagnostyka elektrofizjologiczna:
 - 1) EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG);
 - 2) Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG);
 - 3) Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego).
4. diagnostyka inwazyjna:
 - 1) biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych).
5. diagnostyka czynnościowa:
 - 1) spirometria;
 - 2) spirometria z próbą rozkurczową.
6. konsultacje specjalistyczne:
 - a) konsultacje lekarz POZ - lekarz specjalista wybranej dziedziny (konsultacje odbywane przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności):
 - 1) Konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii;
 - 2) Konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii;
 - 3) Konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii/alergologii;
 - 4) Konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii;
 - b) konsultacje lekarz specjalista - pacjent (wizyta ambulatoryjna):
 - 1) Konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii - pacjent;
 - 2) Konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii - pacjent;
 - 3) Konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii/alergologii - pacjent;
 - 4) Konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii - pacjent.
7. porady:
 - 1) porada kompleksowa - Indywidualny Plan Opieki;
 - 2) porada dietetyczna;
 - 3) porada edukacyjna.

Zgodnie z treścią zlecenia Ministra Zdrowia zakłada się udzielanie powyższych świadczeń na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Na podstawie dokumentu Ocena Skutków Regulacji zapewnienie dostępu, w ramach budżetu powierzonego, do:

- badań diagnostycznych z obszaru kardiologii, diabetologii, chorób płuc, alergologii oraz endokrynologii - pozwoli na skuteczniejsze wykrywanie najczęstszych schorzeń przewlekłych,
- konsultacji specjalistycznych: kardiologa, diabetologa, chorób płuc, alergologa, endokrynologa - ułatwi prowadzenie opieki kompleksowej nad pacjentem, bez konieczności kierowania go

do lekarza specjalisty udzielającego świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

- wizyt kompleksowych z Indywidualnym Planem Opieki Medycznej - poprawi opiekę nad pacjentami chorymi przewlekle oraz przyczyni się do wdrożenia standardów opieki w chorobach przewlekłych objętych koordynacją,
- porad edukacyjnych prowadzonych przez pielęgniarki - przyczyni się do poprawy jakości opieki nad pacjentami chorymi przewlekle, jak również poprawi kompleksowość opieki, angażując w opiekę pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- porad dietetycznych - realizowanych przez dietetyków - będzie ważnym wsparciem dla pacjentów m.in. z cukrzycą i chorobami na tle miażdżycy.

Zgodnie z opinią eksperta klinicznego:

- proponowane zmiany są elementem wdrożenia rozwiązań koordynacji opieki do podstawowej opieki zdrowotnej, na podstawie zapisów ustawy o POZ. Zakres świadczeń dotyczy najczęstszych problemów zdrowotnych, które są przyczyną kierowania pacjentów do opieki specjalistycznej, choć wiele z nich, przy dostępności do poszerzonego zakresu diagnostyki, a w części przypadków – konsultacji lekarza specjalisty wybranej dziedziny na poziomie POZ, mogłyby być leczone w POZ, umożliwiając docelowo skrócenie czasu oczekiwania na konsultacje w AOS tych pacjentów, którzy powinni zostać otoczeni opieką specjalistyczną;
- konsultacje specjalistyczne, dostępne dla pacjenta z poziomu POZ, skracają czas oczekiwania na konsultację, jaki ma miejsce w przypadku kierowania pacjenta do AOS. Na szczególną uwagę zasługuje bardzo dobre rozwiązanie, jakim są proponowane „konsultacje lekarz POZ – lekarz specjalista wybranej dziedziny” w formie zdalnej, niewymagającej udziału pacjenta. Konsultacje z: kardiologiem, diabetologiem, pulmonologiem/ alergologiem oraz endokrynologiem spowodują objęcie opieką koordynowaną najczęstszych schorzeń przewlekłych;
- w przypadku schorzeń planowanych do objęcia koordynacją opieki (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, niewydolność serca, astma, POCHP, niedoczynność tarczycy, guzki tarczycy), większość pacjentów zostanie zaopiekowana w POZ, a tylko ok. 10–20% będzie wymagało konsultacji specjalistycznej;
- do ograniczeń związanych z ocenianymi świadczeniami należą: powszechny kryzys kadrowy w ochronie zdrowia (przede wszystkim w mniejszym miastach i na wsi), niechęć wielu specjalistów do pracy w systemie płatnika publicznego, brak wiedzy i praktyki w zlecaniu i wykonywaniu oraz interpretacji określonych badań diagnostycznych, wycena badań poniżej cen rynkowych uniemożliwiająca ich zakontraktowanie;
- wpływ kliniczny możliwości zlecenia wnioskowanych badań diagnostycznych oraz prowadzenia porad i konsultacji specjalistycznych na poziomie POZ przyczyni się do poprawy wykrywalności schorzeń przewlekłych oraz ich lepszej kontroli w POZ i umożliwi wcześniejsze wykrywanie powikłań oraz ewentualnych zaostrzeń. Dostęp do badań diagnostycznych powinien docelowo zmniejszyć kolejki do AOS w wybranych specjalnościach.

