



**Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej**

**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**

Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej

Nr: WS.420.5.2022

Data ukończenia: 11.08.2022 r.

## KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy: nie dotyczy

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem (dane kosztowe) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 poz.1764) w zw. z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.)

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

**Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** nie dotyczy

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

**Zakres wyłączenia jawności:** dane osobowe.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016, poz.1764 z późn. zm. w zw. z art. 1 ust. 1 oraz art. 23 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016. poz. 922 z późn. zm.)

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

**Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** osoba fizyczna

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy: nie dotyczy

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016, poz.1764) w zw. z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** nie dotyczy

## Wykaz wybranych skrótów

<b>99Tc-MIBI</b>	rodzaj znacznikamizotopowego (radiofarmaceutyku) używanego w scyntygrafii
<b>ABPM</b>	całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego
<b>ACB</b>	<i>Association for Clinical Biochemistry</i>
<b>ACR</b>	wskaźnik albumina/kreatynina
<b>AF</b>	migotanie przedsionków
<b>AFI</b>	trzepotanie przedsionków
<b>Agencja / AOTMiT</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
<b>ALT</b>	aktywność aminotransferazy alaninowej
<b>angio-TK</b>	spiralna tomografia komputerowa naczyń krwionośnych lub angiografia tomografii komputerowej
<b>antyTG / anty-TG</b>	przeciwciała skierowane przeciwko tyreoglobulinie
<b>antyTPO /anty-TPO</b>	przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej
<b>antyTSHR / anty-TSHR</b>	przeciwciała przeciw receptorom TSH
<b>AOS</b>	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
<b>AST</b>	aktywność aminotransferazy asparaginianowej
<b>BAC</b>	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa
<b>BACC</b>	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG
<b>BMI</b>	wskaźnik masy ciała (ang. <i>Body Mass Index</i> )
<b>BNP</b>	peptyd natriuretyczny typu B
<b>BTA</b>	<i>British Thyroid Association</i>
<b>BTF</b>	<i>British Thyroid Foundation</i>
<b>ChGB</b>	choroba Gravesa i Basedowa
<b>ChUK</b>	choroby układu krążenia
<b>CRP</b>	białko C-reaktywne
<b>DALY</b>	lata życia z uwzględnieniem niesprawności (ang. <i>Disability Adjusted Life Years</i> )
<b>EAS</b>	Europejskie Towarzystwo Miażdżycowe
<b>EBM</b>	medycyna oparta na dowodach (ang. <i>evidence based medicine</i> )
<b>ECHO</b>	echokardiografia
<b>eGFR</b>	szacunkowy wskaźnik filtracji kłębuszkowej (ang. <i>estimated GFR</i> )
<b>EKG</b>	elektrokardiografia
<b>ERS</b>	<i>European Respiratory Society</i> (Europejskie Towarzystwo Chorób Płuc)
<b>ERV</b>	zapasowa objętość wydechowa
<b>ESC</b>	<i>European Society of Cardiology</i> (Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne)
<b>ESVS</b>	<i>European Society for Vascular Surgery</i> (Europejskie Towarzystwo Chirurgii Naczyniowej)
<b>FDG-PET</b>	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) przy użyciu 18-fluorodeoksyglukozy (FDG)
<b>FeNO</b>	badanie poziomu tlenu azotu w wydychanym powietrzu
<b>FEV1</b>	natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa
<b>FT3</b>	wolna trójiodotyronina
<b>FT4</b>	wolna tyroksyna

<b>FVC</b>	natężona pojemność życiowa
<b>GBD</b>	<i>Global Burden of Disease</i>
<b>GINA</b>	<i>Global Initiative for Asthma</i> (Globalna Inicjatywa Na Rzecz Astmy)
<b>GKS</b>	glikokortykosteroidy
<b>HbA1c</b>	hemoglobina glikowana
<b>HBPM</b>	domowy pomiar ciśnienia tętniczego
<b>HCV</b>	wirus zapalenia wątroby typu C (ang. <i>Hepatitis C Virus</i> )
<b>HDL</b>	lipoproteiny o wysokiej gęstości
<b>HFA</b>	<i>Heart Failure Association</i>
<b>HFmrEF</b>	niewydolność serca z łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory
<b>HFrfEF</b>	niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory
<b>HMOD</b>	powikłania narządowe związane z nadciśnieniem tętniczym
<b>Holter RR</b>	holter ciśnieniowy
<b>HOMA</b>	<i>Homeostatic Model Assesment</i>
<b>HTA</b>	ocena technologii medycznej (ang. <i>Health Technology Assessment</i> )
<b>IC</b>	pojemność wdechowa
<b>ICD-10</b>	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
<b>ICD-9</b>	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
<b>IDF</b>	<i>International Diabetes Federation</i>
<b>IFG</b>	nieprawidłowa glikemia na czczo (ang. <i>impaired fasting glucose</i> )
<b>IGT</b>	nieprawidłowa tolerancja glukozy (ang. <i>impaired glucose tolerance</i> )
<b>IPOM</b>	indywidualny plan opieki medycznej
<b>IRV</b>	zapasowa objętość wdechowa
<b>Komparator</b>	interwencja alternatywna, opcjonalna wobec interwencji ocenianej
<b>KŚOZ</b>	Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej (dokument zawierający elementy, o których mowa w art. 31c ust. 2 ustawy o świadczeniach)
<b>LDL</b>	lipoproteiny o małej gęstości
<b>LSz</b>	leczenie szpitalne
<b>L-T4</b>	L-tyroksyna
<b>MMEF</b>	maksymalny przepływ środkowowydechowy
<b>MPZ</b>	Mapy Potrzeb Zdrowotnych
<b>MR</b>	rezonans magnetyczny (ang. <i>magnetic resonance</i> )
<b>mV</b>	miliwolt
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>nd</b>	nie dotyczy
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NICE</b>	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
<b>NS</b>	niewydolność serca
<b>NT-proBNP</b>	N-końcowy fragment (pro) peptydu natriuretycznego typu B
<b>OGTT</b>	doustny test tolerancji glukozy (ang. <i>oral glucose tolerance test</i> )
<b>PEF</b>	szczytowy przepływ wydechowy

<b>PET</b>	pozytonowa tomografia emisyjna (ang. <i>positron emission tomography</i> )
<b>POCHP</b>	przewlekła obturacyjna choroba płuc
<b>POZ</b>	podstawowa opieka zdrowotna
<b>PTD</b>	Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
<b>PTK</b>	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
<b>PTLO</b>	Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości
<b>RMZ</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia
<b>RMZ AOS</b>	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 r. poz. 357, z późn. zm.)
<b>RMZ POZ</b>	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540, z późn. zm.)
<b>RTG</b>	badanie rentgenowskie
<b>SABA</b>	krótko działające $\beta$ 2-mimetyki
<b>SPECT</b>	tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (ang. <i>single-photon emission-computed tomography</i> )
<b>SpO2</b>	wysycenie (saturacja) hemoglobiny tlenem
<b>T3</b>	trójiodotyronina
<b>T4</b>	tyroksyna
<b>Technologia</b>	Technologia medyczna w rozumieniu art. 5 pkt 42 b ustawy o świadczeniach lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 21 i 28 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784 z późn. zm.)
<b>TK</b>	tomografia komputerowa
<b>TSH</b>	hormon tyreotropowy
<b>TSHR</b>	tyreotropina
<b>TV</b>	objętość oddechowa
<b>UACR</b>	wskaźnik albumina/kreatynina w moczu
<b>USG</b>	ultrasonografia
<b>Ustawa o POZ</b>	Ustawa z dn. 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2021, poz. 1050, z późn. zm.)
<b>Ustawa o świadczeniach</b>	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.)
<b>WHO</b>	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i> )
<b>Wytyczne AOTMiT</b>	Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA); Wersja 3.0; Warszawa, sierpień 2016
<b>ZIN</b>	<i>Zorginstituut Nederland</i>
<b>zł</b>	złoty polski

## Spis treści

<b>Wykaz wybranych skrótów .....</b>	<b>3</b>
<b>Spis treści .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Podstawowe informacje o zleceniu .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Streszczenie raportu .....</b>	<b>9</b>
<b>3. Przedmiot i historia zlecenia .....</b>	<b>17</b>
<b>4. Problem decyzyjny .....</b>	<b>19</b>
4.1. Opis wnioskowanych świadczeń zdrowotnych .....	21
4.1.1. Wnioskowane badania diagnostyczne .....	21
4.1.2. Wnioskowane konsultacje specjalistyczne .....	29
4.1.3. Wnioskowane porady specjalistyczne .....	29
4.2. Problem zdrowotny .....	29
4.2.1. Charakterystyka najważniejszych chorób wynikająca z zakresu zlecenia Ministra Zdrowia .....	29
4.2.2. Najważniejsze informacje o obciążeniu chorobowym oraz zgonach w populacji Polski w oparciu o analizy GBD .....	43
4.3. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa .....	44
4.4. Rekomendacje i wytyczne kliniczne .....	44
4.5. Aktualny stan realizacji i finansowania ocenianych świadczeń .....	66
4.5.1. Podstawowa opieka zdrowotna .....	67
4.5.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna .....	73
4.5.3. Dostęp do świadczeń specjalistycznych .....	75
4.5.4. Podsumowanie .....	76
<b>5. Kierunki zmian w podstawowej opiece zdrowotnej .....</b>	<b>80</b>
<b>6. Opinie ekspertów klinicznych .....</b>	<b>82</b>
<b>7. Wcześniejsze oceny Agencji związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem .....</b>	<b>88</b>
<b>8. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach .....</b>	<b>91</b>
<b>9. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia .....</b>	<b>95</b>
9.1. Stanowisko Prezesa NFZ .....	95
9.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia .....	95
<b>10. Piśmiennictwo .....</b>	<b>96</b>

## 1. Podstawowe informacje o zleceniu

---

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:

**zlecenie Ministra Zdrowia z dn. 11.07.2022 r. znak: DLG.740.23.2022.TK, zaktualizowane pismem z dn. 27.07.2022 r. (znak: DLG.740.23.2022.TK)**

---

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego)/przedmiot zlecenia:

**Przygotowanie rekomendacji odnośnie wprowadzania do świadczeń finansowanych ze środków budżetu powierzonego, udzielanych na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej poniższych świadczeń:**

### 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.
-

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego**, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31c ustawy o świadczeniach)
  - usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e–f ustawy o świadczeniach)
  - realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach)
- 

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej**
  - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
  - leczenia szpitalnego
  - opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
  - rehabilitacji leczniczej
  - świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
  - leczenia stomatologicznego
  - lecznictwa uzdrowiskowego
  - zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji
  - ratownictwa medycznego
  - opieki paliatywnej i hospicyjnej
  - świadczeń wysokospecjalistycznych
  - programów zdrowotnych
- 

Wnioskodawca (pierwotny):

**Ministerstwo Zdrowia**

---

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

**Nie dotyczy**

---



## 2. Streszczenie raportu

### Problem decyzyjny

Zgodnie z treścią przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia<sup>1</sup>, zakres ocenianych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, obejmuje następujące świadczenia zdrowotne, zlecane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

Grupa świadczeń	Wnioskowane świadczenie opieki zdrowotnej
1) badania biochemiczne i immunochemiczne	antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej) antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH) antyTG albuminuria (stężenie albumin w moczu) UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu) BNP (NT-pro-BNP)
2) diagnostyka ultrasonograficzna	USG Doppler tętnic szyjnych USG Doppler naczyń kończyn dolnych ECHO serca przezklatkowe
3) diagnostyka elektrofizjologiczna	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG) Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG) Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)
4) diagnostyka inwazyjna	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych)
5) diagnostyka czynnościowa	spirometria spirometria z próbą rozkurczową
6) konsultacje specjalistyczne:	
a) konsultacje lekarz POZ – lekarz specjalista wybranej dziedziny (konsultacje odbywane przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności)	konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii/alergologii konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii
b) konsultacje lekarz specjalista – pacjent (wizyta ambulatoryjna)	konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii - pacjent konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii - pacjent konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii/alergologii - pacjent konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii - pacjent
7) porady	porada kompleksowa - Indywidualny Plan Opieki porada dietetyczna porada edukacyjna

Celem niniejszego opracowania jest ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wymienionych powyżej badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, zlecanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i objęcie ich finansowaniem ze środków budżetu powierzonego.

Równolegle AOTMiT prowadziła proces wyceny w zakresie wybranych badań laboratoryjnych oraz konsultacji i porad specjalistycznych w ramach budżetu powierzonego, w tym części świadczeń objętych niniejszą oceną, w oparciu o odrębne zlecenie Ministra Zdrowia z 27.04.2022 r. (znak: DLG.7801.8.2022.GK), w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach.

<sup>1</sup> zlecenie Ministra Zdrowia z dn. 11.07.2022 r. (znak: DLG.740.23.2022.TK) w trybie art. 31c ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 poz. 1285, z późn. zm.), zmodyfikowane pismem z dn. 27.07.2022 r. (znak: DLG.740.23.2022.TK)

Ze względu na fakt, iż badania ujęte w przedmiotowym zleceniu znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych dostępnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, odstąpiono od analizy skuteczności i bezpieczeństwa tych badań.

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. W przypadku spirometrii, finansowanej obecnie w ramach stawki kapitałowej POZ, zgodnie z 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 dentyści.

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

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.

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 przewlekłe chorym pacjentem,
- zwiększone obciążenie personelu medycznego POZ dodatkowymi zadaniami związanymi z realizacją wnioskowanych badań i konsultacji.

## Problem zdrowotny

Analizy prowadzone w ramach badania Global Burden of Disease (GBD), dotyczące wskaźników zdrowotnych wskazują, że w 2019 roku największy udział w obciążeniu chorobowym w Polsce można było przypisać schorzeniom z grupy chorób układu krążenia (22,87%), następnie nowotworom (21,34%) oraz schorzeniom układu kostno-szkieletowego (6,78%).

W niniejszym opracowaniu analitycznym opisano najważniejsze informacje dotyczących jednostek chorobowych, stanowiących główne przyczyny zgonów w Polsce, w kontekście wnioskowanego wprowadzenia do wykazu świadczeń z zakresu POZ badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych w ramach dziedzin medycznych ujętych w przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia, tj.: 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.

Szczegółowe informacje dotyczące poszczególnych chorób w kontekście epidemiologii, stosowanych badań oraz rokowania przedstawiono w części analitycznej raportu.

### Aktualny stan realizacji i finansowania świadczeń objętych zleceniem

Podsumowując informacje dotyczące zakresu badań diagnostycznych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, realizowanych w POZ i AOS, w kontekście zaproponowanych badań, które udzielane byłyby na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej należy wziąć pod uwagę, iż:

- spirometria jest obecnie dostępna w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i objęta finansowaniem w ramach stawki kapitałowej;
- konsultacje przez lekarzy specjalistów z dziedzin medycyny wskazanych w zleceniu są obecnie finansowane w ramach AOS, przy czym przyjęcie pacjenta do poradni specjalistycznej celem konsultacji czy leczenia odbywa się w oparciu o skierowanie wydawane przez lekarza POZ, z wyjątkiem następujących specjalistów: ginekologa i położnika, onkologa, psychiatry, wenerologa i dentystry;
- oznaczenie albuminy, dostępne w ramach świadczeń realizowanych w POZ i finansowanych w ramach stawki kapitałowej, dotyczy oznaczenia w surowicy krwi, a nie w moczu. Przy czym należy zaznaczyć, że kod ICD-9 dla oznaczenia albuminy jest ten sam bez względu na rodzaj pobranego materiału;
- ocena albuminurii poprzez wskaźnik UACR wymaga wprowadzenia dodatkowo możliwości oznaczenia kreatyniny w moczu do wykazu badań związanych z realizacją świadczeń lekarza POZ;
- diagnostyka elektrofizjologiczna „Holter EKG 24, 48 i 72 godz.” jest świadczeniem gwarantowanym, zarówno w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i leczenia szpitalnego, w ramach procedury ICD-9: 89.502 *Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter EKG*, z warunkami realizacji w ramach pracowni lub gabinetu elektrokardiografii, lub poradni kardiologicznej, lub hipertensjologicznej. Czas realizacji świadczenia „Wielodniowe” (...) „Holter 72 godz.” został dookreślony wyłącznie w ramach produktu rozliczeniowego zawartego w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 61/2022/DSOZ;
- konsultacje lekarza POZ z lekarzami specjalistami z wybranych dziedzin medycyny (przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności), formalnie nie są ujęte w wykazie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ pomimo takich uprawnień ustawowych wynikających z zasad i warunków wykonywania zawodu lekarza (art. 37 ustawy o zawodach lekarza (...): „w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie”);
- porady edukacyjne nie są ujęte jako osobne świadczenia gwarantowane, funkcjonują jedynie jako część danego świadczenia gwarantowanego, np. w przypadku opieki nad pacjentem z cukrzycą w AOS;
- porada pielęgniarki POZ uwzględnia elementy oceny stanu zdrowia pacjenta oraz edukacji z zakresu postępowania w danej chorobie;
- lekarz POZ w aktualnym stanie prawnym 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 w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

## Rekomendacje i wytyczne kliniczne

Analizowane wytyczne pozwoliły stwierdzić, iż wnioskowany w zleceniu Ministra Zdrowia zakres badań diagnostycznych stanowi niezbędny komponent diagnostyczny w wielu chorobach przewlekłych, zatem będzie w sposób spójny uzupełniał podstawowy pakiet badań diagnostycznych już dostępnych na poziomie POZ.

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 anty-TPO. Rzadko zdarza się, aby pomiar przeciwciał anty-TPO wpływał na postępowanie z pacjentem (CSEM 2020);
  - anty-TG – wytyczne wskazują na brak dodatkowej wartości diagnostycznej w stosunku do pomiaru anty-TPO, mimo iż obecność przeciwciała anty-TG występuje u wielu pacjentów z autoimmunologicznymi zaburzeniami tarczycy (ACB/BTA/BTF 2006);
  - anty-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);
  - 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 SpO<sub>2</sub> >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 pozaczaszkowych tętnic szyjnych i kręgowych (ESC/ESVS/PTK 2017);
  - USG Doppler naczyń kończyn dolnych – wytyczne zalecają ultrasonografię dupleksową<sup>2</sup> 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 podwójna<sup>3</sup> 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):

<sup>2</sup> Podwójne obrazowanie (duplex scan) z zastosowaniem kolorowego doplera jest to połączenie obrazowania w prezentacji B z badaniem dopplerowskim metodą impulsową (Interna Szczeklika 2018).

<sup>3</sup> 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 nasilenia na podstawie kryteriów prędkości przepływu krwi.

- zalecają to 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,
  - 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 SpO<sub>2</sub> >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,

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

## Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

Nie odnaleziono informacji dotyczących kompleksowego ujęcia diagnostyki oraz konsultacji i porad specjalistycznych, w ujęciu adekwatnym do wnioskowanego zakresu świadczeń ujętych w przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia.

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 informacje z Australii dotyczące 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 usługom 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 działań w określonym terminie.

## Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia

### Stanowisko Prezesa NFZ

Do dnia przekazania raportu nie otrzymano odpowiedzi Prezesa NFZ.

### Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

Ze względu na duży obszar niepewności, wynikający z braku określenia w przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia populacji docelowej (zarówno w zakresie wskazań klinicznych, grup wiekowych, jak i liczebności), jak również z braku doprecyzowania częstości udzielania wnioskowanych badań diagnostycznych, porad i konsultacji specjalistycznych, oraz trwający proces wyceny wybranych badań laboratoryjnych, konsultacji i porad specjalistycznych przeznaczonych do finansowania z budżetu powierzonego POZ odstąpiono w niniejszym opracowaniu od przeprowadzenia oszacowania skutku finansowego dla systemu ochrony zdrowia.

## Opinie eksperckie

Do daty przekazania raportu otrzymano opinię ekspercką Konsultant Krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej. W opinii Pani Konsultant:

- 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 konsultację 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 mniejszych 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.

## Wnioski

1. Świadczenia ujęte w przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych dostępnych w ramach AOS, z wyjątkiem konsultacji lekarza POZ z lekarzami wybranej dziedziny (konsultacje odbywane przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności), które wynikają z przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
2. Analizowane wytyczne kliniczne, dotyczące badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych, wymienionych w zleceniu Ministra Zdrowia pozwoliły stwierdzić, iż wnioskowany zakres świadczeń stanowi niezbędny komponent diagnostyczny w wielu chorobach przewlekłych, zatem będzie w sposób spójny uzupełniał podstawowy pakiet badań diagnostycznych już dostępnych na poziomie POZ.
3. W kontekście porad dietetycznych i edukacyjnych wytyczne kliniczne 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) 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. Odnoszą się one szczegółowo do poszczególnych elementów mogących znaleźć się w tego typu poradach, tj.: modyfikacji i optymalizacji stylu życia w zakresie: leczenia żywieniowego, aktywności fizycznej, postępowania psychologicznego, terapii poznawczo-behawioralnej, czy palenia tytoniu. Wszystkie wytyczne wskazują również, że poradnictwo edukacyjne lub dietetyczne powinna być prowadzone i wspierane przez odpowiednio przeszkolone osoby (np. lekarze, edukatorzy diabetologiczni, pielęgniarki, dietetycy, a w razie potrzeby – psycholodzy).
4. 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 w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dzięki dodaniu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych do katalogu świadczeń medycznych w POZ, o których mowa w zleceniu, lekarze POZ uzyskają możliwość podjęcia leczenia bez konieczności konsultacji specjalistycznych albo wcześniejszego podjęcia decyzji kierunkowej o skierowaniu świadczeniobiorcy do leczenia specjalistycznego.
5. Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej poparła objęcie finansowaniem ze środków budżetu powierzonego w POZ wnioskowanych badań diagnostycznych, porad oraz konsultacji specjalistycznych, wskazując na korzyści kliniczne i organizacyjne dla pacjentów, jak i systemu ochrony zdrowia.
6. Do spodziewanych efektów wprowadzenia ocenianych świadczeń należą:
  - a) 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,

- b) 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;
  - c) 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,
  - d) 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,
  - e) 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 przewlekle chorym pacjentem,
  - f) zwiększone obciążenie personelu medycznego POZ dodatkowymi zadaniami związanymi z realizacją wnioskowanych badań i konsultacji.
7. W opinii Agencji należy jednakże zwrócić uwagę na pewne 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.



### 3. Przedmiot i historia zlecenia

Przedmiotem niniejszego raportu jest ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, tj.:

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 przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia zakłada się udzielanie powyższych świadczeń na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

[Zlecenie MZ 2022]

**Podstawa prawna i historia Zlecenia.** Pismem z dn. 11.07.2022 r. (znak: DLG.740.23.2022.TK) Minister Zdrowia, działając na mocy art. 31c ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 poz. 1285, z późn. zm.), zlecił Prezesowi AOTMiT

przygotowanie rekomendacji odnośnie do wprowadzania do wykazu świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków budżetu powierzonego, udzielanych na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wyżej wymienionych świadczeń opieki zdrowotnej. Do zlecenia nie załączono Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej, dotyczącej przedmiotowych świadczeń. W piśmie Minister Zdrowia wskazał termin realizacji zlecenia – do 16.08.2022 r.

Pismem z dn. 27.07.2022 r. (znak: DLG.740.23.2022.TK) Minister Zdrowia przekazał aktualizację pierwotnego zlecenia, rozszerzającą dostępność konsultacji specjalistycznych o lekarzy specjalistów z dziedziny alergologii.

### **Historia korespondencji**

**Prezes NFZ.** Agencja, działając na podstawie art. 31c ust. 3 pkt. 2 ustawy o świadczeniach, pismem znak: WS.420.5.2022.ES z dn. 21.07.2022 r. wystąpiła do Prezesa NFZ z prośbą o przekazanie opinii odnośnie do skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w przypadku wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, elektrofizjologicznych, inwazyjnych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych finansowanych ze środków budżetu powierzonego. Pismem z dn. 4.08.2022 r. przekazano w uzupełnieniu do ww. pisma informację dotyczącą aktualizacji przez Ministra Zdrowia zakresu przedmiotowego zlecenia. Do dnia przekazania raportu nie otrzymano odpowiedzi ze strony NFZ.

**Eksperti kliniczni.** W toku prac analitycznych wystąpiono do Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej – dr hab. n. med. Agnieszki Mastalerz-Migas, z prośbą o przekazanie opinii eksperckiej, zgodnie z art. 31c ust. 3 pkt. 1 ustawy o świadczeniach, w sprawie zasadności zakwalifikowania ww. świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego (data otrzymania opinii: 08.08.2022 r.).

## 4. Problem decyzyjny

Zgodnie z treścią przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia<sup>4</sup>, zakres ocenianych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, zlecanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i finansowanych ze środków budżetu powierzonego, obejmuje następujące świadczenia zdrowotne:

Grupa świadczeń	Wnioskowane świadczenie opieki zdrowotnej
1) badania biochemiczne i immunochemiczne	antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej) antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH) antyTG albuminuria (stężenie albumin w moczu) UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu) BNP (NT-pro-BNP)
2) diagnostyka ultrasonograficzna	USG Doppler tętnic szyjnych USG Doppler naczyń kończyn dolnych ECHO serca przekłatkowe
3) diagnostyka elektrofizjologiczna	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG) Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG) Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)
4) diagnostyka inwazyjna	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych)
5) diagnostyka czynnościowa	spirometria spirometria z próbą rozkurczową
6) konsultacje specjalistyczne:	
a) konsultacje lekarz POZ – lekarz specjalista wybranej dziedziny (konsultacje odbywane przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności)	konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii/alergologii konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii
b) konsultacje lekarz specjalista – pacjent (wizyta ambulatoryjna)	konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii - pacjent konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii - pacjent konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii/alergologii - pacjent konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii - pacjent
7) porady	porada kompleksowa - Indywidualny Plan Opieki porada dietetyczna porada edukacyjna

Celem niniejszego opracowania jest ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wymienionych powyżej badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, zlecanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i finansowanych ze środków budżetu powierzonego.

Równolegle AOTMiT prowadziła proces wyceny w zakresie wybranych badań laboratoryjnych oraz konsultacji i porad specjalistycznych w ramach budżetu powierzonego, w tym części świadczeń objętych niniejszą oceną, w oparciu o odrębne zlecenie Ministra Zdrowia z 27.04.2022 r. (znak: DLG.7801.8.2022.GK), w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach.

<sup>4</sup> zlecenie Ministra Zdrowia z dn. 11.07.2022 r. (znak: DLG.740.23.2022.TK) w trybie art. 31c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 poz. 1285, z późn. zm.)

Ze względu na fakt, iż badania ujęte w przedmiotowym zleceniu znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych dostępnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, odstąpiono od analizy skuteczności i bezpieczeństwa tych badań.

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. W przypadku spirometrii, finansowanej obecnie w ramach stawki kapitacyjnej POZ, zgodnie z 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 – zgodnie z treścią art. 6 ust. 3 pkt 1 „*Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych: lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie*” oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – gdzie zgodnie z art. 37 „*w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie*”.

W odniesieniu do porad specjalistycznych, o których mowa w zleceniu, tj. porady dietetyczne czy edukacyjne nie są odrębnym świadczeniem, a jedynie stanowią element składowy świadczenia gwarantowanego, np. „opieka nad pacjentem z cukrzycą” (świadczenie ujęte w wykazie świadczeń gwarantowanych w rozporządzeniu z zakresu AOS i leczenia szpitalnego), jak również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z zakresu POZ, gdzie wskazano, iż warunkiem realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia przez lekarza POZ, jest przekazanie świadczeniobiorcy zaleceń dotyczących konieczności zmiany trybu życia. Podsumowując, aspekty edukacyjne, jak i żywieniowe stanowią elementy porad lekarskich i pielęgniarzkich.

Zgodnie z ustawą o POZ, podstawowa opieka zdrowotna ma na celu m.in. koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia. Koordynacja opieki zdrowotnej nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń. 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, do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych.

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 w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W ramach porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (świadczenia gwarantowanego z zakresu POZ) ujęte są elementy oceny stanu zdrowia pacjenta oraz edukacji z zakresu postępowania w chorobie.

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 przewlekle chorym pacjentem,
- zwiększone obciążenie personelu medycznego POZ dodatkowymi zadaniami związanymi z realizacją wnioskowanych badań i konsultacji.

## **4.1. Opis wnioskowanych świadczeń zdrowotnych**

W przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia ujęto listę badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych, a także porad oraz konsultacji specjalistycznych, które udzielane byłyby na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a ich finansowanie odbywałoby się w ramach budżetu powierzonego POZ.

Należy zaznaczyć, iż Minister Zdrowia w przedmiotowym zleceniu nie wskazał szczegółowych warunków udzielania tych świadczeń, w tym populacji docelowej i częstości udzielania świadczeń, personelu oraz niezbędnego wyposażenia.

### **4.1.1. Wnioskowane badania diagnostyczne**

Wnioskowane badania: laboratoryjne, ultrasonograficzne, inwazyjne, elektrofizjologiczne i czynnościowe przedstawiono w poniższej tabeli, uzupełniając ich opis o przeznaczenie i wskazania kliniczne oraz charakterystykę i kod ICD-9.

**Tabela 1. Opis badań diagnostycznych wnioskowanych do objęcia refundacją w ramach budżetu powierzonego POZ.**

Badania diagnostyczne	Wnioskowane badanie diagnostyczne	Przeznaczenie i wskazania kliniczne	Kod i nazwa wg ICD-9, jeżeli dotyczy	Charakterystyka
badania biochemiczne i immunochemiczne	<b>anty-TPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)</b>	Badanie anty-TPO wykonuje się, w przypadku, podejrzenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• choroby Hashimoto,</li> <li>• reumatoidalnego zapalenia stawów,</li> <li>• choroby Gravesa-Basedowa,</li> <li>• układowego toczenia rumieniowego,</li> <li>• niedokrwistości złośliwej.</li> </ul>	O09 Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	Oznaczenie stężenia przeciwciał anty-TPO wykonuje się w trakcie diagnostyki chorób autoimmunologicznych tarczycy
	<b>anty-TG</b>	Wskazanie do oznaczenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• powiększenie obwodu szyi (pojawienie się wola),</li> <li>• nieprawidłowe stężenie wolnych hormonów tarczycy – T3 i T4 (głównie podwyższony poziom ich stężenia, co jest wskazaniem na nadczynność tarczycy),</li> <li>• planowanie ciąży, problemy z poczęciem dziecka,</li> <li>• markerów niektórych typów raka tarczycy.</li> </ul>	O18 Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	Przeciwciała anty-TG są skierowane przeciwko tyreoglobulinie, która odgrywa główną rolę w syntezie trójjodotyroniny (T3) i tyroksyny (T4).
	<b>anty-TSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)</b>	Badanie anty-TSHR wykonuje się, w przypadku, podejrzenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• podejrzenie nadczynności tarczycy,</li> <li>• ustalenie przyczyny niedoczynności/nadczynności tarczycy,</li> <li>• potwierdzenie lub wykluczenie choroby Gravesa-Basedowa.</li> </ul>	O15 Przeciwciała przeciw receptorowi tyreotropiny	Przeciwciała anty TSHR są skierowane przeciwko receptorowi dla tyreotropiny (TSHR). Wśród przeciwciał anty-TSHR wyróżnia się: <ul style="list-style-type: none"> <li>• przeciwciała anty-TSHR stymulujące tarczycę (TSI, ang. <i>thyroid stimulating immunoglobulins</i>), które wiążąc się z receptorem dla tyreotropiny, naśladują go i powodują nadczynność tarczycy; ten typ przeciwciał występuje najczęściej;</li> <li>• przeciwciała anty-TSHR hamujące i blokujące wiązanie tyreotropiny (TBII, ang. <i>TSH binding inhibiting immunoglobulins</i>), które łącząc się z receptorem dla tyreotropiny blokują jego działanie i powodują niedoczynność tarczycy;</li> <li>• przeciwciała anty-TSHR neutralne, które ani nie stymulują, ani nie blokują receptora dla tyreotropiny; ich fizjologiczne i kliniczne znaczenie nie zostało jeszcze ustalone.</li> </ul>
	<b>albuminuria (stężenie albumin w moczu)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ilość wydalanej a buminy z moczem jest wskaźnikiem wydolności nerek, oznaczenie wykonuje się w celu monitorowania wczesnych chorób nerek o podłożu cukrzycowym, jako wskaźnik dysfunkcji śródłonka naczyniowego i subklinicznych objawów chorób układu krążenia.</li> </ul>	I09 Albumina	Albuminy są białkami, które podczas procesu powstawania moczu są wchłaniane w kanalikach nerkowych. Jednym z pierwszych objawów, np. choroby nerek jest utrata a buminy z moczem.
	<b>UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)</b>	Wskaźnik k ACR oznaczany jest w tych samych stanach klinicznych, które obligują do określania ilości albumin: <ul style="list-style-type: none"> <li>• cukrzyca,</li> <li>• nadciśnienie tętnicze,</li> </ul>	– (I09 a bumina, M37 kreatynina)	ACR wyliczany jest na podstawie stężenia a buminy i kreatyniny oznaczonych z próbki moczu (białko całkowite w przeliczeniu na „mmol” lub „g” kreatyniny). Wartość diagnostyczna ACR podobna jest do badania wykonanego z dobowej zbiórki moczu, jednak znacznie mniej uciążliwa dla pacjenta.

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Badania diagnostyczne	Wnioskowane badanie diagnostyczne	Przeznaczenie i wskazania kliniczne	Kod i nazwa wg ICD-9, jeżeli dotyczy	Charakterystyka
		<ul style="list-style-type: none"> <li>choroby układu krążenia (choroba niedokrwienna serca, przewlekła niewydolność serca, choroba naczyń obwodowych, choroby naczyń mózgowych),</li> <li>zaburzenia anatomiczne dróg moczowych, kamienie nerkowe lub łagodny rozrost gruczołu krokowego,</li> <li>choroby ogólnoustrojowe mogące obejmować nerki (np. toczeń rumieniowaty układowy),</li> <li>przewlekła choroba nerek.</li> </ul>		<p>Stężenie (lub rozcieńczenie) moczu ulega zmianom w zależności od pory dnia – wraz z ubocznymi produktami przemiany materii wydalana jest mniejsza lub większa ilość płynu. Z tego powodu stężenie a białka w moczu może ulegać wahaniom. Kreatynina, będąca produktem ubocznym przemiany materii w tkance mięśniowej, jest zazwyczaj wydalana do moczu w stałym tempie i jej stężenie w moczu nie ulega dużym wahaniom. Dzięki temu jej oznaczenie może stanowić czynnik korygujący w próbkach moczu spontanicznego.</p> <p><i>Źródło: <a href="https://www.labtestsonline.pl/test/mikroalbuminuria-i-wskaznik-albumina-do-kreatyniny-w-moczu#">https://www.labtestsonline.pl/test/mikroalbuminuria-i-wskaznik-albumina-do-kreatyniny-w-moczu#</a></i></p>
	<b>BNP (NT-pro-BNP)</b>	<p>Oznaczanie stężenia NT-proBNP jest przydatne w diagnostyce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ostrej oraz przewlekłej niewydolności krążenia,</li> <li>zatorowości płucnej,</li> <li>nadciśnienia tętniczego,</li> <li>migotania przedsionków oraz niektórych wady zastawkowych serca.</li> </ul>	N24 NT-proBNP	<p>Peptydy natriuretyczne (BNP, NTproBNP) są parametrami wykorzystywanymi przy ustaleniu rozpoznania, monitorowaniu postępów choroby i określaniu rokowania u pacjentów z różnymi schorzeniami układu krążenia.</p>
<b>diagnostyka ultrasonograficzna</b>	<b>USG Doppler tętnic szyjnych</b>	<p>Najczęstsze wskazania do wykonania USG Doppler tętnic szyjnych to m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>podejrzanie zwężenia tętnicy szyjnej (w tym badanie, przesiewowe w kierunku miażdżycy),</li> <li>ocena IMT (grubość kompleksu intima-media) jako wykładnika rozwoju miażdżycy i czynnik ryzyka epizodów sercowo-naczyniowych,</li> <li>monitorowanie efektów leczenia inwazyjnego (endarterektomii i wszczepienia stentu).</li> </ul> <p><i>[Gajewski, Szczekliak 2018]</i></p>	88.714 USG naczyń szyi - doppler	<p>USG Doppler tętnic szyjnych jest nieinwazyjnym i bezbolesnym badaniem pozwalającym określić zaburzenia przepływu krwi w obrębie tętnic szyjnych. Dzięki wykorzystaniu zjawiska Dopplera możliwe jest uwidocznienie oraz określenie szybkości przepływu krwi. Na tej podstawie można oszacować czy i w jakim stopniu światło tętnicy jest zwężone.</p> <p><i>[Gajewski, Szczekliak 2018]</i></p>

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Badania diagnostyczne	Wnioskowane badanie diagnostyczne	Przeznaczenie i wskazania kliniczne	Kod i nazwa wg ICD-9, jeżeli dotyczy	Charakterystyka
	<b>USG Doppler naczyń kończyn dolnych</b>	<p>Najczęstsze wskazania do wykonania USG Doppler żył kończyn dolnych to m.in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• podejrzenie zakrzepicy żyłnej,</li> <li>• diagnostyka przewlekłej niewydolności żyłnej oraz obrzęków kończyn dolnych,</li> <li>• diagnostyka wrodzonych malformacji naczyniowych,</li> <li>• ocena przed operacjami na układzie żylnym i po tego rodzaju zabiegach.</li> </ul> <p>Najczęstsze wskazania do wykonania USG Doppler tętnic kończyn dolnych to m.in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ocena zwężeń, niedrożności, tętniaków i przetok tętniczo-żylnych, a także malformacji naczyniowych (czyli wrodzonych wad rozwojowych naczyń),</li> <li>• diagnostyka zespołów uciskowych - zespoły uciskowe wynikają z niedokrwienia kończyny z powodu ucisku wywieranego na tętnice przez sąsiadujące z nią struktury.</li> </ul> <p>[Gajewski, Szczekliak 2018]</p>	88.777 USG naczyń kończyn dolnych - doppler	<p>Ultrasonografia dopplerowska opiera się na analizie zmian częstotliwości fal, które zostają odbite przez obecne w naczyniach krwionośnych erytrocyty. Pozwala to na ocenę prędkości i kierunku przepływu krwi, a co za tym idzie - funkcjonalności i stanu naczyń kończyn dolnych. Badanie to pozwala obrazować nawet bardzo niewiekie żyłki i tętnice i jest przydatne również w wysoce specjalistycznej diagnostyce.</p> <p>[Gajewski, Szczekliak 2018]</p>
	<b>ECHO serca przezklatkowe</b>	<p>Podstawowe badanie diagnostyczne w kardiologii – dostarcza kluczowych informacji diagnostycznych i rokowniczych u większości pacjentów z chorobami układu krążenia.</p> <p>Zastosowanie echokardiografii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostyka i monitorowanie wad serca oraz zapalenia wsierdza, tym diagnostyka szmerów,</li> <li>• ocena i monitorowanie czynności serca u chorych z podejrzeniem lub rozpinaniem niewydolności serca,</li> <li>• ocena serca u chorych z bólem w klatce piersiowej, zwłaszcza z ostrym zespołem wieńcowym,</li> <li>• podejrzenie choroby osierdza,</li> <li>• podejrzenie guza serca lub nieprawidłowego tworów w obrębie serca,</li> <li>• podejrzenie choroby aorty piersiowej,</li> <li>• ocena czynności serca u osób z zatorowością płucną lub nadciśnieniem płucnym,</li> <li>• przed kardiowersją w celu wykluczenia obecności skrzepin w jakach serca,</li> <li>• diagnostyka chorych po omdleniach lub zagrożonych arytmiami, jeżeli zachodzi podejrzenie strukturalnej choroby serca,</li> <li>• ocena czynności serc u wybranych chorych na nadciśnienie tętnicze,</li> </ul>	88.721 echokardiografia	<p>Echokardiografia jest nieinwazyjnym badaniem obrazowym obejmującym wizualizację struktur serca u dużych naczyń techniką ultrasonograficzną, wykorzystującą zjawisko odbicia wiązki ultradźwięków o częstotliwości 1,5–0 MH od struktur serca. Echokardiografię przezklatkową wykonuje się przez ścianę klatki piersiowej. Integralnym elementem badania jest dopplerowska ocena prędkości ruchu tkanek oraz przepływu krwi w sercu i w wiekich naczyniach.</p> <p>[Gajewski, Szczekliak 2018]</p>



Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Badania diagnostyczne	Wnioskowane badanie diagnostyczne	Przeznaczenie i wskazania kliniczne	Kod i nazwa wg ICD-9, jeżeli dotyczy	Charakterystyka
	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostyka chorych po epizodach niedokrwiennych mózgu,</li> <li>• badania przesiewowe u osób z rodzinnym występowaniem genetycznie uwarunkowanych chorób układu sercowo-naczyniowego; ocena serca u chorych z fenotypowymi cechami zespołu Marfona,</li> <li>• ocena serca u chorych leczonych lekami kardiotoksycznymi,</li> <li>• ocena serca u chorych w ciężkim stanie lub po ciężkim urazie.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>[Gajewski, Szczekliak 2018]</i></p> <p>Wskazania do wykonywania elektrograficznej próby wysiłkowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostyka choroby wieńcowej,</li> <li>• ocena stopnia zaawansowania choroby tętnic wieńcowych,</li> <li>• ocena zagrożenia zgonem lub incydem sercowo- naczyniowym w przyszłości,</li> <li>• ocena wydolności fizycznej i tolerancji wysiłku fizycznego,</li> <li>• ocena objawów, w tym zaburzeń rytmu serca związanego z wykonywaniem wysiłku fizycznego,</li> <li>• ocena niewydolności chronotropowej,</li> <li>• ocena skuteczności zastosowanych metod leczenia, w tym ocenę czynności symulatora adaptowalnej częstotliwości rytmu.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>[Gajewski, Szczekliak 2018]</i></p>	89.41 Badanie wysiłkowe serc na bieżni ruchomej	<p>Elektrokardiograficzna próba wysiłkowa, jest nieinwazyjnym badaniem, które ma na celu określenie stopnia zaburzeń przepływu krwi przez naczynia wieńcowe i ustalenie dalszego postępowania – obserwację pacjenta i badania kontrolne lub wprowadzenie leczenia farmakologicznego lub inwazyjnego.</p> <p>Podczas badania pacjent z przyklejonymi elektrodami na klatce piersiowej ćwiczy na ergometrze lub chodzi na bieżni. W trakcie próby wysiłek fizyczny, który wykonuje pacjent jest stopniowo zwiększany. Podczas testu wykonuje się badanie elektrokardiograficzne (EKG). W badaniu wykorzystywany jest fakt, że podczas wysiłku fizycznego dochodzi do zwiększonego zapotrzebowania na tlen, co organizm kompensuje poprzez zwiększanie przepływu krwi przez naczynia wieńcowe. U pacjenta z niewydolnością przepływu przez naczynia serca po przekroczeniu pewnego wysiłku nie ma możliwości dalszej kompensacji wysiłku fizycznego i pojawiają się cechy niedokrwienia mięśnia sercowego.</p> <p>Wiekość wysiłku, który został wykonany przez pacjenta określa się w różnych jednostkach – jeśli pacjent ćwiczył na ergometrze, stosuje się jednostki mocy (wat), natomiast w przypadku bieżni używane są jednostki metaboliczne (MET).</p> <p style="text-align: right;"><i>[Bożek 2017]</i></p>
diagnostyka elektrofizjologiczna	Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG)	<p>Wskazania do wykonania 3- kanałowego badania holterowskiego w celu oceny objawów, które mogą wynikać z zaburzeń rytmu lub/i przewodzenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chorzy z niewyjaśnionym omdleniem, stanem przedomdleniowym, zawrotami głowy o niejasnej etiologii, gdy istnieją dane kliniczne lub elektrokardiograficzne sugerujące możliwość występowania tachy- lub bradyarytmii jako przyczyny objawów chorzy z niewyjaśnionym nawracającym kołataniem serca</li> <li>• chorzy z udarem niedokrwiennym mózgu o niejasnej etiologii i podejrzeniem napadowego AFI (trzepotanie przedsionków) lub AF (migotanie przedsionków),</li> <li>• chorzy z niewyjaśnionymi epizodami duszności, bólu dławicowego lub osłabienia chorzy z niewyjaśnionym omdleniem, stanem</li> </ul>	89.502 Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter)- Holter EKG  89.503 Wielodniowe monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń	<p>Holter EKG jest to metoda zapisywania potencjałów elektrycznych serca w formie cyfrowej umożliwiającą długotrwałą rejestrację EKG różnych sytuacjach aktywności życiowej pacjenta. W zależności od typu aparatury sygnały EKG zapisywane są z 2, 3 lub 12 odprowadzeń.</p> <p><i>[Szydło 2019]</i></p> <p>Holter EKG (24 - 48 - 72 godz.) ma na celu monitorowanie pracy serca w trakcie codziennej aktywności pacjenta. Pozwala na powiązanie zaburzeń pojawiających się w zapisie EKG z codziennymi czynnościami wykonywanymi przez osobę poddającą się badaniu oraz dolegliwościami, które w tym czasie występują.</p>

