



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej

Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej

WS.420.2.2025

Data ukończenia: 27.02.2025 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

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

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: nie dotyczy

Wykaz wybranych skrótów

AAFP	American Academy of Family Physicians
Agencja / AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ALAT	aminotransferaza alaninowa
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
ASCVD	Choroby sercowo-naczyniowe powstałe w wyniku miażdżycy (ang. atherosclerotic cardiovascular disease)
ASPAT	aminotransferaza asparaginianowa
AUDIT-C	Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption
BMI	Wskaźnik masy ciała (ang. Body Mass Index)
BZD	Bilans zdrowia dorosłych
CFPC	The College Of Family Physician Of Canada
ChUK	Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia
CVD	choroby układu sercowo-naczyniowego (ang. Cardiovascular disease)
EAS	European Atherosclerosis Society
EASL	European Association for the Study of the Liver
FBG	poziom glukozy na czczo (ang. fasting plasma glucose)
FIT	Badanie immunochemiczne kału (ang. fecal immunochemical test)
iFOBT	Immunochemiczne badanie krwi utajonej w kale (ang. immunochemical Fecal Occult Blood Test)
GGTP	gammaglutamylotranspeptydaza
HbA1c	hemoglobina glikowana (ang. Haemoglobin A1c)
HTA	ocena technologii medycznej (ang. <i>Health Technology Assessment</i>)
HSI	Heaviness of Smoking Index
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
IKP	Internetowe Konto Pacjenta
IPZ	Indywidualnego Planu Zdrowotnego
KBZD	Kwestionariusz bilansu zdrowia dorosłych
KLRwP	Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
KŚOZ	Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej (dokument zawierający elementy, o których mowa w art. 31c ust. 2 ustawy o świadczeniach)
MZ	Ministerstwo Zdrowia
LSZ	Leczenie szpitalne
nd	nie dotyczy
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NPChUK	Narodowy Program Chorób Układu Krążenia
OGTT	Doustny test tolerancji glukozy (ang. oral glucose tolerance)
PHQ	Patient Health Questionnaire
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna

PSA	antygen swoisty dla prostaty (ang. Prostate Specific Antigen)
PTD	Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
PTDL	Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej
PTG	Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne
PTK	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
PTL	Polskie Towarzystwo Lipidologiczne
PTN	Polskie Towarzystwo Nefrologiczne
PTNT	Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego
RACGP	The Royal Australian College of General Practitioners
SCORE2	Systematic Coronary Risk Estimation
SCORE2-OP	Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons
TGA	Therapeutic Goods Administration
TSH	hormon tyreotropowy
zł	złoty polski

Spis treści

Wykaz wybranych skrótów	3
Spis treści	5
1. Podstawowe informacje o zleceniu	6
2. Streszczenie raportu	7
3. Przedmiot i historia zlecenia	14
4. Problem decyzyjny	16
4.1. Problem zdrowotny.....	16
4.2. Struktura demograficzna populacji w wieku 20 lat i powyżej	23
4.3. Oceniana interwencja – opis na podstawie KŚOZ	23
4.4. Charakterystyka badań laboratoryjnych oraz skal i kwestionariuszy zaproponowanych we wnioskowanym bilansie zdrowia osoby dorosłej	27
4.5. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa pakietu badań w bilansie zdrowia	32
4.6. Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej	33
4.7. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach.....	46
4.8. Opinie ekspertów klinicznych	77
4.9. Alternatywne świadczenia	82
4.10. Wcześniejsze oceny AOTMiT związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem	82
5. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia	84
5.1. Aktualny stan realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych w Polsce	84
5.2. Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia	91
5.3. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie własne AOTMiT	92
5.4. Metodyka i sposób przeprowadzenia analizy	92
5.5. Oszacowanie wielkości populacji docelowej	93
5.6. Koszt świadczenia	96
5.7. Wyniki analizy	97
5.8. Ograniczenia	98
5.9. Podsumowanie	98
6. Piśmiennictwo	99
Spis tabel	101
Spis wykresów.....	102

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (30-01-2025) i znak pisma zlecającego:

- **zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 30.01.2025 r. (znak: DLG.740.7.2025.TK)**
-

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

Przygotowanie (...) rekomendacji dla świadczenia opieki zdrowotnej „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” jako świadczenia gwarantowanego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

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):

**Minister Zdrowia / Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej
– dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas**

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

Nie dotyczy

2. Streszczenie raportu

Problem decyzyjny

Przedmiotem niniejszego raportu jest ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia pn. „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z załączoną do zlecenia Kartą Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ), bilans zdrowia będzie wykonywany u każdej osoby dorosłej po ukończeniu 20 roku życia, niezależnie od wywiadu zdrowotnego, które złożyły deklarację do lekarza POZ. Ocena stanu zdrowia będzie dokonywana w obszarze: stylu życia, wywiadu rodzinnego (m.in. choroby uwarunkowane genetycznie), chorób sercowo-naczyniowych, nowotworowych, zdrowia psychicznego, uzależnień, realizacji szczepień zalecanych. Zakres bilansu zależy od wieku i płci pacjenta oraz wcześniej rozpoznanych u niego czynników ryzyka i/lub chorób przewlekłych.

Bilans zdrowia będzie wykonywany u osób w wieku:

- 20–59 lat: nie częściej niż raz na 5 lat,
- 60 lat i więcej: nie częściej niż co 3 lata (zasada odstępów analogicznie jak obecnie program CHUK).