Wybrane badania stanowiące przedmiot oceny w ramach diagnostyki: biochemicznej i immunochemicznej, ultrasonograficznej, elektrofizjologicznej, inwazyjnej oraz czynnościowej są obecnie finansowane ze środków publicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyjątkiem spirometrii, która jest już obecnie finansowana w ramach stawki kapitałowej POZ, jednakże zgodnie z treścią uchwały Zespołu ds. zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, rekomendowane jest przesunięcie tego badania do puli badań finansowanych w ramach budżetu powierzonego.

Konsultacje specjalistyczne, o których mowa w zleceniu, lekarza POZ z lekarzem specjalistą oraz lekarza specjalisty z pacjentem, wynikają z przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

Porady specjalistyczne: dietetyczne i edukacyjne, o których mowa w zleceniu, nie są aktualnie odrębnymi świadczeniami, aspekty edukacyjne czy żywieniowe stanowią elementy porad lekarskich i pielęgniarskich.

Zgodnie z ustawą o POZ, podstawowa opieka zdrowotna ma na celu m.in. koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia. Według ustawy o POZ koordynację zapewnia lekarz POZ, we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ. Ustawa o POZ określa również ramy koordynacji oraz funkcję i zakres obowiązków koordynatora, która jest osobą wyznaczoną przez świadczeniodawcę.

W aktualnym stanie prawnym lekarz POZ ma możliwość planowania i uzgadniania z pacjentem postępowania terapeutycznego oraz działań edukacyjnych, jak również integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innych świadczeniodawców.

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Ocena ta polega na zebraniu danych o konsekwencjach zdrowotnych (skuteczność i bezpieczeństwo) wynikających z zastosowania nowej terapii w danym problemie zdrowotnym oraz innych terapii, które w danym momencie są finansowane ze środków publicznych i stanowią alternatywne leczenie dostępne w danym problemie zdrowotnym. Następnie ocena ta wymaga określenia wiarygodności zebranych danych oraz porównania wyników dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa nowej terapii względem terapii już dostępnych w leczeniu danego problemu zdrowotnego.

Na podstawie powyższego ocena skuteczności i bezpieczeństwa pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie o wielkość efektu zdrowotnego (zarówno w zakresie skuteczności, jak i bezpieczeństwa), którego należy oczekiwać względem nowej terapii w porównaniu do innych rozważanych opcji terapeutycznych.

Z uwagi na charakter zlecenia, które odnosi się do oceny badań ujętych w wykazie świadczeń gwarantowanych dostępnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz świadczeń będących kompleksowym modelem organizacyjnym, ukierunkowanym na poprawę zdrowia pacjentów z wybranymi chorobami przewlekłymi, ocenę skuteczności i bezpieczeństwa oparto na przeglądzie wytycznych klinicznych.

Przegląd wytycznych miał na celu potwierdzenie miejsca ocenianych badań w diagnostyce lub monitorowaniu leczenia, jak również weryfikacji ich komplementarności względem już dostępnych świadczeń na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. W odniesieniu do porad edukacyjnych i dietetycznych przytoczono informacje zawarte w wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dotyczących takich schorzeń jak: cukrzyca, otyłość, choroby układu krążenia oraz zaburzenia lipidowe, ze szczególnym uwzględnieniem zaleceń odnoszących się do zakresu merytorycznego tych porad.