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Badania diagnostyczne	Wnioskowane badanie diagnostyczne	Przeznaczenie i wskazania kliniczne	Kod i nazwa wg ICD-9, jeżeli dotyczy	Charakterystyka
		<p>przedomdleniowym, zawrotami głowy, kołataniem serca, u których wykryto inną niż arytmia przyczynę, ale objawy występują pomimo zastosowanego leczenia,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chorzy z omdleniem o ustalonej, innej niż arytmia przyczynie w czasie skutecznego leczenia lub w okresie jego rozpoczynania.</li> </ul> <p>Wskazania do wykonania 3 -kanałowego badania u pacjentów bezobjawowych w celu oceny arytmii i ryzyka zdarzeń arytmicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chorzy z kardiomiopatią przerostową rozpoznaną <i>de novo</i>,</li> <li>• chorzy z kardiomiopatią niedokrwinną i z LVEF (frakcja wyrzutowa lewej komory) &lt;35%,</li> <li>• chorzy z wrodzonymi wadami serca (zwłaszcza tetralogią Fallota i przełożeniem wielkich pni tętniczych) oraz z zespołem Marfana</li> <li>• chorzy z genetycznie uwarunkowanymi kanałopatiami, chorzy z wcześniej rozpoznaną idiopatyczną kardiomiopatią przerostową w ramach badania kontrolnego powtarzanego co rok u chorych z grup dużego ryzyka, a co 3–5 lat u pozostałych pacjentów.</li> </ul> <p>Wskazania do wykonania 12-odprowadzeniowego badania holterowskiego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• arytmia komorowa – liczne, jedno- lub wielokształtne pobudzenia komorowe, wstawki nsVT, sVT</li> <li>• arytmia przedsionkowa u chorych z AF,</li> <li>• napadowe AFI,</li> <li>• podejrzenie zespołu preekscytacji,</li> <li>• podejrzenie niedokrwienia mięśnia sercowego.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>[Szydło 2019]</i></p>	<p>analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Event Holter, Holter 72 godz.</p>	
	<p><b>Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)</b></p>	<p>Zalecany jest przypadku m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• znacznych (&gt;20 mm Hg) wahań pomiędzy poszczególnymi pomiarami gabinetowymi lub dużych różnic między pomiarem gabinetowym a pomiarami domowymi,</li> <li>• wysokich wartości ciśnienia w pomiarze gabinetowym u pacjenta o małym ryzyku sercowo-naczyniowym,</li> <li>• nadciśnienia tętniczego opornego na leczenie,</li> <li>• obecności objawów sugerujących okresowe spadki ciśnienia tętniczego (zawroty głowy, omdlenia, upadki),</li> <li>• nadciśnienia tętniczego u kobiet w ciąży,</li> <li>• cukrzycy, szczególnie typu 1 lub w kłającej ciąży.</li> </ul>	<p>89.501 Monitorowanie ciśnienia tętniczego za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter RR</p>	<p>Holter RR jest to nieinwazyjna metoda pomiaru ciśnienia tętniczego podczas 24-godzinnego okresu badania. Badanie zalecane jest w przypadku, kiedy istnieje duże prawdopodobieństwo, że pomiar gabinetowy nie odzwierciedla rzeczywistych wartości ciśnienia tętniczego u pacjenta.</p>

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Badania diagnostyczne	Wnioskowane badanie diagnostyczne	Przeznaczenie i wskazania kliniczne	Kod i nazwa wg ICD-9, jeżeli dotyczy	Charakterystyka
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• podejrzenia istotnych wahań ciśnienia w godzinach nocnych.</li> </ul>		
<b>diagnostyka inwazyjna</b>	<b>biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych)</b>	<p>Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) jest badaniem dodatkowym, które przede wszystkim pomaga wytypować osoby wymagające operacji tarczycy ze względu na charakter nowotworowy guzów tarczycy (wykrytych w badaniu przedmiotowym lub w USG). Wskazaniem do BAC są pojedyncze guzki tarczycy lub wybrane zmiany w obrębie wola. Przy rozlanym powiększeniu tarczycy wskazania do BAC mają charakter względny.</p> <p>W przypadku guzków pojedynczych wskazaniem do biopsji jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• guzek wykryty w USG i mający 5–10 mm średnicy, jeśli towarzyszą mu cechy zwiększonego ryzyka raka tarczycy (np. rak tarczycy u krewnych, średnica guza &gt;4 cm, szybki wzrost guza, itp.),</li> <li>• co najmniej jedna cecha ultrasonograficzna o wysokiej wartości predykcyjnej (m krowzapnienie, węzły chłonne zmienione przerzutowo, cechy naciekania narządów szyi),</li> <li>• co najmniej dwie cechy ultrasonograficzne o niższej wartości predykcyjnej (np. lita i hipoechogenna struktura, nieregularne lub zrazikowe zarysy, wzmożony chaotyczny przepływ krwi itp.),</li> <li>• guzek wykryty w USG i mający &gt;10 mm w dwóch wymiarach,</li> <li>• każdy guzek tarczycy, który w badaniu FDG-PET lub 99Tc-MIBI jest gorący,</li> <li>• każdy guzek tarczycy, jeśli stwierdzono przerzuty raka tarczycy do węzłów chłonnych lub przerzuty odległe, wysokie stężenie kalcytoniny lub nosicielstwo mutacji w genie RET.</li> </ul> <p>W przypadku wola wieloguzkowego BAS poddaje się każdy guz o średnicy &gt;4 cm; bada się je w pierwszej kolejności – obowiązuje nakłucie co najmniej dwóch miejsc w obrębie takiej zmiany.</p> <p>[Górnicka 2022]</p>	06.111 Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy	<p>Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) jest małoinwazyjną metodą diagnostyki cytologicznej. Polega na ocenie m kroscopowej rozmazów komórek pobranych cienką igłą.</p> <p>Biopsję aspiracyjną cienkoigłową tarczycy wykonuje się pod kontrolą USG (BACC – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana). Pozwala to na precyzyjne wytypowanie najbardziej podejrzanych zmian do biopsji i umożliwia kontrolę położenia igły w zmianie, dając pewność, że materiał pobrano z właściwego miejsca. Badanie można wykonywać w warunkach ambulatoryjnych.</p> <p>[Górnicka 2022]</p>
<b>diagnostyka czynnościowa</b>	<b>spirometria</b>	<p>Test spirometryczny wykonuje się celem oceny czynności układu oddechowego.</p> <p>Wskazania do wykonania spirometrii obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• objawy sugerujące choroby układu oddechowego (np. duszność, świszczący oddech, zła tolerancja wysiłku, kaszel, sinica, palce pałeczkowate, zmiany osłuchowe nad polami płucnymi),</li> <li>• diagnostyka, monitorowanie przebiegu i ocena skuteczności leczenia chorób układu oddechowego (np. astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc POChP, rozstrzenie oskrzeli, zwłóknienie płuc, choroby tkanki łącznej, sarkoidoza, pylica płuc, mukowiscydoza),</li> </ul>	89.383 Badanie spirometryczne	<p>Spirometria podstawowa polega na sprawdzeniu pojemności i objętości płuc oraz na ocenie przepływu powietrza, znajdującego się w płucach i oskrzelach przy różnorodnych fazach cyklu oddechowego. Podczas badania pacjent oddycha przez ustną głowicę spirometru, a urządzenie rejestruje parametry oddechowe podczas kontrolowanych wdechów i wydechów.</p> <p>Spirometria uwidacznia wyniki różnych parametrów oddechowych:</p> <p>1. Pomiar pojemności życiowej i jej składowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• objętość oddechowa (TV),</li> </ul>

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzono, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Badania diagnostyczne	Wnioskowane badanie diagnostyczne	Przeznaczenie i wskazania kliniczne	Kod i nazwa wg ICD-9, jeżeli dotyczy	Charakterystyka
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• kontrola stanu dróg oddechowych i płuc przy narażeniu na czynniki toksyczne, palenie tytoniu,</li> <li>• stan po przeszczepieniu płuc lub innego narządu,</li> <li>• leczenie z wykorzystaniem leków mogących uszkadzać układ oddechowy,</li> <li>• ocena ryzyka przed niektórymi operacjami chirurgicznymi,</li> <li>• orzecznictwo medyczne.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>[Gajewski 2017]</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• zapasowa objętość wdechowa (IRV),</li> <li>• zapasowa objętość wydechowa (ERV)</li> <li>• pojemność wdechowa (IC),</li> <li>• pojemność życiowa (VC)</li> </ul> <p>2. Rejestracja natężonego wydechu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (FEV1),</li> <li>• natężona pojemność życiowa (FVC),</li> <li>• szczytowy przepływ wydechowy (PEF) i maksymalne przepływy wydechowe,</li> <li>• wskaźnik Tiffeneau,</li> <li>• maksymalny przepływ środkowowydechowy (MMEF).</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>[Boros i Mejza 2021a]</i></p>
	<b>spirometria z próbą rozkurczową</b>	<p>Wskazania do spirometrii z próbą rozkurczową są analogiczne jak dla spirometrii podstawowej. Ponieważ prawidłowy wynik spirometrii podstawowej nie wyklucza poprawy po leku rozkurczającym oskrzela, sugeruje się, aby badanie wykonywane po raz pierwszy u danego pacjenta w celu diagnostycznym zawsze obejmowało próbę rozkurczową a kolejne badania można wykonywać z próbą rozkurczową a bo bez niej.</p> <p>Spirometryczna próba rozkurczowa znajduje przydatność przede wszystkim w różnicowaniu astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Boros i Mejza 2021b]</i></p>	89.386 Badanie spirometryczne z próbą rozkurczową	<p>Spirometria z próbą rozkurczową jest to test spirometryczny po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela i służy do oceny reakcji dróg oddechowych na leki rozkurczające oskrzela.</p> <p>Po wykonaniu spirometrii podstawowej badanie powtarza się po 10–15 min od inhalacji substancji czynnej rozkurczającej oskrzela (np. 400 µg salbutamolu lub fenoterolu).</p> <p style="text-align: right;"><i>[Boros i Mejza 2021b]</i></p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. ogólnodostępnych źródeł

#### **4.1.2. Wnioskowane konsultacje specjalistyczne**

W piśmie zlecającym Minister Zdrowia wskazał na możliwość włączenia do świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach budżetu powierzonego POZ następujących konsultacji specjalistycznych:

- konsultacje lekarz POZ - lekarz specjalista wybranej dziedziny (konsultacje odbywane przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności):
  - konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii,
  - konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii,
  - konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii/alergologii,
  - konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii;
- konsultacje lekarz specjalista - pacjent (wizyta ambulatoryjna):
  - konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – pacjent,
  - konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii – pacjent,
  - konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii/alergologii – pacjent,
  - konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii – pacjent.

#### **4.1.3. Wnioskowane porady specjalistyczne**

Minister Zdrowia wskazał w piśmie zlecającym następujące rodzaje porad:

- porada kompleksowa - Indywidualny Plan Opieki;
- porada dietetyczna;
- porada edukacyjna.

### **4.2. Problem zdrowotny**

W przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia nie określono populacji osób z określonymi wskazań klinicznymi, dla której przeznaczone byłyby oceniane świadczenia zdrowotne. Zakres wnioskowanych badań diagnostycznych oraz porad i konsultacji specjalistycznych wskazuje na problemy kliniczne z obszaru: kardiologii, pulmonologii, endokrynologii i diabetologii.

#### **4.2.1. Charakterystyka najważniejszych chorób wynikająca z zakresu zlecenia Ministra Zdrowia**

W niniejszym rozdziale opisano skrótowo najważniejsze informacje odnośnie do jednostek chorobowych w kontekście wskazanych badań diagnostycznych oraz dziedzin medycznych wskazanych w przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia: 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.

**Tabela 2. Charakterystyka najważniejszych chorób wynikająca z zakresu zlecenia Ministra Zdrowia**

Jednostka chorobowa	Charakterystyka						
<p><b>Cukrzyca typu 2</b></p>	<p><b>Definicja</b> Jest to choroba wynikająca z postępującego zaburzenia wydzielania insuliny z towarzyszącą insulinopornością tkanek. Typ 2 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. W tym typie cukrzycy, przy trwającej przez wiele lat i narastającej z wiekiem insulinoporności tkanek, szczególnie u osób otyłych, wyczerpuje się zdolność komórek β trzustki do produkcji insuliny i pacjenci ci z czasem muszą także przejść na insulinoterapię. Do tego momentu chorzy z cukrzycą typu 2 wymagają terapii behawioralnej (dieta, aktywność fizyczna) oraz, w zależności od etapu zaawansowania choroby, stałego przyjmowania leków przeciwcukrzycowych zgodnie z indywidualnym zapotrzebowaniem, w terapii jedno-, dwu- lub trójlekowej.</p> <p style="text-align: right;">[IOZ 2018]</p> <p><b>Rozpoznanie</b> Wiele przypadków cukrzycy przebiega bezobjawowo, dlatego zaleca się <b>wykonywanie badań przesiewowych</b> (glikemia na czczo lub OGTT) <b>co rok w grupach zwiększonego ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2</b>: nadwaga (BMI 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>) lub otyłość (BMI ≥30 kg/m<sup>2</sup>) lub obwód w talii &gt;80 cm u kobiet i &gt;94 cm u mężczyzn, cukrzyca występująca u rodziców lub rodzeństwa, mała aktywność fizyczna, uprzednio stwierdzone zaburzenia gospodarki węglowodanowej – IFG lub IGT, przebyta cukrzyca ciążowa, urodzenie dziecka o masie ciała &gt;4 kg, nadciśnienie tętnicze (≥140/90 mm Hg), HDL-C &lt;1,0 mmol/l (40 mg/dl) lub stężenie triglicerydów &gt;1,7 mmol/l (150 mg/dl), zespół policystycznych jajników, miażdżycowa choroba układu krążenia, mukowiscydoza (badanie 1 ×/rok od 10. r.ż. w okresie bez zaostrzeń choroby oskrzelowo-płucnej, u chorych nieleczonych GKS), i co 3 lata u wszystkich osób w wieku ≥45 lat. Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce cukrzycy to:</p> <table border="1" data-bbox="367 699 2038 1038"> <thead> <tr> <th data-bbox="367 699 524 735">Badania</th> <th data-bbox="524 699 2038 735">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="367 735 524 948">- laboratoryjne:</td> <td data-bbox="524 735 2038 948"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• glikemia (stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej)</li> <li>• wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>• stężenie fruktozamin</li> <li>• glukoza w moczu</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przeciwciała przeciwwyspowe:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) przeciwko różnym antygenom cytoplazmatycznym komórek β (ICA; nazywane też przeciwciałami przeciwwyspowymi), coraz rzadziej oznaczane ze względu na najmniejszą swoistość</li> <li>b) przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD65)</li> <li>c) przeciwko fosfatazom tyrozyny (IA-2, IA-2β)</li> <li>d) przeciwko insulinie endogennej (IAA)</li> <li>e) przeciwcynkowe (Zn8)</li> </ul> </li> <li>• stężenie peptydu C w surowicy</li> <li>• ciała ketonowe w moczu lub w surowicy</li> <li>• stężenie kwasu mlekowego w surowicy</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 948 524 1038">- czynnościowe:</td> <td data-bbox="524 948 2038 1038"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• doustny test tolerancji glukozy (ang. <i>oral glucose tolerance test</i> – OGTT)</li> <li>• test z glukagonem</li> <li>• ocena wrażliwości na insulinę metodą HOMA</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">[Sieradzki i Placzkiewicz-Jankowska 2021]</p> <p><b>Badania stosowane w monitorowaniu cukrzycy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pomiary glikemii w pełnej krwi włośniczkowej za pomocą glukometru (przygodne, półprofil, pełny profil);</li> <li>• HbA1c</li> <li>• pomiary ciśnienia tętniczego (podczas wizyty i w domu)</li> <li>• lipidogram</li> <li>• 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</li> <li>• ocena dna oka – w rozpoznaniu i leczeniu retinopatii</li> <li>• przesiewowa diagnostyka w kierunku chorób tarczycy: TSH i anty-TPO w cukrzycy typu 1, TSH w cukrzycy typu 2</li> </ul> <p style="text-align: right;">[Sieradzki i Placzkiewicz-Jankowska 2021]</p>	Badania	Wyszczególnienie	- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• glikemia (stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej)</li> <li>• wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>• stężenie fruktozamin</li> <li>• glukoza w moczu</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przeciwciała przeciwwyspowe:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) przeciwko różnym antygenom cytoplazmatycznym komórek β (ICA; nazywane też przeciwciałami przeciwwyspowymi), coraz rzadziej oznaczane ze względu na najmniejszą swoistość</li> <li>b) przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD65)</li> <li>c) przeciwko fosfatazom tyrozyny (IA-2, IA-2β)</li> <li>d) przeciwko insulinie endogennej (IAA)</li> <li>e) przeciwcynkowe (Zn8)</li> </ul> </li> <li>• stężenie peptydu C w surowicy</li> <li>• ciała ketonowe w moczu lub w surowicy</li> <li>• stężenie kwasu mlekowego w surowicy</li> </ul>	- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• doustny test tolerancji glukozy (ang. <i>oral glucose tolerance test</i> – OGTT)</li> <li>• test z glukagonem</li> <li>• ocena wrażliwości na insulinę metodą HOMA</li> </ul>
Badania	Wyszczególnienie						
- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• glikemia (stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej)</li> <li>• wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>• stężenie fruktozamin</li> <li>• glukoza w moczu</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przeciwciała przeciwwyspowe:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) przeciwko różnym antygenom cytoplazmatycznym komórek β (ICA; nazywane też przeciwciałami przeciwwyspowymi), coraz rzadziej oznaczane ze względu na najmniejszą swoistość</li> <li>b) przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD65)</li> <li>c) przeciwko fosfatazom tyrozyny (IA-2, IA-2β)</li> <li>d) przeciwko insulinie endogennej (IAA)</li> <li>e) przeciwcynkowe (Zn8)</li> </ul> </li> <li>• stężenie peptydu C w surowicy</li> <li>• ciała ketonowe w moczu lub w surowicy</li> <li>• stężenie kwasu mlekowego w surowicy</li> </ul>						
- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• doustny test tolerancji glukozy (ang. <i>oral glucose tolerance test</i> – OGTT)</li> <li>• test z glukagonem</li> <li>• ocena wrażliwości na insulinę metodą HOMA</li> </ul>						

Jednostka chorobowa	Charakterystyka								
	<p><b>Epidemiologia</b>                      Chorobowość 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 &gt;50% (Indianie Pima i niektóre plemiona m kroindonezyjskie). Zapadalność (na 100 000 osób na rok) w Polsce szacuje się na około 200. Wiek zachorowania: na ogół &gt;30 r.ż., zapadalność zwiększa się z wiekiem do 70 r.ż., później się zmniejsza.                      Umieralność: w Polsce około 15 na 100 000 osób (&gt;75 r.ż. – &gt;120), 70% zgonów z powodu pow kłań sercowo-naczyniowych.                      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.</p> <p style="text-align: right;">[OT.4330.19.2020]</p> <p><b>Rokowanie</b>                      Najistotniejszy wpływ na rokowanie mają pow kłania sercowo-naczyniowe. Chociaż cukrzyca jest ważnym czynnikiem ryzyka choroby sercowo-naczyniowej, to w razie wystąpienia powikłań makroangiopatycznych intensywne leczenie hipoglikemizujące nie przynosi tak istotnych korzyści, jak leczenie nadciśnienia tętniczego. Dlatego większej wagi nabiera rozpoznanie stanu przedcukrzycowego i postępowanie behawioralne mające udowodnioną skuteczność w zapobieganiu lub opóźnianiu rozwoju cukrzycy typu 2. Nie oceniano dotychczas wpływu wieloletniej ścisłej kontroli glikemii rozpoczynanej u chorych bez makroangiopatii na występowanie pow kłań sercowo-naczyniowych, ale wykazano, że lepsza kontrola glikemii we wczesnym okresie leczenia cukrzycy wiąże się z mniejszym ryzykiem zawału serca i zgonu, nawet jeżeli w przebiegu bardziej zaawansowanej cukrzycy wyrównanie glikemii nie różniło się od osiągniętego w grupie kontrolnej. Tak więc dobre wyrównanie glikemii, obok właściwego leczenia nadciśnienia tętniczego i dyslipidemii, ważnym celem postępowania u chorych. Cele glikemiczne u chorych z przewlekłymi powikłaniami cukrzycy należy osiągać stopniowo i zachowując ostrożność. Przy wyborze leków u chorych z zaawansowanymi powikłaniami sercowo-naczyniowymi należy brać pod uwagę te o udowodnionym działaniu zmniejszającym ryzyko zgonu. Leczenie hipoglikemizujące, nawet u osób z zaawansowaną chorobą sercowo-naczyniową, istotnie zmniejsza ryzyko rozwoju nefropatii.</p> <p style="text-align: right;">[OT.4330.19.2020]</p>								
<p><b>Nadciśnienie tętnicze (NT)</b></p>	<p><b>Definicja</b>                      O nadciśnieniu tętniczym mówimy, gdy ciśnienie tętnicze skurczowe wynosi <math>\geq 140</math> mm Hg i/lub ciśnienie tętnicze rozkurczowe <math>\geq 90</math> mm Hg.                      W zależności od etiologii wyróżnia się nadciśnienie tętnicze: pierwotne (&gt;90% przypadków) i wtórne.                      Nadciśnienie tętnicze pierwotne jest spowodowane różnorodnymi czynnikami genetycznymi i środowiskowymi, które zaburzają działanie jednego lub kilku układów uczestniczących w regulacji ciśnienia tętniczego, co prowadzi do ustalenia ciśnienia krwi na wyższym poziomie.</p> <p style="text-align: right;">[Januszewicz i Prejbisz 2018]</p> <p><b>Rozpoznanie</b>                      Postępowanie diagnostyczne obejmuje: potwierdzenie rozpoznania NT, ustalenie przyczyny NT (pierwotne czy wtórne), oraz ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego, pow kłań narządowych i chorób towarzyszących.                      Badania pomocnicze to:</p> <table border="1" data-bbox="367 1066 2038 1394"> <thead> <tr> <th data-bbox="367 1066 528 1098">Badania</th> <th data-bbox="528 1066 2038 1098">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="367 1098 528 1214">- laboratoryjne:</td> <td data-bbox="528 1098 2038 1214"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stężenie hemoglobiny i/lub hematokryt,</li> <li>• stężenia w surowicy sodu, potasu, glukozy (na czczo), hemoglobiny glikowanej (HbA1c), kreatyniny, kwasu moczowego, cholesterolu całkowitego, HDL, LDL, triglicerydów, parametrów czynności wątroby i TSH,</li> <li>• badanie moczu – ocena mikroskopowa, ocena ilości białka w moczu za pomocą testu paskowego lub (najlepiej) wskaźnika albumina/kreatynina</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 1214 528 1278">- czynnościowe:</td> <td data-bbox="528 1214 2038 1278"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pomiary ciśnienia tętniczego</li> <li>• EKG: 12-odprowadzeniowy u każdego chorego</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 1278 528 1394">- zalecane w razie konieczności poszerzenia diagnostyki</td> <td data-bbox="528 1278 2038 1394"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wskaźnik albumina/kreatynina (jeżeli nie został oznaczony w ramach badań podstawowych),</li> <li>• badanie dna oka,</li> <li>• echokardiografia,</li> <li>• USG tętnic szyjnych,</li> <li>• ocena prędkości fali tętna,</li> <li>• ocena wskaźnika kostkowo-ramiennego,</li> <li>• ocena funkcji poznawczych,</li> <li>• obrazowanie mózgu,</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Badania	Wyszczególnienie	- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stężenie hemoglobiny i/lub hematokryt,</li> <li>• stężenia w surowicy sodu, potasu, glukozy (na czczo), hemoglobiny glikowanej (HbA1c), kreatyniny, kwasu moczowego, cholesterolu całkowitego, HDL, LDL, triglicerydów, parametrów czynności wątroby i TSH,</li> <li>• badanie moczu – ocena mikroskopowa, ocena ilości białka w moczu za pomocą testu paskowego lub (najlepiej) wskaźnika albumina/kreatynina</li> </ul>	- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pomiary ciśnienia tętniczego</li> <li>• EKG: 12-odprowadzeniowy u każdego chorego</li> </ul>	- zalecane w razie konieczności poszerzenia diagnostyki	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wskaźnik albumina/kreatynina (jeżeli nie został oznaczony w ramach badań podstawowych),</li> <li>• badanie dna oka,</li> <li>• echokardiografia,</li> <li>• USG tętnic szyjnych,</li> <li>• ocena prędkości fali tętna,</li> <li>• ocena wskaźnika kostkowo-ramiennego,</li> <li>• ocena funkcji poznawczych,</li> <li>• obrazowanie mózgu,</li> </ul>
Badania	Wyszczególnienie								
- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stężenie hemoglobiny i/lub hematokryt,</li> <li>• stężenia w surowicy sodu, potasu, glukozy (na czczo), hemoglobiny glikowanej (HbA1c), kreatyniny, kwasu moczowego, cholesterolu całkowitego, HDL, LDL, triglicerydów, parametrów czynności wątroby i TSH,</li> <li>• badanie moczu – ocena mikroskopowa, ocena ilości białka w moczu za pomocą testu paskowego lub (najlepiej) wskaźnika albumina/kreatynina</li> </ul>								
- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pomiary ciśnienia tętniczego</li> <li>• EKG: 12-odprowadzeniowy u każdego chorego</li> </ul>								
- zalecane w razie konieczności poszerzenia diagnostyki	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wskaźnik albumina/kreatynina (jeżeli nie został oznaczony w ramach badań podstawowych),</li> <li>• badanie dna oka,</li> <li>• echokardiografia,</li> <li>• USG tętnic szyjnych,</li> <li>• ocena prędkości fali tętna,</li> <li>• ocena wskaźnika kostkowo-ramiennego,</li> <li>• ocena funkcji poznawczych,</li> <li>• obrazowanie mózgu,</li> </ul>								

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Jednostka chorobowa	Charakterystyka					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>USG jamy brzusznej i badanie dopplerowskie,</li> <li>- dodatkowo:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ocena wskaźnika aldosteronowo-reninowego w osoczu po 2 h pionizacji</li> <li>pomiary ciśnienia tętniczego poza gabinetem lekarskim – samodzielne (domowe) pomiary lub ABPM (automatyczne monitorowanie ciśnienia tętniczego)</li> </ul>				
	<p style="text-align: right;">[Januszewicz 2021]</p> <p><b>Badania stosowane w monitorowaniu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>samodzielne pomiary ciśnienia tętniczego (przez tydzień przed wizytą)</li> </ul> <p style="text-align: right;">[Januszewicz 2021]</p> <p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <p>Wg badania NATPOL 2011 rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w populacji ogólnej dorosłych Polaków (&lt;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 (nawet niewie kie) wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych i zgonu.</p> <p style="text-align: right;">[Januszewicz i Prejbisz 2018]</p>					
<p><b>Przewłoka choroba wieńcowa</b></p>	<p><b>Definicja</b></p> <p>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.</p> <p>Chorobę wieńcową dzieli się na:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przewlekłe zespoły wieńcowe             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) typowy przewlekły zespół wieńcowy (z istotnymi zwężeniami tętnic wieńcowych)</li> <li>b) dławica bez istotnych zwężeń tętnic wieńcowych                 <ul style="list-style-type: none"> <li>– dławica mikronaczyniowa</li> <li>– dławica związana z mostkami mięśniowymi nad tętnicami wieńcowymi</li> <li>– dławica naczynioskurczowa (syn. odmienna, Prinzmetal)</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2) ostre zespoły wieńcowe.</li> </ol> <p style="text-align: right;">[Budaj 2018]</p> <p>Choroba wieńcowa polega na tworzeniu się blaszek miażdżycowych w tętnicach nasierdżiowych, co może prowadzić do ich zwężenia i zamknięcia. Przewlekły zespół wieńcowy rozpoznaje się, jeśli objawy dławicowe nie nasiliły się w ciągu ostatnich 2 mies.</p> <p>Dławica piersiowa to zespół kliniczny charakteryzujący się występowaniem bólu w klatce piersiowej (lub jego równoważnika) wskutek niedokrwienia mięśnia sercowego, wywołanego zwykle wysiłkiem fizycznym lub stresem (ale może też występować samoistnie) i niezwiązanego z martwicą kardiomiocytów. Objawy dławicowe są wyrazem niedostatecznej podaży tlenu w stosunku do zapotrzebowania mięśnia sercowego.</p> <p style="text-align: right;">[Niewiński 2021]</p> <p><b>Rozpoznanie</b></p> <p>Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce to:</p> <table border="1" data-bbox="360 1177 2045 1378"> <thead> <tr> <th data-bbox="360 1177 528 1214">Badania</th> <th data-bbox="528 1177 2045 1214">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="360 1214 528 1378">- laboratoryjne:</td> <td data-bbox="528 1214 2045 1378"> <ul style="list-style-type: none"> <li>profil lipidowy (cholesterol całkowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy)</li> <li>pełna morfologia krwi</li> <li>stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR</li> <li>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).</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>		Badania	Wyszczególnienie	- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>profil lipidowy (cholesterol całkowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy)</li> <li>pełna morfologia krwi</li> <li>stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR</li> <li>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).</li> </ul>
Badania	Wyszczególnienie					
- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>profil lipidowy (cholesterol całkowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy)</li> <li>pełna morfologia krwi</li> <li>stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR</li> <li>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).</li> </ul>					



Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Jednostka chorobowa	Charakterystyka											
	- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG spoczynkowe</li> <li>• elektrokardiograficzna próba wysiłkowa (nie zalecane jako badanie pierwszego wyboru)</li> <li>• EKG metodą Holtera</li> </ul>										
	- obrazowe:	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• echokardiografia spoczynkowa</li> <li>• obrazowe próby obciążeniowe</li> <li>• angio-TK</li> </ul> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rezonans magnetyczny (MR)</li> <li>• pozytonowa tomografia emisyjna</li> </ul> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• techniki hybrydowe (TK+SPECT, TK+PET, PET+MR)</li> <li>• koronarografia</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• echokardiografia spoczynkowa</li> <li>• obrazowe próby obciążeniowe</li> <li>• angio-TK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rezonans magnetyczny (MR)</li> <li>• pozytonowa tomografia emisyjna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• techniki hybrydowe (TK+SPECT, TK+PET, PET+MR)</li> <li>• koronarografia</li> </ul>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• echokardiografia spoczynkowa</li> <li>• obrazowe próby obciążeniowe</li> <li>• angio-TK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rezonans magnetyczny (MR)</li> <li>• pozytonowa tomografia emisyjna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• techniki hybrydowe (TK+SPECT, TK+PET, PET+MR)</li> <li>• koronarografia</li> </ul>										
	<i>[Niewiński 2021]</i>											
	<p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <p>Przewlekły zespół miażdżycowy: umieralność roczna 1,2–3,8%, ryzyko zgonu z przyczyn sercowych – 0,6–1,4%, a ryzyko zawału serca niezakończzonego zgonem – 0,6–2,7%.</p> <p>Czynniki pogarszające rokowanie: zaawansowany wiek; większe nasilenie dławicy piersiowej (w skali CCS); upośledzenie wydolności fizycznej; zmiany w EKG spoczynkowym; występowanie niemego niedokrwienia mięśnia sercowego; upośledzenie czynności skurczowej lewej komory; znaczny obszar niedokrwienia uwidoczniony za pomocą nieinwazyjnych prób obciążeniowych; zaawansowanie zmian w obrazie koronarograficznym; cukrzyca; upośledzenie czynności nerek; przerost lewej komory; spoczynkowa częstotliwość rytmu serca &gt;70/min.</p>											
	<i>[Niewiński 2021]</i>											
<p><b>Przewłękła niewydolność serca</b></p>	<p><b>Definicja</b></p> <p>Niewydolność serca (NS) jest 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 napelniania, co powoduje objawy kliniczne. Wyróżnia się niewydolność serca:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) świeżo rozpoznaną – występującą po raz pierwszy, niezależnie od dynamiki rozwoju objawów;</li> <li>2) przemijającą – gdy objawy stwierdza się jedynie w ograniczonym przedziale czasowym (np. chorzy, którzy wymagają stosowania diuretyków wyłącznie w ostrej fazie zawału serca; chorzy z NS wtórną do odwracalnej dysfunkcji skurczowej spowodowanej przez niedokrwienie mięśnia sercowego i ustępującą po rewaskularyzacji);</li> <li>3) przewłękłą – w zależności od przebiegu określa się jako stabilną (bez istotnych zmian nasilenia objawów w ciągu ~1 mies.), pogarszającą się lub niewyrównaną.</li> </ol> <p>Ponadto wyróżnia się NS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ze zmniejszoną frakcją wyrzutową lewej komory (HF<sub>r</sub>EF; niewydolność skurczowa), z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory (HF<sub>p</sub>EF; niewydolność rozkurczowa), z umiarkowaną zmniejszoną frakcją wyrzutową lewej komory (HF<sub>m</sub>rEF);</li> <li>2) lewokomorową i prawokomorową (bądź obukomorową), w zależności od dominującego zespołu objawów zastojów w krążeniu małym lub krążeniu dużym;</li> <li>3) ze zwiększoną pojemnością minutową serca.</li> </ol> <p>Przyczyną przewłękłej niewydolności serca (PNS) są choroby serca zaburzające napelnianie lub wyrzut krwi z komory (lub komór).</p> <p style="text-align: right;"><i>[Surdacki 2021]</i></p> <p><b>Rozpoznanie</b></p> <p>Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce to:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Badania</th> <th style="width: 80%;">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- laboratoryjne:</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil lipidowy (cholesterol ca kowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>• glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy)</li> <li>• pełna morfologia krwi</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>- czynnościowe:</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG spoczynkowe</li> <li>• próba wysiłkowa</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>- obrazowe:</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RTG radiogram kła ki piersiowej</li> <li>• echokardiografia</li> <li>• koronarografia</li> <li>• TK wielorzędowa i MR</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>- inwazyjne:</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsja endomiokardialna</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;"><i>[Surdacki 2021]</i></p>		Badania	Wyszczególnienie	- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• profil lipidowy (cholesterol ca kowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>• glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy)</li> <li>• pełna morfologia krwi</li> </ul>	- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG spoczynkowe</li> <li>• próba wysiłkowa</li> </ul>	- obrazowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RTG radiogram kła ki piersiowej</li> <li>• echokardiografia</li> <li>• koronarografia</li> <li>• TK wielorzędowa i MR</li> </ul>	- inwazyjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsja endomiokardialna</li> </ul>
Badania	Wyszczególnienie											
- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• profil lipidowy (cholesterol ca kowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>• glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy)</li> <li>• pełna morfologia krwi</li> </ul>											
- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG spoczynkowe</li> <li>• próba wysiłkowa</li> </ul>											
- obrazowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RTG radiogram kła ki piersiowej</li> <li>• echokardiografia</li> <li>• koronarografia</li> <li>• TK wielorzędowa i MR</li> </ul>											
- inwazyjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsja endomiokardialna</li> </ul>											

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Jednostka chorobowa	Charakterystyka														
	<p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <p>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 &gt;65. r.ż. zagrożenie zgonem w obu postaciach PNS staje się podobne. W związku z licznymi chorobami współistniejącymi chorzy z PNS z zachowaną LVEF są częściej hospitalizowani i częściej umierają z innych przyczyn niż sercowo-naczyniowe.</p> <p>Poprawę rokowania w skurczowej PNS stwierdzono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) u chorych przyjmujących ACEI lub ARB (wpływ na śmiertelność niejednoznaczny, najprawdopodobniej słabszy niż dla ACEI), β-blokery, antagonistę aldosteronu, ARNI, u Afroamerykanów leczonych hydrałazyną z diazotanem izosorbidu (diuretyki stosowane w monoterapii nie wpływają na postęp choroby)</li> <li>2) u chorych poddanych CRT lub po wszczępieniu ICD, oraz w pewnych grupach chorych po rewaskularyzacji wieńcowej.</li> </ol> <p style="text-align: right;"><i>[Surdacki 2021]</i></p>														
<p><b>Utrwalone migotanie przedsionków</b></p>	<p><b>Definicja</b></p> <p>Migotanie przedsionków (AF) to najczęstsza tachyarytmia nadkomorowa, którą cechuje szybka (350–700/min), nieskoordynowana aktywacja przedsionków, prowadząca do utraty efektywności hemodynamicznej ich skurczu, czemu towarzyszy niemierny rytm komór. Częstotliwość rytmu komór zależy od elektrofizjologicznych właściwości węzła AV, czynności układu vegetatywnego oraz działania leków i może być prawidłowa (w spoczynku 70–90/min), przyspieszona (tachyarytmia) lub zwolniona (bradyarytmia).</p> <p>W przetrwałym i utrwalonym migotaniu przedsionków chorobę organiczną stwierdza się u &gt;90% chorych. Przetrwałe AF nie ustępuje samoistnie i trwa &gt;7 dni; może być zarówno pierwszą manifestacją kliniczną arytmii, jak i konsekwencją nawracających epizodów napadowego AF. Przetrwałe długo trwające AF rozpoznaje się, gdy AF utrzymuje się &gt;1 rok i została podjęta decyzja o przywróceniu rytmu zatokowego.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Trusz-Gluza i Leśniak 2021]</i></p> <p><b>Rozpoznanie</b></p> <p>Stosowane w rozpoznawaniu choroby badania przesiewowe oraz badania pomocnicze to:</p> <table border="1" data-bbox="365 826 2045 1362"> <thead> <tr> <th data-bbox="365 826 528 863">Badania</th> <th data-bbox="528 826 2045 863">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" data-bbox="365 863 2045 900"> <p>• <b>przesiewowe:</b></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="365 900 528 1066"> <p>- czynnościowe:</p> </td> <td data-bbox="528 900 2045 1066"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• palpacja tętna lub EKG                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) u osób &gt;65. r.ż. – palpacja tętna lub EKG przy okazji przeprowadzania innych badań</li> <li>2) u osób &gt;75. r.ż. lub obciążonych dużym ryzykiem udaru mózgu – rozważenie systematycznego wykonywania badań przesiewowych</li> </ol> </li> <li>• ciągle monitorowanie EKG przez ≥72 h</li> <li>3) u chorych z napadem przemijającego niedokrwienia (TIA) lub udarem niedokrwinnym mózgu o nieznannej etiologii – zleć ciągle monitorowanie EKG przez ≥72 h (rozważ potrzebę długoterminowego monitorowania EKG za pomocą urządzeń nieinwazyjnych lub wszczepialnych rejestratorów pętlowych).</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="365 1066 2045 1102"> <p>• <b>pomocnicze:</b></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="365 1102 528 1268"> <p>- laboratoryjne:</p> </td> <td data-bbox="528 1102 2045 1268"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• profil lipidowy (cholesterol całkowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>• glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy)</li> <li>• pełna morfologia krwi</li> <li>• stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR</li> <li>• 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).</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="365 1268 528 1331"> <p>- czynnościowe:</p> </td> <td data-bbox="528 1268 2045 1331"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG spoczynkowe</li> <li>• EKG metodą Holtera (czasem &gt;24 h, do 7 dób), przedłużona (np. 2–4-tygodniowa) i ciągła telemetryczna rejestracja EKG</li> <li>• elektrokardiograficzna próba wysiłkowa</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="365 1331 528 1362"> <p>- obrazowe:</p> </td> <td data-bbox="528 1331 2045 1362"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Echokardiografia</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;"><i>[Trusz-Gluza i Leśniak 2021]</i></p>	Badania	Wyszczególnienie	<p>• <b>przesiewowe:</b></p>		<p>- czynnościowe:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• palpacja tętna lub EKG                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) u osób &gt;65. r.ż. – palpacja tętna lub EKG przy okazji przeprowadzania innych badań</li> <li>2) u osób &gt;75. r.ż. lub obciążonych dużym ryzykiem udaru mózgu – rozważenie systematycznego wykonywania badań przesiewowych</li> </ol> </li> <li>• ciągle monitorowanie EKG przez ≥72 h</li> <li>3) u chorych z napadem przemijającego niedokrwienia (TIA) lub udarem niedokrwinnym mózgu o nieznannej etiologii – zleć ciągle monitorowanie EKG przez ≥72 h (rozważ potrzebę długoterminowego monitorowania EKG za pomocą urządzeń nieinwazyjnych lub wszczepialnych rejestratorów pętlowych).</li> </ul>	<p>• <b>pomocnicze:</b></p>		<p>- laboratoryjne:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• profil lipidowy (cholesterol całkowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>• glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy)</li> <li>• pełna morfologia krwi</li> <li>• stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR</li> <li>• 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).</li> </ul>	<p>- czynnościowe:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG spoczynkowe</li> <li>• EKG metodą Holtera (czasem &gt;24 h, do 7 dób), przedłużona (np. 2–4-tygodniowa) i ciągła telemetryczna rejestracja EKG</li> <li>• elektrokardiograficzna próba wysiłkowa</li> </ul>	<p>- obrazowe:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echokardiografia</li> </ul>
Badania	Wyszczególnienie														
<p>• <b>przesiewowe:</b></p>															
<p>- czynnościowe:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• palpacja tętna lub EKG                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) u osób &gt;65. r.ż. – palpacja tętna lub EKG przy okazji przeprowadzania innych badań</li> <li>2) u osób &gt;75. r.ż. lub obciążonych dużym ryzykiem udaru mózgu – rozważenie systematycznego wykonywania badań przesiewowych</li> </ol> </li> <li>• ciągle monitorowanie EKG przez ≥72 h</li> <li>3) u chorych z napadem przemijającego niedokrwienia (TIA) lub udarem niedokrwinnym mózgu o nieznannej etiologii – zleć ciągle monitorowanie EKG przez ≥72 h (rozważ potrzebę długoterminowego monitorowania EKG za pomocą urządzeń nieinwazyjnych lub wszczepialnych rejestratorów pętlowych).</li> </ul>														
<p>• <b>pomocnicze:</b></p>															
<p>- laboratoryjne:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• profil lipidowy (cholesterol całkowity, LDL, HDL i triglicerydy) osocza na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c)</li> <li>• glikemia na czczo i HbA1c (w razie wskazań doustny test tolerancji glukozy)</li> <li>• pełna morfologia krwi</li> <li>• stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR</li> <li>• 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).</li> </ul>														
<p>- czynnościowe:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG spoczynkowe</li> <li>• EKG metodą Holtera (czasem &gt;24 h, do 7 dób), przedłużona (np. 2–4-tygodniowa) i ciągła telemetryczna rejestracja EKG</li> <li>• elektrokardiograficzna próba wysiłkowa</li> </ul>														
<p>- obrazowe:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echokardiografia</li> </ul>														