Podsumowując, rekomendacje wskazują, iż wnioskowane badania stanowią podstawowe i uznane metody diagnostyczne w szeregu chorób przewlekłych, tak w diagnostyce, jak i w monitorowaniu leczenia.

W podejściu szczegółowym analizowane wytyczne wskazują, iż w odniesieniu do:

- badań biochemicznych i immunochemicznych
 - anty-TPO
 - wskazywane są w diagnostyce pierwotnej niedoczynności tarczycy, szczególnie u osób dorosłych ze stężeniem TSH powyżej zakresu referencyjnego (NICE 2019);

- nie jest zalecane rutynowe przeprowadzanie tego badania, ponieważ pomaga ono tylko stwierdzić, czy choroba tarczycy ma podłoże autoimmunologiczne, zatem nie ma potrzeby ponownego pomiaru miana przeciwciał anti-TPO. Rzadko zdarza się, aby pomiar przeciwciał anti-TPO wpływał na postępowanie z pacjentem (CSEM 2020);
- anti-TG – wytyczne wskazują na brak dodatkowej wartości diagnostycznej w stosunku do pomiaru anti-TPO, mimo iż obecność przeciwciała anti-TG występuje u wielu pacjentów z autoimmunologicznymi zaburzeniami tarczycy (ACB/BTA/BTF 2006);
- anti-TSHR – wskazywane jest jako czułe i specyficzne narzędzie w diagnostyce nadczynności tarczycy spowodowanej chorobą Gravesa i Basedowa (ETA 2018);
- albuminuria (stężenie albuminy w moczu) – wytyczne PTD 2022 zalecają stosowanie tego badania u chorych na cukrzycę w celu wykrycia lub oceny stopnia zaawansowania cukrzycowej choroby nerek. U chorych z cukrzycą typu 2 powinno ono być wykonywane raz w roku od momentu rozpoznania, jako badanie przesiewowe cukrzycowej choroby nerek (PTD 2022);
- wskaźnika albumina/kreatynina w moczu (UACR) – określenie tego wskaźnika, na podstawie oznaczenia wydalania albuminy i kreatyniny w moczu, służy do rozpoznania zwiększonego wydalania albumin z moczem (PTD 2022, NIDDK 2009);
- peptyd natriuretyczny typu B (BNP) (NT-pro-BNP) – wytyczne zalecają wykonanie tego badania u wszystkich pacjentów z podejrzeniem przewlekłej niewydolności serca (ESC/HFA 2021), a także u pacjentów z long-COVID/post-COVID, jeżeli SpO₂ >92% (AOTMiT 2021);
- diagnostyka ultrasonograficzna
 - USG Doppler tętnic szyjnych – wytyczne określają miejsce tego badania w diagnostyce chorób tętnic szyjnych, związanych z nadciśnieniem tętniczym (ESC/ESH/PTK 2018) oraz miażdżycową chorobą pozaczaskowych tętnic szyjnych i kręgowych (ESC/ESVS/PTK 2017);
 - USG Doppler naczyń kończyn dolnych – wytyczne zalecają ultrasonografię duplexową¹ jako podstawową metodę obrazowania żył kończyn dolnych u chorych z przewlekłą chorobą żylną kończyn dolnych (ESVS 2022); w przypadku chorych z chorobą tętnic kończyn dolnych ultrasonografia podwójna² stanowi metodę obrazowania pierwszego rzutu celem potwierdzenia zmian (ESC/PTK 2017);
 - ECHO serca przezklatkowe – stanowi podstawową metodę oceny morfologii i funkcji serca praktycznie w każdym przypadku podejrzenia patologii układu sercowo-naczyniowego (tak w stanach ostrych, jak i stabilnych) (PTK 2017);
- diagnostyka elektrofizjologiczna
 - EKG wysiłkowe
 - wytyczne dot. rozpoznawania i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych (ESC 2019):
 - zalecają badanie do oceny tolerancji wysiłku, objawów, arytmii, odpowiedzi ciśnienia tętniczego i ryzyka zdarzeń u wybranych pacjentów, oraz
 - rozważenie jego wykonania w celu potwierdzenia lub wykluczenia choroby wieńcowej jako alternatywne postępowanie w razie niedostępności innych nieinwazyjnych lub inwazyjnych metod obrazowania czy u pacjentów otrzymujących leczenie w celu oceny kontroli objawów i niedokrwienia,

¹ Podwójne obrazowanie (duplex scan) z zastosowaniem kolorowego doplera jest to połączenie obrazowania w prezentacji B z badaniem dopplerowskim metodą impulsową (Interna Szczeklika 2018).

² Ultrasonografia podwójna – technika ta obejmuje dwuwymiarowe badanie ultrasonograficzne oraz ocenę za pomocą doplera fali pulsacyjnej, doplera fali ciągłej, kolorowego doplera i doplera mocy w celu wykrywania zmian w naczyniach, określania ich umiejscowienia, a także oceny rozległości i nasilania na podstawie kryteriów prędkości przepływu krwi.

- nie zalecają go natomiast w diagnostyce pacjentów, u których występuje obniżenie odcinka ST $\geq 0,1$ mV w spoczynkowym EKG albo którzy są w trakcie leczenia digoksyną;
 - może być wykorzystywane do oceny indukowanego niedokrwienia u pacjentów w ostrą lub przewlekłą niewydolnością serca, których uważa się za nadających się do rewaskularyzacji wieńcowej (ESC/HFA 2021);
- Holter EKG 24, 48 i 72 godz. – wytyczne PTK z 2013 r. wskazują iż technika monitorowania EKG zależeć powinna od częstości występowania objawów: przy objawach występujących co 2–3 dni zalecane jest 48–72-godzinne monitorowanie EKG, a przy objawach występujących codziennie – 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera;
- Holter RR (24-godz. rejestracja ciśnienia tętniczego) – monitorowanie całodobowego pomiaru ciśnienia tętniczego poza gabinetem lekarskim zalecane jest m.in. w rozpoznawaniu nadciśnienia maskowanego i nadciśnienia białego fartucha, oceny efektów leczenia, a także poszukiwania potencjalnych przyczyn działań niepożądanych (np. objawowa hipotensja) (ESC/ESH/PTK 2018);
- diagnostyka inwazyjna
 - biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (BAC)
 - u pacjentów z powiększeniem tarczycy, ale z prawidłową funkcją tego narządu, podejmując decyzję o wykonaniu aspiracji cienkoigłowej do badań cytologicznych, należy skorzystać z ustalonego systemu oceny obrazu ultrasonograficznego, który uwzględnia: echogeniczność, mikrozwapnienia, otoczkę (ang. „echo”), kształt w płaszczyźnie poprzecznej, unaczynienie wewnętrzne oraz limfadenopatię. Podczas wykonywania aspiracji cienkoigłowej należy stosować kontrolę za pomocą USG (NICE 2019);
 - badanie wskazywane jest m.in. do wykonania u pacjentów z podejrzeniem rakiem tarczycy, przy wymaganym monitorowaniu ultrasonograficznym podczas biopsji zmiany ogniskowej (PTN 2018);
- diagnostyka czynnościowa:
 - spirometria podstawowa – u pacjentów z astmą, którzy nie przyjmują leków (GINA 2022), u chorych z long-COVID/post-COVID (AOTMiT 2021), w celu wykrycia niedrożności dróg oddechowych i jako pierwszego rzutu w podejrzeniu astmy (ERS 2021) oraz diagnostyki rozstrzenia oskrzeli (ERS 2021)
 - spirometria z próbą rozkurczową – u chorych z long-COVID/post-COVID, jeżeli SpO₂ >92% (AOTMiT 2021), u osób z podejrzeniem astmy jako pogłębiona diagnostyka celem potwierdzenia diagnozy (ERS 2021).

W kontekście porad dietetycznych i edukacyjnych wytyczne w większości nie opisują w sposób zwarty kształtu ani programu porady edukacyjnej lub dietetycznej, w wyjątkiem wytycznych PTD z 2022 r., w których nakreślono ramy programu edukacyjnego.