Jednostka chorobowa	Charakterystyka								
	<p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <p>AF jest najczęstszą utrwaloną arytmia serca i częstość hospitalizacji z jego powodu jest znacznie większa niż z powodu innych zaburzeń rytmu. AF dotyczy od 1% do &gt;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 &gt;65 lat. Częstość występowania AF zwiększa się wraz z wiekiem: występuje ono u 0,5% osób w wieku 40–50 lat i &gt;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.</p> <p>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.</p> <p>U chorych nieotrzymujących właściwego leczenia przeciwkrzepliwego ryzyko udaru niedokrwiennego mózgu jest zwiększone średnio 5-krotnie. Przewlekła, źle kontrolowana tachyarytmia może prowadzić do rozwoju kardiomiopatii tachyarytmicznej i niewydolności serca.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Trusz-Gluza 2018]</i></p>								
<p><b>Astma oskrzelowa</b></p>	<p><b>Definicja</b></p> <p>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. Ograniczenie przepływu powietrza jest spowodowane przez: skurcz mięśni gładkich i obrzęk błony śluzowej oskrzeli, tworzenie czopów śluzowych, a z biegiem czasu także przez przebudowę ściany oskrzeli.</p> <p><b>Astmę dzieli się ze względu na etiologię na alergiczną</b> (najczęściej rozpoczyna się w dzieciństwie, często współistnieją inne choroby atopowe, wywiad rodzinny w kierunku chorób atopowych bywa dodatni, zwykle dodatnie wyniki testów skórnych z alergenami wziewnymi, alergenowo swoiste przeciwciała IgE we krwi, zwykle eozynofilia płwociny indukowanej i dobra odpowiedź na GKS wziewne) i <b>niealergiczną</b> (zwykle u osób dorosłych, często postępujący przebieg, wyniki testów skórnych ujemne, we krwi nie stwierdza się alergenowo swoistych przeciwciał IgE, często gorsza odpowiedź na GKS wziewne).</p> <p>Ponadto wyróżniono 3 fenotypy astmy: o późnym początku, z utrwaloną obturacją oskrzeli i współistniejącą z otyłością.</p> <p>Ze względu na rodzaj zapalenia w drogach oddechowych (oceniany na podstawie dominującego typu komórek zapalnych w płwocinie indukowanej) wyróżnia się: astmę eozynofilową, astmę neutrofilową i astmę ubogokomórkową.</p> <p>W codziennej praktyce klinicznej podstawowe znaczenie ma klasyfikacja astmy ze względu na stopień kontroli.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Niżankowska-Mogilnicka 2021]</i></p> <p><b>Rozpoznanie</b></p> <p>Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce to:</p> <table border="1" data-bbox="360 1010 2045 1257"> <thead> <tr> <th data-bbox="360 1010 526 1042">Badania</th> <th data-bbox="530 1010 2045 1042">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="360 1045 526 1106">- laboratoryjne:</td> <td data-bbox="530 1045 2045 1106"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• badania wykrywające alergię IgE-zależną: punktowe testy skórne, stężenie IgE całkowitego i swoistego</li> <li>• badanie płwociny indukowanej w kierunku eozynofili</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1109 526 1220">- czynnościowe:</td> <td data-bbox="530 1109 2045 1220"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spirometria:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- podstawowa</li> <li>- w próbie rozkurczowej</li> <li>- w próbie prowokacyjnej (z metacholiną lub histaminą)</li> </ul> </li> <li>• szczytowy przepływ wydechowy (PEF)</li> <li>• pulsoksymetria i gazometria krwi tętniczej</li> <li>• badanie stężenia lenku azotu w powietrzu wydychanym (FENO)</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1224 526 1257">- obrazowe:</td> <td data-bbox="530 1224 2045 1257"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RTG klatki piersiowej</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;"><i>[Niżankowska-Mogilnicka 2021]</i></p> <p><b>Badania stosowane w monitorowaniu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• czynność płuc (za pomocą spirometrii z próbą rozkurczową)</li> <li>• PEF</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>[Niżankowska-Mogilnicka 2021]</i></p>	Badania	Wyszczególnienie	- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• badania wykrywające alergię IgE-zależną: punktowe testy skórne, stężenie IgE całkowitego i swoistego</li> <li>• badanie płwociny indukowanej w kierunku eozynofili</li> </ul>	- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spirometria:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- podstawowa</li> <li>- w próbie rozkurczowej</li> <li>- w próbie prowokacyjnej (z metacholiną lub histaminą)</li> </ul> </li> <li>• szczytowy przepływ wydechowy (PEF)</li> <li>• pulsoksymetria i gazometria krwi tętniczej</li> <li>• badanie stężenia lenku azotu w powietrzu wydychanym (FENO)</li> </ul>	- obrazowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RTG klatki piersiowej</li> </ul>
Badania	Wyszczególnienie								
- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• badania wykrywające alergię IgE-zależną: punktowe testy skórne, stężenie IgE całkowitego i swoistego</li> <li>• badanie płwociny indukowanej w kierunku eozynofili</li> </ul>								
- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spirometria:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- podstawowa</li> <li>- w próbie rozkurczowej</li> <li>- w próbie prowokacyjnej (z metacholiną lub histaminą)</li> </ul> </li> <li>• szczytowy przepływ wydechowy (PEF)</li> <li>• pulsoksymetria i gazometria krwi tętniczej</li> <li>• badanie stężenia lenku azotu w powietrzu wydychanym (FENO)</li> </ul>								
- obrazowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RTG klatki piersiowej</li> </ul>								

Jednostka chorobowa	Charakterystyka																		
	<p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <p>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. Wedle 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.</p> <p>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%). Wśród alergii najczęściej w tej grupie stwierdza się uczulenie na roztocze kurzu domowego, pleśń, alergeny karalucha i kota.</p> <p style="text-align: right;">[OT.422.28.2019]</p> <p>Astma może wystąpić w każdym wieku. Jeśli się rozpoczyna w wieku dorosłym, to częściej jest niealergiczna i ma cięższy przebieg. W przebiegu astmy dochodzi do zaostrzeń, które rozwijają się gwałtownie (w ciągu minut lub godzin) a bo stopniowo (w ciągu wielu godzin lub dni) i nieleczone mogą doprowadzić do śmierci. Wieloletnia niekontrolowana astma prowadzi do postępującej, nieodwracalnej obturacji oskrzeli.</p> <p style="text-align: right;">[Niżankowska-Mogilnicka 2020]</p>																		
<p><b>Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)</b></p>	<p><b>Definicja</b></p> <p>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. Inne istotne czynniki ryzyka POChP to narażenie na pyły i opary w miejscu pracy oraz na zanieczyszczenia powietrza wewnątrz słabo wentylowanych pomieszczeń w następstwie spalania biomasy. Rzadkim (&lt;1%) czynnikiem ryzyka jest genetycznie uwarunkowany niedobór α1-antytrypsyny. W POChP uszkodzenie płuc jest wynikiem przewlekłego zapalenia dróg oddechowych, mięszu płuc i naczyń płucnych, proteolizy (w efekcie zachwiania równowagi między aktywnością proteaz i antyproteaz) i stresu oksydacyjnego.</p> <p style="text-align: right;">[Pierucha 2021]</p> <p><b>Rozpoznanie</b></p> <p>W rozpoznawaniu POChP stosuje się następujące badania pomocnicze:</p> <table border="1" data-bbox="367 917 2038 1182"> <thead> <tr> <th data-bbox="367 917 524 949">Badania</th> <th colspan="2" data-bbox="528 917 2038 949">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="367 952 524 1042">- czynnościowe</td> <td data-bbox="528 952 1182 1042"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spirometria po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela</li> <li>• pletyzmografia</li> <li>• badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach</li> </ul> </td> <td data-bbox="1187 952 2038 1042"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ocena tolerancji wysiłku fizycznego (testy marszowe; sercowo-płucna próba wysiłkowa z użyciem bieżni lub cykloergometru; monitorowanie aktywności za pomocą akcelerometrów lub innych urządzeń)</li> <li>• pulsoksymetria</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 1045 524 1077">- obrazowe:</td> <td data-bbox="528 1045 1182 1077">• RTG klatki piersiowej</td> <td data-bbox="1187 1045 2038 1077">• tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości</td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 1080 524 1112">- czynnościowe:</td> <td data-bbox="528 1080 1182 1112">• gazometria krwi tętnicznej</td> <td data-bbox="1187 1080 2038 1112">• EKG • echokardiografia</td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 1115 524 1147">- laboratoryjne:</td> <td data-bbox="528 1115 1182 1147">• morfologia krwi obwodowej</td> <td data-bbox="1187 1115 2038 1147">• badania w kierunku niedoboru α1-antytrypsyny</td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 1150 524 1182">- mikrobiologiczne</td> <td data-bbox="528 1150 2038 1182">• posiew płwociny</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">[Pierucha 2021]</p> <p><b>Badania stosowane w monitorowaniu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spirometria</li> <li>• niskodawkowe TK płuc – przesiewowo celem wczesnego wykrycia raka płuc</li> </ul> <p style="text-align: right;">[Pierucha 2021]</p> <p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <p>Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła liczbę chorych na POChP na 65 mln, a umieralność z powodu POChP określiła ma 3 mln osób w skali światowej. Zgodnie z szacunkami WHO w 2016 r. POChP zajmowała trzecią pozycję na liście najczęstszych przyczyn zgonów.</p>	Badania	Wyszczególnienie		- czynnościowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spirometria po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela</li> <li>• pletyzmografia</li> <li>• badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ocena tolerancji wysiłku fizycznego (testy marszowe; sercowo-płucna próba wysiłkowa z użyciem bieżni lub cykloergometru; monitorowanie aktywności za pomocą akcelerometrów lub innych urządzeń)</li> <li>• pulsoksymetria</li> </ul>	- obrazowe:	• RTG klatki piersiowej	• tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości	- czynnościowe:	• gazometria krwi tętnicznej	• EKG • echokardiografia	- laboratoryjne:	• morfologia krwi obwodowej	• badania w kierunku niedoboru α1-antytrypsyny	- mikrobiologiczne	• posiew płwociny	
Badania	Wyszczególnienie																		
- czynnościowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spirometria po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela</li> <li>• pletyzmografia</li> <li>• badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ocena tolerancji wysiłku fizycznego (testy marszowe; sercowo-płucna próba wysiłkowa z użyciem bieżni lub cykloergometru; monitorowanie aktywności za pomocą akcelerometrów lub innych urządzeń)</li> <li>• pulsoksymetria</li> </ul>																	
- obrazowe:	• RTG klatki piersiowej	• tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości																	
- czynnościowe:	• gazometria krwi tętnicznej	• EKG • echokardiografia																	
- laboratoryjne:	• morfologia krwi obwodowej	• badania w kierunku niedoboru α1-antytrypsyny																	
- mikrobiologiczne	• posiew płwociny																		

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Jednostka chorobowa	Charakterystyka																
	<p>Zgodnie z danymi zawartymi w „Europejskiej Białej Księdze Płuc” (2013) wydawanej przez <i>European Respiratory Society</i> (ERS), ok. 5–10% osób w wieku <math>\geq 40</math> lat w Europie choruje na POChP. W publikacji z polskiej części badania BOLD (Niżankowska-Mogilnicka 2007) podano, iż częstości występowania POChP w badanej populacji, tj. mieszkańców małopolski <math>\geq 40</math> roku życia wynosi 22,1%, a częstość występowania POChP w stadium <math>\geq II</math> wg GOLD wynosi 10,9%.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">[OT.4330.12.2018]</p> <p>Rokowanie może poprawić głównie zaprzestanie palenia tytoniu. Zaostrzenia POChP zwiększają ryzyko zgonu. Główne przyczyny zgonu to choroby układu krążenia, rak płuca i niewydolność oddechowa.</p> <p style="text-align: right;">[Pierzchała 2021]</p>																
<p><b>Niedoczynność tarczycy</b></p>	<p><b>Definicja</b></p> <p>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.</p> <p>Wyróżnia się niedoczynność tarczycy:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pierwotną – wskutek uszkodzenia tarczycy; przyczyny: przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy (choroba Hashimoto; najczęściej); inne zapalenia tarczycy; całkowite lub subtotalne wycięcie tarczycy (możliwy proces autoimmunologiczny uszkadzający pozostawiony miąższ tarczycy); leczenie <sup>131</sup>I; napromienienie okolicy szyi; nadmierna podaż jodków, w tym stosowanie amidaronu i jodowych środków kontrastowych (unieczynnienie tyreoperoksydazy przez nadmiar jodu, zwane zjawiskiem Wolffa i Chaikoffa, jest przejściowe i zwykle czynność tarczycy szybko się normalizuje; jeśli tzw. ucieczka od zjawiska Wolffa i Chaikoffa nie wystąpi, rozwija się niedoczynność tarczycy); przedawkowanie leków przeciw-tarczycowych (przejściowa, odwracalna niedoczynność tarczycy, ustępująca po odstawieniu leku); przyjmowanie związków litu (blokowanie wydzielania T4 i T3), nitroprusydku sodu, fenytoiny, niektórych inhibitorów kinaz tyrozynowych (sunitynib, sorafenib) lub interferonu <math>\alpha</math>, inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (głównie przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1, np. pembrolizumabu lub niwolumabu); znaczny niedobór jodu w środowisku lub przewlekła ekspozycja na substancje wolotwórcze hamujące gromadzenie jodków w tarczycy (np. nadchlorany, tiocyjanki, azotany); wrodzona niedoczynność tarczycy</li> <li>2) wtórną – wskutek niedoboru bądź braku wydzielania TSH spowodowanego niedoczynnością przysadki (nowotwór okolicy siodła tureckiego, choroby zapalne lub naciekowe, uszkodzenie naczyniopochodne, urazowe lub jatrogenne – napromienienie, operacje neurochirurgiczne, leki [np. ipilimumab])</li> <li>3) trzeciorzędową – wskutek braku lub niedoboru tyreoliberyny (TRH) spowodowanego uszkodzeniem podwzgórza (guz nowotworowy, choroby zapalne i naciekowe [np. sarkoidoza]) a bo w wyniku przerwania ciągłości szypuły przysadki.</li> </ol> <p style="text-align: right;">[Lewiński i Płaczkiwicz-Jankowska 2021a]</p> <p><b>Rozpoznanie</b></p> <p>Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce to:</p> <table border="1" data-bbox="365 1134 2045 1390"> <thead> <tr> <th data-bbox="365 1134 524 1166">Badania</th> <th colspan="3" data-bbox="524 1134 2045 1166">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="365 1166 524 1289">- laboratoryjne:</td> <td data-bbox="524 1166 1077 1289"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH w surowicy</li> <li>• FT4 w surowicy</li> <li>• FT3 w surowicy</li> <li>• TSH w surowicy w teście z TRH (tyreoliberyna)</li> </ul> </td> <td data-bbox="1077 1166 1592 1289"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przeciwciała przeciw-tarczycowe (głównie anty-TPO)</li> <li>• cholesterol całkowity</li> <li>• LDL</li> <li>• trójglicerydy</li> </ul> </td> <td data-bbox="1592 1166 2045 1289"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• niedokrwistość</li> <li>• hiponatremia</li> <li>• hipokalcemia</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="365 1289 524 1358">- obrazowe:</td> <td data-bbox="524 1289 1077 1358"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG tarczycy</li> <li>• USG jamy brzusznej</li> </ul> </td> <td data-bbox="1077 1289 1592 1358"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RTG klatki piersiowej</li> <li>• echokardiografia</li> </ul> </td> <td data-bbox="1592 1289 2045 1358"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• scyntygrafia tarczycy</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="365 1358 524 1390">- czynnościowe:</td> <td data-bbox="524 1358 2045 1390"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG</li> </ul> </td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>	Badania	Wyszczególnienie			- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH w surowicy</li> <li>• FT4 w surowicy</li> <li>• FT3 w surowicy</li> <li>• TSH w surowicy w teście z TRH (tyreoliberyna)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przeciwciała przeciw-tarczycowe (głównie anty-TPO)</li> <li>• cholesterol całkowity</li> <li>• LDL</li> <li>• trójglicerydy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niedokrwistość</li> <li>• hiponatremia</li> <li>• hipokalcemia</li> </ul>	- obrazowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USG tarczycy</li> <li>• USG jamy brzusznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RTG klatki piersiowej</li> <li>• echokardiografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• scyntygrafia tarczycy</li> </ul>	- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG</li> </ul>		
Badania	Wyszczególnienie																
- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH w surowicy</li> <li>• FT4 w surowicy</li> <li>• FT3 w surowicy</li> <li>• TSH w surowicy w teście z TRH (tyreoliberyna)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przeciwciała przeciw-tarczycowe (głównie anty-TPO)</li> <li>• cholesterol całkowity</li> <li>• LDL</li> <li>• trójglicerydy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niedokrwistość</li> <li>• hiponatremia</li> <li>• hipokalcemia</li> </ul>														
- obrazowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USG tarczycy</li> <li>• USG jamy brzusznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RTG klatki piersiowej</li> <li>• echokardiografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• scyntygrafia tarczycy</li> </ul>														
- czynnościowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG</li> </ul>																

Jednostka chorobowa	Charakterystyka												
	<p style="text-align: right;">[Lewiński i Płackiewicz-Jankowska 2021a]</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="369 316 873 917" style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;"><b>Podstawowy algorytm diagnostyczny chorób tarczycy</b> Źródło: Jarzab 2018</p> </div> <div data-bbox="896 303 2038 638" style="width: 50%;"> <p><b>Badania stosowane w monitorowaniu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stężenie TSH – nie wcześniej niż 4–6 tyg. po ostatniej zmianie dawkowania L-T4 (L-tyroksyna)</li> <li>• FT4 we wtórnej i trzeciorzędowej niedoczynności tarczycy</li> </ul> <p style="text-align: right;">[Lewiński i Płackiewicz-Jankowska 2021a]</p> <p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <p>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 ołpeńnych u osób starszych.</p> <p style="text-align: right;">[Jarzab 2018]</p> </div> </div>												
<p><b>Przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy (choroba Hashimoto)</b></p>	<p><b>Definicja</b> 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 patogeniezie przypisuje się aktywności cytotoksycznych limfocytów T, odpowiedzialnych za niszczenie komórek pęcherzykowych tarczycy. Znacznie częściej występuje u kobiet.</p> <p style="text-align: right;">[Lewiński i Płackiewicz-Jankowska 2021b]</p> <p><b>Rozpoznanie</b> Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce to:</p> <table border="1" data-bbox="369 1225 2038 1369"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Badania</th> <th colspan="2">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- laboratoryjne:</td> <td>• przeciwciała przeciw-tarczycowe (anty-TPO lub antyTG)</td> <td>• TSH w surowicy</td> </tr> <tr> <td>- obrazowe:</td> <td>• USG tarczycy</td> <td>• FT4 w surowicy</td> </tr> <tr> <td>- inwazyjne:</td> <td>• biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">[Lewiński i Płackiewicz-Jankowska 2021b]</p>	Badania	Wyszczególnienie		- laboratoryjne:	• przeciwciała przeciw-tarczycowe (anty-TPO lub antyTG)	• TSH w surowicy	- obrazowe:	• USG tarczycy	• FT4 w surowicy	- inwazyjne:	• biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy	
Badania	Wyszczególnienie												
- laboratoryjne:	• przeciwciała przeciw-tarczycowe (anty-TPO lub antyTG)	• TSH w surowicy											
- obrazowe:	• USG tarczycy	• FT4 w surowicy											
- inwazyjne:	• biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy												

Jednostka chorobowa	Charakterystyka																		
	<p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <p>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).</p> <p style="text-align: right;"><i>[Jarzab 2018]</i></p> <p>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. Bardzo rzadko dochodzi do transformacji zapalenia w pierwotnego chłoniaka złośliwego tarczycy; rzadkością jest też przejście choroby Hashimoto w chorobę Gravesa i Basedowa z nadczynnością tarczycy ze względu na możliwość pojawienia się na stosunkowo wczesnym etapie choroby przeciwciał anty-TSHR i nadmiernej stymulacji tarczycy.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Lewiński i Płaczkiewicz-Jankowska 2021b]</i></p>																		
<p><b>Choroba Gravesa i Basedowa</b></p>	<p><b>Definicja</b></p> <p>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. Orbitopatia tarczycowa – zespół objawów ocznych wywołanych immunologicznym zapaleniem tkanek miękkich oczodołu w przebiegu ChGB, prowadzący do przejściowego lub trwałego uszkodzenia narządu wzroku. Wytrzeszcz złośliwy – ciężka postać postępującej orbitopatii naciekowo-obrzękowej, o szczególnie dużym ryzyku trwałych powikłań.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Jarzab i Płaczkiewicz-Jankowska 2021a]</i></p> <p><b>Rozpoznanie</b></p> <p>Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce choroby Gravesa i Basedowa to:</p> <table border="1" data-bbox="367 810 2045 916"> <thead> <tr> <th data-bbox="367 810 524 842">Badania</th> <th colspan="5" data-bbox="524 810 2045 842">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="367 842 524 879">- laboratoryjne:</td> <td data-bbox="524 842 748 879">• TSH w surowicy</td> <td data-bbox="748 842 972 879">• FT3 w surowicy</td> <td data-bbox="972 842 1196 879">• FT4 w surowicy</td> <td data-bbox="1196 842 1420 879">• przeciwciała anty-TRAb</td> <td data-bbox="1420 842 2045 879">• inne badania laboratoryjne jak w nadczynności tarczycy</td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 879 524 916">- obrazowe:</td> <td colspan="2" data-bbox="524 879 972 916">• USG tarczycy</td> <td data-bbox="972 879 1196 916">• scyntygrafia tarczycy</td> <td data-bbox="1196 879 1420 916">• TK oczodołów</td> <td data-bbox="1420 879 2045 916">• MR oczodołów</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;"><i>[Jarzab i Płaczkiewicz-Jankowska 2021a]</i></p> <p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <p>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 nadczynność 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.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Jarzab 2018]</i></p> <p><b>Nadczynność tarczycy:</b> w nieleczonej z czasem dochodzi do samoistnej remisji, ale wcześniej mogą wystąpić groźne dla życia powikłania → rozdz. 9.2. Leczenie farmakologiczne znosi objawy nadmiaru HT i przyspiesza uzyskanie remisji, ale w ~50% przypadków występuje nawrót. Stężenie przeciwciał TRAb normalizuje się u większości chorych już po ~6 mies. leczenia, ale to nie daje pewności, że uzyskana remisja będzie trwała. Ryzyko nawrotu jest zwiększone u mężczyzn i u osób &lt;20. r.ż., a także u chorych z dużym wolem i dużym wyjściowym stosunkiem FT3/FT4. Niedoczynność tarczycy występuje zawsze po leczeniu operacyjnym i bardzo często po skutecznym leczeniu radiojodem; może się też rozwinąć w chorobie Gravesa i Basedowa długotrwale leczonej farmakologicznie.</p> <p><b>Orbitopatia tarczycowa:</b> nieleczona może ustąpić bez trwałych następstw, zwłaszcza gdy jest łagodna, jednak w aktywnej ciężkiej postaci ryzyko trwałego uszkodzenia tkanek oczodołu (zaburzenia ruchomości gałek ocznych oraz ostrości widzenia, a nawet ślepoty) jest duże, szczególnie w wytrzeszczu złośliwym. Wcześniej podjęte leczenie (w aktywnej fazie choroby) często pozwala uniknąć poważnych następstw. Jeżeli zaawansowanie wytrzeszczu i zajęcie tkanek miękkich i mięśni gałki ocznej jest znaczne lub jeśli dochodzi do zajęcia rogówki lub ucisku nerwu wzrokowego, to ryzyko trwałego uszkodzenia narządu wzroku i trwałych zmian w wyglądzie chorego jest duże. Zeza i wytrzeszcz koryguje się operacyjnie po ustąpieniu aktywnej fazy choroby.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Jarzab i Płaczkiewicz-Jankowska 2021a]</i></p>	Badania	Wyszczególnienie					- 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
Badania	Wyszczególnienie																		
- 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														

Jednostka chorobowa	Charakterystyka														
<p><b>Wole mięsiste i guzowate tarczycy</b></p>	<p><b>WOLE MIĄSZOWE NIETOKSYCZNE</b></p> <p><b>Definicja</b>                      W przypadku wola rozlanego nietoksycznego (syn. wole proste, wole mięsiste ) 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 rozpoznano zaburzeń czynności tarczycy w badaniach hormonalnych. Ocenę objętości przeprowadza się w badaniu USG.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Lewiński i Stasiak 2021]</i></p> <p><b>Rozpoznanie</b>                      Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce obejmują:</p> <table border="1" data-bbox="367 501 2038 608"> <thead> <tr> <th data-bbox="367 501 524 533">Badania</th> <th data-bbox="528 501 2038 533">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="367 536 524 568">- laboratoryjne:</td> <td data-bbox="528 536 2038 568"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH w surowicy</li> <li>• FT3 w surowicy</li> <li>• FT4 w surowicy</li> <li>• przeciwciała anty-TPO</li> <li>• przeciwciała anty-TSHR</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 571 524 608">- obrazowe:</td> <td data-bbox="528 571 2038 608"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG tarczycy</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;"><i>[Lewiński i Stasiak 2021]</i></p> <p><b>Epidemiologia i rokowanie</b>                      W Polsce nie stwierdza się już praktycznie wola z niedoboru jodu. Powiększenie tarczycy u dziecka wiąże się zwykle z obecnością autoimmunologicznej choroby tarczycy.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Lewiński i Stasiak 2021]</i></p> <p><b>WOLE GUZKOWE NIETOKSYCZNE</b></p> <p>Wole guzkowe nietoksyczne (dawna nazwa: wole obojętne) – choroba 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.</p> <p><b>Wole</b> – powiększona tarczyca (w USG &gt;20 ml u kobiet i &gt;25 ml u mężczyzn).</p> <p><b>Wole proste</b> – powiększenie tarczycy bez zaburzeń jej echostruktury, rozwijające się najczęściej z powodu niedoboru jodu już u dzieci i w wieku młodzieńczym; stanowi czynnik ryzyka rozwoju wola guzkowego u dorosłych.</p> <p><b>Wole zamostkowe</b> – powiększenie tarczycy, której <math>\geq 1/3</math> objętości znajduje się poniżej górnego brzegu wcięcia mostka; może długo pozostawać nierozpoznane, do czasu wystąpienia objawów uciskowych.</p> <p><b>Wole nietoksyczne</b> – wole u chorego w stanie eutyreozy. Określenie „guzek” oznacza strukturę wyczuwalną palpacyjnie, dlatego w odniesieniu do zmiany opisywanej w badaniu USG najlepiej używać określenia „zmiana ogniskowa” lub „ognisko”, a nie „guzek”.</p> <p><b>Eutyreoza</b> – prawidłowa czynność tarczycy w badaniu podmiotowym i przedmiotowym, potwierdzona prawidłowymi wynikami badań hormonalnych.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Jarzab i Płackiewicz-Jankowska 2021b]</i></p> <p><b>Rozpoznanie</b>                      Badania pomocnicze stosowane w diagnostyce obejmują:</p> <table border="1" data-bbox="367 1177 2038 1316"> <thead> <tr> <th data-bbox="367 1177 524 1209">Badania</th> <th data-bbox="528 1177 2038 1209">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="367 1212 524 1244">- laboratoryjne:</td> <td data-bbox="528 1212 2038 1244"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH w surowicy</li> <li>• przeciwciała anty-TPO</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 1248 524 1279">- obrazowe:</td> <td data-bbox="528 1248 2038 1279"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG tarczycy</li> <li>• scyntygrafia tarczycy</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 1283 524 1316">- inwazyjne:</td> <td data-bbox="528 1283 2038 1316"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) guzka tarczycy – badanie cytologiczne (optymalnie BAC celowana – BACC)</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;"><i>[Jarzab i Płackiewicz-Jankowska 2021b]</i></p> <p><b>Badania stosowane w monitorowaniu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG tarczycy</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>[Jarzab i Płackiewicz-Jankowska 2021b]</i></p>	Badania	Wyszczególnienie	- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH w surowicy</li> <li>• FT3 w surowicy</li> <li>• FT4 w surowicy</li> <li>• przeciwciała anty-TPO</li> <li>• przeciwciała anty-TSHR</li> </ul>	- obrazowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USG tarczycy</li> </ul>	Badania	Wyszczególnienie	- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH w surowicy</li> <li>• przeciwciała anty-TPO</li> </ul>	- obrazowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USG tarczycy</li> <li>• scyntygrafia tarczycy</li> </ul>	- inwazyjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) guzka tarczycy – badanie cytologiczne (optymalnie BAC celowana – BACC)</li> </ul>
	Badania	Wyszczególnienie													
	- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH w surowicy</li> <li>• FT3 w surowicy</li> <li>• FT4 w surowicy</li> <li>• przeciwciała anty-TPO</li> <li>• przeciwciała anty-TSHR</li> </ul>													
	- obrazowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USG tarczycy</li> </ul>													
	Badania	Wyszczególnienie													
	- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH w surowicy</li> <li>• przeciwciała anty-TPO</li> </ul>													
	- obrazowe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USG tarczycy</li> <li>• scyntygrafia tarczycy</li> </ul>													
	- inwazyjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) guzka tarczycy – badanie cytologiczne (optymalnie BAC celowana – BACC)</li> </ul>													



Jednostka chorobowa	Charakterystyka																
	<p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <p>W populacji o dość dobrej podaży jodu (Wie ka 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.</p> <p style="text-align: right;">[Jarzab 2018]</p> <p>Ryzyko przeoczenia guzka złośliwego w wolu guzkowym przy prawidłowym planowaniu i przeprowadzaniu BAC wynosi <math>\leq 5-10\%</math>. Guzek niezłośliwy również może się powiększać i dawać objawy uciskowe; istnieje też pewne ryzyko stopniowego rozwoju nadczynności tarczycy.</p> <p style="text-align: right;">[Jarzab i Płackiewicz-Jankowska 2021b]</p>																
<p><b>Otyłość</b></p>	<p><b>Definicja</b></p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">[PTLO 2022]</p> <p><b>Rozpoznanie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomiary masy ciała i wzrostu należą do podstawowych badań kontrolnych podczas wizyty w gabinecie lekarza i powinno się je wykonywać co najmniej raz w roku.</li> <li>• W celu rozpoznania otyłości oblicza się wskaźnik masy ciała (BMI).</li> <li>• Zgodnie z kryteriami International Diabetes Federation (IDF) otyłość brzuszną rozpoznaje się przy obwodzie talii <math>\geq 94</math> cm u mężczyzn oraz <math>\geq 80</math> cm u kobiet.</li> <li>• Rozpoznanie otyłości przez lekarza wymaga dalszej oceny w kierunku jej powikłań oraz prowadzenia wielokierunkowego leczenia (zarówno pod kątem zmniejszenia nadmiernej masy ciała, jak i zapobiegania powikłaniom otyłości lub ich leczenia).</li> </ul> <p>Wszystkich pacjentów z nadwagą lub chorujących na otyłość powinno się badać przesiewowo w kierunku zaburzeń metabolicznych i chorób związanych z nadmierną masą ciała. Podczas wizyty w gabinecie należy dokonać pomiaru ciśnienia tętniczego oraz zlecić badania laboratoryjne z uwzględnieniem badań przesiewowych w kierunku stanu przedcukrzycowego i cukrzycy typu 2 oraz zaburzeń lipidowych, oceny czynności nerek i wątroby oraz wskaźników stanu zapalnego.</p> <p>Badania pomocnicze w kierunku powikłań związanych z nadmierną masą ciała obejmują:</p> <table border="1" data-bbox="367 948 2045 1187"> <thead> <tr> <th data-bbox="367 948 524 986">Badania</th> <th colspan="3" data-bbox="524 948 2045 986">Wyszczególnienie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="367 986 524 1120">- laboratoryjne:</td> <td data-bbox="524 986 1137 1120"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• glikemia na czczo, doustny test tolerancji 75 g glukozy (OGTT)</li> <li>• 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]),</li> <li>• stężenie kwasu moczowego</li> </ul> </td> <td data-bbox="1137 986 1639 1120"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stężenie hormonu tyreotropowego (TSH)</li> <li>• aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT) i asparaginianowej (AST)</li> <li>• stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem wartości przesączania kłębuszkowego (eGFR)</li> </ul> </td> <td data-bbox="1639 986 2045 1120"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stężenie białka C-reaktywnego (CRP)</li> <li>• morfologia krwi obwodowej</li> <li>• badanie ogólne moczu.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 1120 524 1158">- czynnościowe</td> <td colspan="3" data-bbox="524 1120 2045 1158"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pomiar ciśnienia tętniczego</li> <li>• próba wysiłkowa*</li> <li>• badanie polisomnograficzne*</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="367 1158 524 1187">- obrazowe</td> <td colspan="3" data-bbox="524 1158 2045 1187"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• echokardiografia*</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Objaśnienia: * - jako badania uzupełniające diagnostykę podstawową</i></p> <p style="text-align: right;">[PTLO 2022]</p> <p><b>Epidemiologia i rokowanie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• W Polsce i na świecie odnotowuje się systematyczny wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dorosłych, a także u dzieci i młodzieży.</li> <li>• Według danych Centrum Badania Opinii Społecznej (2019) w Polsce na otyłość choruje 21% osób dorosłych, a 38% ma nadwagę.</li> <li>• 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.</li> </ul>	Badania	Wyszczególnienie			- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• glikemia na czczo, doustny test tolerancji 75 g glukozy (OGTT)</li> <li>• 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]),</li> <li>• stężenie kwasu moczowego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stężenie hormonu tyreotropowego (TSH)</li> <li>• aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT) i asparaginianowej (AST)</li> <li>• stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem wartości przesączania kłębuszkowego (eGFR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stężenie białka C-reaktywnego (CRP)</li> <li>• morfologia krwi obwodowej</li> <li>• badanie ogólne moczu.</li> </ul>	- czynnościowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pomiar ciśnienia tętniczego</li> <li>• próba wysiłkowa*</li> <li>• badanie polisomnograficzne*</li> </ul>			- obrazowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• echokardiografia*</li> </ul>		
Badania	Wyszczególnienie																
- laboratoryjne:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• glikemia na czczo, doustny test tolerancji 75 g glukozy (OGTT)</li> <li>• 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]),</li> <li>• stężenie kwasu moczowego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stężenie hormonu tyreotropowego (TSH)</li> <li>• aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT) i asparaginianowej (AST)</li> <li>• stężenie kreatyniny w surowicy z oszacowaniem wartości przesączania kłębuszkowego (eGFR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stężenie białka C-reaktywnego (CRP)</li> <li>• morfologia krwi obwodowej</li> <li>• badanie ogólne moczu.</li> </ul>														
- czynnościowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pomiar ciśnienia tętniczego</li> <li>• próba wysiłkowa*</li> <li>• badanie polisomnograficzne*</li> </ul>																
- obrazowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• echokardiografia*</li> </ul>																

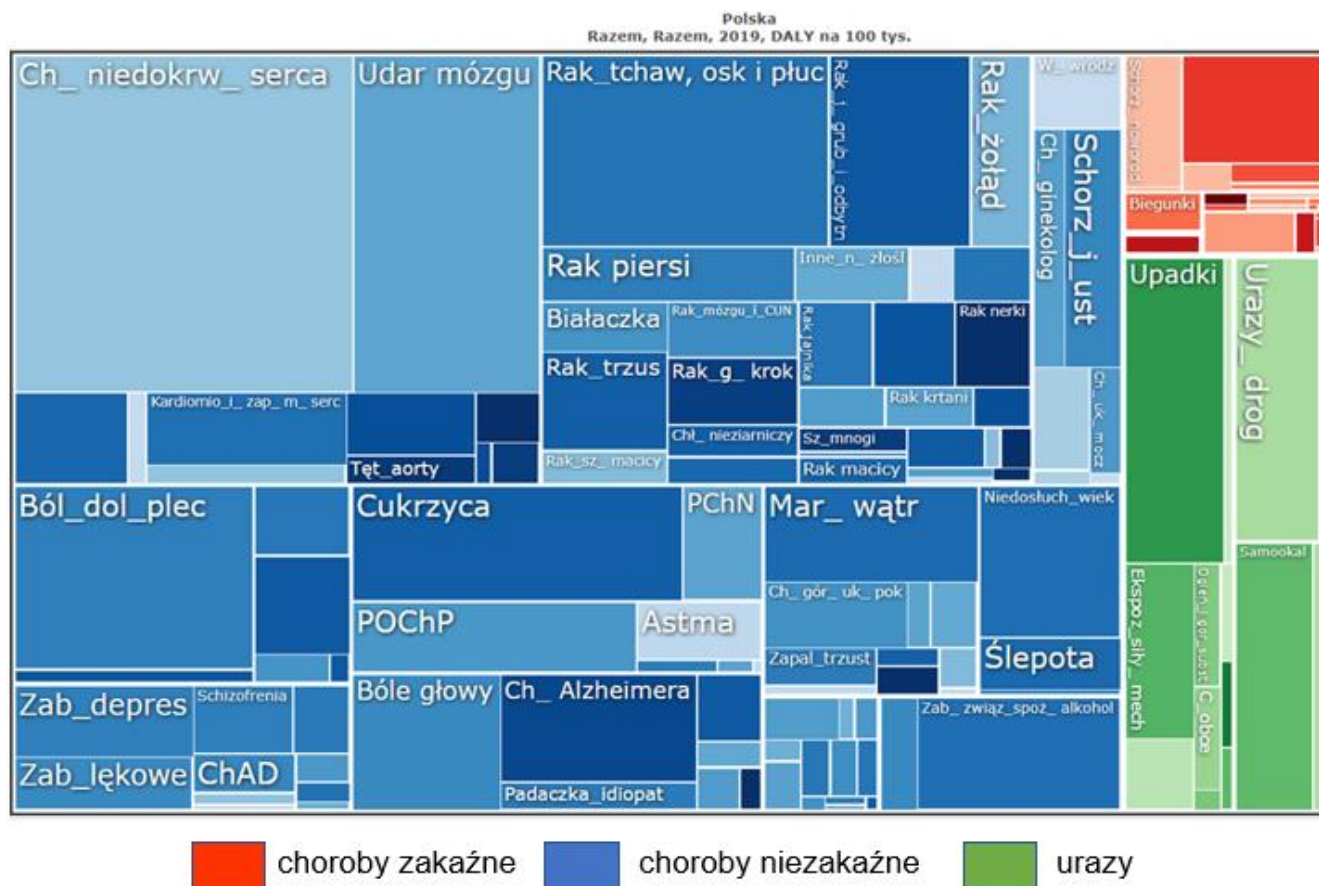
Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzono, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Jednostka chorobowa	Charakterystyka
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Otyłość przekłada się na negatywne konsekwencje w postaci rozwoju związanych z nią licznych powikłań, pogarszającej się ogólnej jakości życia oraz skrócenia oczekiwanej długości życia.</li><li>• Co roku na świecie z powodu chorób przewlekłych wywołanych lub powiązanych z otyłością umiera ponad 2,5 mln osób.</li></ul> <p data-bbox="1928 352 2045 376" style="text-align: right;">[PTLO 2022]</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

## 4.2.2. Najważniejsze informacje o obciążeniu chorobowym oraz zgonach w populacji Polski w oparciu o analizy GBD

W 2019 największy udział w obciążeniu chorobowym (DALY<sup>5</sup>) w Polsce można było przypisać schorzeniom z grupy chorób układu krążenia (22,87%), następnie nowotworom (21,34%) oraz schorzeniom układu kostno-szkieletowego (6,78%). Szczegółowe dane przedstawia rycina poniżej.



Rycina 1. Suma obciążenia chorobowego w Polsce u obu płci w 2019 r.

Źródło: GBD Compare, GBD 2019 Study, IHME, USA: 2020.

W 2019 roku suma obciążenia chorobowego wyrażona utratą lat życia w zdrowiu (DALY) w Polsce wyniosła 12 656 432,58. Łącznie u obu płci największy procentowy udział w DALY w odniesieniu do grup problemów zdrowotnych należał do choroby niedokrwiennej serca (11,61%), następnie udarów (6,4%) oraz raka płuc (5,61%). W analizowanym okresie wśród mężczyzn w Polsce dwiema wiodącymi przyczynami obciążenia chorobowego były choroba niedokrwienność serca oraz rak płuc, a u kobiet – choroba niedokrwienność serca, udar niedokrwienności oraz cukrzyca typu 2.

Według szacunków GBD, w 2019 r. głównymi przyczynami zgonów w Polsce były: choroba niedokrwienność serca, udar niedokrwienności oraz rak płuc. U mężczyzn głównymi przyczynami zgonów były: choroba niedokrwienność serca, rak płuc i udar niedokrwienności, a u kobiet – choroba niedokrwienność serca, udar niedokrwienności oraz choroba Alzheimera i inne demencje.

[Topór-Mądry 2022]

<sup>5</sup> Wskaźnik DALY (lata życia z uwzględnieniem niesprawności, ang. Disability Adjusted Life Years) jest sumą liczby utraconych lat życia z powodu przedwczesnego zgonu (Years of Life Lost – YLL) oraz liczby lat przeżytych w niesprawności (Years of Life with Disability – YLD). Poprzez wskaźnik DALY można szacować obciążenie (wagę) (umieralność i chorobowość) konkretnymi problemami zdrowotnymi, a w konsekwencji – wagę czynników ryzyka powodujących ich wystąpienie, sumaryczne korzyści zdrowotne wynikające ze zmniejszenia występowania choroby dzięki prewencji (ograniczenie rozpowszechnienia czynników ryzyka) lub leczeniu, a po przeliczeniu na wartości monetarne – także koszty i korzyści poszczególnych interwencji. Jeden DALY można uznać za jeden rok utraconego życia w pełnym zdrowiu.

### 4.3. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa

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.

Podsumowując, rekomendacje wskazują, iż wnioskowane badania stanowią podstawowe i uznane metody diagnostyczne w szeregu chorób przewlekłych, tak w diagnostyce, jak i w monitorowaniu leczenia. Szczegółowe wnioski z analizy wytycznych klinicznych zostały przedstawione w dedykowanej im części niniejszego dokumentu.

### 4.4. Rekomendacje i wytyczne kliniczne

W ramach niniejszego opracowania przeprowadzono wyszukiwanie aktualnych wytycznych praktyki klinicznej dotyczących wskazań klinicznych, w których wykorzystywane są oceniane badania: diagnostyczne, ultrasonograficzne, inwazyjne, elektrofizjologiczne i czynnościowe, oraz porad edukacyjnych i dietetycznych, wskazanych w przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia.

Z uwagi na fakt, iż oceniane badania figurują jako świadczenia gwarantowane na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i nie ma wątpliwości co do ich skuteczności i bezpieczeństwa, przegląd wytycznych miał na celu potwierdzenie ich miejsca w diagnostyce lub monitorowaniu leczenia, jak również weryfikacji ich komplementarności względem już dostępnych świadczeń na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. W tym kontekście do opracowania włączono aktualne wytyczne następujących towarzystw naukowych: Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK), Global Initiative for Asthma (GINA), European Society of Cardiology (ESC), Heart Failure Association (HFA), European Respiratory Society (ERS), European Society of Hypertension (ESH), Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), National Kidney Disease Education (NIDDK), Association for Clinical Biochemistry (ACB), British Thyroid Association (BTA), British Thyroid Foundation (BTF), Canadian Society of Endocrinology and Metabolism (CSEM), European Thyroid Association (ETA), 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, European Society for Vascular Surgery (ESVS).

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. Do przeglądu wytycznych włączono aktualne wytyczne następujących towarzystw naukowych: Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD), Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości (PTLO), European Association for the Study of Obesity (EASO), Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC), Europejskie Towarzystwo Miażdżycowe (EAS) oraz Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK).

W poniższej tabeli przedstawiono opis wybranych wytycznych odnoszących się do badań diagnostycznych ujętych w zleceniu Ministra Zdrowia. Kolejna tabela zawiera najważniejsze informacje w kontekście poradnictwa edukacyjnego oraz dietetycznego w takich sytuacjach klinicznych jak: cukrzyca, otyłość, prewencja chorób układu sercowo-naczyniowego oraz zaburzenia lipidowe.