We wszystkich analizowanych wytycznych z zakresu cukrzycy (PTD 2022), otyłości (PTOL 2022, EASO 2015), prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego (ESC/PTK 2021) oraz leczenia zaburzeń lipidowych (ESC/EAS/PTK 2016) omawiane są szczegółowo poszczególne elementy mogące znaleźć się w tego typu poradach specjalistycznych, dotyczące modyfikacji i optymalizacji stylu życia w zakresie: leczenia żywieniowego, aktywności fizycznej, postępowania psychologicznego, terapii poznawczo-behawioralnej, palenia tytoniu.

Odnalezione wytyczne wskazują również, że poradnictwo edukacyjne lub dietetyczne powinno być prowadzone i wspierane przez odpowiednio przeszkolone osoby (np. lekarze, edukatorzy diabetologiczni, pielęgniarki, dietetycy, a w razie potrzeby – psychologowie).

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Ocena ekonomiczna polega na oszacowaniu i zestawieniu kosztów i efektów zdrowotnych, jakie mogą wiązać się z zastosowaniem u pojedynczego pacjenta nowej terapii zamiast terapii już refundowanych.

Koszty terapii szacowane są w walucie naszego kraju, a efekty zdrowotne wyrażone są najczęściej w zyskanych latach życia (LYG, life years gained) lub w latach życia przeżytych w pełnym zdrowiu (QALY, quality adjusted life years) wskutek zastosowania terapii.

Zestawienie wartości dotyczących kosztów i efektów związanych z zastosowaniem nowej terapii i porównanie ich do kosztów i efektów terapii już refundowanych pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy efekt zdrowotny uzyskany u pojedynczego pacjenta dzięki nowej terapii wiąże się z wyższym kosztem w porównaniu do terapii już refundowanych.

Uzyskane wyniki wskaźnika kosztów-efektów zdrowotnych porównuje się z tzw. progiem opłacalności, czyli wynikiem, który sygnalizuje, że przy zasobności naszego kraju (wyrażonej w PKB) maksymalny koszt nowej terapii, która ma wiązać się z uzyskaniem jednostkowego efektu zdrowotnego (1 LYG lub 1 QALY) w porównaniu do terapii już dostępnych, nie powinien przekraczać trzykrotności PKB per capita.

Aktualnie próg opłacalności wynosi 166 758 PLN/QALY (3 x 55 586 PLN).

Wskaźnik kosztów-efektów zdrowotnych nie szacuje i nie wyznacza wartości życia, pozwala jedynie ocenić i m. in. na tej podstawie dokonać wyboru terapii związanej z potencjalnie najlepszym.

Z uwagi na charakter zlecenia, które odnosi się do oceny badań ujętych w wykazie świadczeń gwarantowanych dostępnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz świadczeń będących kompleksowym modelem organizacyjnym, ukierunkowanym na poprawę zdrowia pacjentów z wybranymi chorobami przewlekłymi, nie przeprowadzono formalnej oceny ekonomicznej.

Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 463 z późn. zm.);

Jeżeli analiza kliniczna wnioskodawcy nie zawiera randomizowanych badań klinicznych dowodzących wyższości leku nad technologiami medycznymi dotychczas refundowanymi w danym wskazaniu, to urzędowa cena zbytu leku musi być skalkulowana w taki sposób, aby koszt stosowania leku wnioskowanego do objęcia refundacją nie był wyższy niż koszt technologii medycznej o najkorzystniejszym współczynniku uzyskiwanych efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania.

Nie dotyczy.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia składa się z dwóch istotnych części.

Po pierwsze, w analizie wpływu na budżet płatnika, pozwala na oszacowanie potencjalnych wydatków związanych z finansowaniem nowej terapii ze środków publicznych.

Szacunki dotyczące wydatków związanych z nową terapią (scenariusz „jutro”) są porównywane z tym, ile aktualnie wydajemy na leczenie danego problemu zdrowotnego (scenariusz „dziś”). Na tej podstawie możliwa jest ocena, czy nowa terapia będzie wiązać się z koniecznością przeznaczenia wyższych środków na leczenie danego problemu zdrowotnego, czy też wiąże się z uzyskaniem oszczędności w budżecie płatnika.

Ocena wpływu na budżet pozwala na stwierdzenie czy płatnik posiada odpowiednie zasoby na finansowanie danej technologii.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia w drugiej części odpowiada na pytanie jak decyzja o finansowaniu nowej terapii może wpłynąć na organizację udzielania świadczeń (szczególnie w kontekście dostosowania do wymogów realizacji nowej terapii) oraz na dostępność innych świadczeń opieki zdrowotnej.

Oszacowanie skutków finansowych wprowadzenia ocenianych świadczeń zdrowotnych do koszyka świadczeń gwarantowanych zostało przeprowadzone na etapie opracowywania projektu rozporządzenia rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i przedstawione w dokumencie Ocena Skutków Regulacji (OSR).

Przewiduje się, że w pierwszym roku funkcjonowania opieki koordynowanej jej świadczeniami objęta zostanie cała populacja korzystająca ze świadczeń oznaczonych wskaźnikiem 3,2 (korygującym stawkę kapitałową, przy finansowaniu świadczeń lekarza POZ dla osób przewlekle chorych na cukrzycę, choroby układu krążenia lub choroby tarczycy – na podstawie Załącznika nr 20 do Zarządzenia Nr 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej), tj. ok. 3,2 mln pacjentów, co stanowi 35 proc. wszystkich leczonych w POZ na choroby objęte budżetem powierzonym II. (3,2 mln osób stanowi 35 % z 9,3 mln -populacji osób, które przynajmniej jeden raz skorzystały ze świadczeń finansowanych wskaźnikiem 3,2 stosowanym w leczeniu chorób przewlekłych).

Szacuje się, że łączny roczny wydatek na świadczenia opieki koordynowanej wyniesie ok. 777,698 mln zł, który zostanie zwiększony o koszty związane z wprowadzeniem koordynatora w opiece koordynowanej w wysokości ok. 124,7 mln zł. Przy kalkulacji wydatków na koordynatora przyjęto założenie, że 3,2 mln włączonych pacjentów do koordynacji w pierwszym roku odpowiada ok. 9,447 mln zadeklarowanej populacji w wieku 18+.

Zgodnie z wyliczeniami przedstawionymi w OSR roczny koszt wprowadzanej zmiany wyniesie ok. 902,398 mln zł.

Do dnia wydania rekomendacji nie otrzymano opinii Prezesa Narodowego w zakresie oceny wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Uwagi do programu lekowego

Nie dotyczy.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Przedmiotem analizy racjonalizacyjnej jest identyfikacja mechanizmu, którego wprowadzenie spowoduje uwolnienie środków publicznych w wysokości odpowiadającej co najmniej wzrostowi kosztów wynikającemu z podjęcia pozytywnej decyzji o refundacji wnioskowanej technologii medycznej.

Analiza racjonalizacyjna jest przedkładana jeżeli analiza wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych wykazuje wzrost kosztów refundacji.

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w innych krajach w odniesieniu do ocenianej technologii

Uwzględniono wytyczne kliniczne odnoszące się:

- do ocenianych badań diagnostycznych:

Spirometria podstawowa, spirometria z próbą wydechową

- Global Initiative for Asthma (GINA 2022)
- European Society of Cardiology / Heart Failure Association (ESC/HFA 2021)
- AOTMiT 2021
- European Respiratory Society (ERS 2021)

BNP (NT-pro-BNP)

- European Society of Cardiology / Heart Failure Association (ESC/HFA 2021)

Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG)

- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK 2013)
- European Society of Cardiology (ESC 2019)

Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)

- European Society of Cardiology / European Society of Hypertension / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC/ESH/PTK 2018)

ECHO serca przezklatkowe

- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK 2017)

EKG wysiłkowe

- European Society of Cardiology (ESC 2019)

Oznaczenie stężenia albuminy w moczu; Określenie wskaźnika albumina/kreatynina w moczu (UACR)

- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD 2022)
- National Kidney Disease Education (NIDDK 2009)

antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)

- Canadian Society of Endocrinology and Metabolism (CSEM 2020)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2019)

antyTG (przeciwciała skierowane przeciwko tyreoglobulinie)