**Tabela 3. Odnalezione wytyczne i rekomendacje towarzystw naukowych odnoszące się do ocenianych badań diagnostycznych.**

Badanie diagnostyczne	Organizacja, rok, tytuł, wskazania	Interwencje
<p><b>Spirometria podstawowa, spirometria z próbą wydechową</b></p>	<p><b>GINA 2022</b>  <b>Global Initiative for Asthma</b></p> <p>Postępowanie w procesie diagnostyki astmy</p> <p>Astma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weryfikacja objawów ze strony układu oddechowego charakterystycznych dla astmy (świszczący oddech, duszność, ucisk w klatce piersiowej lub kaszel itp.).</li> <li>• W przypadku odpowiedzi pozytywnej należy przeprowadzić szczegółowy wywiad z pacjentem oraz zweryfikować wykonane badania diagnostyczne.</li> <li>• W przypadku, kiedy pacjent nie przyjmuje leków na astmę należy wykonać <b>spirometrię lub pomiar szczytowego przepływu wydechowego (PEF) z testem odwracalności</b>.</li> <li>• Jeżeli wyn ki wskazują na astmę, należy wdrożyć leczenie.</li> <li>• Jeżeli spirometria nie jest dostępna lub nie udokumentowano obecności zmiennego ograniczenia przepływu wydechowego, decyzja o dalszym badaniu lub natychmiastowym rozpoczęciu leczenia kontrolującego zależy od pilności klinicznej i dostępu do innych badań.</li> </ul>
	<p><b>ESC/HFA 2021</b>  <b>European Society of Cardiology / Heart Failure Association</b></p> <p>Wytyczne ESC 2021 dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca</p> <p>Ostra i przewlekła niewydolność serca</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Echokardiografia wysiłkowa lub z obciążeniem farmakologicznym</b> może być wykorzystywana do oceny indukowanego niedokrwienia u pacjentów, których uważa się za nadających się do rewaskularyzacji wieńcowej.</li> <li>• Rekomendacja: <b>Spiroergometryczną próbę wysiłkową</b> należy rozważyć w celu wykrycia przyczyny niewyjaśnionej duszności i/lub pogorszenia tolerancji wysiłków fizycznych. (klasa zaleceń: IIA, poziom jakości dowodów: C)</li> </ul> <p><i>Objaśnienia:</i>  <i>Klasa zaleceń:</i> I – Dowody z badań naukowych i/lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg są korzystne, przydatne, skuteczne. Zastosowanie jest zalecane/jest wskazane. II – Sprzeczne dowody z badań naukowych i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/skuteczności danego leczenia lub zabiegu. III – Dowody/opinie przemawiają w większości za przydatnością/skutecznością. Zastosowanie: Należy rozważyć. IIb – Przydatność/skuteczność jest słabiej potwierdzona przez dowody/opinie. Zastosowanie: można rozważyć. III – Dowody z badań naukowych lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg nie są przydatne/skuteczne, a w niektórych przypadkach mogą być szkodliwe. Nie zaleca się.  <i>Poziom jakości dowodów:</i> A – Dane pochodzące z wielu randomizowanych prób klinicznych lub metaanaliz. B – Dane pochodzące z jednej randomizowanej próby klinicznej lub dużych badań nierandomizowanych. C – Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań, badań retrospektywnych.</p>
	<p><b>AOTMiT 2021</b>  <b>Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji</b></p> <p>Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w long COVID/post-COVID ramach POZ</p> <p>long COVID/post-COVID</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonanie badania podmiotowego i przedmiotowego, z <b>EKG i oceną saturacji spoczynkowej</b>.             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Jeżeli stopień nasycenia hemoglobiny tlenem (SpO2) jest <math>\leq 92\%</math> – skierować pacjenta do specjalisty lub szpitala, u pacjenta bez uprzedniej choroby płuc, w przypadkach możliwości zastosowania tlenoterapii domowej można rozważyć pozostawienie w domu z monitorowaniem stanu pacjenta, w tym w szczególności saturacji.</li> <li>– Jeżeli SpO2 <math>&gt;92\%</math> – rozważyć skierowanie pacjenta na <b>rtg klatki piersiowej</b> w projekcji tylnoprzodniej i bocznej lewej, wykonać <b>spirometrię przed i po podaniu leku rozszerzającego oskrzela</b> i badania laboratoryjne (morfologia, elektrolity, kreatynina, D-dimer, <b>NT-proBNP</b>, troponina).</li> </ul> </li> <li>• W zależności od wyniku ww. badań zaleca się <b>konsultację specjalisty, tj. pulmonologa, kardiologa</b> (szczególnie, jeżeli wyn ki nieprawidłowe i/lub objawy występują dłużej niż 3 miesiące).</li> <li>• Jeśli wyn ki badań są prawidłowe, a pacjent odczuwa objawy, należy go skierować na fizjoterapię.</li> <li>• Po wykluczeniu przyczyn somatycznych dolegliwości, można ostrożnie rozważyć tło psychosomatyczne biorąc pod uwagę możliwość przeoczenia istotnej przyczyny somatycznej.</li> </ul>
	<p><b>ERS 2021</b>  <b>European Respiratory Society</b></p> <p>Postępowanie w procesie diagnostyki astmy u dorosłych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonanie <b>spirometrii</b> w celu wykrycia niedrożności dróg oddechowych (<b>Badania spirometryczne</b> powinny być przeprowadzane <b>jako pierwsze w przypadku podejrzenia astmy</b>).</li> <li>• Jeżeli wyn ki sugerują obecność astmy, następnym krokiem powinna być <b>ocena odpowiedzi na leki rozkurczowe w celu potwierdzenia diagnozy</b>.</li> </ul>

Badanie diagnostyczne	Organizacja, rok, tytuł, wskazania	Interwencje
	<p>Astma</p> <p><b>ERS 2021</b> <b>European Respiratory Society</b></p> <p>Postępowanie w procesie diagnostyki oraz monitorowania choroby u dzieci i młodzieży z podejrzeniem lub potwierdzonym rozstrzeniem oskrzeli</p> <p>Rozstrzenie oskrzeli</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeżeli wyniki są prawidłowe, ale objawy nadal sugerują astmę, można przeprowadzić dalsze badania (m.in. pomiar frakcji wydychanego tlenu azotu FeNO, pomiar szczytowego przepływu wydechowego PEFR, prowokacyjne próby spirometryczne) celem potwierdzenia lub wykluczenia astmy.</li> <li>• Wykonanie minimalnego panelu testów obejmującego: <ul style="list-style-type: none"> <li>– tomografię komputerową klatki piersiowej (w celu zdiagnozowania rozstrzenia oskrzeli);</li> <li>– próbę potową;</li> <li>– <b>badanie czynnościowe płuc</b> (u dzieci/młodzieży, które mogą wykonać <b>spirometrię</b>);</li> <li>– pełną morfologię krwi;</li> <li>– testy immunologiczne (całkowite IgG, IgA, IgM, IgE, swoiste przeciwciała przeciwko antygenom szczepionkowym);</li> <li>– bakteriologię dolnych dróg oddechowych.</li> </ul> </li> <li>• U wybranych dzieci/młodzieży z rozstrzeniem oskrzeli ERS sugeruje rozważenie dodatkowych badań, obejmujących pogłębioną ocenę immunologiczną (w konsultacji z immunologiem dziecięcym), diagnostyczną bronchoskopię z analizą płukania oskrzelowo-pęcherzykowego (m krobiologię), testy na aspirację dróg oddechowych, pierwotną dyskinezę rzęsek oraz testy na chorobę refluksową przełyku.</li> </ul>
<b>BNP (NT-pro-BNP)</b>	<p><b>ESC/HFA 2021</b> <b>European Society of Cardiology / Heart Failure Association</b></p> <p>Wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca</p> <p>Przewlekła niewydolność serca</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Badania zalecane u wszystkich pacjentów z podejrzeniem przewlekłej niewydolności serca (klasa zaleceń: I, poziom jakości dowodów: B): <b>BNP (NT-pro-BNP)</b></li> </ul> <p><i>Objaśnienia:</i> <i>Klasa zaleceń:</i> I – Dowody z badań naukowych i/lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg są korzystne, przydatne, skuteczne. Zastosowanie jest zalecane/jest wskazane. II – Sprzeczne dowody z badań naukowych i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/skuteczności danego leczenia lub zabiegu. III – Dowody/opinie przemawiają w większości za przydatnością/skutecznością. Zastosowanie: Należy rozważyć. IIb – Przydatność/skuteczność jest słabiej potwierdzona przez dowody/opinie. Zastosowanie: można rozważyć. III – Dowody z badań naukowych lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg nie są przydatne/skuteczne, a w niektórych przypadkach mogą być szkodliwe. Nie zaleca się. <i>Poziom jakości dowodów:</i> A – Dane pochodzące z wielu randomizowanych prób klinicznych lub metaanaliz. B – Dane pochodzące z jednej randomizowanej próby klinicznej lub dużych badań nierandomizowanych. C – Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań, badań retrospektywnych.</p>
<b>Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG)</b>	<p><b>PTK 2013</b> <b>Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK)</b></p> <p>Wytyczne dotyczące wykonywania długotrwałych rejestracji EKG</p> <p>Zalecane techniki monitorowania EKG oraz wskazania</p> <p><b>ESC 2019</b> <b>European Society of Cardiology</b></p> <p>Grupa Robocza Europejskiego ESC do spraw postępowania w</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zalecane techniki monitorowania EKG w zależności od częstości występowania objawów: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Objawy występujące codziennie: <b>24-h rejestracja EKG metodą Holtera</b>, telemetria wewnątrzszpitalna;</li> <li>– Objawy występujące co 2–3 dni: <b>48–72-h monitorowanie EKG</b>, telemetria.</li> </ul> </li> <li>• Zaleca się <b>całodobowe monitorowanie EKG</b> u pacjentów z bólem w klatce piersiowej i podejrzeniem arytmii (klasa I, poziom C).</li> <li>• Należy rozważyć <b>całodobowe monitorowanie EKG</b>, najlepiej 12-odprowadzeniowe, u pacjentów, u których podejrzewa się dławicę naczynioskurczowa (klasa zaleceń: IIa, poziom jakości dowodów: C).</li> <li>• Nie zaleca się rutynowego całodobowego monitorowania EKG u pacjentów, u których podejrzewa się przewlekły zespół wieńcowy (klasa zaleceń: III, poziom jakości dowodów: C).</li> </ul>

Badanie diagnostyczne	Organizacja, rok, tytuł, wskazania	Interwencje
	<p>przewlekłych zespołach wieńcowych</p> <p>Wytyczne dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych</p> <p>Choroba wieńcowa</p>	<p><u>Objaśnienia:</u></p> <p><u>Klasa zaleceń:</u> I – Dowody z badań naukowych i/lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg są korzystne, przydatne, skuteczne. Zastosowanie jest zalecane/jest wskazane. II – Sprzeczne dowody z badań naukowych i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/skuteczności danego leczenia lub zabiegu. IIIa – Dowody/opinie przemawiają w większości za przydatnością/skutecznością. Zastosowanie: Należy rozważyć. IIIb – Przydatność/skuteczność jest słabiej potwierdzona przez dowody/opinie. Zastosowanie: można rozważyć. IIIc – Dowody z badań naukowych lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg nie są przydatne/skuteczne, a w niektórych przypadkach mogą być szkodliwe. Nie zaleca się.</p> <p><u>Poziom jakości dowodów:</u> A – Dane pochodzące z wielu randomizowanych prób klinicznych lub metaanaliz. B – Dane pochodzące z jednej randomizowanej próby klinicznej lub dużych badań nierandomizowanych. C – Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań, badań retrospektywnych.</p>
<p><b>Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego).</b></p> <p>Wytyczne dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym</p> <p>Nadciśnienie tętnicze</p>	<p><b>ESC/ESH/PTK 2018 European Society of Cardiology / European Society of Hypertension / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego (ABPM)</b> umożliwia wyliczenie średniej z pomiarów ciśnienia tętniczego z określonego okresu, <b>z reguły 24 godzin.</b></li> <li>• Zaleca się rozpoznawanie nadciśnienia tętniczego na podstawie pomiarów <b>poza gabinetem lekarskim</b> za pomocą <b>ABPM i/lub HBPM</b>, pod warunkiem, że pomiary te są dostępne pod względem organizacyjnym i ekonomicznym (<b>IC</b>).</li> <li>• Pomiary poza gabinetem lekarskim (tj. <b>ABPM</b> lub <b>HBPM</b>) są szczególnie zalecane w kilku wskazaniach, takich jak rozpoznawanie nadciśnienia maskowanego i nadciśnienia białego fartucha, ocena efektów leczenia, poszukiwanie potencjalnych przyczyn działań niepożądanych (np. objawowa hipotensja) (<b>IA</b>).</li> <li>• Wskazania kliniczne do wykonywania domowych pomiarów ciśnienia lub całodobowego monitorowania ciśnienia tętniczego: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sytuacje, w których nadciśnienie białego fartucha występuje częściej: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nadciśnienie tętnicze I stopnia w pomiarach w gabinecie lekarskim.</li> <li>• Istotne podwyższenie wartości ciśnienia tętniczego w gabinecie bez HMOD.</li> </ul> </li> <li>– Sytuacje, w których maskowane nadciśnienie tętnicze występuje częściej: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wysokie prawidłowe ciśnienia tętnicze.</li> <li>• Prawidłowe ciśnienia tętniczego w gabinecie lekarskim u osób z HMOD lub wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym.</li> </ul> </li> <li>– Hipotensja ortostatyczna oraz poposiłkowa u leczonych i nieleczonych pacjentów <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocena opornego nadciśnienia tętniczego.</li> <li>• Ocena kontroli ciśnienia tętniczego, szczególnie u pacjentów z grupy wyższego ryzyka.</li> <li>• Wzmoczona reakcja tensyjna na wysiłek fizyczny.</li> </ul> </li> <li>– W razie zwiększonej zmienności ciśnienia tętniczego w gabinecie lekarskim.</li> <li>– Ocena objawów sugerujących hipotensję w czasie leczenia, szczególne wskazania z przewagą ABPM nad HBPM. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocena ciśnienia tętniczego w nocy oraz profilu dobowego ciśnienia tętniczego (np. podejrzenie nocnego nadciśnienia tętniczego, jak np. w bezdechu sennym, przewlekłej chorobie nerek, cukrzycy, nadciśnieniu z przyczyn endokrynologicznych lub dysfunkcji autonomicznej).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><u>Skróty:</u> ABPM – całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego; HBPM – domowy pomiar ciśnienia tętniczego; HMOD – powikłania narządowe związane z nadciśnieniem tętniczym</p>
<p><b>ECHO serca przezklatkowe</b></p>	<p><b>PTK 2017 Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Sekcja Echokardiografii PTK, Sekcja Kardiologicznego Rezonansu Magnetycznego i Tomografii</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Przezklatkowe badanie echokardiologiczne</b> stosuje się jako podstawową metodę oceny morfologii i funkcji serca praktycznie w każdym przypadku podejrzenia patologii układu sercowo-naczyniowego, zarówno u pacjentów w stanie stabilnym, jak i w stanach ostrych.</li> </ul>

Badanie diagnostyczne	Organizacja, rok, tytuł, wskazania	Interwencje
	<p>Komputerowej PTK, Sekcja Kardiologii Nuklearnej PTK</p> <p>Algorytmy nieinwazyjnej diagnostyki obrazowej w kardiologii</p> <p>Ocena morfologii i funkcji serca</p>	
<p><b>EKG wysiłkowe</b></p>	<p><b>ESC 2019</b> <b>European Society of Cardiology</b></p> <p>Wytyczne dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych</p> <p>Choroba wieńcowa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaleca się wykonywanie <b>EKG wysiłkowego</b> u wybranych pacjentów w celu oceny tolerancji wysiłku, objawów, arytmii, odpowiedzi ciśnienia tętniczego i ryzyka zdarzeń (klasa zaleceń: I, poziom jakości dowodów: C).</li> <li>• Można rozważyć <b>test wysiłkowy</b> w celu potwierdzenia lub wykluczenia choroby wieńcowej jako alternatywne postępowanie w razie niedostępności innych nieinwazyjnych lub inwazyjnych metod obrazowania (klasa zaleceń: I b, poziom jakości dowodów: B).</li> <li>• U pacjentów otrzymujących leczenie można rozważyć wykonanie <b>EKG wysiłkowego</b> w celu oceny kontroli objawów i niedokrwienia (klasa zaleceń: IIb, poziom jakości dowodów: C).</li> <li>• <b>Nie zaleca się</b> wykonywania <b>wysiłkowego EKG</b> w diagnostyce pacjentów, u których występuje obniżenie odcinka ST <math>\geq 0,1</math> mV w spoczynkowym EKG a bo którzy są w trakcie leczenia digoksyną (klasa zaleceń: III, poziom jakości dowodów: C).</li> </ul> <p><i>Objaśnienia:</i>  <i>Klasa zaleceń:</i> I – dowody z badań naukowych i/lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg są korzystne, przydatne, skuteczne. Sugestia dotycząca zastosowania: Jest zalecane/jest wskazane; II – Sprzeczne dowody z badań naukowych i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/ skuteczności danego leczenia lub zabiegu: IIa – Dowody/opinie przemawiają w większości za przydatnością/skutecznością. Sugestia dotycząca zastosowania: Należy rozważyć; IIb – Przydatność/skuteczność jest gorzej potwierdzona przez dowody/opinie. Sugestia dotycząca zastosowania: Można rozważyć; III – dowody z badań naukowych lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg nie są przydatne/skuteczne, a w niektórych przypadkach mogą być szkodliwe. Sugestia dotycząca zastosowania: Nie zaleca się.  <i>Poziomy jakości dowodów:</i> A – dane pochodzące z wielu randomizowanych prób klinicznych lub metaanaliz; B – dane pochodzące z jednej randomizowanej próby klinicznej lub dużych badań nierandomizowanych; C - Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań, badań retrospektywnych, rejestrów</p>
<p><b>Oznaczenie stężenia albuminy w moczu</b> <b>Określenie wskaźnika albumina/kreatynina w moczu (UACR)</b></p>	<p><b>PTD 2022</b> <b>Polskie Towarzystwo Diabetologiczne</b></p> <p>Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę</p> <p>Cukrzycowa choroba nerek</p>	<p><b>Prewencja, diagnostyka i leczenie cukrzycowej choroby nerek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Badanie przesiewowe w kierunku zwiększonego wydalania albumin z moczem</b> należy wykonywać <b>raz w roku</b> w przypadku: <ul style="list-style-type: none"> <li>– chorych na cukrzycę typu 1 – od 5. roku trwania choroby;</li> <li>– chorych na cukrzycę typu 2 – od momentu rozpoznania, oraz</li> <li>– u wszystkich chorych na cukrzycę ze współistniejącym nadciśnieniem tętniczym [poziom jakości dowodów: B];</li> </ul> </li> <li>• U chorych na cukrzycę w celu wykrycia lub oceny stopnia zaawansowania cukrzycowej choroby nerek należy określić: <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>wydalanie albuminy z moczem;</b></li> <li>– stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>– szacowaną wartość przesączania kłębuszkowego (eGFR). A buminuria i eGFR stanowią niezależne predyktory ryzyka sercowo-naczyniowego oraz nerkowego u chorych na cukrzycę;</li> </ul> </li> <li>• W celu <b>oceny wydalania albumin z moczem należy określić wskaźnik albumina/kreatynina (ACR)</b> na podstawie wyników ilościowych oznaczeń w jednorazowo pobranej próbce moczu (optymalnie porannego). Do rozpoznania zwiększonego wydalania albumin z moczem upoważnia uzyskanie dwóch dodatkich wyników ACR.</li> <li>• U chorych na cukrzycę <b>stężenie kreatyniny we krwi</b> należy określić przynajmniej raz w roku, niezależnie od wielkości wydalania albuminy z moczem. Stężenie kreatyniny <b>należy wykorzystać do określenia wartości eGFR.</b></li> </ul>



Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Badanie diagnostyczne	Organizacja, rok, tytuł, wskazania	Interwencje
		<p><i>Objaśnienia:</i>  <i>Poziomy jakości dowodów – System klasyfikacji dowodów z badań naukowych przyjęty przez Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne (American Diabetes Association – ADA) w Standardach leczenia cukrzycy:</i></p> <p><i>A Jednoznaczne dowody z właściwie przeprowadzonych randomizowanych, kontrolowanych prób klinicznych o odpowiedniej mocy statystycznej, których wyniki można uogólniać, w tym:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dowody z właściwie przeprowadzonej wielośrodkowej próby klinicznej;</li> <li>• dowody z metaanalizy, której metodologia obejmowała ocenę jakości danych;</li> </ul> <p><i>Przekonujące dowody nieeksperymentalne, tj. reguła „wszystko albo nic” opracowana przez Centre for Evidence-Based Medicine Uniwersytetu w Oksfordzie</i></p> <p><i>Przemawiające dowody z właściwie przeprowadzonych randomizowanych, kontrolowanych prób klinicznych o odpowiedniej mocy statystycznej, w tym:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dowody z właściwie przeprowadzonej, jedno- lub wielośrodkowej próby klinicznej;</li> <li>• dowody z metaanalizy, której metodologia obejmowała ocenę jakości danych</li> </ul> <p><i>B Przemawiające dowody z właściwie przeprowadzonych badań kohortowych, w tym:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dowody z właściwie przeprowadzonego prospektywnego badania kohortowego lub rejestru;</li> <li>• dowody z właściwie przeprowadzonej metaanalizy badań kohortowych;</li> </ul> <p><i>Przemawiające dowody z właściwie przeprowadzonego badania kliniczno-kontrolnego (casecontrol);</i></p> <p><i>C Przemawiające dowody ze słabo kontrolowanych lub niekontrolowanych badań:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dowody z randomizowanych prób klinicznych z <math>\geq 1</math> poważnym lub <math>\geq 3</math> mniejszymi zastrzeżeniami metodologicznymi, które mogłyby unieważnić uzyskane wyniki;</li> <li>• dowody z badań obserwacyjnych z dużym potencjałem błędów (takich jak seria przypadków porównana z historyczną grupą kontrolną);</li> <li>• dowody z serii przypadków lub opisów pojedynczych przypadków;</li> </ul> <p><i>Sprzeczne dowody, które w większości przemawiają za danym zaleceniem;</i></p> <p><i>E Stanowisko ekspertów lub doświadczenie kliniczne</i></p>
	<p><b>NIDDK 2009</b>  <b>National Kidney Disease Education</b></p> <p>Aktualne problemy w pomiarach i raportowaniu wydalania albumin z moczem</p> <p>Ocena a buminurii</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>UACR to stosunek dwóch mierzonych substancji – albuminy i kreatyniny – w moczu.</b>  UACR jest zwykle wyrażany jako mg albuminy/g kreatyniny i szacuje 24-godzinne wydalanie albuminy z moczem. W przeciwieństwie do testu paskowego dla albuminy, na UACR nie mają wpływu zmiany stężenia w moczu. A buminurię rozpoznaje się, gdy UACR przekracza 30 mg/g.</li> <li>• Oznaczenia albuminy i kreatyniny w celu wyliczenia ACR powinny być wykonywane w pierwszej porannej porcji zawierającej głównie moczu wytworzony w godzinach nocnych.</li> <li>• Dla wielu osób albuminuria jest najwcześniejszym objawem przewlekłej choroby nerek. Ponadto wydalanie albuminy z moczem jest wczesnym czynnikiem prognostycznym zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób układu krążenia oraz progresji choroby nerek.</li> </ul>
<p><b>antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)</b></p>	<p><b>CSEM 2020</b>  <b>Canadian Society of Endocrinology and Metabolism</b></p> <p>Zalecenia dot. częstości wykonywania anty-TPO</p> <p>Choroby autoimmunologiczne tarczycy</p> <p><b>NICE 2019</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nie przeprowadza się rutynowych testów na obecność przeciwciał przeciwko peroksydazie tarczycy (anty-TPO).</b></li> </ul> <p>Uzasadnienie: Dodatkowo miana przeciwciał anty-TPO nie są niczym niezwykłym w „normalnej” populacji. Ich obecność w kontekście chorób tarczycy pomaga jedynie wskazać, że patogenezą jest prawdopodobnie autoimmunologiczna. Ponieważ autoimmunizacja tarczycy jest stanem przewlekłym, po zdiagnozowaniu <b>rzadko istnieje potrzeba ponownego pomiaru miana przeciwciał anty-TPO.</b></p> <p>U pacjentek w ciąży w stanie eutyreozy, u których występuje wysokie ryzyko rozwoju choroby tarczycy, przeciwciała anty-TPO mogą wpływać na częstotliwość monitorowania niedoczynności tarczycy w czasie ciąży. Rzadko zdarza się, aby pomiar przeciwciał anty-TPO wpływał na postępowanie z pacjentem.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Badania dla osób z potwierdzoną pierwotną niedoczynnością tarczycy:</li> </ul>

Badanie diagnostyczne	Organizacja, rok, tytuł, wskazania	Interwencje
	<p><b>National Institute for Health and Care Excellence</b></p> <p>Choroba tarczycy: ocena i postępowanie</p> <p>Pierwotna niedoczynność tarczycy</p>	<p>Rozważ <b>oznaczenie przeciwciał przeciwko peroksydazie tarczycowej (anty-TPO)</b> u osób dorosłych ze stężeniem TSH powyżej zakresu referencyjnego.</p> <p>Nie wykonuj ponownego badania <b>anty-TPO</b>, ponieważ zmiany poziomu tego wskaźnika prawdopodobnie nie będą wpływać na decyzje dotyczące leczenia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zalecenia dotyczące badania <b>anty-TPO</b> w jawnej niedoczynności tarczycy mają zastosowanie do subklinicznej niedoczynności tarczycy, ponieważ badanie pomogłoby w podjęciu decyzji o tym, czy należy rozpocząć leczenie.</li> </ul>
<p><b>antyTG (przeciwciała skierowane przeciwko tyreoglobulinie)</b></p>	<p><b>ACB/BTA/BTF 2006</b>  <b>Association for Clinical Biochemistry / British Thyroid Association (BTA) / British Thyroid Foundation (BTF)</b></p> <p>Wytyczne w Wielkiej Brytanii dotyczące testów czynności tarczycy</p> <p>Diagnostyka chorób tarczycy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Przeciwciała przeciwko tyreoglobulinie</b> występują u wielu pacjentów z autoimmunologicznymi zaburzeniami tarczycy; jednak w większości przypadków pomiary <b>anty-TG</b> nie mają dodatkowej wartości w stosunku do pomiaru anty-TPO i nie muszą być wykonywane, jeśli zostały oznaczone anty-TPO (IV).</li> <li>Oznaczenie poziomu <b>anty-TG</b> może być pomocne u pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy (IV). Ze względu na znaczne różnice w czułości testu należy zauważyć, że brak TgAb w jednym teście nie wyklucza całkowicie ich obecności.</li> </ul> <p><i>Sila rekomendacji: Ia – Dowody uzyskane z metaanalizy randomizowanych badań kontrolowanych; Ib – Dowody uzyskane z co najmniej jednego randomizowanego badania z grupą kontrolną; IIa – Dowody uzyskane z co najmniej jednego dobrze zaprojektowanego badania kontrolowanego bez randomizacji; IIb – Dowody uzyskane z co najmniej jednego innego rodzaju dobrze zaprojektowanego badania quasi-eksperymentalnego; III – Dowody uzyskane z dobrze zaprojektowanych nieeksperymentalnych opisowych badań, takie jak badania porównawcze, badania korelacyjne i studia przypadków badania kontrolne; IV – Dowody uzyskane z raportów lub opinii komisji ekspertów i/lub doświadczenie kliniczne szanowanych autorytetów.</i></p>
<p><b>antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)</b></p>	<p><b>ETA 2018</b>  <b>European Thyroid Association</b></p> <p>Wytyczne dotyczące postępowania w nadczynności tarczycy spowodowanej chorobą Gravesa i Basedowa</p> <p>Choroba Gravesa i Basedowa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oznaczenie poziomu <b>anty-TSHR</b> jest czułym i specyficznym narzędziem do szybkiej i dokładnej diagnozy oraz diagnostyki różnicowej nadczynności tarczycy spowodowanej chorobą Gravesa i Basedowa. (Klasa zaleceń: 1, poziom jakości dowodów: +++)</li> </ul> <p><i>Objaśnienia:</i>  <i>Klasa zaleceń: 1 – silne zalecenie; 2 – słaba rekomendacja lub sugestia</i>  <i>Poziom jakości dowodów: +- dowody bardzo niskiej jakości; ++ – niska jakość; +++ – umiarkowana jakość; ++++ – wysoka jakość.</i></p>
<p><b>biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (BAC),                      biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC)</b></p>	<p><b>NICE 2019</b>  <b>National Institute for Health and Care Excellence</b></p> <p>Choroba tarczycy: ocena i postępowanie</p>	<p><b>Diagnostyka u osób z powiększeniem tarczycy, ale z prawidłową funkcją tego narządu</b>                      Badanie powiększenia tarczycy (poniższe zalecenia dotyczą osób dorosłych, dzieci i młodzieży z prawidłową czynnością tarczycy)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Należy wykonać badanie USG w celu zobrazowania wyczuwalnego powiększenia tarczycy lub ogniskowych guzków u dorosłych, dzieci i młodzieży z prawidłową czynnością tarczycy, jeśli podejrzewa się nowotwór złośliwy.</li> <li>Należy rozważyć badanie USG, jeśli czynniki kliniczne sugerują możliwość wystąpienia nowotworu złośliwego.</li> <li>Podjęcie decyzję o <b>wykonaniu aspiracji cienkoigłowej do badań cytologicznych</b>, należy skorzystać z ustalonego systemu oceny obrazu ultrasonograficznego, który uwzględnia:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>– echogeniczność,</li> <li>– m krowzapnienia,</li> <li>– otoczkę (ang. „echo”),</li> <li>– kształt w płaszczyźnie poprzecznej,</li> </ul> </li> </ul>

Badanie diagnostyczne	Organizacja, rok, tytuł, wskazania	Interwencje
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- unaczynienie wewnętrzne,</li> <li>- limfadenopatię.</li> <li>• Raporty z wyników badań USG powinny:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- określić, jaki system oceniania został użyty do oceny,</li> <li>- zawierać informacje czynnych wymienionych w poprzednim zaleceniu (dot. wykonania aspiracji cienkoigłowej do badań cytologicznych),</li> <li>- zapewnić ogólną ocenę złośliwości,</li> <li>- potwierdzić zbadanie płatów tarczycy oraz</li> <li>- udokumentować ocenę węzłów chłonnych szyjnych.</li> </ul> </li> <li>• <b>Podczas wykonywania aspiracji cienkoigłowej należy stosować kontrolę za pomocą USG.</b></li> </ul> <p style="text-align: right;">[AOTMiT 2021]</p>
	<p><b>PTN 2018</b>  <b>Rekomendacje Polskich Towarzystw Naukowych:</b>  <b>Polish Endocrine Society,</b>  <b>Polish Society of Oncology,</b>  <b>Polish Thyroid Association,</b>  <b>Polish Society of Pathologists,</b>  <b>Society of Polish Surgeons,</b>  <b>Polish Society of Surgical Oncology, Polish Society of Clinical Oncology, Polish Society of Radiation Oncology,</b>  <b>Polish Society of Nuclear Medicine, Polish Society of Paediatric Endocrinology,</b>  <b>Polish Society of Paediatric Surgeons, Polish Society of Ultrasonography</b></p> <p>Diagnostyka i leczenie raka tarczycy. Aktualizacja na rok 2018</p> <p>Rak tarczycy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rek. 4. Wskazania do BACC zmiany ogniskowej stanowią:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1. Zmiana ogniskowa o przynajmniej jednym wymiarze <math>\geq 1</math> cm i pozostałych wymiarach <math>\geq 5</math> mm, jeżeli nie ma w tarczycy innych ognisk o wyższym ryzyku złośliwości (...) wymagających biopsji w pierwszej kolejności (SoR: G1; QoE: PolCon 62/62 ATA GL R7 i R8)</li> <li>4.2 Zmiana ogniskowa o największym wymiarze <math>&lt; 1</math> cm w przypadku obecności nasilonych klinicznych lub ultrasonograficznych cech złośliwości, pod warunkiem technicznej możliwości poddania jej wiarygodnej biopsji. (SoR: G1; QoE: PolCon 62/62; ATA GL R8).</li> <li>4.2.1. Można podjąć monitorowanie ultrasonograficzne zmiany ogniskowej o największym wymiarze <math>&lt; 1</math> cm, w badaniach wykonywanych co 3–6 miesięcy, w zależności od ryzyka klinicznego, i BACC wykonać dopiero, jeżeli największy wymiar ogniska osiągnie 1 cm. (SoR: G1; QoE: PolCon 62/62 ATA GL R8)</li> <li>4.3. Zmiana ogniskowa każdej wielkości, jeśli stwierdzono przerzuty raka tarczycy do węzłów chłonnych lub odległe, wysokie stężenie kalcytoniny, lub nosicielstwo mutacji RET predysponującej do raka rdzeniastego – pod warunkiem technicznej możliwości poddania jej wiarygodnej biopsji. (SoR: G1; QoE: PolCon 62/62).</li> </ul> </li> <li>• <b>Rek. 6. Wskazania do BACC po wykryciu ogniska w innych badaniach obrazowych</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>6.1 Ogniska wykryte w tarczycy w badaniu USG wykonanym z innych wskazań (np. badanie dopplerowskie naczyń szyjnych) powinny być kwalifikowane do BACC zgodnie z regułami przedstawionymi w punktach 3, 4 i 5. SoR: G1; QoE: ++ / PolCon 62/62.</li> <li>6.2. Ogniska wykryte w TK lub RM powinny być ocenione w badaniu USG i kwalifikowane do BACC zgodnie z regułami przedstawionymi w punktach 3, 4 i 5. (SoR: G1; QoE: ++).</li> <li>6.3. Ogniska wzmożonego wychwytu glukozy wykryte w PET-TK z użyciem 18F-FDG, powinny być ocenione w badaniu USG i kwalifikowane do BACC zgodnie z regułami przedstawionymi w punktach 3, 4 i 5. Niemniej, wykonanie BACC ogniska, które w PET-TK z użyciem 18F-FDG przedstawia się jako gorące, jest obligatoryjne [15, 16]. (SoR: G1; QoE: +/PolCon 62/62 ATA GL R5).</li> </ul> </li> <li>• <b>Rek. 7. Kiedy można zrezygnować z BACC zmiany ogniskowej tarczycy?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>7.1. W zmianach ogniskowych <math>&lt; 5</math> mm we wszystkich wymiarach, BACC nie jest rutynowo rekomendowana ze względu na niskie ryzyko kliniczne, z wyjątkiem sytuacji opisanej w punkcie 4.3. (SoR: G1; QoE: PolCon 62/62).</li> <li>7.2. W przypadku stwierdzenia torbieli prostej według kryteriów USG. (SoR: G1; QoE: ++; ATA GL R8).</li> <li>7.3. W zmianach wykazujących obraz zwyrodnienia drobnotorbielowatego (gąbczastego) w USG w co najmniej 50% objętości. (SoR: G2; QoE: + / PolCon 62/62; ATA GL R8).</li> <li>7.4. W zmianach ogniskowych, wykazujących w scyntygrafii tarczycy czynność autonomiczną (tzw. guzek „gorący”). (SoR: G2; QoE: ++; ATA GL 22).</li> </ul> </li> <li>• <b>Rek. 9. Przeprowadzenie i technika BACC.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>9.1 Wymaganie monitorowania ultrasonograficznego BACC (SoR: G1; QoE: PolCon 62/62; ATA GL R8 i R10).</li> <li>9.1.1 Dotyczy wszystkich BACC (SoR: G1; QoE: PolCon 62/62; ATA GL R6)</li> </ul> </li> </ul>

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

WS.420.5.2022

Badanie diagnostyczne	Organizacja, rok, tytuł, wskazania	Interwencje
		<p>9.1.2 Dotyczy wszystkich wykrytych zmian ogniskowych, nie jest wymagane przy uogólnionym powiększeniu tarczycy ze współistniejącymi rozlanymi zaburzeniami echostruktury, w którym nie da się wyodrębnić zmian ogniskowych. (SoR: G1; QoE: PolCon 62/62).</p> <p>9.1.3 Monitorowanie BACC jest zawsze wymagane przy powtórzeniu BACC z powodu niediagnostycznego wyniku poprzedniej BACC (SoR: G1; QoE: PolCon 62/62; ATA GL R10).</p> <p><u>Objaśnienia:</u>  <i>Sila zalecenia SoR (Strength of Recommendation):</i>            G1 – Silna rekomendacja (za lub przeciw); dotyczy wszystkich pacjentów w większości sytuacji klinicznych. Stosowanie się do tej rekomendacji jest zdecydowanie korzystne dla pacjenta; G2 – Słaba rekomendacja (za lub przeciw); optymalne postępowanie może różnić się w zależności od sytuacji epidemiologicznej lub wyników badań chorego. Stosowanie się do tej rekomendacji pozostawione jest do decyzji lekarza leczącego.  <i>Jakość danych wspierających zalecenie QoE (Quality of Evidence):</i>            +++ Wysoka jakość danych, otrzymanych na podstawie randomizowanych badań klinicznych (RCT, Randomized Clinical Trial) lub jednoznacznych retrospektywnych badań klinicznych, odnoszących się bezpośrednio do treści rekomendacji; ++ Umiarkowana jakość danych uzyskanych na podstawie badań wykazujących według EBM (evidence based medicine) niedociągnięcia metodologiczne, z których wynikają niejednoznaczne albo pośrednie wnioski; + Niska jakość danych, otrzymanych na podstawie opisów przypadków lub obserwacji klinicznych            PolCon Brak bezpośrednich danych, dokumentujących sytuację polską. Stwierdzenie oparte na konsensusie uzyskanym w czasie dyskusji przez Ekspertów polskich (podajemy liczbę Ekspertów, która poparła przedstawione stwierdzenie)            ATA - numer rekomendacji American Thyroid Association, która ten temat opisuje</p>
<p><b>USG tętnic szyjnych</b></p>	<p><b>ESC/ESH/PTK 2018</b>  <b>European Society of Cardiology / European Society of Hypertension / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne</b></p> <p>Wytyczne ESC/ESH dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym (2018)</p> <p>Nadciśnienie tętnicze</p>	<p>W ocenie zależnych od nadciśnienia powikłań narządowych wytyczne wymieniają badanie ultrasonograficzne w grupie badań szczegółowych wchodzących w skład testów przesiewowych w tym kierunku.</p> <p>Celem badania jest ocena obecności blaszek miażdżycowych lub zwężeń w tętnicach szyjnych, szczególnie u pacjentów z chorobą naczyniowo-mózgową lub chorobą naczyniową w innym obszarze.</p> <p><b>Zalecenia odnoszące się do USG tętnic szyjnych w ocenie klinicznej i poszukiwaniu powikłań narządowych związanych z nadciśnieniem tętniczym:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Można rozważyć w celu rozpoznania bezobjawowych blaszek miażdżycowych lub zwężenia tętnicy szyjnej u pacjentów z udokumentowaną chorobą naczyniową w innym obszarze. (Klasa zaleceń: IIb, poziom jakości dowodów: B)</li> <li>• Można rozważyć pomiar prędkości fali tętna w celu oceny sztywności naczyń (Klasa zaleceń: I b, poziom jakości dowodów: B)</li> </ul> <p><u>Objaśnienia:</u>  <i>Klasa zaleceń:</i> I – dowody z badań naukowych i/lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg są korzystne, przydatne, skuteczne. Sugestia dotycząca zastosowania: Jest zalecane/jest wskazane; II – Sprzeczne dowody z badań naukowych i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/ skuteczności danego leczenia lub zabiegu: IIa – Dowody/opinie przemawiają w większości za przydatnością/skutecznością. Sugestia dotycząca zastosowania: Należy rozważyć; IIb – Przydatność/skuteczność jest gorzej potwierdzona przez dowody/opinie. Sugestia dotycząca zastosowania: Można rozważyć; III – dowody z badań naukowych lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg nie są przydatne/skuteczne, a w niektórych przypadkach mogą być szkodliwe. Sugestia dotycząca zastosowania: Nie zaleca się.  <i>Poziomy jakości dowodów:</i> A – dane pochodzące z wielu randomizowanych prób klinicznych lub metaanaliz; B – dane pochodzące z jednej randomizowanej próby klinicznej lub dużych badań nierandomizowanych; C – Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań, badań retrospektywnych, rejestrów</p>

Badanie diagnostyczne	Organizacja, rok, tytuł, wskazania	Interwencje
	<p><b>ESC/ESVS/PTK 2017</b>  <b>European Society of Cardiology / European Society for Vascular Surgery / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne</b></p> <p>Wytyczne dotyczące rozpoznawania i leczenia chorób tętnic obwodowych w 2017 r.</p> <p>Choroby tętnic obwodowych – miażdżycowa choroba pozaczaszczkowych tętnic szyjnych i kręgowych, tętnic krezkowych, tętnic nerkowych oraz tętnic kończyn górnych i dolnych</p>	<p><b>Choroba tętnic szyjnych – zalecenia dotyczące obrazowania tętnic szyjnych w odcinku zewnątrzczaszkowym:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• W celu oceny rozległości i nasilenia zwężeń tętnic szyjnych w odcinku pozaczaszczkowym zaleca się ultrasonografię podwójną (DUS) (jako metodę obrazowania pierwszego rzutu), angiografię metodą tomografii komputerowej i/lub angiografię rezonansu magnetycznego (Klasa zaleceń: I, poziom jakości dowodów: B)</li> <li>• Kiedy rozważa się stentowanie tętnicy szyjnej, zaleca się, aby po ultrasonografii podwójnej wykonać angiografię rezonansu magnetycznego lub angiografię metodą tomografii komputerowej w celu oceny łuku aorty, a także krążenia zewnątrz i wewnątrzczaszkowego (Klasa zaleceń: I, poziom jakości dowodów: B)</li> <li>• Kiedy rozważa się endarterektomię szyjną, zaleca się, aby ocenę stopnia zwężenia w ultrasonografii podwójnej zweryfikować za pomocą angiografii rezonansu magnetycznego lub angiografii metodą tomografii komputerowej (bądź podczas ponownej ultrasonografii podwójnej wykonanej w referencyjnej pracowni badań układu naczyniowego) (Klasa zaleceń: I, poziom jakości dowodów: B)</li> </ul> <p><u>Objaśnienia:</u>  <i>Klasa zaleceń:</i> I – dowody z badań naukowych i/lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg są korzystne, przydatne, skuteczne. Sugestia dotycząca zastosowania: Jest zalecane/jest wskazane; II – Sprzeczne dowody z badań naukowych i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/ skuteczności danego leczenia lub zabiegu: IIa – Dowody/opinie przemawiają w większości za przydatnością/skutecznością. Sugestia dotycząca zastosowania: Należy rozważyć; IIb – Przydatność/skuteczność jest gorzej potwierdzona przez dowody/opinie. Sugestia dotycząca zastosowania: Można rozważyć; III – dowody z badań naukowych lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg nie są przydatne/skuteczne, a w niektórych przypadkach mogą być szkodliwe. Sugestia dotycząca zastosowania: Nie zaleca się.  <i>Poziomy jakości dowodów:</i> A – dane pochodzące z wielu randomizowanych prób klinicznych lub metaanaliz; B – dane pochodzące z jednej randomizowanej próby klinicznej lub dużych badań nierandomizowanych; C – Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań, badań retrospektywnych, rejestrów  <i>Ultrasonografia podwójna (DUS)</i> jest często pierwszym krokiem w ocenie układu naczyniowego zarówno w celach diagnostycznych, jak i na potrzeby przesiewowej oceny. 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 nasilenia na podstawie kryteriów prędkości przepływu krwi. Nowsze techniki, takie jak obrazowanie przepływu i ultrasonografia trójwymiarowa (3D) w czasie rzeczywistym, a także zastosowanie ultrasonograficznych środków kontrastowych, spowodowały dalsze zwiększenie wartości diagnostycznej DUS, choć ich wykorzystanie jest wciąż ograniczone. Technika DUS można wykrywać subkliniczne zmiany w tętnicach (np. blaszki miażdżycowe w tętnicach szyjnych), co ma znaczenie dla oceny ryzyka CV.</p>
<p><b>USG naczyń kończyn dolnych</b></p>	<p><b>ESVS 2022</b>  <b>European Society for Vascular Surgery</b></p> <p>Wskazówki praktyczne dotyczące postępowania w przewlekłej chorobie żyłnej kończyn dolnych</p> <p>Przewlekła choroba żylna kończyn dolnych</p>	<p><b>Zalecenia odnoszące się do diagnostyki obrazowej w przewlekłej chorobie żyłnej kończyn dolnych:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rek. 3.</b> W celu diagnozowania i planowania leczenia u pacjentów z podejrzeniem lub klinicznie ewidentną przewlekłą chorobą żylną zaleca się jako podstawową metodę obrazowania <b>ultrasonografią dupleksową</b> żył kończyn dolnych. (Klasa zaleceń: I, poziom jakości dowodów: B)</li> <li>• <b>Rek. 4.</b> U chorych z podejrzeniem nadpachwinowej niedrożności żyłnej, oprócz pełnej oceny w <b>USG dupleksowego</b> kończyn dolnych, w ramach wstępnej oceny należy rozważyć wykonanie USG żył brzusznych i miednicy. (Klasa zaleceń: IIa, poziom jakości dowodów: C)</li> <li>• <b>Rek. 5.</b> Gdy rozważa się interwencję u pacjentów z podejrzeniem nadpachwinowej niedrożności żyłnej, oprócz oceny ultrasonograficznej dupleksowej zaleca się przekrojowe obrazowanie za pomocą flebografii rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej. (Klasa zaleceń: I, poziom jakości dowodów: C)</li> <li>• <b>Rek. 6.</b> W przypadku wybranych pacjentów z podejrzeniem nadpachwinowej niedrożności żyłnej, u których przekrojowe obrazowanie diagnostyczne jest niewystarczające lub niedostępne, można rozważyć wykonanie flebografii i/lub ultrasonografii wewnątrzczaszkowej. (Klasa zaleceń: IIb, poziom jakości dowodów: B)</li> <li>• <b>Rek. 7.</b> W przypadku pacjentów z przewlekłą chorobą żylną można rozważyć wykonanie pletyzmografii powietrznej w celu ilościowej oceny refluksu i/lub niedrożności, zwłaszcza gdy wyniki ultrasonografii dupleksowej nie są zgodne z objawami klinicznymi. (Klasa zaleceń: IIb, poziom jakości dowodów: C)</li> </ul> <p><u>Objaśnienia:</u>  <i>Klasa zaleceń (wg ESC):</i> I - Dowody i/lub ogólna zgoda, że dane leczenie lub procedura jest korzystna, użyteczna i skuteczna; II - Sprzeczne dowody i/lub rozbieżność opinii co do przydatności/skuteczności danego leczenia lub procedury; IIa - Ciężar dowodu/opinii przemawia za przydatnością/skutecznością; IIb - Przydatność/skuteczność jest</p>