- Association for Clinical Biochemistry / British Thyroid Association (BTA) / British Thyroid Foundation (BTF) (ACB/BTA/BTF 2006)

antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)

- European Thyroid Association (ETA 2018)

biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (BAC); biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC)

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2019)
- Rekomendacje Polskich Towarzystw Naukowych: Polish Endocrine Society, Polish Society of Oncology, Polish Thyroid Association, Polish Society of Pathologists, Society of Polish Surgeons, Polish Society of Surgical Oncology, Polish Society of Clinical Oncology, Polish Society of Radiation Oncology, Polish Society of Nuclear Medicine, Polish Society of

Paediatric Endocrinology, Polish Society of Paediatric Surgeons, Polish Society of Ultrasonography (PTN 2018)

USG tętnic szyjnych

- European Society of Cardiology / European Society of Hypertension / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC/ESH/PTK 2018)
- European Society of Cardiology / European Society for Vascular Surgery / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC/ESVS/PTK 2017)

USG naczyń kończyn dolnych

- European Society for Vascular Surgery (ESVS 2022)
- European Society of Cardiology / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC/PTK 2017)

- do udzielania porad z zakresu edukacji zdrowotnej oraz diety:

Cukrzyca

- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD 2022)

Otyłość

- Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości (PTOL 2022)
- European Association for the Study of Obesity (EASO 2015)

Prewencja chorób układu sercowo naczyniowego

- Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC/PTK 2021)

Zaburzenia lipidowe

- Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne / Europejskie Towarzystwo Miażdżycowe / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC/EAS/PTK 2016).

Rozwiązania międzynarodowe

Zidentyfikowano informacje odnoszące się do zarządzania pacjentem w niderlandzkim systemie ochrony zdrowia w wybranych schorzeniach, zgodnych z przedmiotowym zleceniem Ministra Zdrowia, odnalezionych w raportach Zorginstituut Nederland (ZIN) przygotowywanych w ramach projektu „Sensible Care”. W Holandii leczenie chorób endokrynologicznych odbywa się na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz pierwszego kontaktu) oraz na poziomie opieki specjalistycznej (lekarz internista lub internista-endokrynolog). W przypadku leczenia astmy i POChP zwraca się szczególną uwagę na jakość badania spirometrycznego.

Odnalezione także informacje z Australii dotyczące zarządzania chorobami przewlekłymi i kompleksowego planu postępowania lekarza rodzinnego co prawda dotyczą pacjentów będących wyłącznie odbiorcami świadczeń w domach opieki nad osobami starszymi, jednakże dostarczają wiedzy odnośnie do wymagań stawianych tego typu usłudze medycznej, m.in. o konieczności uwzględnienia informacji o celach terapeutycznych, zakresie wymaganych informacji zawartych w planie opieki, wymaganych zgód i poświadczeń, wydawania kopii planu pacjentowi lub jego opiekunowi, okresowej weryfikacji planu, formie dokumentowania, czy czasu przechowywania dokumentacji. W ramach świadczenia dotyczącego koordynacji porozumień opieki zespołowej (również dot. tej samej grupy pacjentów co powyżej) lekarz rodzinny ma obowiązek przygotowania dokumentu zawierającego: cele leczenia i zakres świadczeń dla pacjenta, zakres świadczeń realizowanych przez współpracujących z nim świadczeniodawców, wymagany zakres działań ze strony pacjenta oraz ustalenie okresowej weryfikacji powyższych w określonym terminie.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 11.07.2022 r. (znak: DLG.740.23.2022.TK) oraz z dnia 27.07.2022 r. (znak: DLG.740.23.2022.TK w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej: jako świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na podstawie art. 31c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości nr 74/2022 z dnia 16 sierpnia 2022 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków budżetu powierzonego, udzielanych na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jako świadczeń gwarantowanych.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 74/2022 z dnia 16 sierpnia 2022 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków budżetu powierzonego, udzielanych na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jako świadczeń gwarantowanych.
2. Raport WS.420.5.2022 „Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, finansowanych ze środków budżetu powierzonego”; Data ukończenia: 11.08.2022 r.