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

WS.420.5.2022

Badanie diagnostyczne	Organizacja, rok, tytuł, wskazania	Interwencje
		<p>gorzej ugruntowana na podstawie dowodów/opinii; III - Dowody lub ogólna zgoda, że dane leczenie lub procedura nie są przydatne/skuteczne, a w niektórych przypadkach mogą być szkodliwe.</p> <p><i>Poziomy jakości dowodów (wg ESC):</i> A – dane pochodzące z wielu randomizowanych prób klinicznych lub metaanaliz; B – dane pochodzące z jednej randomizowanej próby klinicznej lub dużych badań nierandomizowanych; C - Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań, badań retrospektywnych, rejestrów</p>
	<p><b>ESC/PTK 2017</b>  <b>European Society of Cardiology / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne</b></p> <p>Wytyczne dotyczące rozpoznawania i leczenia chorób tętnic obwodowych, obejmujące miażdżycową chorobę pozaczaskowych tętnic szyjnych i kręgowych, tętnic kręzkowych, tętnic nerkowych oraz tętnic kończyn górnych i dolnych</p> <p>Choroby tętnic obwodowych – miażdżycowa choroba pozaczaskowych tętnic szyjnych i kręgowych, tętnic kręzkowych, tętnic nerkowych oraz tętnic kończyn górnych i dolnych</p>	<p><b>Choroba tętnic kończyn dolnych – zalecenia dotyczące obrazowania u pacjentów z chorobą tętnic kończyn dolnych:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrasonografia podwójna jest wskazana jako metoda obrazowania pierwszego rzutu w celu potwierdzenia zmian związanych z chorobą tętnic kończyn dolnych (Klasa zaleceń: I, poziom jakości dowodów: C)</li> <li>• Ultrasonografia podwójna i/lub angiografia metodą tomografii komputerowej, i/lub angiografia rezonansu magnetycznego są wskazane w celu oceny charakterystyki anatomicznej choroby tętnic kończyn dolnych oraz uzyskania informacji umożliwiających wybór optymalnej strategii rewaskularyzacji (Klasa zaleceń: I, poziom jakości dowodów: C)</li> <li>• Przed podjęciem decyzji o leczeniu dane z badań anatomicznych powinny być zawsze analizowane w połączeniu z objawami klinicznymi i parametrami hemodynamicznymi (Klasa zaleceń: I, poziom jakości dowodów: C)</li> <li>• Należy rozważyć wykorzystanie DUS do przesiewowego wykrywania tętniaków aorty brzusznej (Klasa zaleceń: IIa, poziom jakości dowodów: C)</li> </ul> <p><i>Objaśnienia:</i>  <i>Klasa zaleceń:</i> I – dowody z badań naukowych i/lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg są korzystne, przydatne, skuteczne. Sugestia dotycząca zastosowania: Jest zalecane/jest wskazane; II – Sprzeczne dowody z badań naukowych i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/ skuteczności danego leczenia lub zabiegu; IIa – Dowody/opinie przemawiają w większości za przydatnością/skutecznością. Sugestia dotycząca zastosowania: Należy rozważyć; IIb – Przydatność/skuteczność jest gorzej potwierdzona przez dowody/opinie. Sugestia dotycząca zastosowania: Można rozważyć; III – dowody z badań naukowych lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg nie są przydatne/skuteczne, a w niektórych przypadkach mogą być szkodliwe. Sugestia dotycząca zastosowania: Nie zaleca się.  <i>Poziomy jakości dowodów:</i> A – dane pochodzące z wielu randomizowanych prób klinicznych lub metaanaliz; B – dane pochodzące z jednej randomizowanej próby klinicznej lub dużych badań nierandomizowanych; C - Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań, badań retrospektywnych, rejestrów  <i>Ultrasonografia podwójna (DUS)</i> jest często pierwszym krokiem w ocenie układu naczyniowego zarówno w celach diagnostycznych, jak i na potrzeby przesiewowej oceny. 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 nasilenia na podstawie kryteriów prędkości przepływu krwi. Nowsze techniki, takie jak obrazowanie przepływu i ultrasonografia trójwymiarowa (3D) w czasie rzeczywistym, a także zastosowanie ultrasonograficznych środków kontrastowych, spowodowały dalsze zwiększenie wartości diagnostycznej DUS, choć ich wykorzystanie jest wciąż ograniczone. Technika DUS można wykrywać subkliniczne zmiany w tętnicach (np. blaszki miażdżycowe w tętnicach szyjnych), co ma znaczenie dla oceny ryzyka CV.</p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 4. Wytyczne i rekomendacje w kontekście udzielania porad z zakresu edukacji zdrowotnej oraz dietyki.

Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
<b>Cukrzyca</b>	<p><b>PTD 2022</b>  <b>Polskie Towarzystwo Diabetologiczne</b></p> <p>Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nowoczesne leczenie cukrzycy wymaga przede wszystkim kompetencji do leczenia, monitorowania jego skuteczności oraz prowadzenia edukacji osób z cukrzycą w zakresie uzyskania odpowiedniej wiedzy i motywacji do realizacji zaleceń. Konieczna jest również współpraca lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz lekarzy opieki specjalistycznej ze względu na multidyscyplinarny charakter późnych powikłań cukrzycy i schorzeń współistniejących.</li> <li>• W odniesieniu do prewencji i opróżniania rozwoju cukrzycy typu 2 PTD rekomenduje: <ul style="list-style-type: none"> <li>– aby osoby obciążone wysokim ryzykiem poddać odpowiedniej edukacji na temat roli zasad zdrowego stylu życia w prewencji cukrzycy typu 2 oraz</li> <li>– że osoby stanem przedcukrzycowym powinny otrzymać zalecenia na temat zdrowego stylu życia – (dot. redukcji masy ciała u osób z nadwagą, aktywności fizycznej oraz stosowania odpowiedniej diety).</li> </ul> </li> <li>• W odniesieniu do monitorowania glikemii PTD zaleca:</li> </ul>

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzono, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Przeszkolenie pacjentów w zakresie obsługi glukometru, interpretacji wyników i dalszego postępowania w celu prawidłowego prowadzenia samokontroli glikemii.</li> <li>– Należy pamiętać o ciągłej edukacji osób z cukrzycą, a także o okresowej ocenie poprawności techniki wykonywania samodzielnych pomiarów, ich wyników oraz wpływu na podejmowane decyzje terapeutyczne.</li> <li>• Terapia behawioralna: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wg PTD wszystkie osoby z cukrzycą powinny być edukowane w zakresie ogólnych zasad prawidłowego żywienia w cukrzycy przez osoby do tego uprawnione (lekarz, dietetyk, pielęgniarka diabetologiczna, edukator diabetologiczny) z wykorzystaniem różnych metod i technik, w tym także telemedycyny. Szczegółowe zalecenia dietetyczne powinny być indywidualizowane w zależności od potrzeb i możliwości pacjenta.</li> <li>– Kluczowym elementem edukacji dietetycznej osób z cukrzycą typu 1 powinno być szkolenie w zakresie rozpoznawania i szacowania zawartości węglowodanów w posiłku dla optymalizacji dawkowania insuliny. Osoby z cukrzycą typu 2 powinny być edukowane w zakresie kontroli wielkości porcji oraz udziału węglowodanów w poszczególnych posiłkach i całej diecie</li> <li>– Wysiłek fizyczny – ze względu na wielokierunkowe korzyści – jest integralną częścią prawidłowego, kompleksowego postępowania w leczeniu cukrzycy. W celu uzyskania optymalnego efektu wysiłek fizyczny powinien być regularny, podejmowany co najmniej co 2–3 dni, jednak najlepiej codziennie. Osoby z cukrzycą powinny ograniczać czas spędzony bez przerw w pozycji siedzącej.</li> </ul> </li> <li>• Edukacja terapeutyczna: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Edukacja jest podstawą skutecznej opieki nad osobami z cukrzycą oraz skutecznej prewencji cukrzycy. Wszystkie osoby z cukrzycą i ich opiekunowie powinni uczestniczyć w edukacji diabetologicznej w celu pozyskania wiedzy i umiejętności z zakresu samoopieki w cukrzycy oraz wsparcia we wdrożeniu i utrzymywaniu ciągłej samokontroli.</li> <li>– Podstawowymi zadaniami edukacji diabetologicznej są skuteczna samoopieka, poprawa wyrównania metabolicznego oraz jakości życia, a także wsparcie dla osoby z cukrzycą/jego opiekunów. Skuteczność edukacji indywidualnej i zespołowej oraz jej programy podlegają systematycznemu monitorowaniu, ocenie i metodycznemu doskonaleniu.</li> <li>– Wspólne i jednolite stanowisko diabetologicznego zespołu wielospecjalistycznego wpływa korzystnie na kontrolę metaboliczną i aspekt psychologiczny leczenia.</li> <li>– Wszystkie osoby z cukrzycą i ich opiekunowie mają zapewniony dostęp do zinstytucjonalizowanej edukacji.</li> <li>– Edukację powinny prowadzić odpowiednio przeszkolone osoby (lekarze, edukatorzy diabetologiczni, pielęgniarki, dietetycy). W edukacji powinni brać również udział członkowie zespołu terapeutycznego, reprezentujący różne zawody medyczne.</li> </ul> </li> <li>• Ramowy program edukacyjny powinien zawierać: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wsparcie dotyczące zaakceptowania choroby, wzmacniania motywacji do leczenia i zdolności samostanowienia.</li> <li>– Ustalanie i ocenianie indywidualnych celów terapeutycznych uwzględniających przebieg choroby, rokowanie, zalecane leczenie oraz personalną i społeczną sytuację życiową osoby z cukrzycą.</li> <li>– Podstawowe wiadomości na temat choroby i jej leczenia.</li> <li>– Naukę technik samodzielnego, mierzenia stężenia glukozy we krwi za pomocą glukometru i/lub systemów ciągłego monitorowania stężenia glukozy (CGM), prowadzenie dzienniczka samokontroli, także wirtualnego/elektronicznego, oznaczanie stężenia ciał ketonowych we krwi i w moczu, pomiaru ciśnienia tętniczego itp. oraz postępowania w sytuacjach nagłych.</li> <li>– Szkolenie technik podskórnego podawania insuliny i innych leków.</li> <li>– Informacje dla osób leczonych za pomocą osobistej pompy insulinowej: zalety i wady oraz wskazania i przeciwwskazania do terapii pompowej, rodzaje i dobór urządzenia, zasady programowania i modyfikacji wlewu podstawowego, czasowej zmiany wlewu podstawowego itp.</li> <li>– Informacje dotyczące prawidłowego stosowania niezależnych i zintegrowanych z pompą insulinową systemów ciągłego monitorowania glikemii.</li> </ul> </li> </ul>

Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wiadomości dotyczące rozpoznawania i leczenia pow kłań ostrych oraz przewlekłych a także czynników ich ryzyka oraz sposobów zapobiegania.</li> <li>– Zasady zdrowego odżywiania się i jego roli w leczeniu.</li> <li>– Wiadomości o wpływie aktywności fizycznych na stężenie glukozy we krwi.</li> <li>– Naukę postępowania w sytuacjach szczególnych np. w podróży.</li> <li>– Prawa socjalne osób chorych na cukrzycę.</li> <li>– Zasady korzystania z opieki zdrowotnej (częstość wizyt, badań kontrolnych, przejście z pediatrycznej opieki diabetologicznej pod opiekę dla dorosłych), optymalne stosowanie się do zaleceń lekarskich.</li> <li>– Omówienie znaczenia problemów psychologicznych oraz znaczenia szczepień profilaktycznych dla chorego z cukrzycą.</li> </ul>
<p><b>Otyłość</b></p>	<p><b>PTOL 2022</b>  <b>Polskie Towarzystwo</b>  <b>Leczenia Otyłości</b></p> <p>Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022</p>	<p>W wytycznych omówiono zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w otyłości. Wytyczne nie opisują w sposób zwarty kształtu lub programu ani porady edukacyjnej, ani dietetycznej. Przedstawiają natomiast elementy z tego zakresu, które należy uwzględnić w tego typu poradach.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaktyka pierwotna otyłości – zalecenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>– obejmuje wszystkie działania mające na celu zapobieganie przyrostowi masy ciała i rozwojowi otyłości, w szczególności działania z zakresu polityki zdrowotnej i ochrony zdrowia.</li> <li>– zasadne wydaje się wdrażanie profilaktyki pierwotnej na poziomie całej populacji ze względu na częste występowanie otyłości.</li> <li>– Lekarze powinni doradzać kobietom w ciąży, by nie przekraczały w tym okresie zalecanego przyrostu masy ciała, gdyż zwiększa to prawdopodobieństwo utrzymania nadmiernej masy ciała w okresie poporodowym.</li> <li>– Postępowanie behawioralne, właściwa dieta i aktywność fizyczna mogą się przyczynić do ograniczenia nadmiernego przyrostu masy ciała w trakcie ciąży oraz w okresie poporodowym.</li> <li>– Należy informować pacjentów, że zaprzestanie palenia tytoniu jest korzystne dla układu sercowo-naczyniowego, ale może się wiązać z przyrostem masy ciała, któremu należy przeciwdziałać. Jako uzupełnienie programów antynikotynowych powinno się zalecać wprowadzanie zdrowych nawyków związanych ze stylem życia, w szczególności dotyczących sposobu odżywiania się i podejmowania aktywności fizycznej, ale też higieny snu oraz sposobów radzenia sobie z nadmiernym stresem.</li> <li>– Każdego pacjenta, u którego doszło do nieplanowanego i stosunkowo szybkiego ubytku masy ciała mimo niepodjęcia starań w tym kierunku, należy w pierwszej kolejności ocenić pod kątem występowania cukrzycy lub choroby nowotworowej.</li> <li>– Z ryzykiem przyrostu masy ciała wiąże się – w różnym stopniu – stosowanie niektórych leków: przeciwpsychotycznych, przeciwdepresyjnych, przeciwcukrzycowych i kortykosteroidów. W ramach profilaktyki pierwotnej nadwagi i otyłości lekarze powinni, w miarę możliwości, dobrać farmakoterapię z uwzględnieniem wśród jej skutków ubocznych ryzyka przyrostu masy ciała.</li> <li>– W okresie menopauzy zwiększa się ryzyko przyrostu tkanki tłuszczowej i może się nasilać tempo przyrostu masy ciała. Pomimo korzystnego wpływu hormonalnej terapii menopauzalnej na dystrybucję tkanki tłuszczowej nie powinno się jej zalecać w leczeniu otyłości brzusznej.</li> <li>– Analiza profilaktyki otyłości u młodych dorosłych obejmuje głównie badania oceniające możliwości uzyskania utraty lub utrzymania masy ciała. Do celów tych prowadzą głównie interwencje z zakresu odżywiania, aktywności fizycznej, strategii zmian behawioralnych, programy oparte na technologii i programy edukacyjne.</li> </ul> </li> <li>• Profilaktyka wtórna otyłości: <ul style="list-style-type: none"> <li>– obejmuje badania przesiewowe i zapobieganie dalszemu przyrostowi masy ciała u osób chorujących na otyłość – dotyczy osób, u których nie rozwinęły się jeszcze istotne powikłania i nie występują związane z otyłością ograniczenia funkcjonowania.</li> <li>– Działania profilaktyczne są skierowane na zapobieganie przyrostowi masy ciała i zapobieganie rozwojowi powikłań otyłości.</li> <li>– Jedną z kluczowych kwestii w profilaktyce otyłości jest regularne monitorowanie i wczesne rozpoznanie nadmiernej masy ciała.</li> </ul> </li> </ul>



Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ważne jest prowadzenie w POZ regularnej oceny masy ciała pacjentów, najlepiej w ramach profilaktyki pierwotnej, co pozwala wcześniej zareagować na zwiększenie masy ciała i uświadomić pacjentowi możliwe problemy zdrowotne związane z jej dalszym przyrostem już na etapie nadwagi.</li> <li>- Rozpoznanie nadwagi lub otyłości wymaga przeprowadzenia badań pod kątem chorób współistniejących (głównych powikłań otyłości), ponieważ mogą one długo przebiegać bezobjawowo, oraz udzielenia pacjentowi wskazówek ułatwiających powrót do prawidłowej masy ciała. Kontrolę masy ciała należy zaplanować indywidualnie we współpracy z pacjentem.</li> <li>- U osób z nadwagą lekarz powinien inicjować rozmowę na temat niekorzystnego wpływu nadmiernej masy ciała na zdrowie, nawet jeśli u pacjenta nie doszło (jeszcze) do rozwoju otyłości ani jej powikłań.</li> <li>- U chorych, u których występuje otyłość, lekarz powinien poszukiwać jej przyczyn i rozważyć podjęcie dopasowanych do sytuacji działań, w tym zalecenia leczenia żywieniowego i określonych form aktywności fizycznej oraz skierowania pacjenta do dietetyka lub ośrodka leczenia otyłości.</li> <li>- Zmiana nawyków związanych ze stylem życia na prozdrowotne powinna się odbywać przy wsparciu dietetyka, fizjoterapeuty i w razie potrzeby również psychologa.</li> <li>• Określanie celów leczenia otyłości:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Podstawowe cele leczenia otyłości dotyczą zapobiegania rozwojowi związanych z nią chorób (powikłań) lub łagodzenia ich przebiegu.</li> <li>- Uzyskiwana w leczeniu otyłości utrata masy ciała przekłada się na bezpośrednie korzyści zdrowotne oraz jakość życia chorych, a także przyczynia się do poprawy odległego rokowania.</li> <li>- Zrealizowanie klinicznego celu leczenia otyłości, czyli określone w punktach procentowych zmniejszenie wyjściowej masy ciała, pozwala osiągać cel terapeutyczny, czyli poprawę stanu zdrowia, co jest podstawowym celem leczenia chorych na otyłość.</li> </ul> </li> <li>• Zasady leczenia żywieniowego chorych na otyłość:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Podstawą leczenia żywieniowego otyłości jest ograniczenie kaloryczności diety. Niewskazane są jednak diety wprowadzające nadmierne restrykcje kaloryczne lub niezrównoważone pod względem zawartości składników odżywczych.</li> <li>- Zalecenia dietetyczne w leczeniu otyłości powinny być dla pacjenta zrozumiałe i możliwe do realizacji, a leczenie powinno być skuteczne i bezpieczne.</li> <li>- Należy zachęcać pacjentów do podjęcia zindywidualizowanej terapii dietetycznej prowadzonej przez wykwalifikowanego dietetyka, szczególnie jeśli wcześniejsze próby modyfikacji diety okazywały się nieskuteczne.</li> <li>- Dodatkowe interwencje polegające na modyfikacji nawyków żywieniowych i innych prozdrowotnych zmianach stylu życia zwiększają szanse na długoterminowe utrzymanie zmniejszonej masy ciała.</li> <li>- Za optymalną dla większości pacjentów w pierwszym etapie leczenia uważa się redukcję 5–10% początkowej masy ciała w ciągu 3–6 miesięcy. Uzyskanie tego celu i utrzymanie zmniejszonej masy ciała przynosi istotne korzyści zdrowotne.</li> </ul> </li> <li>• Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Osobom z nadwagą i otyłością, podobnie jak wszystkim dorosłym, zaleca się regularną aktywność fizyczną (<math>\geq 30</math>–60 min wysiłku wytrzymałościowego <math>\geq 5</math> <math>\times</math>/tydz.), gdyż jest ona istotna dla utrzymania dobrego stanu zdrowia.</li> <li>- Zaleca się także przeprowadzanie <math>\geq 2</math> <math>\times</math>/tydz. treningu siłowego obejmującego wszystkie grupy mięśniowe, co sprzyja utrzymaniu beztłuszczowej masy ciała i poprawie mobilności, a podczas redukcji masy ciała zapobiega utracie tkanki mięśniowej.</li> <li>- Aktywność fizyczna poprawia bilans energetyczny organizmu i zaleca się ją wszystkim osobom z nadwagą lub otyłością w celu przyspieszenia redukcji masy ciała i zmniejszenia tkanki tłuszczowej, zwłaszcza trzewnej oraz tłuszczu ektopowego (np. tłuszcz wątrobowy i sercowy), do czego dochodzi nawet bez widocznego zmniejszenia masy ciała.</li> <li>- Trening interwałowy o wysokiej intensywności może prowadzić do zwiększenia wydolności krążeniowo-oddechowej i skrócić czas potrzebny do osiągnięcia podobnych korzyści jak podczas ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności.</li> </ul> </li> </ul>

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Regularne podejmowanie aktywności fizycznej przez dorosłych z nadwagą lub otyłością może sprzyjać nie tylko redukcji masy ciała, ale też zmniejszeniu ryzyka wystąpienia wielu chorób przewlekłych.</li> <li>• Postępowanie psychologiczne: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Czynniki psychologiczne mogą odgrywać istotną rolę zarówno w powstawaniu i przebiegu otyłości, jak i w jej leczeniu.</li> <li>– Chorych na otyłość, szczególnie tych, którzy nie osiągają zamierzonych celów leczenia albo mogą potrzebować wsparcia lub zmotywowania do wprowadzenia prozdrowotnych zmian w stylu życia, powinno się, w miarę możliwości, obejmować opieką psychologiczną.</li> <li>– U chorych kwalifikowanych do chirurgicznego leczenia otyłości należy przeprowadzić specjalistyczną diagnozę psychologiczną.</li> <li>– Oddziaływanie psychologiczne motywuje pacjenta do leczenia i dlatego powinno być elementem każdej wizyty chorego na otyłość w gabinecie lekarskim.</li> </ul> </li> <li>• Interwencje z zakresu zmiany stylu życia – możliwe działania lekarza POZ w chwili obecnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>– przekazanie ogólnodostępnych materiałów edukacyjnych w formie drukowanej – szczególnie przydatna może się okazać przejrzysta infografika „Zalecenia zdrowego żywienia” (znana też jako „Talerz zdrowego żywienia”) przygotowana przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH);</li> <li>– przekazanie ogólnodostępnych materiałów edukacyjnych w formie elektronicznej dotyczących zdrowego odżywiania – np. przykładowe diety: <a href="http://diety.nfz.gov.pl">http://diety.nfz.gov.pl</a>;</li> <li>– proponowanie skorzystania z aplikacji wspierających zdrowy styl życia (warto przygotować krótką listę przykładowych narzędzi): podliczających kalorie i wartości odżywcze posiłków; monitorujących aktywność fizyczną;</li> <li>– zachęcając do skorzystania ze wsparcia dietetyka – konsultacje są dostępne jedynie poza systemem POZ, ale można zaproponować pacjentowi zarejestrowanie się w prowadzonym pod auspicjami Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej NIZP-PZH serwisie Centrum Dietetyczne Online i zapisanie się na bezpłatną konsultację z dietetykiem (a w razie potrzeby także z psychodietetykiem lub specjalistą ds. aktywności fizycznej);</li> <li>– zachęcając do podjęcia regularnych spacerów, o stopniowo zwiększanej intensywności, dostosowanej do możliwości chorego i monitorowanej za pomocą krokomierza (aplikacja w telefonie), lub do innych preferowanych form aktywności.</li> <li>– rekomenduje się, by lekarz POZ przeprowadzał w tej grupie pacjentów wstępną diagnostykę w tym kierunku i w razie potrzeby kierował pacjenta do psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>EASO 2015</b>  <b>European Association for the Study of Obesity</b></p> <p>Europejskie wytyczne dotyczące leczenia otyłości u dorosłych</p>	<p>W wytycznych omówiono zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w otyłości osób dorosłych. Wytyczne nie opisują w sposób zwarty kształtu lub programu ani porady edukacyjnej, ani dietetycznej. Przedstawiają natomiast elementy z tego zakresu, które należy uwzględnić w tego typu poradach.</p> <p><b>Kompleksowe zarządzanie otyłością obejmuje w kontekście edukacji i dietyki m.in. następujące zalecenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cele leczenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Odpowiednie cele dotyczące kontroli masy ciała podkreślają realistyczną utratę masy ciała w celu zmniejszenia ryzyka dla zdrowia i powinny obejmować promowanie utraty masy ciała, utrzymanie i zapobieganie przyrostowi masy ciała (Klasa zaleceń: RBP).</li> <li>– Zarządzanie i leczenie otyłości mają szersze cele niż sama utrata masy ciała i obejmują zmniejszenie ryzyka i poprawę stanu zdrowia. Znaczące korzyści kliniczne można osiągnąć nawet przy niewielkiej utracie masy ciała (tj. 5–10% początkowej masy ciała) i zmianie stylu życia (poprawa zawartości składników odżywczych w diecie oraz niewielki wzrost aktywności fizycznej i sprawności) (poziom jakości dowodów: 1).</li> <li>– Leczenie otyłości może zmniejszyć potrzebę leczenia chorób współistniejących za pomocą leków (Poziom jakości dowodów: 1, klasa zaleceń: A).</li> <li>– Cele dotyczące utraty masy ciała powinny być realistyczne, zindywidualizowane i ukierunkowane na dłuższą metę (Klasa zaleceń: RBP).</li> </ul> </li> </ul>

Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konieczna jest obserwacja i stały nadzór, aby zapobiec odzyskaniu masy ciała (poziom jakości dowodów: 2) oraz monitorować ryzyko choroby i leczyć choroby współistniejące (np. cukrzyca typu 2, choroba sercowo-naczyniowa) (Klasa zaleceń: RBP).</li> <li>• Zalecenia dotyczące odżywiania i diety:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zalecenia ogólne (Poziom jakości dowodów: 3, 4): zmniejszenie gęstości energetycznej potraw i napojów; zmniejszenie wielkości porcji jedzenia; unikanie podjadania między posiłkami; nieopuszczanie śniadania i unikanie jedzenia w nocy; zarządzanie i ograniczanie epizodów utraty kontroli lub objadania się.</li> <li>- Zalecenia szczegółowe:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ przepisanie diety o obniżonej wartości energetycznej może wymagać interwencji dietetyka (Klasa zaleceń: RBP),</li> <li>▪ nacisk położony na proporcje makroskładników w różnych dietach (niskotłuszczowa, niskowęglowodanowa, wysokobiałkowa itp.) nie okazał się lepszy niż zbilansowana dieta niskokaloryczna, z wyjątkiem diet o niskim obciążeniu glikemicznym (zawartość węglowodanów w diecie × indeks glikemiczny) w krótkim okresie (Poziom jakości dowodów: 1),</li> <li>▪ dla otyłej siedzącej kobiety z BMI 32 kg/m<sup>2</sup> i szacowanym dziennym spożyciem 2100 kcal (8800 kJ) właściwa byłaby dieta 1400–1600 kcal (6000–7000 kJ) (Poziom jakości dowodów: 2),</li> <li>▪ diety zastępujące posiłek (oryg. meal replacement diets) (zastąpienie jednej lub dwóch dziennych porcji posiłków dietami bardzo niskokalorycznymi) mogą przyczynić się do uzyskania dobrze zbilansowanej pod względem odżywczym diety i utrzymania utraty wagi (Poziom jakości dowodów: 2),</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rozważając zobowiązania czasowe i korzyści zdrowotne, wydaje się, że trening aerobowy jest optymalnym sposobem ćwiczeń w celu zmniejszenia masy tłuszczowej i masy ciała, podczas gdy program obejmujący trening oporowy jest potrzebny do zwiększenia beztłuszczowej masy ciała u osób w średnim wieku i z nadwagą/otyłością (Poziom jakości dowodów: 1, klasa zaleceń: B);</li> <li>- Wszystkie wytyczne naukowe zalecają, aby co najmniej 150 minut tygodniowo umiarkowanych ćwiczeń aerobowych (takich jak szybki marsz) było połączone z trzema cotygodniowymi sesjami ćwiczeń oporowych w celu zwiększenia siły mięśni (Poziom jakości dowodów: 2, klasa zaleceń: B);</li> <li>- Zwiększenie aktywności fizycznej zmniejsza ilość tłuszczu w jamie brzusznej i zwiększa beztłuszczową masę (mięśniową i kostną) (Poziom jakości dowodów: 2), jednocześnie łagodzi spadek spoczynkowego wydatku energetycznego (Poziom jakości dowodów: 2) wywołany utratą masy ciała, obniża ciśnienie krwi, poprawia tolerancję glukozy, wrażliwość na insulinę, profil lipidowy i sprawność fizyczną (Poziom jakości dowodów: 1), poprawia przestrzeganie reżimu żywieniowego, pozytywnie wpływa na długoterminowe utrzymanie wagi (Poziom jakości dowodów: 2), poprawia samopoczucie i samoocenę (Poziom jakości dowodów: 2) oraz zmniejsza lęk i depresję (Poziom jakości dowodów: 2).</li> <li>- Dalszymi celami powinno być ograniczenie zachowań siedzących (np. oglądanie telewizji i korzystanie z komputera) oraz zwiększenie codziennych czynności (np. chodzenie lub jazda na rowerze zamiast korzystania z samochodu, wchodzenie po schodach zamiast korzystania z windy). Pacjentom należy doradzać i pomagać w podejmowaniu (lub zwiększaniu) aktywności fizycznej (Poziom jakości dowodów: 2, klasa zaleceń: B);</li> <li>- Porady dotyczące ćwiczeń muszą być dostosowane do możliwości i stanu zdrowia pacjenta oraz koncentrować się na stopniowym wzroście do poziomów, które są bezpieczne (Klasa zaleceń: RBP).</li> </ul> </li> <li>• Zalecenia dotyczące terapii poznawczo-behawioralnej:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elementy terapii poznawczo-behawioralnej powinny stanowić część rutynowego postępowania dietetycznego lub, jako ustrukturyzowany program, stanowić podstawę interwencji specjalistycznej (Klasa zaleceń: B);</li> <li>- Można zapewnić elementy terapii poznawczo-behawioralnej nie tylko przez zarejestrowanych psychologów, ale także przez innych przeszkolonych pracowników służby zdrowia, takich jak lekarze, dietetycy, fizjodolży lub psychiatry (Klasa zaleceń: RBP).</li> </ul> </li> </ul>

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzono, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zalecenia dotyczące wsparcia psychologicznego:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lekarze powinni rozpoznać, gdzie kwestie psychologiczne lub psychiatryczne przeszkadzają w skutecznym leczeniu otyłości, np. depresja. Wsparcie psychologiczne i/lub leczenie będzie wówczas stanowić integralną część zarządzania chorobą; w szczególnych przypadkach (lęk, depresja i stres) może być wskazane skierowanie do specjalisty. Grupy samopomocy i wsparcie grupy leczącej otyłość mogą być przydatne w tej sytuacji (Klasa zaleceń: RBP).</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Objaśnienia:</i>  <i>Poziomy jakości dowodów:</i> 1: 1++ – wysokiej jakości metaanalizy, systematyczne przeglądy RCT lub RCT z bardzo niskim ryzykiem błędu systematycznego; 1+ – dobrze przeprowadzone metaanalizy, przeglądy systematyczne RCT lub RCT z niskim ryzykiem błędu systematycznego; 1-- Metaanalizy, przeglądy systematyczne RCT lub RCT o wysokim ryzyku błędu systematycznego; 2: 2++ – wysokiej jakości systematyczne przeglądy kliniczno-kontrolne lub kohortowe lub badania; 2+ – wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub badania kohortowe o bardzo niskim ryzyku pomylenia, stronniczości lub przypadku i wysokim prawdopodobieństwem, że związek jest przypadkowy; 2- – dobrze przeprowadzone badania typu case control lub badania kohortowe o niskim ryzyku pomylenia, stronniczości lub przypadku i umiarkowanym prawdopodobieństwie, że związek jest przypadkowy; 3 – badania nieanalityczne, m.in. opisy przypadków, serie przypadków; 4 – opinie ekspertów</p> <p><i>Klasa zaleceń:</i> A – co najmniej jedna metaanaliza, przegląd systematyczny lub RCT ocenione na 1++ i mające bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej; lub systematyczny przegląd RCT lub zbiór dowodów składający się głównie z badań ocenionych na 1+, mających bezpośrednie zastosowanie do populacji docelowej i wykazujące ogólną spójność wyników; B – zbiór dowodów obejmujący badania ocenione na 2++, bezpośrednio stosowane do populacji docelowej i wykazujące ogólną spójność wyników; lub ekstrapolowane dowody z badań ocenionych na 1++ lub 1+; C – zbiór dowodów obejmujący badania ocenione jako 2+, bezpośrednio stosowane do populacji docelowej i wykazujące ogólną spójność wyników; lub ekstrapolowane dowody z badań ocenionych na 2++; D – dowód poziomu 3 lub 4; lub ekstrapolowane dowody z badań ocenionych na 2+</p> <p><i>Punkty dobrej praktyki:</i> RBP – zaleca najlepszą praktykę w oparciu o doświadczenie kliniczne grupy opracowującej wytyczne</p>
<p><b>Prewencja chorób układu sercowo naczyniowego</b></p>	<p><b>ESC/PTK 2021 Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne</b></p> <p>Wytyczne dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej</p>	<p>Wytyczne w sposób szczegółowy omawiają poszczególne składowe modyfikacji stylu życia wpływające na poprawę profilu lipidowego osocza, w podziale na: sposób żywienia, masę ciała i aktywność fizyczną, spożycie tłuszczów, spożycie węglowodanów i błonnika, spożycie alkoholu, palenie tytoniu oraz rolę suplementów diety i żywności funkcjonalnej.</p> <p>Wytyczne nie opisują w sposób zwarty kształtu lub programu ani porady edukacyjnej, ani dietetycznej.</p> <p><b>Czynniki ryzyka oraz interwencje na poziomie indywidualnym</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Optymalizacja postępowania w zakresie ryzyka sercowo-naczyniowego</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lekarz powinien zapewnić spersonalizowaną prezentację wytycznych w celu poprawy zrozumienia, zachęcenia do zmiany stylu życia oraz wspierania stosowania się pacjenta do farmakoterapii;</li> <li>– Strategie komunikacji, takie jak motywująca rozmowa, są uważane za użyteczne. Sesje konsultacyjne mogą obejmować członka rodziny lub przyjaciela, szczególnie w przypadku osób starszych;</li> </ul> </li> </ul> <p>Zasada OARS (Open-ended questions, Affirmation, Reflective listening, and Summarizing; pytania otwarte, docenianie, refleksyjne słuchanie oraz podsumowywanie) pomaga pacjentom w prezentowaniu swoich spostrzeżeń, a klinicystom w podsumowywaniu;</p> <p>Zasada SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Timely; specyficzne, mierzalne, osiągalne, realistyczne, w odpowiednim czasie) może pomóc ustalić cele dla zmian behawioralnych;</p> <p>Zaleca się wielodyscyplinarne podejście behawioralne łączące wiedzę i umiejętności różnych opiekunów;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lekarze powinni brać pod uwagę niestosowanie się do zaleceń u każdego pacjenta oraz dopytać o te kwestie, stroniąc od osadzania pacjenta;</li> <li>– Aplikacje mobilne mogą poprawiać stosowanie się do leczenia farmakologicznego oraz zmian behawioralnych;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Optymalizacja stylu życia</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktywność fizyczna obniża ryzyko wielu niekorzystnych zdarzeń klinicznych oraz czynników ryzyka niezależnie od wieku i płci.</li> <li>– Aktywność fizyczna wymaga indywidualnego podejścia w zakresie oceny oraz zaleceń, tj. częstotliwości, intensywności, czasu trwania, typu oraz progresji.</li> <li>– Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej:</li> </ul> </li> </ul>

Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zaleca się, by osoby dorosłe niezależnie od wieku dążyły do co najmniej 150–300 minut tygodniowo aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub 75–150 minut tygodniowo aerobowej aktywności fizycznej o dużej intensywności lub ich równoważnej kombinacji, w celu zredukowania śmiertelności niezależnie od przyczyny, śmiertelności sercowo-naczyniowej oraz chorobowości (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: A),</li> <li>▪ Zaleca się, by osoby dorosłe, które nie są w stanie wykonać 150 minut tygodniowo aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności, pozostawały na tyle aktywne, na ile pozwalają ich możliwości oraz stan zdrowia (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: B),</li> <li>▪ Zaleca się redukcję czasu spędzanego w pozycji siedzącej i podjęcie co najmniej lekkiej aktywności w ciągu dnia w celu redukcji śmiertelności z każdej przyczyny, śmiertelności sercowo-naczyniowej oraz chorobowości (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: B),</li> <li>▪ Zaleca się, by poza aktywnością aerobowa podejmować ćwiczenia oporowe w ciągu co najmniej dwóch dni w tygodniu w celu redukcji śmiertelności niezależnie od przyczyny (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: B),</li> <li>▪ Należy rozważyć interwencje w zakresie stylu życia, takie jak edukacja grupowa lub indywidualna, techniki zmian zachowania, poradnictwo telefoniczne oraz stosowanie ubieranych urządzeń śledzących aktywność w celu zwiększenia udziału w aktywności fizycznej (klasa zaleceń: IIa; poziom jakości dowodów: B);</li> <li>– Zalecenia dotyczące odżywiania i alkoholu:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zdrowa dieta jest zalecana jako podstawa prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego u wszystkich osób (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: A)</li> <li>▪ Zaleca się, by stosować dietę śródziemnomorską lub inną podobną dietę w celu redukcji ryzyka CVD (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: A)</li> <li>▪ Zaleca się, by zastąpić tłuszcze nasycone tłuszczami nienasyconymi w celu redukcji ryzyka CVD (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: A)</li> <li>▪ Zaleca się redukcję spożycia soli w celu obniżenia ciśnienia tętniczego krwi oraz ryzyka CVD (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: A)</li> <li>▪ Zaleca się wybór stylu odżywiania opartego na roślinach, bogatego w błonnik, np. produkty pełnoziarniste, owoce, warzywa, rośliny strączkowe oraz orzechy (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: B)</li> <li>▪ Zaleca się ograniczenie spożycia alkoholu do maksimum 100 g/tydzień (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: B)</li> <li>▪ Zaleca się spożywanie ryb, optymalnie tłustych, co najmniej raz na tydzień oraz ograniczenie spożycia (przetworzonego) mięsa (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: B)</li> <li>▪ Zaleca się ograniczenie spożycia cukrów wolnych, w szczególności napojów słodzonych, do maksimum 10% spożycia energii (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: B)</li> </ul> </li> <li>– Cechy zdrowej diety:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wzorzec dietetyczny oparty bardziej na pokarmach roślinnych niż zwierzęcych,</li> <li>▪ Nasycone kwasy tłuszczowe powinny stanowić &lt;10% spożycia energii i zostać zastąpione przez wielonienasycone kwasy tłuszczowe, jednonienasycone kwasy tłuszczowe oraz węglowodany z produktów pełnoziarnistych,</li> <li>▪ Ilość kwasów nienasyconych trans w diecie powinna być minimalizowana, przy braku ich spożycia z produktów przetworzonych,</li> <li>▪ &lt;5 g całkowitego spożycia soli na dzień,</li> <li>▪ 30–45 g błonnika na dzień, optymalnie z produktów pełnoziarnistych,</li> <li>▪ ≥200 g owoców na dzień (≥2–3 porcje),</li> <li>▪ ≥200 g warzyw na dzień (≥2–3 porcje),</li> <li>▪ Spożycie mięsa czerwonego powinno zostać zredukowane do maksimum 350–500 g na tydzień, szczególnie ograniczać należy mięso przetworzone,</li> <li>▪ Zaleca się spożywanie ryb 1–2 razy/tydzień, w szczególności ryb tłustych,</li> <li>▪ 30 g niesolonych orzechów na dzień,</li> </ul> </li> </ul>

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzono, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spożycie alkoholu należy ograniczać do maksimum 100 g/tydzień,</li> <li>▪ Napoje słodzone, w tym soki owocowe oraz słodkie napoje gazowane i niegazowane, powinny być unikane;</li> <li>– Zalecenia dotyczące masy ciała: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zaleca się, by osoby otyłe i z nadwagą dążyły do redukcji masy ciała w celu zmniejszenia BP, dyslipidemii oraz ryzyka cukrzycy typu 2, jak również w celu poprawy profilu ryzyka choroby sercowo-naczyniowej (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: A),</li> <li>▪ Podczas gdy istnieje szereg diet skutecznie obniżających masę ciała, zaleca się utrzymywanie zdrowej diety w odniesieniu do ryzyka choroby sercowo-naczyniowej (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: A),</li> <li>▪ Należy rozważyć zabieg bariatryczny u otyłych pacjentów wysokiego ryzyka, gdy zmiany stylu życia nie skutkują w utrzymującej się redukcji masy ciała (klasa zaleceń: IIa; poziom jakości dowodów: B);</li> </ul> </li> <li>– Zalecenia dotyczące zdrowia psychicznego oraz interwencji psychospołecznych na poziomie indywidualnym: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi wymagają intensywnej uwagi oraz wsparcia w celu poprawy stosowania się do zmian stylu życia oraz farmakoterapii (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: C),</li> <li>▪ U pacjentów z ASCVD z zaburzeniami psychicznymi zaleca się stosowanie opieki psychicznej opartej na danych naukowych oraz współpracy interdyscyplinarnej (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: B),</li> <li>▪ U pacjentów z ASCVD podlegających stresowi należy rozważyć skierowanie na psychoterapeutyczne leczenie stresu w celu poprawy wyników leczenia CV oraz zredukowania objawów stresu (klasa zaleceń: IIa; poziom jakości dowodów: B),</li> <li>▪ Pacjenci z chorobą wieńcową oraz umiarkowana do ciężkiej depresja powinni być rozważani jako kandydaci do leczenia przeciwdepresyjnego za pomocą selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny (klasa zaleceń: IIa; poziom jakości dowodów: B),</li> <li>▪ U pacjentów z niewydolnością serca i ciężką depresją nie zaleca się stosowania inhibitorów wychwytu serotoniny i noradrenaliny; selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny oraz trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych (klasa zaleceń: IIa; poziom jakości dowodów: B);</li> </ul> </li> <li>– Zalecenia dotyczące strategii interwencji w aspekcie palenia tytoniu: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Należy zaprzestać palenia tytoniu, ponieważ jest silnie i niezależnie związane z chorobą sercowo-naczyniową związaną z miażdżycą (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: A),</li> <li>▪ U palaczy tytoniu należy rozważyć oferowanie wsparcia w obserwacji lekarskiej, nikotynowej terapii zastępczej, warenikliny oraz bupropionu w monoterapii lub w połączeniu (klasa zaleceń: IIa; poziom jakości dowodów: A),</li> <li>▪ Zaprzestanie palenia tytoniu jest zalecane niezależnie od wzrostu masy ciała, ponieważ wzrost masy ciała nie obniża korzyści z zaprzestania palenia tytoniu w zakresie choroby sercowo-naczyniowej związanej z miażdżycą (klasa zaleceń: I; poziom jakości dowodów: B).</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Objaśnienia:</i>  <i>Klasa zaleceń:</i> I – dowody z badań naukowych i/lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg są korzystne, przydatne, skuteczne. Sugestia dotycząca zastosowania: Jest zalecane/jest wskazane; II – Sprzeczne dowody z badań naukowych i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/ skuteczności danego leczenia lub zabiegu; IIa – Dowody/opinie przemawiają w większości za przydatnością/skutecznością. Sugestia dotycząca zastosowania: Należy rozważyć; IIb – Przydatność/skuteczność jest gorzej potwierdzona przez dowody/opinie. Sugestia dotycząca zastosowania: Można rozważyć; III – dowody z badań naukowych lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg nie są przydatne/skuteczne, a w niektórych przypadkach mogą być szkodliwe. Sugestia dotycząca zastosowania: Nie zaleca się.  <i>Poziomy jakości dowodów:</i> A – dane pochodzące z wielu randomizowanych prób klinicznych lub metaanaliz; B – dane pochodzące z jednej randomizowanej próby klinicznej lub dużych badań nierandomizowanych; C – Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań, badań retrospektywnych, rejestrów</p>
Zaburzenia lipidowe	ESC/EAS/PTK 2016 Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne / Europejskie Towarzystwo Miażdżycowe / Polskie	<p>Wytyczne w sposób szczegółowy omawiają poszczególne składowe modyfikacji stylu życia wpływające na poprawę profilu lipidowego osocza, w podziale na: sposób żywienia, masę ciała i aktywność fizyczną, spożycie tłuszczów, spożycie węglowodanów i błonnika, spożycie alkoholu, palenie tytoniu oraz rolę suplementów diety i żywności funkcjonalnej.</p> <p>Wytyczne nie opisują w sposób zwarty kształtu lub programu ani porady edukacyjnej, ani dietetycznej.</p>

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
	<p><b>Towarzystwo Kardiologiczne</b></p> <p>Wytyczne dotyczące leczenia zaburzeń lipidowych</p>	<p><b>Podsumowanie interwencji dotyczących stylu życia i zdrowych wyborów żywieniowych w celu zmniejszenia całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zalecenia żywieniowe powinny zawsze uwzględniać miejscowe zwyczaje, jednak należy propagować zainteresowanie zdrowymi wyborami żywieniowymi innych kultur.</li> <li>• Należy spożywać różnorodne produkty. Spożycie energii powinno być dostosowane do jej wydatkowania w celu zapobiegania nadwadze i otyłości.</li> <li>• Należy zachęcać do spożywania owoców, warzyw, roślin strączkowych, orzechów, pełnoziarnistych produktów zbożowych oraz ryb (zwłaszcza tłustych).</li> <li>• Produkty o dużej zawartości tłuszczów trans lub nasyconych (twarde margaryny, oleje tropikalne, tłuste lub przetworzone mięsa, słodczyce, śmietana, masło, pełnotłuste sery powinny być zastępowane zalecanymi produktami wymienionymi wyżej, a także tłuszczami jednonienasyconymi (oliwa z pierwszego tłoczenia) i wielonienasyconymi (nietropikalne oleje roślinne) w celu zmniejszenia spożycia tłuszczów trans do &lt; 1,0% łącznej wartości energetycznej pożywienia, a spożycia tłuszczów nasyconych do &lt; 10% łącznej wartości energetycznej pożywienia (&lt; 7% w przypadku dużego stężenia cholesterolu w osoczu).</li> <li>• Spożycie soli kuchennej powinno być ograniczone do &lt; 5 g dziennie poprzez unikanie jej stosowania przy stole i ograniczanie użycia podczas gotowania, a także poprzez wybieranie świeżych lub mrożonych niesolonych produktów; wiele produktów przetworzonych i gotowych, w tym pieczywo, zawiera dużo soli.</li> <li>• Osobom, które piją napoje alkoholowe, należy doradzać ograniczenie ich spożycia (do &lt; 10 g/d. u kobiet i &lt; 20 g/d. u mężczyzn), a pacjenci z hipertriglicydemią powinni powstrzymać się od spożywania alkoholu.</li> <li>• Spożycie napojów i produktów z dodatkiem cukrów, zwłaszcza słodzonych napojów gazowanych, należy ograniczać, szczególnie u osób z nadwagą, hipertriglicydemią, zespołem metabolicznym lub cukrzycą.</li> <li>• Należy zachęcać do aktywności fizycznej, a celem powinny być systematyczne wysiłki fizyczne przez ≥ 30 min każdego dnia.</li> <li>• Należy unikać stosowania produktów tytoniowych i ekspozycji na nie.</li> </ul> <p><b>Cele terapeutyczne i wartości docelowe w prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bez ekspozycji na tytoń w jakiegokolwiek postaci</li> <li>• Zdrowa dieta o małej zawartości tłuszczów, z naciskiem na spożycie produktów pełnoziarnistych, warzyw, owoców i ryb</li> <li>• 2,5–5 h umiarkowanej intensywności aktywności fizycznej tygodniowo lub 30–60 min w większość dni</li> <li>• BMI 20–25 kg/m<sup>2</sup>, obwód pasa &lt; 94 cm (mężczyźni), &lt; 80 cm (kobiety)</li> <li>• Ciśnienie tętnicze: &lt; 140/90 mm Hg</li> <li>• Parametry lipidowe – głównym celem terapeutycznym jest stężenie LDL-Cb: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Grupa bardzo dużego ryzyka: LDL-C &lt; 1,8 mmol/l (70 mg/dl) lub zmniejszenie o ≥ 50%, jeżeli wartość początkowa wynosi 1,8–3,5 mmol/l (70–135 mg/dl)</li> <li>– Grupa dużego ryzyka: LDL-C &lt; 2,6 mmol/l (100 mg/dl) lub zmniejszenie o ≥ 50%, jeżeli wartość początkowa wynosi 2,6–5,2 mmol/l (100–200 mg/dl)</li> <li>– Grupa małego lub umiarkowanego ryzyka: LDL-C &lt; 3,0 mmol/l (115 mg/dl)</li> </ul> </li> <li>Stężenie nie-HDL-C: dodatkowe cele terapeutyczne w grupach bardzo dużego, dużego i umiarkowanego ryzyka wynoszą odpowiednio &lt; 2,6 mmol/l (100 mg/dl), &lt; 3,4 mmol/l (130 mg/dl) i &lt; 3,8 mmol/l (145 mg/dl)</li> <li>Stężenie HDL-C: nie jest celem terapeutycznym, ale stężenie &gt; 1,0 mmol/l (40 mg/dl) u mężczyzn i &gt; 1,2 mmol/l (48 mg/dl) u kobiet wskazuje na mniejsze ryzyko</li> <li>Stężenie trójglicerydów: nie jest celem terapeutycznym, ale stężenie &lt; 1,7 mmol/l (150 mg/dl) wskazuje na mniejsze ryzyko, a większe stężenie wskazuje na potrzebę zwrócenia uwagi na inne czynniki ryzyka</li> <li>• Cukrzyca: stężenie HbA1c &lt; 7% (&lt; 53 mmol/mol)</li> </ul>

Jednostka chorobowa	Organizacja, rok, tytuł	Rekomendacje w kontekście porad edukacyjnych oraz dietetycznych
		<p><b>Wprowadzanie i utrzymywanie zdrowych zmian stylu życia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podstawami kardiologii prewencyjnej są: niepalenie tytoniu, zdrowy sposób odżywiania się oraz aktywność fizyczna, ponieważ te elementy stylu życia wywierają korzystny wpływ na ryzyko sercowo-naczyniowe, w tym również poprzez modyfikację profilu lipidowego. Zdrowe nawyki w zakresie stylu życia zwiększają jednocześnie skuteczność farmakoterapii i zmniejszają zapotrzebowanie na leki.</li> <li>• Ułatwianie pacjentom zmian nawyków w zakresie stylu życia na zdrowsze jest najskuteczniejsze poprzez korzystanie z formalnych programów opieki prewencyjnej, być może ze względu na intensywne monitorowanie oraz zaangażowanie specjalistów z różnych dyscyplin, które zapewniają takie programy.</li> <li>• Zaleca się wszechstronne podejście ukierunkowane na pacjenta i rodzinę w jednym miejscu i warunkach sprawowania opieki zdrowotnej zamiast oddziaływania na pojedyncze czynniki ryzyka za pomocą więcej niż jednej interwencji, które są realizowane w różnych miejscach. Niezbędne jest również wykorzystywanie doświadczenia ekspertów z różnych dyscyplin dotyczącego rzucania palenia, diety, aktywności fizycznej oraz psychologii wysiłku i zdrowia, niezależnie od tego, czy tacy eksperci wchodzi w bezpośrednie interakcje z pacjentami jako członkowie zespołu terapeutycznego, czy też ich wiedzę wykorzystuje się do szkolenia lekarzy i pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami.</li> <li>• Wskazówki ułatwiające wprowadzenie zmian stylu życia przez pacjentów:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ocenic motywację i wykryć ambiwalencję pacjenta. Rozważyć argumenty za i przeciw zmianie, ocenić oraz wzmacniać w pacjencie poczucie własnej skuteczności i pewności siebie, unkać „błędnych kół” w rozumowaniu</li> <li>– Zaoferować wsparcie i nawiązać współpracę z pacjentem i jego rodziną</li> <li>– Zaangażować partnera pacjenta, innych domowników lub opiekuna pacjenta, którzy mogą wywierać wpływ na styl życia pacjenta</li> <li>– Podczas omawiania zmian zachowania posłużyć się metodą OARS [O – pytania otwarte (open-ended questions); A – afirmacja (affirmation); R – słuchanie refleksyjne (reflective listening); S – podsumowywanie (summarizing).</li> <li>– Dostosowywać poradnictwo do indywidualnych uwarunkowań kulturowych, zwyczajów i sytuacji pacjenta</li> <li>– Wyznaczać cele wg schematu SMART – negocjować cele zmian, które są szczegółowe (S – specific), wymierne (M – measurable), możliwe do osiągnięcia (A – achievable), realistyczne (R – realistic) oraz ujęte we właściwej perspektywie czasowej (T – timely). Oceniać realizację celów i odnotowywać postępy w formie udostępnianej pacjentowi.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Priorytety przekazywania informacji podczas edukacji pacjentów</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trzeba wiedzieć i zrobić.</b> Na przykład ważne informacje na temat rozpoznania, głównego leczenia oraz sposobu przyjmowania przepisanych leków;</li> <li>• <b>Dobrze jest wiedzieć i zrobić.</b> Informacje, które można przekazać, ale można również poczekać z tym do drugiej wizyty;</li> <li>• <b>Niekoniecznie teraz, można zrobić później.</b> Na przykład wykorzystanie ulotek, broszur lub źródeł informacji dostępnych w Internecie w celu przekazania danych na temat dodatkowych możliwych świadczeń.</li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT



## Podsumowanie

W odniesieniu do przeanalizowanych wytycznych stwierdzono, iż wnioskowany w zleceniu Ministra Zdrowia zakres badań diagnostycznych stanowi niezbędny komponent diagnostyczny w wielu chorobach przewlekłych, zatem będzie w sposób spójny uzupełniał podstawowy pakiet badań diagnostycznych już dostępnych na poziomie POZ.

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 anty-TPO. Rzadko zdarza się, aby pomiar przeciwciał anty-TPO wpływał na postępowanie z pacjentem (CSEM 2020);
  - anty-TG – wytyczne wskazują na brak dodatkowej wartości diagnostycznej w stosunku do pomiaru anty-TPO, mimo iż obecność przeciwciała anty-TG występuje u wielu pacjentów z autoimmunologicznymi zaburzeniami tarczycy (ACB/BTA/BTF 2006);
  - anty-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);
  - wskaźnik 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);
  - 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 SpO<sub>2</sub> >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 pozaczaszkowych tętnic szyjnych i kręgowych (ESC/ESVS/PTK 2017);
  - USG Doppler naczyń kończyn dolnych – wytyczne zalecają ultrasonografię dupleksową<sup>6</sup> 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 podwójna<sup>7</sup> 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 to badanie do oceny tolerancji wysiłku, objawów, arytmii, odpowiedzi ciśnienia tętniczego i ryzyka zdarzeń u wybranych pacjentów, oraz

<sup>6</sup> Podwójne obrazowanie (duplex scan) z zastosowaniem kolorowego doplera jest to połączenie obrazowania w prezentacji B z badaniem dopplerowskim metodą impulsową (Interna Szczeklika 2018).

<sup>7</sup> 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 nasilenia na podstawie kryteriów prędkości przepływu krwi.

- 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,
- 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 zależy 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 wymagającym 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  $SpO_2 > 92\%$  (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,

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

## 4.5. Aktualny stan realizacji i finansowania ocenianych świadczeń

Wnioskowane badania diagnostyczne oraz porady i konsultacje specjalistyczne nie są obecnie finansowane ze środków publicznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem badania diagnostycznego:

**Spirometria** (kod świadczenia wg NFZ dla komunikatu XML typu ZBPOZ: 1002000001<sup>8</sup>), które jest aktualnie finansowane w ramach rocznej stawki kapitałowej.

W odniesieniu do konsultacji u lekarza specjalisty, są one obecnie finansowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przy czym przyjęcie pacjenta na leczenie odbywa się w oparciu o skierowanie wydawane przez lekarza POZ. Skierowanie nie jest potrzebne do następujących lekarzy specjalistów: ginekologa i położnika, onkologa, psychiatry, wenerologa i dentystry.

#### 4.5.1. Podstawowa opieka zdrowotna

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej** określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych na poziomie POZ świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie: badania diagnostyczne, określone w części IV (ok. 70 badań diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej) oraz w części IVa (8 badań diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nie obrazowej, przeznaczonych do realizacji w ramach budżetu powierzonego) załącznika nr 1 do rozporządzenia, a także leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze.

Do świadczeń gwarantowanych, finansowanych obecnie w ramach budżetu powierzonego, zgodnie z art. 159 ust. 2b pkt 1 *ustawy o świadczeniach*, należą:

1. Badania biochemiczne i immunochemiczne:

- |                  |  |
|------------------|--|
| 1) ferrytyna;    | 5) CRP – szybki test ilościowy (dzieci do ukończenia 6. roku życia); |
| 2) witamina B12; | 6) przeciwciała anty-HCV;  |
| 3) kwas foliowy; |  |
| 4) anty-CCP;     |  |

2. Badania kału – antygen *H. pylori* w kale.

3. Badania mikrobiologiczne – Strep-test.

**Badania laboratoryjne i diagnostyczne obecne w POZ.** Lekarz POZ ma możliwość zlecenia pacjentowi badań diagnostycznych ujętych w części IV i IVa załącznika nr 1 do rozporządzenia. Wykaz badań diagnostycznych pozostających w kompetencji lekarza POZ obejmuje świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Badania ujęte w wykazie w większości nie zostały okodowane (brak kodu procedury wg klasyfikacji ICD-9-CM).

Weryfikacja wykazu świadczeń dostępnych w POZ w kontekście wnioskowanych świadczeń diagnostycznych wykazała, iż **spirometria** (poz. 10) jest już objęta rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy również zwrócić uwagę, iż badanie albuminy dostępne w ramach POZ dotyczy oznaczenia w surowicy krwi, a nie w moczu. Wykaz procedur medycznych wg ICD-9 zawiera kod: I09 dla oznaczenia albuminy bez dookreślenia materiału biologicznego, z którego wykonywane jest oznaczenie, w związku z czym należy przyjąć, iż jest on ten sam dla badania wykonywanego w moczu jak i surowicy krwi.

**Świadczenia gwarantowane lekarza POZ.** Według ustawy o POZ obejmują one:

- 1) poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;

<sup>8</sup> Załącznik Nr 23 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. – Wykaz badań diagnostycznych obowiązujący dla realizacji umowy o udzielanie świadczeń lekarza POZ wraz z ich okodowaniem dla celów sprawozdawczości.

Objaśnienia: <sup>1</sup> Wykaz badań uwzględniony w niniejszym załączniku zgodny jest z wykazem zawartym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 540 z późn. zm.). Nie należy sprawozdawać badań dostarczonych lekarzowi POZ przez pacjenta w przypadku ich zrealizowania przez innego świadczeniodawcę lub samego pacjenta. Wykonanie badań, należy sprawozdawać komunikatem XML typu ZBPOZ w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po zakończeniu półroczu.

- 2) poradę lekarską udzielaną w domu świadczeniobiorcy w przypadkach uzasadnionych medycznie;
- 3) świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
- 4) poradę patronażową;
- 5) badania bilansowe, w tym badania przesiewowe;
- 6) świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej;
- 7) szczepienia ochronne realizowane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Zgodnie z RMZ z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2019.2335)<sup>9</sup> lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, m.in.:

- w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy:
  - prowadzi edukację zdrowotną;
- w zakresie działań mających na celu rozpoznawanie chorób:
  - planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy
  - informuje świadczeniobiorcę o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazuje podmioty właściwe do jego przeprowadzenia;
  - przeprowadza badanie podmiotowe świadczeniobiorcy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
  - przeprowadza badanie przedmiotowe z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej;
  - wykonuje testy lub zleca wykonanie badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych lub obrazowych;
  - wystawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, jeżeli stwierdzi podejrzenie nowotworu złośliwego;
  - kieruje świadczeniobiorcę do świadczeniodawców udzielających ambulatoryjnych lub stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy uzna to za konieczne;
  - dokonuje interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców;
  - orzeka o stanie zdrowia świadczeniobiorcy po uprzednim, osobistym jego zbadaniu lub zbadaniu za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.
- w zakresie działań mających na celu leczenie chorób:
  - planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
  - planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą działania edukacyjne mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie stanu będącego przyczyną choroby świadczeniobiorcy;
  - zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne;
  - wykonuje lub zleca wykonanie zabiegów;
  - kieruje świadczeniobiorcę do innych świadczeniodawców, w celu wykonania zabiegów;
  - kieruje świadczeniobiorcę do innych świadczeniodawców, w tym udzielających ambulatoryjnych lub stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w celu dalszego leczenia;
  - kieruje do pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej;
  - kieruje do leczenia uzdrowiskowego;
  - orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki;
  - wydaje zaświadczenia i orzeczenia lekarskie, zgodnie z odpowiednimi przepisami;
  - wystawia receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne;

<sup>9</sup> <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zakres-zadan-lekarza-podstawowej-opieki-zdrowotnej-pielęgniarki-18919093> (data dostępu: 08.08.2022 r.)

- o integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innych świadczeniodawców w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

**Świadczenie pielęgniarskie:** „porada pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej” jest osobnym świadczeniem wymienionym w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021, poz. 540 z późn. zm.) i obejmuje m.in. profilaktykę chorób i promocję zdrowia, w ramach której do obowiązków pielęgniarki POZ należy:

- przeprowadzenie wywiadu w celu zdefiniowania problemów zdrowotnych oraz ocenę stopnia przygotowania świadczeniobiorcy do samokontroli i samoopieki;
- wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę;
- wykonanie badania fizykalnego;
- ustalenie indywidualnych celów terapeutycznych;
- opracowanie planu edukacji zdrowotnej;
- przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi, w tym edukację dotyczącą przyjmowania leków i suplementów diety;
- naukę technik samodzielnej obserwacji;
- ocenę postępów i ustalenie planu reedukacji (przy kolejnych wizytach);
- udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich.

**Program profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK).** Program ten jest realizowany w ramach POZ i skierowany jest do pacjentów w wieku od 35 do 65 lat, u których dotychczas nie rozpoznano choroby układu krążenia oraz którzy nie korzystali w ciągu ostatnich 5 lat z badań w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK), również u innego świadczeniodawcy. W ramach ChUK lekarz POZ lub pielęgniarka POZ mogą ustalać plan dalszego postępowania, jak również prowadzić edukację zdrowotną pacjenta w zakresie ustalonym w planie dalszego postępowania.

Program jest realizowany przez lekarza lub pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. **Wszystkie poradnie podstawowej opieki zdrowotnej mają obowiązek realizacji programu.** Świadczenia w ramach programu udzielane są bez skierowania, przez lekarza POZ, do którego ubezpieczony jest zadeklarowany zgodnie z Zarządzeniem Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. RMZ POZ nie definiuje szczegółów dotyczących programu edukacji zdrowotnej u pacjentów objętych tym programem.

[RMZ POZ poz. 1355 2022, Pacjent.gov.pl – ChUK 2022]

**Koordynacja opieki w poradni POZ.** Podstawowym aktem prawnym określającym zasady koordynacji opieki w poradni POZ jest ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej (dalej: ustawa o POZ). Ustawa ta określa, iż:

- opieka nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia odbywa się w sposób koordynowany i polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń obejmujących wszystkie etapy ich realizacji, z możliwością wykorzystania systemów teleinformatycznych, komunikacji elektronicznej lub usług telekomunikacyjnych;
- w ramach koordynacji opieki członkowie zespołu POZ (lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ) współpracują z osobami udzielającymi świadczeniobiorcy świadczeń specjalistycznych. W zakres tej współpracy zalicza się udzielanie porad, przekazywanie informacji oraz podejmowanie wspólnych działań w celu min. profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób.

Ustawa o POZ określa również ramy koordynacji oraz funkcję i zakres obowiązków koordynatora:

- w ramach koordynacji świadczeniodawca jest zobowiązany do zapewnienia: profilaktycznej opieki zdrowotnej dostosowanej do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką, oraz badań diagnostycznych i konsultacji

specjalistycznych, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach<sup>10</sup>.

- koordynator jest osobą wyznaczoną przez świadczeniodawcę, do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę powyższy zapis przepisy nie wymagają, by koordynatorem była osoba nowo zatrudniona, zatem funkcja koordynatora może być sprawowana przez wcześniej zatrudnioną w przychodni osobę (lekarza, pielęgniarkę itp.).

**Finansowanie świadczeń realizowanych w ramach POZ.** Szczegółowe zasady finansowania świadczeń realizowanych w ramach POZ reguluje wydawane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 159 ust. 2b pkt 1–3 ustawy o świadczeniach zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. (z późn. zm.) w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Dla celów rozliczania udzielonych świadczeń w zakresie POZ stosuje się:

- kapitacyjną stawkę roczną – dla świadczeń udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarki, położnej, jednostki transportu sanitarnego oraz koordynacji opieki. W przypadku świadczeń lekarza POZ, stawka kapitacyjna obejmuje kwotę przeznaczoną na pokrycie kosztów:
  - profilaktycznej opieki zdrowotnej dostosowanej do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką, oraz
  - badań diagnostycznych zapewnianych przez lekarza POZ w procesie udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy;
- wartość jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia, ryczałtu lub przewozu) – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę”.

Wartości stawek kapitacyjnych obowiązujących w POZ dla lekarza, pielęgniarki oraz położnej przedstawiono w poniższej tabeli.

**Tabela 5. Wartości aktualnie obowiązujących rocznych stawek kapitacyjnych w POZ dla: lekarza, pielęgniarki, położnej oraz transportu sanitarnego.**

Rodzaj świadczenia	Wysokość rocznej stawki kapitacyjnej (zł)
Świadczenie lekarza POZ	191,88
Świadczenia lekarza POZ – w przypadku posiadania certyfikatu akredytacyjnego	193,80
Świadczenie pielęgniarki POZ	47,04
Świadczenia pielęgniarki POZ – certyf kat akredytacji	47,28
Świadczenie położnej POZ	31,08
Świadczenia położnej POZ – certyfikat akredytacji	31,32

*Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. Zał. nr 1 do Zarządzenia nr 96/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna*

Stawki kapitacyjne dla lekarza POZ oraz pielęgniarki POZ korygowane są z zastosowaniem współczynników, których wartość zależy m.in. grupy wiekowej, posiadania przez pacjenta choroby przewlekłej, czy bycia podopiecznym domu pomocy społecznej, placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej. Szczegółowe informacje dotyczące tych współczynników zestawiono w poniższych tabelach.

<sup>10</sup> Art. 31d. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

1) poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33 i art. 41, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1;

2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

**Tabela 6. Wartości współczynnika korygującego dla świadczenia lekarza POZ.**

Wartość współczynnika korygującego dla świadczenia lekarza POZ w przypadku:	1) osoby w wieku do 6. r.ż.	2,7
	2) osoby w wieku od 7. do 19. r.ż.	1,2
	3) osoby w wieku od 20. do 39. r.ż.	1
	4) osoby niewymienionej w pkt 8*, w wieku od 40. do 65. r.ż.	1,34
	5) osoby niewymienionej w pkt 8*, w wieku od 66. do 75. r.ż.	2,7
	6) osoby niewymienionej w pkt 8*, w wieku powyżej 75. r.ż.	3,1
	7) podopiecznego domu pomocy społecznej, zwanego dalej „DPS” lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej	3,1
	8) w przypadku osoby z chorobami przewlekłymi, o których mowa w ust. 9**	3,2

*Objaśnienia:* \* - 8) w przypadku osoby z chorobami przewlekłymi, o których mowa w ust. 9.;

\*\* - W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorców chorych przewlekle, w ramach deklaracji wyboru lekarza poz, o której mowa w §8 ust. 1, zgodnie z jednostkami chorobowymi określonymi w załączniku nr 20 do zarządzenia, zastosowanie współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną, o którym mowa w ust. 2 pkt 8, odbywa się z zastosowaniem następujących zasad:

1) podstawę prowadzonej przez Oddział Funduszu weryfikacji w zakresie spełnienia warunku, o którym mowa w pkt 3, stanowią raporty z udzielonych porad, złożone przez świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w związku z leczeniem cukrzycy, przewlekłych chorób układu krążenia lub tarczycy;

2) liczba porad lekarza poz udzielonych osobom z powodu chorób określonych w załączniku nr 20 do zarządzenia, nie może być mniejsza niż jedna przypadająca na 3 kolejne okresy sprawozdawcze;

3) udzielenie osobie, o której mowa w pkt 2, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odpowiadających wymienionym jednostkom chorobowym powoduje wstrzymanie rozliczenia tych świadczeń, współczynnikiem korygującym stawkę kapitacyjną, o którym mowa w ust. 2 pkt 8 na 12 kolejnych okresów sprawozdawczych, liczonych od daty udzielenia świadczenia, o którym mowa w pkt 1.

*Źródło:* opracowanie własne AOTMiT na podst. zarządzenia nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. (z późn. zm.) w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

**Tabela 7. Wartości współczynnika korygującego dla świadczenia pielęgniarki POZ.**

Wartość współczynnika korygującego dla świadczenia lekarza POZ w przypadku:	1) osoba do 6. roku życia, niewymieniona w pkt 4*	2,0
	2) osoba w wieku od 7. do 65. roku życia, niewymieniona w pkt 4*	1,0
	3) osoba w wieku powyżej 65. roku życia, niewymieniona w pkt 4*	2,0
	4) osoba przebywająca w DPS lub placówce socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej	3,5

*Objaśnienia:* \* - 4) osoba przebywająca w DPS lub placówce socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej;

*Źródło:* opracowanie własne AOTMiT na podst. zarządzenia nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. (z późn. zm.) w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Załącznik nr 20 do zarządzenia nr 79/2022/DSOZ (z późn. zm.) określa wykaz przyczyn udzielonych porad lekarskich wg klasyfikacji ICD-10 kwalifikujących do stosowania współczynnika 3,2 korygującego stawkę kapitacyjną, przy finansowaniu świadczeń lekarza POZ dla osób przewlekle chorych na:

- cukrzycę (E10–E14),
- choroby układu krążenia: choroba nadciśnieniowa (I10–I15), choroba niedokrwienna serca (I20–I25), zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego (I26–I28), inne choroby serca (I30–I52), choroby naczyń mózgowych (I60–I69) oraz choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych (I70–I79), lub
- choroby tarczycy (E00–E07<sup>11</sup>).

Ponadto świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ, w zakresach: lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, obowiązany jest do zapewnienia, w wymiarze nie mniejszym niż dwie godziny tygodniowo, możliwości uzyskania przez świadczeniobiorcę świadczeń udzielanych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporad) (kod świadczenia: 5.01.00.0000152).

**Budżet powierzony.** W odniesieniu do budżetu powierzonego zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ wskazuje, że „dla finansowania świadczeń dotyczących medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub obrazowej

<sup>11</sup> tj.: Wrodzony zespół niedoboru jodu; Niedoczynność tarczycy z powodu niedoboru jodu i pokrewnych przyczyn; Subkliniczna postać niedoczynności tarczycy z powodu niedoboru jodu; Inne postaci niedoczynności tarczycy; Wole nietoksyczne, inne; Tyreotoksykoza (nadczynność tarczycy); Zapalenie tarczycy; Choroby tarczycy, inne.

i nieobrazowej, o których mowa w części IVa załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ<sup>12</sup>, ustala się **budżet powierzony diagnostyczny**". Do finansowania świadczeń objętych budżetem powierzonym stosuje się wartość jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia, ryczałtu lub przewozu) – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę”.

Wartość budżetu powierzonego ustala się dla okresu rozliczeniowego, o którym mowa § 1 pkt. 5 Ogólnych warunków umów, a przy ustalaniu budżetu powierzonego dla świadczeniodawców uwzględnia się:

- środki finansowe określone w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej,
- dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej objętych budżetem powierzonym udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawców za poprzedni okres rozliczeniowy.

W przypadku gdy budżet powierzony ustala się po raz pierwszy uwzględnia się: wielkość populacji, strukturę wiekową oraz szacowaną średnią liczbę świadczeń objętych budżetem powierzonym, wykonywanych w populacji, z uwzględnieniem struktury wiekowej.

Obecnie w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego finansowanych jest dziewięć świadczeń, których szczegółowy wykaz wraz z obecną wyceną przedstawiono w tabeli poniżej.

**Tabela 8. Aktualnie finansowane świadczenia w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego – wyciąg z aktualnie obowiązującej tabeli „Wartości stawek kapitaacyjnych, porad i ryczałtów”.**

Lp.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość jednostki rozliczeniowej w zł	Kod świadczenia wg NFZ
<b>Budżet powierzony diagnostyczny</b>				
1.13	Ferrytyna *	Świadczenie	20,00	5.01.00.0000164
1.14	Witamina B12 *	Świadczenie	21,00	5.01.00.0000165
1.15	Kwas foliowy *	Świadczenie	16,00	5.01.00.0000166
1.16	Anty-CCP *	Świadczenie	57,00	5.01.00.0000167
1.17	CRP - szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6 r.ż.) *	Świadczenie	14,00	5.01.00.0000168
1.18	Przeciwciała anty-HCV *	Świadczenie	22,00	5.01.00.0000169
1.19	Antygen <i>H. pylori</i> w kale – test kasetkowy *	Świadczenie	23,00	5.01.00.0000170
1.20	Antygen <i>H. pylori</i> w kale – test laboratoryjny *	Świadczenie	61,00	5.01.00.0000173
1.21	Strep-test *	Świadczenie	12,00	5.01.00.0000171

*Objaśnienia:* \* - Świadczenia, o których mowa w załączniku nr 1 Część IVa rozporządzenia MZ – świadczenia realizowane w ramach budżetu powierzonego

*Źródło:* opracowanie własne AOTMiT na podst. Załącznika Nr 1 do zarządzenia Nr 93/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 lipca 2022 r. oraz Załącznika Nr 21 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r.

Komentarz Analityczny: Zarządzenie Prezesa NFZ nie określa struktury/alokacji wydatków w ramach budżetu powierzonego na poszczególne jego elementy.

**Koordinacja opieki – zadania koordynatora.** Zasady finansowania określa zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (z późn. zm.).

Powyższe zarządzenie sankcjonuje uczestnictwo koordynatora w procesie koordynacji opieki, jak również definiuje szczegółowo zadania koordynatora, do których należy budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces koordynacji, a w szczególności:

- koordynacja obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością;
- nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia;
- ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej, w tym profilaktyki i leczenia;

<sup>12</sup> Część IVa. Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, finansowane ze środków, o których mowa w art. 159 ust. 2b pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)



- komunikacja pomiędzy personelem administracyjnym, a personelem medycznym zarówno podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń;
- udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej;
- analiza i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych;
- monitorowanie realizacji indywidualnych planów opieki, o których mowa w art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o POZ<sup>13</sup>.

Obowiązkiem ze strony świadczeniodawcy jest zapewnienie dostępności koordynatora, z uwzględnieniem zasad organizacji udzielania świadczeń oraz zgodnie z harmonogramem zasoby określonym w załączniku nr 1 do umowy.

Liczbę osób objętych opieką koordynatora oblicza się na podstawie deklaracji wyboru lekarza POZ z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 24 roku życia<sup>14</sup>, a zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora w wymiarze 0,5 etatu przeliczeniowego nie powinna przekraczać 5 tys. osób.

Należność z tytułu zadań koordynatora stanowi suma iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora oraz stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej.

Szczegóły dotyczące rocznej stawki kapitacyjnej dla koordynacji opieki – zadań koordynatora przedstawiono w tabeli poniżej.

**Tabela 9. Wartość rocznej stawki kapitacyjnej obowiązującej w POZ dla koordynacji opieki.**

Rodzaj świadczenia	Wysokość rocznej stawki kapitacyjnej (zł)	Uwagi
Koordynacja opieki - zadania koordynatora	6,72	Stawka kapitacyjna dotyczy zadania koordynatora związanego z promocją profilaktyki, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 2, tj. koordynowania procesu rekrutacji świadczeniobiorców do programów profilaktycznych oraz zapraszania świadczeniobiorców kwalifikujących się do danego programu.

*Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. Zał. nr 1 do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna*

#### 4.5.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Katalog świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>15</sup> zapewnia dostęp do procedur diagnostycznych wskazanych w przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia. RMZ w sprawie AOS określa dostępność do świadczenia „Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter EKG” (ICD-9: 89.502), z warunkami realizacji w ramach pracowni lub gabinetu elektrokardiografii, lub poradni kardiologicznej, lub hipertensjologicznej. Określenie czasu monitorowania czynności serca w ramach tego świadczenia zostało doprecyzowane na poziomie zarządzenia Prezesa NFZ nr 61/2022/DSOZ, w którym wyodrębniono dwa produkty rozliczeniowe, w tym jeden przeznaczony do prowadzenia monitorowania „Wielodniowego” (...) „72 godz.”.

**Zarządzenia Prezesa NFZ.** Procedury medyczne objęte przedmiotowym zleceniem Ministra Zdrowia w zakresie badań diagnostycznych finansowane są ze środków publicznych w ramach AOS, zgodnie z zasadami zał. 5a do zarządzenia Prezesa NFZ nr 61/2022/DSOZ z dnia 6 maja 2022 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Szczegółowe informacje dotyczące poszczególnych świadczeń zawartych zał. 5a do zarządzenia Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna przedstawiono w poniższej tabeli.

<sup>13</sup> Art. 14. 1. W ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, świadczeniodawca zapewnia:

1) profilaktyczną opiekę zdrowotną dostosowaną do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką;

2) badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

<sup>14</sup> Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie zweryfikowanej złożonej listy deklaracji wyboru lekarza poz przekazanej przez świadczeniodawcę w danym okresie sprawozdawczym.

<sup>15</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 r. poz. 357 ze zm.)

**Tabela 10. Procedury medyczne ujęte w zał. 5a do zarządzenia Nr 61/2022/DSOZ Prezesa NFZ tożsame z ocenianymi badaniami diagnostycznymi.**

Kod procedury	Nazwa procedury	Kod Grupy	Nazwa ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych / pakietu świadczeń / dedykowanego pakietu świadczeń	Wartość punktowa	Kod produktu
O09	Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	W12	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	75	5.30.00.0000012
O18	Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie				
I09	A bumina				
N24	NT-proBNP				
89.41	Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej	W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172	5.30.00.0000014
		W17	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	104	5.30.00.0000017
		W42	W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu	157	5.30.00.0000042
		W46	W46 Świadczenie pierwszorazowe 7-go typu	129	5.30.00.0000046
88.714	USG naczyń szyi – doppler	W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172	5.30.00.0000014
		W17	W 7 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	104	5.30.00.0000017
		W42	W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu	157	5.30.00.0000042
		W46	W46 Świadczenie pierwszorazowe 7-go typu	129	5.30.00.0000046
88.721	Echokardiografia	W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172	5.30.00.0000014
		W17	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	104	5.30.00.0000017
		W42	W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu	157	5.30.00.0000042
		W46	W46 Świadczenie pierwszorazowe 7-go typu	129	5.30.00.0000046
89.501	Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter RR	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	133	5.30.00.0000013
		W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172	5.30.00.0000014
89.502	Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter EKG	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	133	5.30.00.0000013
		W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172	5.30.00.0000014
89.503	Wielodniowe monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Event Holter, Holter 72 godz.	W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172	5.30.00.0000014
		W42	W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu	157	5.30.00.0000042
06.111	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy*	Z01	nd	173	5.31.00.0000087
06.111	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy**	Z087	nd	346	5.31.00.0000087
89.383	Badanie spirometryczne	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	133	5.30.00.0000013
		W15	W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu	56	5.30.00.0000015
		W17	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	104	5.30.00.0000017
		W42	W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu	157	5.30.00.0000042
		W44	W44 Świadczenie pierwszorazowe 5-go typu	80	5.30.00.0000044
		W46	W46 Świadczenie pierwszorazowe 7-go typu	129	5.30.00.0000046
89.386	Badanie spirometryczne z próbą rozkurczową	W12	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	75	5.30.00.0000012
		W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	133	5.30.00.0000013

*Objaśnienia:* \* - wymagane wskazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z01; \*\* - wymagane wskazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z87

*Źródło:* opracowanie własne AOTMiT na podstawie załącznika nr 5a i nr 7 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 61/2022/DSOZ z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.).

**Komentarz analityczny:** System grupowania porad w AOS oparty jest na koncepcji grup diagnostycznych: usługi specjalistyczne podzielone są na kilkanaście grup zachowawczych (W) i kilkadziesiąt grup zabiegowych (Z), a każda z grup posiada odrębną wycenę punktową, odzwierciedlającą kosztocłonność poszczególnych świadczeń. Podstawą kwalifikacji świadczenia specjalistycznego do jednej z grup jest wykonanie procedur medycznych – diagnostycznych lub laboratoryjnych – które zostały wymienione w adekwatnym zarządzeniu Prezesa NFZ i pogrupowane na zamkniętych listach. [Raulinajtys-Grzybek 2015]

*Biorąc pod uwagę wyżej opisane zasady grupowania świadczeń w AOS, należy mieć na uwadze, iż dana procedura diagnostyczna lub zabiegowa może pojawić się w jednej do kilku grupach (zachowawczych lub zabiegowych), które posiadają zróżnicowaną wycenę, zależną od przypadku.*

## Porady dietetyczne i edukacyjne w AOS

Porady dietetyczne świadczone przez dietetyka, są realizowane w ramach opieki nad pacjentem z cukrzycą (zapewniona jest edukacja z samokontroli cukrzycy oraz zasad prawidłowego odżywiania)<sup>16</sup> oraz w ramach porady specjalistycznej w AOS u dzieci z rzadkimi wrodzonymi wadami metabolizmu (porada świadczona przez dietetyka posiadającego doświadczenie w zakresie leczenia żywieniowego dzieci z wrodzonymi wadami metabolizmu).

Porady edukacyjne w AOS udzielane są świadczeniobiorcą w ramach porady pielęgniarskiej z zakresu diabetologii oraz kardiologii<sup>17</sup>. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia obejmują:

- przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi,
- naukę samodzielnej obserwacji
- ocenę postępów i ustalenie planu reedukacji (przy kolejnych wizytach),
- prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z edukacją diabetologiczną/kardiologiczną,
- wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

### 4.5.3. Dostęp do świadczeń specjalistycznych

W większości przypadków dostęp do świadczeń AOS (porady, konsultacje, leczenie) wymaga skierowania od lekarza POZ, w którym lekarz kierujący określa rodzaj poradni, kwalifikując pacjenta jako przypadek pilny lub stabilny (na podstawie dynamiki procesu chorobowego). Zwraca się uwagę na problemem braku pełnej koordynacji opieki nad pacjentem pomiędzy AOS a POZ, która pozwoliłaby na kontynuację leczenia pacjentów ze stabilnymi postaciami chorób przewlekłych przez lekarzy POZ i dzięki temu odciążenie poradni specjalistycznych.

Od lat jednym z najbardziej dotkliwych problemów AOS jest długi czas oczekiwania na świadczenia medyczne, co może powodować odwlekanie leczenia, a przez to ostatecznie prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, a w konsekwencji do hospitalizacji lub zgonu.

**Dostęp do świadczeń specjalistycznych w latach 2015–2019.** Większości pacjentów udzielono 1 lub 2 porady w danym rodzaju poradni w ciągu roku. Do poradni o wyjątkowo dużym odsetku pacjentów, którym udzielono porady więcej niż dwa razy w ciągu roku, należą poradnie: logopedyczne, diabetologiczne, alergologiczne, położniczo-ginekologiczne, reumatologiczne i hematologiczne. **W przypadku niektórych poradni dużą część pacjentów stanowią osoby z chorobami przewlekłymi, których leczenie może być w sposób bezpieczny i skuteczny kontynuowane przez lekarzy POZ.** Wysoki odsetek porad udzielonych pacjentom, którzy pojawili się w poradni trzy lub więcej razy w danym roku, może świadczyć o zbyt małym udziale POZ w leczeniu pacjentów z postaciami przewlekłymi choroby.

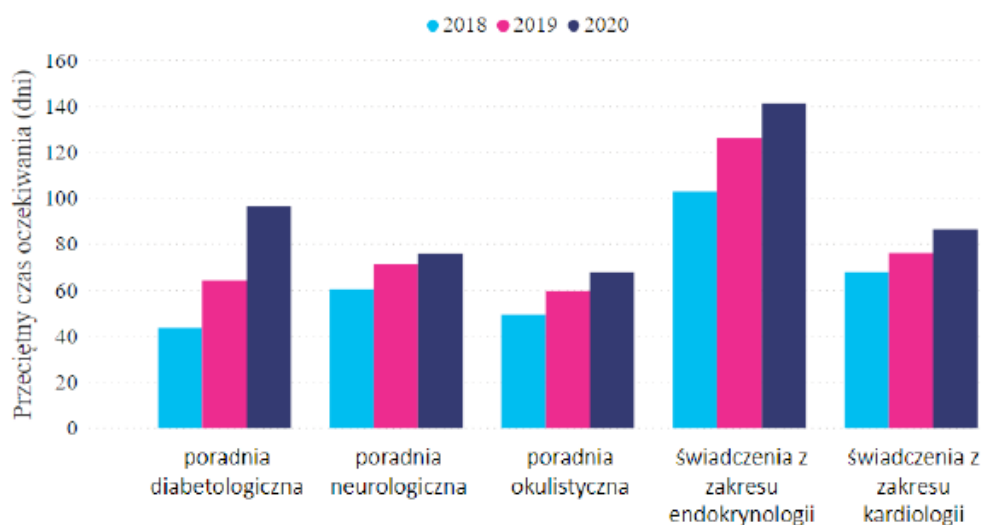
**W odniesieniu do analizy czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne w lutym 2020 r.,** przeciętnie powyżej trzech miesięcy oczekiwania mieli przed sobą pacjenci w stanie stabilnym, chcący skorzystać z poradni endokrynologicznej (311 dni), kardiologicznej (151 dni), okulistycznej (139 dni), urologicznej (105 dni) oraz neurologicznej (96 dni). Ponad dwa miesiące musieli oczekiwać pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne do poradni endokrynologicznej (142 dni), diabetologicznej (96 dni), kardiologicznej (89 dni), neurologicznej (76 dni) oraz okulistycznej (68 dni).

W przypadku poradni diabetologicznej w lutym 2020 r. przeciętny czas oczekiwania pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek pilny był dłuższy niż pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek stabilny, co jest związane z wydłużeniem przeciętnego czasu oczekiwania przypadków pilnych o około 50 dni w latach 2018–2020. W tym

<sup>16</sup> Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 5 września 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1766).

<sup>17</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (DZ. U. z 2019 r., poz. 1864).

okresie wydłużył się również czas oczekiwania pacjentów w stanie pilnym do poradni neurologicznej, okulistycznej oraz na świadczenia z zakresu endokrynologii i kardiologii. Czas oczekiwania pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek stabilny nie zmienił się przez ten czas w dużym stopniu.



Rysunek 1. Przeciętny czas oczekiwania na wizytę w styczniu 2018 r., 2019 r. i 2020 r. dla przypadków pilnych.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ [MPZ 2021]

[MPZ 2021]

#### 4.5.4. Podsumowanie

Podsumowując informacje dotyczące zakresu badań diagnostycznych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, realizowanych w POZ i AOS, w kontekście zaproponowanych badań, które udzielane byłyby na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej należy wziąć pod uwagę, iż:

- spirometria jest obecnie dostępna w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i objęta finansowaniem w ramach stawki kapitałowej;
- konsultacje lekarza POZ z lekarzami specjalistami z wybranych dziedzin medycyny (przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności), formalnie nie są ujęte w wykazie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ pomimo takich uprawnień ustawowych wynikających z zasad i warunków wykonywania zawodu lekarza (art. 37 ustawy o zawodach lekarza (...): „w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie”);
- ocena albuminurii poprzez wskaźnik UACR wymaga wprowadzenia dodatkowo możliwości oznaczenia kreatyniny w moczu do wykazu badań związanych z realizacją świadczeń lekarza POZ;
- w celu oceny albuminurii poprzez wskaźnik UACR (stosunek albuminy do kreatyniny oznaczanych w moczu), obowiązujący wykaz badań laboratoryjnych w ramach POZ nie zawiera ani pozycji odnoszących się do oznaczenia kreatyniny w moczu, ani albuminy w moczu. Biorąc pod uwagę powyższe należy rozważyć wprowadzenie dodatkowo możliwości oznaczenia kreatyniny w moczu do wykazu badań związanych z realizacją świadczeń lekarza POZ;
- diagnostyka elektrofizjologiczna „Holter EKG 24, 48 i 72 godz.” jest świadczeniem gwarantowanym, zarówno w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i leczenia szpitalnego, w ramach procedury ICD-9: 89.502 *Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter EKG*, z warunkami realizacji w ramach pracowni lub gabinetu elektrokardiografii, lub poradni kardiologicznej, lub hipertensjologicznej. Czas realizacji świadczenia

„Wielodniowe” (...) „Holter 72 godz.” został dookreślony wyłącznie w ramach produktu rozliczeniowego zawartego w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 61/2022/DSOZ;

- porady edukacyjne nie są ujęte jako osobne świadczenia gwarantowane, funkcjonują jedynie jako część danego świadczenia gwarantowanego np. w przypadku opieki nad pacjentem z cukrzycą w AOS;
- porada pielęgniarki POZ uwzględnia elementy oceny stanu zdrowia pacjenta oraz edukacji z zakresu postępowania w danej chorobie;
- lekarz POZ w aktualnym stanie prawnym 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 w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje dotyczące poszczególnych badań diagnostycznych, porad oraz konsultacji specjalistycznych ich aktualny status refundacyjny podsumowano w poniższej tabeli.

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, WS.420.5.2022 finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych

**Tabela 11. Podsumowanie aktualnego statusu refundacyjnego w oparciu o przegląd poszczególnych rozporządzeń Ministra Zdrowia w zakresie świadczeń wnioskowanych w przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia.**

Nazwa procedury ze zlecenia MZ	Kod i nazwa procedury w aktualnych katalogach świadczeń gwarantowanych	Rozporządzenie MZ POZ <sup>18</sup>	Rozporządzenie MZ AOS <sup>19</sup>	Profilaktyka ChUK w POZ <sup>18</sup>	zarz. DSOZ Prezesa NFZ <sup>20</sup> dot. POZ
<b>Badania diagnostyczne</b>					
antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)	O09 Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	–	✓	–	✓
antyTG	O18 Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	–	✓	–	✓
antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)	O15 Przeciwciała przeciw tyreotropinie	–	✓	–	✓
a buminuria (stężenie albumin w moczu)	I09 Albumina	–	✓	–	✓
UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu) <sup>a</sup>	–	–	–	–	–
BNP (NT-pro-BNP)	N24 NT-proBNP	–	✓	–	✓
USG Doppler tętnic szyjnych	88.714 USG naczyń szyi - doppler	–	✓	–	✓
USG Doppler naczyń kończyn dolnych	88.777 USG naczyń kończyn dolnych - doppler	–	✓	–	✓
ECHO serca przezklatkowe	88.721 Echokardiografia	–	✓	–	✓
EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)	89.41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej	–	✓	–	✓
Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)	89.501 Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter RR	–	✓	–	✓
Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG)	89.502 Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter EKG	–	✓	–	✓
	89.503 Wielodniowe monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Event Holter, Holter 72 godz.	–	–	–	✓
Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych)	06.111 Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy	–	✓	–	✓
Spirometria	89.383 Badanie spirometryczne	✓	✓	–	✓
Spirometria z próbą rozkurczową	89.386 Badanie spirometryczne z próbą rozkurczową	–	✓	–	✓

<sup>18</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540 z późn. zm.).

<sup>19</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.).

<sup>20</sup> Zarządzenie Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS.

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

WS.420.5.2022

Nazwa procedury ze zlecenia MZ	Kod i nazwa procedury w aktualnych katalogach świadczeń gwarantowanych	Rozporządzenie MZ POZ <sup>18</sup>	Rozporządzenie MZ AOS <sup>19</sup>	Profilaktyka ChUK w POZ <sup>18</sup>	zarz. DSOZ Prezesa NFZ <sup>20</sup> dot. POZ
<b>Konsultacje specjalistyczne</b>					
Konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii		nd			
Konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii		nd			
Konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii <sup>b</sup> /alergologii		nd			
Konsultacja lekarz POZ - lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii		nd			
Konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – pacjent	zał. nr 1 do rozp. MZ AOS <sup>19</sup> , lp. 14 Porada specjalistyczna – kardiologia	–	✓	–	✓
Konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii – pacjent	zał. nr 1 do rozp. MZ AOS <sup>19</sup> , lp. 4 Porada specjalistyczna - diabetologia	–	✓	–	✓
Konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii <sup>b</sup> /alergologii – pacjent	zał. nr 1 do rozp. MZ AOS <sup>19</sup> lp. 26 Porada specjalistyczna gruźlica i choroby płuc, lp. 2 Porada specjalistyczna - alergologia	–	✓	–	✓
Konsultacja lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii – pacjent	zał. nr 1 do rozp. MZ AOS <sup>19</sup> , lp. 6 Porada specjalistyczna - endokrynologia	–	✓	–	✓
<b>Porady specjalistyczne</b>					
Porada kompleksowa – Indywidualny Plan Opieki	nd			✓ <sup>c</sup>	–
Porada dietetyczna	Porady edukacyjne prowadzone przez dietetyka nie są ujęte jako osobne świadczenie gwarantowane, stanowią jeden z jego elementów dostępnych w AOS.			✓ <sup>d</sup>	–
Porada edukacyjna	cz. V w zał. nr 2 do rozp. MZ POZ Porada pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej – profilaktyka chorób i promocja zdrowia.	✓	–	✓ <sup>d</sup>	✓

**Objaśnienia:** a - Wskaźnik ACR – albumina/kreatynina w moczu oblicza się na podstawie dwóch parametrów: albumina i kreatynina, badanie kreatyniny w moczu nie jest świadczeniem dostępnym w ramach POZ; b - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2020 poz. 1566 z późn. zm.) lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc; c – określone jako „ustalenie planu dalszego postępowania”; d - w ramach profilaktyki ChUK mowa jest jedynie o edukacji zdrowotnej przez lekarza POZ lub pielęgniarkę POZ, bez określenia jej szczegółów  
Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

## 5. Kierunki zmian w podstawowej opiece zdrowotnej

Zarządzeniem poz. 49 z dn. 8.07.2021 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, będący organem pomocniczym dla ministra właściwego do spraw zdrowia. Zarządzenie utraciło moc z dniem 1 lipca 2022 r.

Do zadań tego Zespołu, któremu przewodniczyła dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas – Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, należało:

- przygotowanie koncepcji zmian dotyczących działania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej;
- wypracowanie zmian w zakresie finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- wypracowanie mechanizmu kształtowania wysokości stawki kapitałowej w odniesieniu do wskaźnika udziału teleporad we wszystkich poradach lekarskich.

[ZMZ POZ 2021]

Uchwałą nr 4a, przekazaną przez Konsultant Krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej, Zespół ds. zmian w podstawowej opiece zdrowotnej przyjął aktualizację z dnia 25 maja 2022 r. dotyczącą wdrożenia budżetu powierzonego w POZ oraz wskazania listy badań poszerzających możliwości diagnostyczne w POZ. W uchwale Zespół rekomendował:

- utworzenie dwóch rodzajów budżetu powierzonego:
  - budżet na badania diagnostyczne – do dyspozycji wszystkich świadczeniodawców, niezależnie od przystąpienia do opieki koordynowanej, w którym powinny się znaleźć:
    - ferrytyna,
    - witamina B12,
    - kwas foliowy,
    - anty-CCP,
    - anty-HCV,
    - CRP - szybki test ilościowy (do wykonania w gabinecie zabiegowym, dedykowany populacji do ukończenia 6 roku życia),
    - Strep-test (do wykonania w gabinecie zabiegowym),
    - antygen *H. pylori* w kale;
  - budżet powierzony związany z opieką koordynowaną, do dyspozycji świadczeniodawców, którzy przystąpią do realizacji opieki koordynowanej. W budżecie powierzonym powinny znaleźć się środki na sfinansowanie świadczeń oraz badań diagnostycznych w zakresie opisanym poniżej:
    1. Konsultacje specjalistyczne w wybranych problemach zdrowotnych: kardiologia, diabetologia, pulmonologia/alergologia, endokrynologia – (niedoczynność i guzki tarczycy) – z możliwością rozszerzenia listy obszarów, w dwóch formułach:
      - a. Konsultacje lekarz specjalista – pacjent (wizyta stacjonarna),
      - b. Konsultacje lekarz POZ – lekarz specjalista wybranej dziedziny (w formie zdalnej);
    2. Porady edukacyjne – po diagnozie i ustaleniu planu leczenia (tożsame z poradami pielęgniarskimi w zarządzaniu chorobą z edukacją);
    3. Porady dietetyczne;
    4. Wizyty kompleksowe z planem leczenia – raz w roku;
    5. Badania diagnostyczne:
      - EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG),
      - Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG),
      - Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego),
      - USG Doppler tętnic szyjnych,



- USG Doppler naczyń kończyn dolnych,
  - ECHO serca przezklatkowe,
  - BNP (NT-pro-BNP),
  - biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych),
  - antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej),
  - antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH),
  - antyTG,
  - albuminuria (stężenie albumin w moczu),
  - UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu),
  - spirometria (badanie powinno zostać wyłączone z koszyka badań diagnostycznych w POZ i finansowane z budżetu powierzonego),
  - spirometria z próbą rozkurczową;
- jak również umożliwienie lekarzom POZ kierowania pacjentów na tomografię komputerową klatki piersiowej wyłącznie po uprzednio wykonanym zdjęciu radiologicznym klatki piersiowej i stwierdzeniu zmian w opisie zmian wymagających weryfikacji / pogłębienia diagnostyki

Zespół wskazał również w Uchwale, iż:

- realizacja świadczeń z budżetu powierzonego powinna być na bieżąco monitorowana i poddawana okresowej analizie przez płatnika;
- po dokonanej ewaluacji finansowania w ramach budżetu powierzonego, powinno zostać oszacowane zapotrzebowanie na poszczególne badania, co będzie podstawą do ustalenia poziomu i zasad dalszego finansowania;
- w miarę implementacji systemowej opieki koordynowanej budżet powierzony powinien być sukcesywnie poszerzany o kolejne świadczenia i badania diagnostyczne.

[Uchwała Zespołu ds. POZ 2022]

## 6. Opinie ekspertów klinicznych

Do dnia przekazania niniejszego raportu otrzymano jedną opinię eksperta klinicznego odnośnie do przedmiotu oceny. Opinia ekspertów zostały przygotowane bezpłatnie, zgodnie z aktualnymi przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania przez Agencję na zlecenie Ministra Zdrowia oceny technologii medycznych.

Opinia ekspercka miała na celu określenie stanowiska przede wszystkim w takich kwestiach jak:

- zasadność 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,
- wskazania ewentualnych ograniczeń w wykonywaniu badań diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych, konsultacji specjalistycznych oraz porad na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej,
- kliniczny wpływ wprowadzenia możliwości zlecenia wnioskowanych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych oraz porad przez lekarza POZ na opiekę nad pacjentem (np. wpływ na postawienie diagnozy, leczenie, dostępność wizyt u specjalisty, ograniczenie możliwości zlecenia przedmiotowych badań diagnostycznych przez specjalistów, prewencję chorób).

W tabeli poniżej przedstawiono podsumowanie najważniejszych wniosków z przekazanego stanowiska eksperckiego.

**Tabela 12. Opinia ekspercka dotycząca 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.**

Stanowisko dr hab. n med. Agnieszka Mastalerz-Migas Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące:	
<p><b>1. zasadności finansowania ze środków publicznych w ramach POZ ocenianych świadczeń zdrowotnych</b></p>	<p>Proponowane zmiany są elementem wdrożenia rozwiązań koordynacji opieki do podstawowej opieki zdrowotnej, na podstawie zapisów ustawy o POZ. Wdrożenie systemowe było poprzedzone pilotażem opieki koordynowanej POZ Plus, realizowanej w wybranych placówkach POZ przez Bank Światowy w latach 2018–2021. Na podstawie wyników pilotażu wyselekcjonowano świadczenia, które wydają się szczególnie przydatne w ramach POZ, jako dotyczące 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 konsultację w AOS tych pacjentów, którzy powinni zostać otoczeni opieką specjalistyczną. Proponowane zmiany zmierzają do zwiększenia kompleksowości opieki nad pacjentami z wybranymi chorobami przewlekłymi w POZ, a także powinny przyczynić się do poprawy wykrywalności schorzeń i powikłań tych schorzeń.</p> <p>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”, które nie wymagają udziału pacjenta, w formie zdalnej. Jest to znaczne ułatwienie i umożliwienie oceny specjalistycznej stanu pacjenta, również w sytuacjach, gdy dostęp do kontaktu bezpośredniego jest utrudniony (np. obszary wiejskie). W propozycji pierwszego etapu wdrożenia opieki koordynowanej w POZ, znalazły się konsultacje z: kardiologiem, diabetologiem, pulmonologiem/alergologiem oraz endokrynologiem, a zatem dojdzie do objęcia opieką koordynowaną najczęstszych schorzeń przewlekłych.</p> <p>Należy mieć świadomość, że 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 tyko ok. 10–20% będzie wymagało konsultacji specjalistycznej. Aby zapewnić prawidłową realizację tej opieki, wskazane jest zadaniowe finansowanie kluczowych działań, takich jak: coroczne wizyty kompleksowe z utworzeniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, porady edukacyjne, a także porady dietetyczne.</p>
<p><b>2. stanowiska własnego w kwestii zasadności wprowadzenia możliwości zlecenia wskazanych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych oraz porad w POZ</b></p>	<p><b>Badania diagnostyczne: biochemiczne i immunochemiczne oraz inwazyjne.</b> Zaproponowane badania diagnostyczne poszerzą możliwości diagnostyczne na poziomie POZ, dzięki czemu można będzie uniknąć kierowania pacjenta do Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej wyłącznie celem ukończenia diagnostyki, choć diagnoza mogłaby być postawiona w POZ, a następnie możliwe byłoby leczenie rozpoznanego schorzenia.</p> <p>W przypadku przeciwciał przeciwtruczycowych (anty-TPO, anty-TSHR, anty-TG), mając na uwadze już dostępne w obecnym koszyku badań diagnostycznych badania (TSH, fT3, fT4, USG tarczycy) – możliwa będzie pełna diagnostyka niedoczynności/nadczynności tarczycy. Umożliwi to zrationalizowanie skierowań do poradni endokrynologicznych – niedoczynność tarczycy może być leczona w POZ. Częstym problemem stwierdzanym w USG tarczycy są guzki – pojedyncze lub mnogie, które stają się powodem niepokoju pacjenta i kierowania na dalszą diagnostykę do poradni endokrynologicznej.</p> <p>Umożliwienie zlecenia z poziomu POZ biopsji tarczycy (co wymaga opisanie wskazań do tego badania oraz zasad kierowania na nie przez lekarza POZ), przyspieszy diagnozę i ustalenie dalszego postępowania.</p> <p>Albuminuria/UACR to bardzo ważne parametry do oceny powikłań w przebiegu chorób przewlekłych układu sercowo-naczyniowego oraz cukrzycy. Częstym następstwem ww. schorzeń jest przewlekła choroba nerek, która pozostaje w ok. 80–90% niezdiagnozowana, m.in. z powodu braku dostępności do tego badania w POZ oraz braku standardów opieki nad pacjentami chorymi przewlekle w POZ. Wprowadzenie tych badań to zarówno poszerzenie diagnostyki wstępnej, jak i kontrola wdrożonego leczenia, które w tej chwili jest dostępne.</p>

<b>Stanowisko dr hab. n med. Agnieszka Mastalerz-Migas Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące:</b>	
	<p>NT-proBNP to badanie kluczowe dla diagnostyki niewydolności serca, jego dostępność w POZ poprawi wykrywalność niewydolności serca (NS) na wczesnym etapie, zwracając baczniejszą uwagę na pacjentów z grup ryzyka, a także umożliwi kontrolę pacjentów już leczonych z powodu NS. Niewydolność serca jest ogromnym problemem, ponieważ to częsta konsekwencja wielu chorób serca, nieleczona bądź źle leczona i często wykrywana zbyt późno. Jest niestety przyczyną wielu hospitalizacji i zgonów pacjentów po udanych zabiegach kardiologii interwencyjnej. Stąd należy dążyć do poprawy kompleksowości opieki nad pacjentami z NS, już na poziomie POZ.</p> <p><b>Diagnostyka ultrasonograficzna.</b> Badania ultrasonograficzne zaproponowane do wprowadzenia w POZ poszerzą już dostępną diagnostykę USG w POZ i umożliwią bardziej kompleksową opiekę nad pacjentami z chorobami naczyń. ECHO serca to oczywiście badanie wymagające wykonania przez wykwalifikowanego specjalistę, ale jego dostępność ze skierowaniem bezpośrednio z POZ skróci czas oczekiwania pacjenta na diagnozę.</p> <p><b>Diagnostyka elektrofizjologiczna.</b> Diagnostyka holter ciśnieniowy oraz EKG, a także próba wysiłkowa EKG to poszerzenie diagnostyki kardiologicznej w POZ. Dostępność tych badań poprawi dostęp do diagnostyki w POZ i ograniczy kierowanie pacjentów do AOS celem diagnostyki. Aby te badania zaistniały w POZ, konieczne jest określenie wytycznych stosowania ww. badań w określonych wskazaniach. Powinno się to odbywać w porozumieniu ze współpracującym z POZ w ramach koordynacji kardiologiem.</p> <p><b>Diagnostyka czynnościowa.</b> Propozycja odrębnego finansowania spirometrii w POZ jest głęboko uzasadniona, ponieważ jest to zadanie czasochłonne i wymagające wiedzy i umiejętności. Umożliwienie wykonania spirometrii z próbą rozkurczową jest ważnym elementem umożliwiającym przeprowadzenie pełnej diagnostyki różnicowej w kierunku astmy/POCHP.</p> <p><b>Konsultacje specjalistyczne.</b> Wprowadzenie możliwości bezpośredniej współpracy POZ z wybranymi specjalistami niewątpliwie poprawia jakość opieki, ponieważ niejako wymusza komunikację bezpośrednią między specjalistą medycyny rodzinnej/POZ, a specjalistą wybranej dziedziny. Poszerzenie możliwości diagnostycznych wraz z zapewnieniem dostępu do konsultacji specjalisty istotnie skraca czas do uzyskania przez pacjenta diagnozy i leczenia. Pacjent może być bezpiecznie leczony w POZ, również w sytuacjach, gdy okresowo wymagana jest konsultacja specjalistyczna. Możliwość bezpośredniego kontaktu ze specjalistą to również komfortowa sytuacja dla lekarza POZ prowadzącego pacjenta.</p> <p>Na pewno wartą promowania nowością są konsultacje między lekarzami, w formie zdalnej, które umożliwią konsultowanie pacjenta na odległość. Jest to forma szczególnie przydatna w sytuacjach problemu z odległością, transportem i ograniczoną dostępnością do gabinetu specjalisty.</p> <p><b>Porady specjalistyczne.</b> Porady kompleksowe to realizowane 1 raz w roku wizyty pacjenta chorego przewlekle, obejmujące pełne badanie pacjenta, z wynikami badań kontrolnych i mające służyć przeglądowi stanu zdrowia pacjenta, ew. modyfikacji terapii oraz ustaleniu zaleceń na kolejny rok. Zalecenia powinny mieć formę Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, w którym znajdują się m.in. zalecenia dotyczące edukacji oraz ew. porad dietetycznych, ważnych w wielu schorzeniach przewlekłych, a także wizyt kontrolnych i ew. wymaganych konsultacji specjalistycznych. Wycena zadaniowa porad edukacyjnych oraz dietetycznych jest pożądanym modelem rozliczenia ww. wymienionych świadczeń.</p>
<b>3. zaistnienia ewentualnych ograniczeń w związku z ocenianymi świadczeniami</b>	<p>Istotnym ograniczeniem jest powszechny kryzys kadrowy w ochronie zdrowia. Niedobór kadr, zarówno lekarskich, jak i pielęgniarskich w POZ, może być istotną przeszkodą we wdrożeniu zmian. Dotyczy to przede wszystkim mniejszych miast oraz wsi.</p> <p>Kolejnym ograniczeniem jest niechęć wielu specjalistów do pracy w systemie publicznego płatnika, z uwagi na wyceny świadczeń, uniemożliwiające zapewnienie wynagrodzeń na satysfakcjonującym poziomie.</p> <p>Ograniczeniem mogą być również brak wiedzy i praktyki w zleceniu i wykonywaniu oraz interpretacji określonych badań diagnostycznych – dlatego należy pilnie wdrożyć działania edukacyjne z tego zakresu.</p> <p>Kluczowe dla powodzenia wdrożenia będą także wyceny świadczeń, gdyż wyceny poniżej cen rynkowych badań uniemożliwią ich zakontraktowanie.</p>
<b>4. klinicznego wpływu wprowadzenia możliwości zlecenia wnioskowanych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych oraz porad przez lekarza POZ na opiekę nad pacjentem</b>	<p>Jak wspomniano powyżej, poszerzenie zakresu świadczeń diagnostycznych oraz umożliwienie kontraktowania wybranych usług specjalistycznych bezpośrednio z poziomu POZ przyczyni się do poprawy wykrywalności schorzeń przewlekłych oraz ich lepszej kontroli w POZ i umożliwi wcześniejsze wykrywanie powłok oraz ew. zaostreń. Docelowo, poprawa kompleksowości opieki w POZ przyczyni się do prewencji powłok schorzeń przewlekłych.</p> <p>Dostęp do badań diagnostycznych powinien docelowo zmniejszyć kolejki do AOS w wybranych specjalnościach, ponieważ obecnie z uwagi na brak dostępności badań, pacjent często trafia do AOS wyłącznie celem uzupełnienia diagnostyki i postawienia diagnozy, choć mógłby być z powodzeniem leczony w POZ. Bezpośrednia współpraca lekarza POZ, którym często jest specjalista medycyny rodzinnej, ze specjalistami wybranych dziedzin, przyczyni się do poprawy jakości opieki na pacjentami chorymi przewlekle.</p>
<b>5. uwag ogólnych do wnioskowanych świadczeń</b>	<p>Proponowane poszerzenie zakresu świadczeń gwarantowanych jest pożądanym kierunkiem zmian w podstawowej opiece zdrowotnej.</p>

**Tabela 13. Wpływ świadczenia na poprawę zdrowia obywateli, skutki następstw choroby lub stanu zdrowotnego, oraz znaczenie dla zdrowia obywateli.**

Wyszczególnienie	Dr hab. n med. Agnieszka Mastalerz-Migas – Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej	
<b>Wpływ świadczenia na poprawę zdrowia obywateli – priorytety zdrowotne<sup>21</sup></b>	<input checked="" type="checkbox"/> choroby układu krążenia <input type="checkbox"/> choroby nowotworowe <input checked="" type="checkbox"/> choroby układu oddechowego <input checked="" type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> rehabilitacja <input type="checkbox"/> zapobieganie otyłości <input type="checkbox"/> leczenie uzależnień <input type="checkbox"/> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> choroby zakaźne i antybiotykoterapia <input type="checkbox"/> zdrowie w środowisku nauki, pracy i zamieszkania <input type="checkbox"/> opieka nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3 <input type="checkbox"/> leczenie bólu <input type="checkbox"/> leczenie pacjentów geriatrycznych, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych <input type="checkbox"/> poprawa diagnostyki i leczenia chorób rzadkich
<b>Skutki następstw choroby lub stanu zdrowotnego<sup>22</sup></b>	<input checked="" type="checkbox"/> przedwczesny zgon <input type="checkbox"/> niezdolność do samodzielnej egzystencji <input checked="" type="checkbox"/> niezdolność do pracy	<input checked="" type="checkbox"/> przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba <input checked="" type="checkbox"/> obniżenie jakości życia
<b>Znaczenie dla zdrowia obywateli<sup>22</sup></b>	<input type="checkbox"/> ratujące życie i prowadzące do pełnego wyzdrowienia <input checked="" type="checkbox"/> ratujące życie i prowadzące do poprawy stanu zdrowia	<input checked="" type="checkbox"/> zapobiegające przedwczesnemu zgonowi <input type="checkbox"/> poprawiające jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość

**Dodatkowe informacje przekazane przez Konsultant Krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej w ramach prowadzonego równolegle w AOTMiT procesu w sprawie wyceny badań diagnostycznych oraz świadczeń, które będą realizowane w ramach budżetu powierzonego**

W ramach równoległego procesu analitycznego prowadzonego w AOTMiT w związku z realizacją zlecenia Ministra Zdrowia z 27.04.2022, znak DLG.7801.8.2022.GK, na podstawie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach, w sprawie wyceny badań diagnostycznych oraz świadczeń, które będą realizowane w ramach budżetu powierzonego przez świadczeniodawców realizujących umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia gwarantowane w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej przedłożyła opinię odnoszącą się do przebiegów referencyjnych dla świadczeń:

- konsultacji specjalistycznych (kardiolog, diabetolog, endokrynolog, pulmonolog, alergolog),
- konsultacji lekarz POZ – lekarz specjalista wybranej dziedziny w formie zdalnej,
- wizyt kompleksowych,
- porad edukacyjnych dla pacjentów z diagnozą choroby przewlekłej, posiadających IPOM z planem leczenia,
- porad dietetycznych dla pacjentów z diagnozą choroby przewlekłej, posiadających IPOM.

W tabeli poniżej przedstawiono podsumowanie stanowiska eksperta klinicznego dotyczące ww. zagadnień.

**Tabela 14. Stanowisko eksperckie w zakresie przebiegów świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ, wskazanych przez Konsultant Krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej – dr hab. n med. Agnieszka Mastalerz-Migas – do procesu analitycznego prowadzonego w ramach odrębnego zlecenia Ministra Zdrowia.**

Ekspert	Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej – dr hab. n med. Agnieszka Mastalerz-Migas	
Świadczenie	Warunki realizacji	
<b>Konsultacje specjalistyczne:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kardiolog,</li> <li>• diabetolog,</li> <li>• endokrynolog,</li> <li>• pulmonolog,</li> </ul>	<b>Zasób (personel i sprzęt)</b>	<b>Personel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Specjalista wybranej dziedziny</li> <li>• Koordynator POZ</li> </ul> <b>Warunki realizacji:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinet lekarski z dostępem do komputera z internetem i wyposażeniem adekwatnym do specjalizacji</li> </ul>

<sup>21</sup> Wg Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018, poz. 469, ze zm.).

<sup>22</sup> Wg Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

Ekspert	Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej – dr hab. n med. Agnieszka Mastalerz-Migas	
Świadczenie	Warunki realizacji	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• alergolog</li> </ul>	<p><b>Czas wykorzystania zasobu / świadczenie</b></p>	<p><b>Po stronie specjalisty:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pogłębiony wywiad z pacjentem,</li> <li>• badanie przedmiotowe,</li> <li>• analiza wyników badań diagnostycznych dostarczonych z POZ oraz innej dokumentacji medycznej posiadanej przez pacjenta,</li> <li>• ocena stanu aktualnego pacjenta w tym wydanie zaleceń co do:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ewentualnego dalszego postępowania diagnostycznego,</li> <li>- postępowania farmakologicznego,</li> <li>- inne zalecenia do leczenia i edukacji,</li> <li>- sugestie co do konieczności leczenia w ramach AOS lub szpitala,</li> </ul> </li> <li>• w razie zmiany leczenia farmakologicznego wystawienie recept na okres przynajmniej 1 miesiąca,</li> <li>• podsumowanie wizyty i wydanie opinii dla lekarza POZ z zaleceniami.</li> </ul> <p><b>Po stronie POZ (koordynatora POZ):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ustalenie wizyty zgodnie z planem opieki medycznej pacjenta,</li> <li>• ustalenie terminu ze specjalistą,</li> <li>• sprawdzenie, czy pacjent wykonał przed wizytą wymagane badania,</li> <li>• potwierdzenie wizyty przed jej odbyciem,</li> <li>• sprawdzenie kompletności dokumentacji po wizycie,</li> <li>• monitorowanie procesu rozliczeń.</li> </ul> <p><b>Czas trwania wizyty: 20–30 min.</b></p>
<p><b>Konsultacje lekarz POZ-lekarz specjalista wybranej dziedziny w formie zdalnej</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kardiolog,</li> <li>• diabetolog,</li> <li>• endokrynolog,</li> <li>• pulmonolog,</li> <li>• alergolog</li> </ul>	<p><b>Zasób (personel i sprzęt)</b></p>	<p><b>Personel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Specjalista wybranej dziedziny</li> <li>• Koordynator POZ</li> <li>• Lekarz POZ</li> </ul> <p><b>Warunki realizacji:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinet lekarski z dostępem do komputera i internetu, z oprogramowaniem umożliwiającym czat wideo (u specjalisty oraz w POZ)</li> </ul>
	<p><b>Czas wykorzystania zasobu / świadczenie</b></p>	<p><b>Po stronie specjalisty:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• analiza wyników badań diagnostycznych dostarczonych przez POZ oraz innej dokumentacji medycznej posiadanej przez lekarza POZ dotyczącej konsultowanego pacjenta,</li> <li>• ocena stanu aktualnego pacjenta w tym wydanie zaleceń co do:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ewentualnego dalszego postępowania diagnostycznego,</li> <li>- postępowania farmakologicznego.</li> </ul> </li> <li>• inne zalecenia do leczenia i edukacji,</li> <li>• sugestie co do konieczności leczenia w ramach AOS lub szpitala,</li> <li>• podsumowanie wizyty i wydanie opinii dla lekarza POZ z zaleceniami.</li> </ul> <p><b>Czas trwania wizyty: 5–15 minut, w zależności od zakresu wymaganej konsultacji.</b></p> <p><b>Po stronie lekarza POZ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przygotowanie dokumentacji pacjenta do telekonsultacji,</li> <li>• uczestnictwo w telekonsultacji,</li> <li>• referowanie przypadku.</li> </ul> <p><b>Po stronie POZ koordynatora POZ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ustalenie i potwierdzenie terminu ze specjalistą,</li> <li>• sprawdzenie kompletności dokumentacji po wizycie,</li> <li>• monitorowanie i wsparcie realizacji zaleceń specjalisty przez pacjenta,</li> <li>• monitorowanie procesu rozliczeń.</li> </ul>
<p><b>Wizyty kompleksowe z planem leczenia</b></p>	<p><b>Zasób (personel i sprzęt)</b></p>	<p><b>Personel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarz POZ</li> <li>• Pielęgniarka POZ/pielęgniarka praktyki</li> <li>• Koordynator POZ</li> </ul> <p><b>Warunki realizacji:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinet lekarski POZ</li> <li>• Gabinet zabiegowy POZ/gabinet pielęgniarki.</li> <li>• Wyposażenie: standardowe (waga, miarka, glukometr, ciśnieniomierz, EKG), komputer z odpowiednim oprogramowaniem i internetem</li> </ul>

Ekspert	Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej – dr hab. n med. Agnieszka Mastalerz-Migas	
Świadczenie	Warunki realizacji	
	<p><b>Czas wykorzystania zasobu / świadczenie</b></p>	<p><b>Gabinet pielęgniarki:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pomiar wzrostu, wagi, obliczenie BMI,</li> <li>• pomiar RR, HR,</li> <li>• pomiar glukozy (wg potrzeb),</li> <li>• EKG (wg potrzeb)</li> </ul> <p><b>Gabinet lekarza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ocena stanu pacjenta – stratyfikacja,</li> <li>• postawienie/weryfikacja diagnozy na podstawie wywiadu z pacjentem, badania przedmiotowego i analizy wyników badań,</li> <li>• opracowanie IPOM lub weryfikacja istniejącego.</li> </ul> <p><b>Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM)</b> nad pacjentem zawiera rozpoznania, opis stanu pacjenta oraz zalecenia na najbliższe 12 miesięcy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• terapeutyczne,</li> <li>• częstotliwości wizyt kontrolnych w POZ,</li> <li>• badań diagnostycznych,</li> <li>• edukacji dietetycznej i/lub pielęgniarskiej,</li> <li>• profilaktyczne,</li> <li>• konsultacji specjalistycznych, w szczególności w zakresie przewidzianym w ścieżkach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego – według potrzeb</li> </ul> <p><b>Gabinet koordynatora</b> (lub kontakt zdalny po wizycie lekarskiej)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• omówienie z pacjentem zasad realizacji IPOM,</li> <li>• rezerwacja w porozumieniu z pacjentem terminów wizyt wynikających z IPOM</li> <li>• Koordynator monitoruje również system rozliczeń.</li> </ul> <p><b>Czas trwania wizyty:</b> min. 30 minut,  <b>Częstotliwość:</b> co 12 miesięcy</p>
<p><b>Porady edukacyjne dla pacjentów z diagnozą choroby przewlekłej, posiadających IPOM</b></p>	<p><b>Zasób (personel i sprzęt)</b></p> <p><b>Czas wykorzystania zasobu / świadczenie</b></p>	<p><b>Personel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pielęgniarka POZ</li> <li>• Koordynator POZ</li> </ul> <p><b>Pielęgniarka POZ</b></p> <p><u>Zakres elementów edukacyjnych na pierwszej poradzie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• określenie deficytów wiedzy (zachowania i nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, zdrowy styl życia, palenie tytoniu, używki, funkcjonalność psychospołeczna, narażenie na stres)</li> <li>• rozpoznanie problemów</li> <li>• ułożenie indywidualnego planu edukacji</li> <li>• nauka prawidłowego pomiaru parametrów RR/HR, inne – instruktaż</li> <li>• prowadzenie dzienniczka samokontroli /pomiarów –motywacja pacjenta</li> <li>• cel stałego i systematycznego przyjmowania zaleconych leków przez lekarza, ryzyko nieprzestrzegania zaleceń</li> <li>• ocena ryzyka występowania powikłań</li> <li>• materiały edukacyjne – informatory, broszury, wskazanie stron internetowych</li> </ul> <p><u>Zakres elementów edukacyjnych na poradach kolejnych:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ocena poziomu zdobytej wiedzy przez pacjenta, weryfikacja umiejętności: samokontrola, samoopieka, akceptacja</li> <li>• efekty edukacji, korekta zachowań , eliminowanie błędów, świadomość zdrowotna pacjenta, postawy zdrowotne</li> <li>• modyfikacja planu edukacji</li> </ul> <p><u>Zakres elementów do monitorowania stanu zdrowia na każdej poradzie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• samopoczucie pacjenta</li> <li>• wsparcie społeczne (wsparcie bliskich, poziom samodzielności)</li> <li>• pomiary antropometryczne (waga, BMI)</li> <li>• ciśnienie tętnicze</li> <li>• tętno z określeniem miarowości</li> <li>• systematyczne przyjmowanie terapii farmakologicznej</li> <li>• styl życia/używki (palenie tytoniu, spożywanie a alkoholu)</li> <li>• plus specyficzna ocena wynikająca z choroby pacjenta i jego aktualnego stanu Porada kończy się wpisem do dokumentacji medycznej i wydaniem zaleceń pacjentowi</li> </ul>

Ekspert	Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej – dr hab. n med. Agnieszka Mastalerz-Migas	
Świadczenie	Warunki realizacji	
		<p><b>Czas trwania pierwszej wizyty:</b> 30 minut- pierwszorazowa,  <b>Czas trwania kolejnej wizyty:</b> 15–30 min. – w zależności od potrzeb pacjenta  <b>Liczba porad edukacyjnych:</b> maks. 4 w roku</p> <p><b>Zadania koordynatora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• umówić wizyty edukacyjne</li> <li>• potwierdzić przed wizytą</li> <li>• monitorować proces realizacji (zgłoszenie pacjenta)</li> <li>• monitorowanie rozliczeń</li> </ul>
Porady dietetyczne dla pacjentów z diagnozą choroby przewlekłej, posiadających IPOM	Zasób (personel i sprzęt)	Dietetyk (uwaga – brak definicji)
	Czas wykorzystania zasobu / świadczenie	Porada zawierająca wskazówki zdrowej diety, ułożenie jadłospisu, określenie wagi i BMI pacjenta <b>Czas trwania wizyty:</b> 20–30 minut (30 minut pierwszorazowa, 20 minut kolejne)

## 7. Wcześniejsze oceny Agencji związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem

Kwestia zasadności zakwalifikowania wnioskowanych badań diagnostycznych, porad oraz konsultacji specjalistycznych nie była dotychczas przedmiotem analizy i oceny Agencji w ujęciu kompleksowym.

W zakresie merytorycznie wiążącym się z przedmiotowym zleceniem Ministra Zdrowia, Agencja przeprowadziła:

- 1) raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy) pn.:
  - a) „Program profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii” – raport AOTMiT nr: OT.423.8.2018, OT.423.9.2019, Warszawa, grudzień 2020,
  - b) „Profilaktyka Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc”, raport nr: OT.423.6.2018 Warszawa, marzec 2020;
- 2) ocenę świadczeń opieki zdrowotnej:
  - a) „Świadczenie edukacyjne z zakresu diabetologii u pacjentów z cukrzycą” – raport AOTMiT nr WS.430.1.2018 z dn. 12.07.2018 r., Warszawa,
  - b) „Profilaktyka chorób układu krążenia jako świadczenie gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej” – raport OT.430.1.2017, Warszawa, 01.03.2017 r.

Zestawienie treści stanowiska i rekomendacji dotyczących ww. raportu przedstawiono w poniższej tabeli.

**Tabela 15. Podsumowanie treści stanowisk/opinii Rady Przejrzystości, rekomendacji/opinii Prezesa AOTMiT wiążących się merytorycznie z ocenianymi świadczeniami opieki zdrowotnej.**

Rok/Nr w BIP Agencji	Dokument AOTMiT oraz uzasadnienie	Rodzaj decyzji
2020 BIP: <a href="#">204/2019</a> <a href="#">Rekomendacja</a>	<p><b>Opinia Rady Przejrzystości nr 337/2020 z dnia 14 grudnia 2020 r.</b> w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii</p> <p><i>Rada Przejrzystości uważa za zasadne finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej „Profilaktyki chorób naczyniowych, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii”, pod warunkiem rezygnacji w tytule z hipercholesterolemii i wskazaniu najistotniejszych działań leżących w kompetencji samorządu terytorialnego, których skuteczność została potwierdzona.</i></p> <p><i>Rada sugeruje opracowanie kolejnej, tj. Wersji 2.0 rozwiązania modelowego z:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. koncentracją na kilku najistotniejszych, z punktu widzenia zagrożenia zdrowotnego, czynnikach ryzyka,</li> <li>2. uwzględnieniem zasady, aby programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorząd terytorialny koncentrowały się na edukacji i tworzeniu warunków do przeciwdziałania wybranym czynnikom ryzyka zdrowotnego, przy zaangażowaniu wielu lokalnych środowisk i instytucji,</li> <li>3. świadomością, iż główne czynniki ryzyka zdrowotnego wpływają negatywnie nie tylko na choroby sercowo-naczyniowe, ale też na inne choroby cywilizacyjne, w tym szczególnie na choroby nowotworowe,</li> <li>4. założeniem nie angażowania środków samorządu terytorialnego w medyczne działania profilaktyczne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Samorządowe PPZ (programy polityki zdrowotnej) powinny być komplementarne do programów finansowanych przez NFZ,</li> <li>5. nauką prawidłowego mierzenia ciśnienia tętniczego krwi i stosunku talia-biodra.</li> </ol>	<b>POZYTYWNA</b>
	<p><b>Rekomendacja nr 15/2020 z dnia 15 grudnia 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji</b> w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii</p> <p><i>Prezes Agencji rekomenduje prowadzenie w ramach programów polityki zdrowotnej kompleksowych interwencji nacełowanych na modyfikację stylu życia w populacji osób z wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego oraz edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.</i></p> <p><i>Prezes Agencji nie rekomenduje wykonywania w ramach programów polityki zdrowotnej działań, które w pełni pokrywają się ze świadczeniami gwarantowanymi realizowanymi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.</i></p> <p><b>Uzasadnienie: Prezes Agencji mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące przepisy prawa oraz dostępne dane epidemiologiczne dotyczące chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii, rekomenduje finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ) działań, które powinny swoim zakresem obejmować:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przeprowadzanie kompleksowych interwencji nacełowanych na modyfikację stylu życia w populacji osób z wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego, oraz</li> <li>• edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.</li> </ul>	<b>POZYTYWNA / NEGATYWNA</b>



Rok/Nr w BIP Agencji	Dokument AOTMiT oraz uzasadnienie	Rodzaj decyzji
<p>2020 BIP: <a href="#">228/2018</a> <a href="#">Rekomendacja</a></p>	<p><b>Opinia Rady Przejrzystości nr 69/2020 z dnia 30 marca 2020 roku</b> w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących przewlekłej obturacyjnej choroby płuc</p> <p><b>Rada Przejrzystości uważa za zasadne finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>działań edukacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem szkodliwości palenia tytoniu, szkodliwości pyłów zawieszonych, szczególnie przemysłowych,</li> <li>identyfikacji grup wysokiego ryzyka chorób tytoniozależnych (POChP, rak oskrzela, inne nowotwory tytoniozależne, zawał serca, udar mózgu, niedokrwienie kończyn),</li> <li>interwencji antynikotynowej, w zależności od oceny stopnia uzależnienia, z uwzględnieniem porady pielęgniarskiej i teleporady,</li> <li>wykonywania w grupach ryzyka spirometrii, szczególnie u pacjentów objawowych.</li> <li>Rada proponuje uwzględnienie ww. uwag dla modyfikacji modelowego projektu programu polityki zdrowotnej „Program Profilaktyki Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc”.</li> </ol> <p><b>Rekomendacja nr 6/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji</b> w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)</p> <p><b>Prezes Agencji rekomenduje</b> przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań edukacyjnych nakierowanych na szkodliwość palenia tytoniu, promowanie działań profilaktycznych oraz bezpośrednie skutki zdrowotne wystąpienia POChP, dokonanie oceny klinicznej w populacji osób kwalifikujących się do jednej z grup wysokiego ryzyka, wykonywanie badania spirometrycznego wśród uczestników przynależących do grup wysokiego ryzyka, przeprowadzenie interwencji antynikotynowej w celu ograniczenia lub eliminacji palenia tytoniu w populacji wysokiego ryzyka POChP, a także prowadzenie szkoleń dotyczących czynników ryzyka POChP występujących w środowisku pracy dla pracodawców, u których w zakładach pracy zidentyfikowano obecność niebezpiecznych substancji i pyłów.</p> <p><b>Prezes Agencji nie rekomenduje</b> wykonywania w ramach programów polityki zdrowotnej działań innych niż zalecanych w niniejszej rekomendacji.</p> <p><i>Uzasadnienie: Prezes Agencji mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące przepisy prawa oraz dostępne dane epidemiologiczne dotyczące POChP, rekomenduje finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ) działań, które powinny swoim zakresem obejmować:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>szkolenia dla pracodawców, w ramach których przekazywane będą zalecane metody zapobiegania i minimalizacji wpływu środowiska pracy na ryzyko występowania POChP u pracowników,</li> <li>działania informacyjno-edukacyjne dla świadczeniobiorców, ze szczególnym uwzględnieniem: szkodliwości palenia tytoniu, szkodliwości pyłów zawieszonych oraz bezpośrednich skutków zdrowotnych POChP,</li> <li>lekarską wizytę diagnostyczną nakierowaną na identyfikację osób z grupy wysokiego ryzyka POChP,</li> <li>interwencję antynikotynową,</li> <li>spirometrię u osób z grup ryzyka, przejawiających objawy choroby.</li> </ul>	<p><b>POZYTYWNA</b></p> <p><b>POZYTYWNA / NEGATYWNA</b></p>
<p>2018 BIP: <a href="#">2/2018</a></p>	<p><b>Stanowisko Rady Przejrzystości nr 70/2018 z dn. 16.07.2018 r.</b> w sprawie oceny zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Świadczenie edukacyjne z zakresu diabetologii u pacjentów z cukrzycą” jako świadczenia gwarantowanego</p> <p><b>Rada Przejrzystości uznaje za niezasadne</b> zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Świadczenie edukacyjne z zakresu diabetologii u pacjentów z cukrzycą” w zaproponowanym kształcie jako świadczenia gwarantowanego.</p> <p>Zdaniem Rady, powinien zostać opracowany i wdrożony pilotażowy program edukacyjny dla pacjentów z cukrzycą, który pozwoli na wyłonienie optymalnego prowadzenia edukacji diabetologicznej, który w przyszłości będzie mógł być zakwalifikowany jako świadczenie gwarantowane. Pilotaż powinien pozwolić oszacować również zasoby niezbędne do realizacji świadczenia gwarantowanego.</p> <p><b>Rekomendacja nr 69/2018 z dnia 19 lipca 2018 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji</b> w sprawie oceny zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Świadczenie edukacyjne z zakresu diabetologii u pacjentów z cukrzycą” jako świadczenia gwarantowanego</p> <p><b>Prezes Agencji nie rekomenduje</b> zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Świadczenie edukacyjne z zakresu diabetologii u pacjentów z cukrzycą” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.</p> <p><i>Uzasadnienie: (...) Prezes Agencji pragnie podkreślić, że odnalezione rekomendacje podkreślają wagę edukacji w procesie leczenia pacjentów z cukrzycą oraz konieczność jak najwcześniejszego wprowadzenia programu edukacyjnego do procesu terapeutycznego, jednak zaproponowany kształt realizacji świadczenia nie uwzględnia szczegółowych wytycznych towarzystw naukowych, w tym wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Ponadto zaproponowane w Karcie Problemu Zdrowotnego warunki realizacji świadczeń zawierają wiele nieścisłości dotyczących, m.in. kryteriów warunkujących dobór osoby wykonującej świadczenie, liczby wizyt, formy udzielanego świadczenia. (...)</i></p>	<p><b>NEGATYWNA</b></p> <p><b>NEGATYWNA</b></p>
<p>2017 BIP: <a href="#">21/2017</a></p>	<p><b>Stanowisko Rady Przejrzystości nr 18/2017 z dn. 6.03.2017 r.</b> w sprawie oceny zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Świadczenia gwarantowane w ramach profilaktyki chorób układu krążenia – z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej” jako świadczenia gwarantowanego</p> <p><b>Rada Przejrzystości uznaje za niezasadne</b> zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Świadczenia gwarantowane w ramach profilaktyki chorób układu krążenia – z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej” jako świadczenia gwarantowanego w przedstawionym kształcie. Świadczenie mogłoby być zakwalifikowane pod warunkiem uwzględnienia uwag Rady.</p> <p><b>Rekomendacja nr 12/2017 z dnia 24 marca 2017 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji</b> w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Choroby układu krążenia”, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej</p>	<p><b>NEGATYWNA</b></p> <p><b>NEGATYWNA</b></p>

Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków budżetu powierzonego, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych WS.420.5.2022

Rok/Nr w BIP Agencji	Dokument AOTMiT oraz uzasadnienie	Rodzaj decyzji
	<i>Prezes Agencji nie rekomenduje zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Choroby układu krążenia”, jako świadczenie gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w zaproponowanym kształcie.</i>	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Równolegle AOTMiT prowadziła proces wyceny w zakresie wybranych badań laboratoryjnych oraz konsultacji i porad specjalistycznych w ramach budżetu powierzonego, w tym części świadczeń objętych niniejszą oceną, w oparciu o odrębne zlecenie Ministra Zdrowia z 27.04.2022 r. (znak: DLG.7801.8.2022.GK), w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach.

## 8. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

W celu odnalezienia rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych w innych krajach dotyczących kompleksowych rozwiązań diagnostycznych (badania diagnostyczne, konsultacje, porady) na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjentów z chorobami przewlekłymi dokonano wyszukania wolnotekstowego na stronach internetowych następujących agencji HTA oraz instytucji działających w ochronie zdrowia:

- Szkocja – <http://www.scottishmedicines.org.uk/>,
- Walia – <http://www.awmsg.org/>,
- Irlandia – <http://www.ncpe.ie/>,
- Kanada – <http://www.cadth.ca/> oraz <http://www.pcodr.ca/>,
- Francja – <http://www.has-sante.fr/>,
- Holandia – <http://www.zorginstituutnederland.nl/>,
- Niemcy – <https://www.g-ba.de/> oraz <https://www.iqwig.de/>,
- Australia – <http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/>,
- Szwajcaria – <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>,
- Wielka Brytania – <http://www.nice.org.uk/>; <https://www.nhsbsa.nhs.uk/>,
- Portugalia – <https://dre.pt/>,
- Litwa – <https://e-seimas.lrs.lt>,
- Estonia – <https://www.riigiteataja.ee/akt/122122015054>,
- Chorwacja – <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/popis-ugovorenih-zdravstvenih-partnera-usluga/>.

Ponadto dokonano wyszukiwania wolnotekstowego w ogólnodostępnych wyszukiwarkach internetowych (w tym [www.google.com](http://www.google.com)). Wyszukiwanie przeprowadzono w dniach 08–09.08.2022 r. przy zastosowaniu słów kluczowych: *general practitioner/physician, GP, comprehensive diagnostics/testing, primary care physician, general medical treatment, specialist consultations, diet advice/counseling, nutritional/dietary counseling, educational advice, health counseling*.

Poniżej przedstawiono najważniejsze znaleziska odnoszące się merytorycznie do zakresu przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia.

### Holandia

W poniższej tabeli przedstawiono 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”<sup>23</sup>.

**Tabela 16. Informacje odnoszące się do udzielania świadczeń pacjentom z chorobami endokrynologicznymi i układu oddechowego na podst. raportów Zorginstituut Nederland realizowanych w ramach projektu „Sensible Care”.**

Tytuł raportu, rok	Najważniejsze informacje w zakresie opieki nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia Holandii
<p><b>Faza przesiewowa</b>  <b>Analiza systematyczna: choroby endokrynologiczne, zaburzenia odżywiania i metabolizmu.</b>  <b>Sensible Care, ICD-10: IV (E00–E90)</b>  <b>2018</b></p>	<p>Zaburzenia z obszaru ICD-10 rozdział IV oraz osteoporoza są na ogół leczone przez <b>lekarza pierwszego kontaktu lub internistę (endokrynologa)</b>.</p> <p><b>POZ.</b> Pacjenci zazwyczaj najpierw zgłaszają się do lekarza pierwszego kontaktu ze swoimi problemami. W POZ najczęściej rozpoznaje się zaburzenia gospodarki lipidowej (hipercholesterolemia, hiperglicydemia). Cukrzyca zajmuje drugie miejsce, a następnie choroby tarczycy, niedobory witamin i składników odżywczych, osteoporoza i otyłość.</p> <p><b>AOS.</b> Część pacjentów ze schorzeniami endokrynologicznymi, zaburzeniami odżywiania lub przemianami materii otrzymuje specjalistyczną opiekę medyczną. Większość z nich jest obserwowana przez internistę lub internistę-</p>

<sup>23</sup> Zorginstituut Nederland (ZIN) uruchomił w 2013 r. program „Sensible Care”, systematyczny przegląd możliwości diagnostycznych i leczniczych w ramach aktualnego podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu realizacji świadczeń i wykorzystania opieki medycznej. Okresowo wszystkie obszary ICD-10 są poddawane systematycznym przeglądom. Jej istotą jest identyfikacja i zapobieganie nieskutecznej lub niepotrzebnej opiece, dzięki czemu poprawia się jakość opieki nad pacjentem, wzrastają korzyści zdrowotne i unika się niepotrzebnych kosztów.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/zinnige-zorg/zinnige-zorg--overzicht-alle-projecten>, data dostępu: 9.08.2022 r.

Tytuł raportu, rok	Najważniejsze informacje w zakresie opieki nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia Holandii
	<p>endokrynologa. Większość pacjentów odwiedza internistę z powodu cukrzycy, a następnie z powodu zaburzeń tarczycy, osteoporozy i otyłości. Podobnie jest w przypadku lekarza rodzinnego.</p> <p>W przeciwieństwie do lekarza pierwszego kontaktu, internista rejestruje główną diagnozę w systemie deklaracji DBC oraz brak dodatkowych lub ukrytych zaburzeń.</p> <p><a href="https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/09/27/zinnige-zorg-screeningsrapport-endocriene-ziekten-voedingsstoornissen-en-stofwisselingsstoornissen">https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/09/27/zinnige-zorg-screeningsrapport-endocriene-ziekten-voedingsstoornissen-en-stofwisselingsstoornissen</a>, 09.08.2022 r.</p>
<p><b>Faza przesiewowa</b></p> <p><b>Analiza systematyczna: choroby układu oddechowego</b></p> <p><b>Sensible Care, ICD-10: X (J00–J90)</b></p> <p><b>2016</b></p> <p><b>Faza pogłębiona</b></p> <p><b>Astma</b></p> <p><b>2020</b></p> <p><b>Faza pogłębiona</b></p> <p><b>POChP</b></p> <p><b>2019</b></p>	<p><b>Astma</b></p> <p>Konsumpcja usług opieki zdrowotnej związana z astmą wzrasta w czasie. Opiekę nad osobami z astmą można poprawić poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>poprawę diagnostyki astmy: <ul style="list-style-type: none"> <li>potwierdzić rozpoznanie astmy za pomocą dobrej jakości spirometrii;</li> <li>wdrożyć inne dodatkowe badania w uzasadniony sposób.</li> </ul> </li> <li>zoptymalizowanie leczenia astmy, aby zapobiec atakom: <ul style="list-style-type: none"> <li>unikanie nadmiernego leczenia SABA;</li> <li>zredukowanie błędów inhalacyjnych dzięki zastosowaniu ujednoczonych przeciwinhalatorów;</li> <li>przy wyborze inhalatora uwzględnienie wpływu gazów cieplarnianych;</li> <li>dostosowanie leczenia częściowo na podstawie FeNO.</li> </ul> </li> <li>okresowo sprawdzanie osoby z astmą: <ul style="list-style-type: none"> <li>zwracanie większej uwagi na aspekty medyczne i niemedyczne;</li> <li>bardziej odpowiednie stosowanie spirometrii podczas monitorowania.</li> </ul> </li> </ul> <p><a href="https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/hart-vaat-en-long/zinnige-zorg---astma-implementatiefase">https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/hart-vaat-en-long/zinnige-zorg---astma-implementatiefase</a> 09.08.2022 r.</p> <p><b>POChP</b></p> <p>Opiekę nad osobami z POChP można poprawić poprzez: poradnictwo w zakresie zaprzestania palenia; przełożenie na praktykę najnowszych spostrzeżeń dotyczących przepisywania i zmniejszania dawki kortykosteroidów wziewnych; zastosowanie opieki krokowej w terapii ruchowej i rehabilitacji oddechowej; częstsze przepisywanie opioidów w fazie paliatywnej; zastosowanie e-zdrowia w opiece nad POChP.</p> <p><a href="https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/hart-vaat-en-long/zinnige-zorg---copd-implementatiefase">https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/hart-vaat-en-long/zinnige-zorg---copd-implementatiefase</a></p>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

## Australia

W poniższej tabeli przedstawiono elementy zarządzania chorobami przewlekłymi dostępne w Australii (Medicare).

Tabela 17. Elementy zarządzania chorobami przewlekłymi w Australii.

Elementy zarządzania chorobami przewlekłymi (pozycje 721 do 732) – nota AN.0.47	Numer pozycji	Minimalny okres składania wniosków*
Przygotowanie Planu Postępowania Lekarza Rodzinnego (GPMP)	721	12 miesięcy
Koordinacja Porozumień Opieki Zespołowej (TCA)	723	12 miesięcy
Wkład w wielodyscyplinarny plan opieki lub przegląd wielodyscyplinarnego planu opieki w przypadku pacjenta, który nie jest odbiorcą opieki w stacjonarnym zakładzie opieki nad osobami starszymi	729	3 miesiące
Wkład do planu opieki wielodyscyplinarnej lub przeglądu planu opieki wielodyscyplinarnej dla rezydenta placówki opieki nad osobami starszymi	731	3 miesiące
Przegląd planu postępowania lekarza rodzinnego lub koordynacja przeglądu ustaleń dotyczących opieki zespołowej	732	3 miesiące

*Objaśnienia:* \* - usługi dla pacjentów z zarządzaniem chorobą przewlekłą (ang. chronic disease management) mogą być świadczone częściej w wyjątkowych okolicznościach. Wyjątkowe okoliczności istnieją dla pacjenta, jeśli nastąpiła istotna zmiana w stanie klinicznym pacjenta lub wymaganiach dotyczących opieki, która wymaga wykonania usługi dla pacjenta.

Źródło: <http://www9.health.gov.au/mbs/fullDisplay.cfm?type=note&q=AN.0.47&qt=noteID&criteria=GP%20treatment%20items>, 9.08.2022 r.

**Ad. pozycja 721.** Jest ona dostępna wyłącznie dla odbiorców opieki w domach opieki nad osobami starszymi. Należy przygotować kompleksowy pisemny plan opisujący:

- potrzeby zdrowotne pacjenta, problemy zdrowotne i istotne warunki;
- cele zarządzania, z którymi pacjent się zgadza;
- działania, które powinien podjąć pacjent;

- leczenie i usługi, których pacjent prawdopodobnie będzie potrzebować;
- ustalenia dotyczące świadczenia tego leczenia i tych usług; oraz
- ustalenia dotyczące przeglądu planu w terminie określonym w planie.

Przygotowując plan, dostawca musi:

- wyjaśnić pacjentowi i jego opiekunowi (jeśli istnieje i jeśli lekarz uzna to za stosowne, a pacjent wyrazi na to zgodę) kroki związane z przygotowaniem planu; oraz
- zapisać plan; oraz
- odnotować zgodę pacjenta na przygotowanie planu; oraz
- zaoferować kopię planu pacjentowi i jego opiekunowi (jeśli istnieje i jeśli lekarz uzna to za stosowne, a pacjent wyrazi na to zgodę); oraz
- dodać kopię planu do dokumentacji medycznej pacjenta.

Kopię pisemnego planu należy przechowywać przez 2 lata.

**Ad. pozycja 723.** Koordynując rozwój Porozumień Opieki Zespołowej (TCA), lekarz rodzinny musi:

- konsultować się z co najmniej dwoma współpracującymi świadczeniodawcami, z których każdy zapewni pacjentowi inny rodzaj leczenia lub usług, a jednym z nich może być inny lekarz, przy dokonywaniu ustaleń dotyczących wielodyscyplinarnej opieki nad pacjentem; oraz
- przygotować dokument opisujący:
  - cele leczenia i usług dla pacjenta (i);
  - leczenie i usługi, które współpracujący dostawcy zapewnią pacjentowi (ii); oraz
  - działania, które powinien podjąć pacjent (iii);
  - ustalenia dotyczące przeglądu (i), (ii) i (iii) w terminie określonym w dokumencie; oraz
- wyjaśnić pacjentowi i jego opiekunowi kroki związane z opracowaniem ustaleń (jeśli takie istnieją i jeśli lekarz uzna to za stosowne, a pacjent wyrazi na to zgodę);
- omówić z pacjentem współpracujących świadczeniodawców, którzy przyczynią się do rozwoju TCA i zapewnią pacjentowi leczenie i usługi w ramach tych ustaleń; oraz
- odnotować zgodę pacjenta na rozwój TCA;
- przekazać kopie odpowiednich części dokumentu współpracującym dostawcom;
- zaoferować kopię dokumentu pacjentowi i jego opiekunowi (jeśli taki istnieje i jeśli lekarz uzna to za stosowne, a pacjent wyrazi na to zgodę); oraz
- dodać kopię dokumentu do dokumentacji medycznej pacjenta.

Opisany powyżej dokument należy przechowywać przez 2 lata.

Jednym z co najmniej dwóch dostawców usług współpracujących z lekarzem rodzinnym może być inny lekarz. Opiekun nieformalny lub rodzinny pacjenta może zostać włączony do procesu współpracy, ale nie wlicza się do minimum trzech współpracujących świadczeniodawców.

**Ad. Pozycje 721–732** powinny być na ogół wykonywane przez lekarza pierwszego kontaktu pacjenta. „Zwykły lekarz rodzinny” pacjenta oznacza lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza pierwszego kontaktu pracującego w praktyce medycznej, który zapewnił pacjentowi większość opieki w ciągu ostatnich 12 miesięcy i/lub będzie świadczył pacjentowi większość usług lekarza rodzinnego w ciągu następnych 12 miesięcy. Termin „zwykły lekarz rodzinny” nie miałby generalnie zastosowania do praktyki, która świadczy tylko jedną konkretną usługę zarządzania chorobami przewlekłymi.

Pielęgniarka przychodni, pracownik służby zdrowia z Aborygenów i Wysp Cieśniny Torresa, pracownik służby zdrowia z Aborygenów lub inny pracownik służby zdrowia może wspierać lekarza pierwszego kontaktu w ramach pozycji 721, 723 i 732 (np. w ocenie pacjenta, identyfikacji potrzeb pacjenta i przygotowaniu usług). Jednak lekarz rodzinny musi spełnić wszystkie wymagania regulacyjne, przejrzeć i potwierdzić wszystkie oceny oraz spotkać się z pacjentem.

Podsumowując, nie odnaleziono informacji dotyczących kompleksowego ujęcia diagnostyki oraz konsultacji i porad specjalistycznych, w ujęciu adekwatnym do wnioskowanego zakresu świadczeń ujętych w przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia.

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 informacje z Australii dotyczące 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.

## **9. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia**

### **9.1. Stanowisko Prezesa NFZ**

Do dnia przekazania raportu nie otrzymano odpowiedzi Prezesa NFZ.

### **9.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia**

Ze względu na duży obszar niepewności, wynikający z braku określenia w przedmiotowym zleceniu Ministra Zdrowia populacji docelowej (zarówno w zakresie wskazań klinicznych, grup wiekowych, jak i liczebności), jak również z braku doprecyzowania częstości udzielania wnioskowanych badań diagnostycznych, porad i konsultacji specjalistycznych, oraz trwający proces wyceny wybranych badań laboratoryjnych, konsultacji i porad specjalistycznych przeznaczonych do finansowania z budżetu powierzonego POZ odstąpiono w niniejszym opracowaniu od przeprowadzenia oszacowania skutku finansowego dla systemu ochrony zdrowia.

## 10. Piśmiennictwo

### Rekomendacje kliniczne

<b>ACB/BTA/BTF 2006</b>	Association for Clinical Biochemistry (ACB), British Thyroid Association (BTA) British Thyroid Foundation (BTF), 2006. UK Guidelines for the Use of Thyroid Function Tests. Źródło: <a href="https://www.british-thyroid-association.org/sandbox/bta2016/uk_guidelines_for_the_use_of_thyroid_function_tests.pdf">https://www.british-thyroid-association.org/sandbox/bta2016/uk_guidelines_for_the_use_of_thyroid_function_tests.pdf</a>
<b>AOTMiT 2021</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2021. Zalecenia w long COVID/post-COVID. Źródło: <a href="https://aotm.gov.pl/zalecenia-w-long-covid-post-covid-wersja-1.0-5-grudnia-2021-r.pdf">Zalecenia-w-long-COVID-post-COVID-wersja-1.0-5-grudnia-2021-r.pdf (aotm.gov.pl)</a>
<b>CSEM 2020</b>	Canadian Society of Endocrinology and Metabolism, 2020. Five Things Physicians and Patients Should Question by Canadian Society of Endocrinology and Metabolism Źródło: <a href="https://choosingwiselycanada.org/recommendation/endocrinology-and-metabolism/?highlight=tpo">https://choosingwiselycanada.org/recommendation/endocrinology-and-metabolism/?highlight=tpo</a> , data dostępu: 11.08.2022 r.
<b>EASO 2015</b>	European Association for the Study of Obesity, 2015. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obes Facts 2015;8:402–424, DOI: 10.1159/000442721 Źródło: <a href="https://easo.org/education/guidelines/">https://easo.org/education/guidelines/</a> , data dostępu: 08.08.2022 r.
<b>ERS 2021a</b>	European Respiratory Society, 2021. European Respiratory Society Guidelines for the Diagnosis of Asthma in Adults Źródło: <a href="https://erj.ersjournals.com/content/erj/early/2022/02/03/13993003.01585-2021.full.pdf">https://erj.ersjournals.com/content/erj/early/2022/02/03/13993003.01585-2021.full.pdf</a>
<b>ERS 2021b</b>	European Respiratory Society, 2021. Task Force report: European Respiratory Society guidelines for the management of children and adolescents with bronchiectasis Źródło: <a href="https://erj.ersjournals.com/content/erj/early/2021/02/04/13993003.02990-2020.full.pdf">https://erj.ersjournals.com/content/erj/early/2021/02/04/13993003.02990-2020.full.pdf</a>
<b>ESC 2013</b>	European Society of Cardiology, 2013. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej: Wytyczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej Źródło: <a href="https://ptkardio.pl/wytyczne/24-wytyczne_esc_dotyczace_postepowania_w_stabilnej_chorobie_wiencowej">https://ptkardio.pl/wytyczne/24-wytyczne_esc_dotyczace_postepowania_w_stabilnej_chorobie_wiencowej</a>
<b>ESC 2019</b>	European Society of Cardiology, 2019. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w przewlekłych zespołach wieńcowych: Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych. Źródło: <a href="https://ptkardio.pl/wytyczne/35-wytyczne_esc_dotyczace_rozpoznawania_i_leczenia_przewleklych_zespolow_wiencowych">https://ptkardio.pl/wytyczne/35-wytyczne_esc_dotyczace_rozpoznawania_i_leczenia_przewleklych_zespolow_wiencowych</a>
<b>ESC/EAS/PTK 2016</b>	Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, Europejskie Towarzystwo Miażdżycowe, 2016. Wytyczne ESC/EAS dotyczące leczenia zaburzeń lipidowych w 2016 roku. Kardiologia Polska 2016; 74, 11: 1234–1318; DOI: 10.5603/KP.2016.0157 Źródło: <a href="https://ptkardio.pl/wytyczne/11-wytyczne_esceas_dotyczace_leczenia_zaburzen_lipidowych">https://ptkardio.pl/wytyczne/11-wytyczne_esceas_dotyczace_leczenia_zaburzen_lipidowych</a> data dostępu: 8.08.2022 r.
<b>ESC/ESH/PTK 2018</b>	European Society of Cardiology i European Society of Hypertension, 2018. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) do spraw postępowania w nadciśnieniu tętniczym, Wytyczne ESC/ESH dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Kardiologia Polska 2019; 77, 2: 71–159; DOI: 10.5603/KP.2019.0018 Źródło: <a href="https://ptkardio.pl/wytyczne/1-wytyczne_escesh_dotyczace_postepowania_w_nadcisnieniu_tetniczym">https://ptkardio.pl/wytyczne/1-wytyczne_escesh_dotyczace_postepowania_w_nadcisnieniu_tetniczym</a>
<b>ESC/ESVS/PTK 2017</b>	Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej (ESVS) do spraw rozpoznawania i leczenia chorób tętnic obwodowych., 2017. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia chorób tętnic obwodowych w 2017 roku, przygotowane we współpracy z ESVS. Kardiologia Polska 2017; 75, 11: 1065–1160; DOI: 10.5603/KP.2017.0216 Źródło: <a href="https://ptkardio.pl/wytyczne/8-wytyczne_esc_dotyczace_rozpoznawania_i_leczenia_chorob_tetnic_obwodowych_przygotowane_we_wspolpracy_z_esvs">https://ptkardio.pl/wytyczne/8-wytyczne_esc_dotyczace_rozpoznawania_i_leczenia_chorob_tetnic_obwodowych_przygotowane_we_wspolpracy_z_esvs</a> , data dostępu: 5.08.2022 r.
<b>ESC/HFA 2021</b>	European Society of Cardiology, Heart Failure Association, 2021. Opracowanie Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, European Society of Cardiology) do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca Ze specjalnym udziałem Asocjacji Niewydolności Serca (HFA, Heart Failure Association) Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Wytyczne ESC 2021 dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca Źródło: <a href="https://ptkardio.pl/wytyczne/44-wytyczne_esc_2021_dotyczace_diagnostyki_i_leczenia_ostrej_i_przewleklej_niewydolnosci_serca">https://ptkardio.pl/wytyczne/44-wytyczne_esc_2021_dotyczace_diagnostyki_i_leczenia_ostrej_i_przewleklej_niewydolnosci_serca</a>
<b>ESC/PTK 2021</b>	Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, 2021. Wytyczne ESC 2021 dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej. Zeszyty Edukacyjne. Kardiologia Polska 5/2021 Źródło: <a href="https://ptkardio.pl/wytyczne/42-wytyczne_esc_2021_dotyczace_prewencji_chorob_ukladu_sercowo_naczyniowego_w_praktyce_klinicznej">https://ptkardio.pl/wytyczne/42-wytyczne_esc_2021_dotyczace_prewencji_chorob_ukladu_sercowo_naczyniowego_w_praktyce_klinicznej</a> , data dostępu: 08.08.2022 r.
<b>ESVS 2022</b>	European Society for Vascular Surgery, 2022. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg (2022) 63, 184e267 Źródło: <a href="https://www.eives.com/article/S1078-5884(21)00979-5/fulltext#secsectitle0145">https://www.eives.com/article/S1078-5884(21)00979-5/fulltext#secsectitle0145</a> , data dostępu: 5.08.2022 r.



<b>ETA 2018</b>	European Thyroid Association, 2018. Guideline for the Management of Graves' Hyperthyroidism. Źródło: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140607/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140607/</a>
<b>GINA 2022</b>	Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2022. GINA 2022 Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention Źródło: <a href="https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf">https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf</a>
<b>NICE 2019</b>	NICE, 2019. Thyroid disease: assessment and management. Źródło: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng145">https://www.nice.org.uk/guidance/ng145</a>
<b>NIDDK 2009</b>	National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 2009. Current Issues in Measurement and Reporting of Urinary Albumin Excretion Źródło: <a href="https://www.niddk.nih.gov/health-information/professionals/clinical-tools-patient-management/kidney-disease/laboratory-evaluation/frequently-asked-questions#UACR">https://www.niddk.nih.gov/health-information/professionals/clinical-tools-patient-management/kidney-disease/laboratory-evaluation/frequently-asked-questions#UACR</a> ; <a href="https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.849.5272&amp;rep=rep1&amp;type=pdf">https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.849.5272&amp;rep=rep1&amp;type=pdf</a> Dostęp 04.08.2022
<b>PTD 2020</b>	Polskiego Towarzystwa Diabetologiczne, 2020. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę Źródło: <a href="https://journals.viamedica.pl/diabetologia_praktyczna/article/view/68732">https://journals.viamedica.pl/diabetologia_praktyczna/article/view/68732</a>
<b>PTD 2022</b>	Polskiego Towarzystwa Diabetologiczne, 2022. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2022. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Źródło: <a href="https://www.ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/CTID-1-2022-pl.pdf">https://www.ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/CTID-1-2022-pl.pdf</a>
<b>PTK 2013</b>	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Stanowisko grupy ekspertów Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, 2013. Wytyczne dotyczące wykonywania długotrwałych rejestracji EKG Źródło: <a href="https://journals.viamedica.pl/kardiologia_polska/article/view/77582">https://journals.viamedica.pl/kardiologia_polska/article/view/77582</a>
<b>PTK 2017</b>	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Sekcja Echokardiografii PTK, Sekcja Kardiologicznego Rezonansu Magnetycznego i Tomografii Komputerowej PTK, Sekcja Kardiologii Nuklearnej PTK, 2017. Algorytmy nieinwazyjnej diagnostyki obrazowej w kardiologii Źródło: <a href="https://journals.viamedica.pl/kardiologia_polska/article/view/KP.2017.0176">https://journals.viamedica.pl/kardiologia_polska/article/view/KP.2017.0176</a>
<b>PTK 2018</b>	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, 2018, Echokardiograficzne badanie przezklatkowe u dorosłych — wytyczne Sekcji Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Źródło: <a href="https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/255695/gackowski_et_al_echokardiograficzne_badanie_przezklatkowe_u_doroslych_2018.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/255695/gackowski_et_al_echokardiograficzne_badanie_przezklatkowe_u_doroslych_2018.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>
<b>PTLO 2022</b>	Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości, 2022. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości. Medycyna Praktyczna – Wydział Specjalne maj 2022 Źródło: <a href="https://ptlo.org.pl/aktualnosci/209-pdf_zalecenia_kliniczne_dotyczace_postepowania_u_chorych_na_otylosc_2022">https://ptlo.org.pl/aktualnosci/209-pdf_zalecenia_kliniczne_dotyczace_postepowania_u_chorych_na_otylosc_2022</a> , data dostępu: 08.08.2022 r.
<b>PTN 2018</b>	Rekomendacje Polskich Towarzystw Naukowych „Diagnostyka i leczenie raka tarczycy”. Aktualizacja na rok 2018, 2018 / Guidelines of Polish National Societies Diagnostics and Treatment of Thyroid Carcinoma 2018 Update. Endokrynologia Polska, DOI: 10.5603/EP.2018.0014, Tom/Volume 68; Numer/Number 1/2018 Źródło: <a href="https://www.researchgate.net/publication/323182307_Rekomendacje_Polskich_Towarzystw_Naukowych_Diagnostyka_i_leczenie_raka_tarczycy_Aktualizacja_na_rok_2018">https://www.researchgate.net/publication/323182307_Rekomendacje_Polskich_Towarzystw_Naukowych_Diagnostyka_i_leczenie_raka_tarczycy_Aktualizacja_na_rok_2018</a>

#### Pozostałe publikacje

<b>AOTMiT 2021</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2021. Programy z zakresu wykrywania chorób tarczycy – wspólne podstawy oceny (ocena projektów programów polityki zdrowotnej). Aneks do raportów szczegółowych. Warszawa, sierpień 2021
<b>Boros i Mejza 2021a</b>	Boros P, Mejza F. Spirometria podstawowa. Interna – Mały Podręcznik. Medycyna Praktyczna, 2021. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.V.25.4.1">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.V.25.4.1</a> , data dostępu: 22.07.2022 r.
<b>Boros i Mejza 2021b</b>	Boros P, Mejza F. Spirometryczna próba rozkurczowa. Interna – Mały Podręcznik. Medycyna Praktyczna, 2021. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.V.25.4.2">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.V.25.4.2</a> , data dostępu: 22.07.2022
<b>Bożek 2017</b>	Bożek P. Elektrokardiograficzna próba wysiłkowa. Medycyna Praktyczna, 2017. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/152187_elektrokardiograficzna-proba-wysilkowa">https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/152187_elektrokardiograficzna-proba-wysilkowa</a> , data dostępu: 22.07.2022 r.
<b>Gajewski 2017</b>	Gajewski K. Badania czynnościowe układu oddechowego. Medycyna Praktyczna, 2017. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/150486_badania-czynnosciowe-ukladu-oddechowego">https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/150486_badania-czynnosciowe-ukladu-oddechowego</a> , data dostępu: 22.07.2022 r.
<b>Gajewski, Szczeklik 2018</b>	Gajewski P, Szczeklik A. Interna Szczeklika 2018. Medycyna Praktyczna, Kraków
<b>Górnicka 2022</b>	Górnicka B. Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy. Wielka Interna. Podyplomie.pl. 2022. Źródło: <a href="https://podyplomie.pl/wiedza/wielka-interna/1294.biopsja-aspiracyjna-cienkoiglowa-tarczycy">https://podyplomie.pl/wiedza/wielka-interna/1294.biopsja-aspiracyjna-cienkoiglowa-tarczycy</a> , data dostępu: 25.07.2022 r.
<b>IM 2021</b>	Jaką rolę pełni koordynator w przychodni POZ?. Info Medycyna, 2021. Źródło: <a href="http://www.infomedycyna.pl/jaka-role-pelni-koordynator-w-przychodni-poz/">http://www.infomedycyna.pl/jaka-role-pelni-koordynator-w-przychodni-poz/</a> , data dostępu: 25.07.2022 r.

<b>IOZ 2018</b>	Kalbarczyk WP, et al. Cukrzyca. Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy? Raport Instytutu Ochrony Zdrowia. Warszawa 2018. <a href="https://www.ioz.org.pl/raporty">https://www.ioz.org.pl/raporty</a> <a href="https://e2368fae-89c4-422c-b5c6-1d7220f21c82.filesusr.com/ugd/e91ac2_fc0a3c8757704a1a86fb820cc28c340a.pdf">https://e2368fae-89c4-422c-b5c6-1d7220f21c82.filesusr.com/ugd/e91ac2_fc0a3c8757704a1a86fb820cc28c340a.pdf</a>
<b>Januszewicz 2021</b>	Januszewicz A., Prejbisz A., Dobrowolski P., Leśniak W., 2021. Naciski tętnicze pierwotne. w: Interna – mały podręcznik k - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.20.1">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.20.1</a> , dostęp: 2.08.2022 r.
<b>Januszewicz i Prejbisz 2018</b>	Januszewicz A., Prejbisz A., 2018. Naciski tętnicze. w: Interna Szczeklika 2018. Medycyna Praktyczna, Kraków
<b>Jarząb 2018</b>	Jarząb B., Lewiński A., Płaczkiewicz-Jankowska E., 2018. Choroby tarczycy. w: Interna Szczeklika 2018. Medycyna Praktyczna, Kraków
<b>Jarząb i Płaczkiewicz-Jankowska 2021a</b>	Jarząb B., Płaczkiewicz-Jankowska E., 2021. Choroba Gravesa i Basedowa. w: Interna – mały podręcznik - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.9.2.1">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.9.2.1</a> , data dostępu: 2.08.2022 r.
<b>Jarząb i Płaczkiewicz-Jankowska 2021b</b>	Jarząb B., Płaczkiewicz-Jankowska E., 2021. Wole guzkowe nietoksyczne. w: Interna – mały podręcznik - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.9.4">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.9.4</a> , data dostępu: 2.08.2022 r.
<b>Lewiński i Płaczkiewicz-Jankowska 2021a</b>	Lewiński A., Płaczkiewicz-Jankowska E., 2021. Niedoczynność tarczycy. w: Interna – mały podręcznik k - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.9.1">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.9.1</a> , data dostępu: 2.08.2022 r.
<b>Lewiński i Stasiak 2021</b>	Lewiński A., Stasiak M., 2021. Wole rozlane nietoksyczne. w: Interna – mały podręcznik - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/podrecznik/pediatrics/chapter/B42.1.2.29.1">https://www.mp.pl/podrecznik/pediatrics/chapter/B42.1.2.29.1</a> , data dostępu: 4.08.2022 r.
<b>Lewiński i Płaczkiewicz-Jankowska 2021b</b>	Lewiński A., Płaczkiewicz-Jankowska E., 2021. Wole guzkowe nietoksyczne. w: Interna – mały podręcznik - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.9.3.1">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.9.3.1</a> , data dostępu: 2.08.2022 r.
<b>MPZ 2021</b>	Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa, sierpień 2021. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. (poz. 69); DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69 Źródło: <a href="http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/69/">http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/69/</a> , data dostępu: 25.07.2022 r.
<b>NFZ 2021</b>	Opieka koordynowana – wyższy standard POZ. Aktualności Centrali. Narodowy Fundusz Zdrowia, 2021. Źródło: <a href="http://centrala.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci/narodowy-fundusz-zdrowia-nfz-finansujemy-zdrowie-polakow">Centrala NFZ - Aktualności / Aktualności / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków</a> , data dostępu: 25.07.2022 r.
<b>Niewiński 2021</b>	Niewiński P., Pasierski T., Banasiak W., Leśniak W., Referowska M., 2021. Typowy przewlekły zespół wieńcowy. w: Interna – mały podręcznik - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.5.1.1">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.5.1.1</a> , dostęp: 2.08.2022 r.
<b>Niżankowska-Mogilnicka 2020</b>	Mejza F., Niżankowska-Mogilnicka E.: Choroby układu oddechowego – postępy 2019/2020. Med. Prakt., 2020; 11: 75–87 Źródło: <a href="https://www.mp.pl/pulmonologia/artykuly-wytyczne/pogladowe/251674.choroby-ukladu-oddechowego-postepy-2019-2020">https://www.mp.pl/pulmonologia/artykuly-wytyczne/pogladowe/251674.choroby-ukladu-oddechowego-postepy-2019-2020</a> , data dostępu: 2.08.2022 r.
<b>Niżankowska-Mogilnicka 2021</b>	Niżankowska-Mogilnicka E., Bochenek G., Gajewski P., Mejza F., 2021. Astma. w: Interna – mały podręcznik - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.7">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.7</a> , data dostępu: 2.08.2022 r.
<b>OT.422.28.2019</b>	Opracowanie ws. Leku Xolair (omalizumab) we wskazaniu astma oskrzelowa alergiczna (ICD-10: J45.0) IgE-zależna w populacji pacjentów poniżej 12 roku życia, Wydział Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Agencja Oceny technologii Medycznych i Taryfikacji, 5 kwietnia 2019 r.
<b>OT.4330.19.2020</b>	Analiza weryfikacyjna Agencji. Wniosek o objęcie refundacją leku Tresiba (insulina degludec) we wskazaniu: cukrzyca typu 1 u dorosłych, młodzieży i dzieci powyżej 1. roku życia; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO) Źródło: <a href="https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/program-profilaktyki-chorob-ukladu-krazenia-chuk">https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/program-profilaktyki-chorob-ukladu-krazenia-chuk</a> , data dostępu: 20.07.2022 r.
<b>Pacjent.gov.pl – ChUK 2022</b>	
<b>Pierzchała 2021</b>	Pierzchała W., Niżankowska-Mogilnicka E., Gajewski P., Mejza F., 2021. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). w: Interna – mały podręcznik - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.6">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.6</a> , data dostępu 2.08.2022 r.
<b>PTD 2021</b>	Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, 2020. 2020 Guidelines on the management of diabetic patients. A position of Diabetes Poland. Clin Diabetol 2020; 9, 1. DOI: 10.5603/DK.2020.0001.
<b>RMZ POZ poz. 1355 2022</b>	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. (Dz.U. 2022 poz. 1355) Źródło: <a href="https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220001355">https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220001355</a> , data dostępu: 20.07.2022 r.
<b>Sieradzki i Płaczkiewicz-Jankowska 2021</b>	Sieradzki J. i Płaczkiewicz-Jankowska E., 2021. Cukrzyca. w: Interna – mały podręcznik - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.13.1">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.13.1</a> , dostęp: 2.08.2022 r.
<b>Surdacki 2021</b>	Surdacki A., Kruszelnicka O., Chyrchel B., Bednarek J., Chyrchel M., Leśniak W., 2021. Przewlekła niewydolność serca (PNS) w: Interna – mały podręcznik k - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej. Źródło: <a href="https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.19.1">https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.19.1</a> , data dostępu: 2.08.2022 r.

- Szydło 2019** Szydło K. Rejestratory zdarzeń w diagnostyce elektrokardiologicznej w świetle aktualnych wytycznych. Medycyna Praktyczna, 2019.  
Źródło: [https://www.mp.pl/ekg/polecane\\_artykuly/218260.rejestratory-zdarzen-wdiagnostyce-elektrokardiologicznej-wswietle-aktualnychwytycznych](https://www.mp.pl/ekg/polecane_artykuly/218260.rejestratory-zdarzen-wdiagnostyce-elektrokardiologicznej-wswietle-aktualnychwytycznych), data dostępu: 22.07.2022 r.
- Topór-Mądry 2022** Topór-Mądry R., Weszka A., Doryńska A., Wojtyniak B., Siwiec J., Pasowic M., Naghavi M, Murray C.J.L. <rok?>. Zdrowie i styl życia Polaków. 30 lat zmian od 1990 r. na podstawie Global Burden of Disease. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryf kacji, MedPharm Polska, Wrocław [manuskrypt w druku]
- Trusz-Gluza 2018** Trusz-Gluza M., 2018. Zaburzenia rytmu serca i przewodzenia. w: Interna Szczeklika 2018. Medycyna Praktyczna, Kraków
- Trusz-Gluza i Leśniak 2021** Trusz-Gluza M. i Leśniak W., 2021. Migotanie przedsionków (AF) w: Interna – mały podręcznik - dostęp na stronie internetowej Medycyny Praktycznej.  
Źródło: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.6.6.>, data dostępu: 2.08.2022 r.
- Uchwała Zespołu ds. POZ 2022** Uchwała nr 4a Zespołu ds. zmian w podstawowej opiece zdrowotnej. Aktualizacja z dnia 25 maja 2022 r. dotycząca wdrożenia budżetu powierzonego w POZ oraz wskazania listy badań poszerzających możliwości diagnostyczne w POZ.
- ZMZ POZ 2021** Zarządzenie Ministra Zdrowia z dn. 8 lipca 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.49, ogłoszony: 08.07.2021 r.)