Cele bilansów zdrowia dorosłych jest:

- 1) poprawa wczesnej wykrywalności chorób układu krążenia i cukrzycy, chorób nerek, zaburzeń funkcji tarczycy, wybranych chorób onkologicznych, wybranych chorób infekcyjnych (HCV) oraz zaburzeń psychicznych i poznawczych;
- 2) zwiększenie odsetka realizacji szczepień zalecanych w populacji osób dorosłych;
- 3) profilaktyka pierwotna z położeniem nacisku na edukację, modyfikację stylu życia, ograniczenie czynników ryzyka występowania w/w schorzeń;
- 4) wsparcie postaw prozdrowotnych oraz dbałości o środowisko życia.

W toku prac przeanalizowano:

- 1) aktualne rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej dotyczące zastosowania pakietu świadczeń w ramach przesiewowych badań profilaktycznych u osób powyżej 20 roku życia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) rozwiązania organizacyjne przyjęte w innych krajach, odnoszące się do organizacji cyklicznych, ustrukturyzowanych działań profilaktycznych realizowanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej dla szerokiej populacji pacjentów bezobjawowych,
- 3) aktualne warunki realizacji programów profilaktycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”,
- 4) dane sprawozdawczo-rozliczeniowych w zakresie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz badań diagnostyki laboratoryjnej realizowanych przez lekarza POZ, przekazane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz CeZ,
- 5) wydatki płatnika publicznego w przypadku zakwalifikowania bilansu zdrowia osób dorosłych jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z informacjami zawartymi w KŚOZ, proponowany jest trójstopniowy model finansowania bilansu zdrowia dorosłych (BZD):

- finansowanie zadaniowe (fee for servis),
- premia za objęcie BZD - analogicznie jak obecnie w CHUK (za odsetek populacji z przygotowanym IPZ i za przyrost odsetka w skali roku),
- premia za zrealizowane przez pacjenta, wskazane w IPZ badania profilaktyczne w ramach programów przesiewowych (program przesiewowy raka szyjki macicy, raka piersi, raka jelita grubego, raka płuca, inne realizowane przez NFZ programy profilaktyczne w przyszłości).

Problem zdrowotny

Wystąpienie choroby u osoby zdrowej niesie za sobą obniżenie jakości życia (niesprawność o różnym stopniu w zależności od choroby) oraz przedwczesny zgon (jako skutek istniejącej choroby).

Do najczęstszych chorób o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego należą: choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, choroby układu nerwowego (w tym choroby otępienne), depresja.

Choroby układu krążenia w Polsce stanowią najważniejszą przyczynę umieralności – w 2023 r. udział zgonów z powodu chorób układu krążenia wynosił blisko 37%. Przyczyna ta stanowi ok. 35% zgonów u mężczyzn powyżej 50. roku i udział tych zgonów systematycznie rośnie wraz z wiekiem. Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych (ChSN) opiera się na ocenie/wykrywaniu i modyfikacji/eliminacji czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga i otyłość.

Drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce są nowotwory złośliwe – w 2023 r. stanowiły one 24% wszystkich zgonów. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2022 r. u mężczyzn najwięcej zachorowań zanotowano w grupie wiekowej między 55. a 79. rokiem życia, a wśród kobiet najwięcej zachorowań przypadało na grupie wiekowej 50–74 lata. Najczęściej rejestrowanymi nowotworami złośliwymi u mężczyzn były nowotwory gruczołu krokowego – 23,3%, płuca – 13,7% jelita grubego – 11,7% i pęcherza moczowego – 5,7%, a u kobiet były to nowotwory złośliwe piersi – 23,6%, płuca – 9,2%, trzonu macicy – 6,6%, okrężnicy – 6,1%, tarczycy – 4,5%. Do czynników ryzyka rozwoju nowotworów należą m.in.: palenie tytoniu 30%, dieta 30%, czynniki dziedziczne, infekcje, czynniki zawodowe, otyłość i brak aktywności fizycznej, alkohol, promieniowanie UV, narkotyki, skażenie środowiska.

Otępienie jest stanem chorobowym, w którym dochodzi do postępującego upośledzenia funkcji intelektualnych. U osoby z otępieniem pojawiają się problemy z pamięcią, spowolnienie myślenia, a także zaburzenia zachowania. Do grupy chorób, w których występuje otępienie należy między innymi: choroba Alzheimera, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałami Lewy’ego, a także otępienie naczyniopochodne. Częstość występowania otępienia jest zależna od wieku – u osób między 60. a 65. rokiem życia dotyczy ok. 1% populacji, natomiast w grupie osób po 85. roku życia około 10–35% osób wykazuje cechy otępienia.

Depresja jest jedną z najczęściej występujących chorób na świecie. Według WHO depresja stanowi główną przyczynę niesprawności i niezdolności do pracy na świecie, jest także najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym. Choruje na nią w ciągu całego życia kilkanaście procent populacji osób dorosłych. Szacuje się, że w Polsce na depresję choruje ok. 1,2 mln osób. Dane NFZ wskazują, że w 2023 r. świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji miało udzielone 809 tys. pacjentów i świadczenia najczęściej udzielano osobom w wieku 65–74 lata.

Cukrzyca to choroba metaboliczna charakteryzująca się zwiększonym stężeniem glukozy we krwi (hiperglikemią) wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny. Podstawowym badaniem przesiewowym, które jest stosowane w diagnostyce cukrzycy, jest badanie stężenia glukozy we krwi (glikemii). W Polsce w 2021 r. szacowana liczba osób w wieku 20–79 lat chorych na cukrzycę wynosiła ok. 2 677 tys., co stanowiło 6,8% osób z tej grupy wiekowej.

Nadwaga i otyłość stanowią poważne zagrożenie zdrowotne, będąc jednym z głównych czynników ryzyka wielu niezakaźnych chorób, takich jak cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe oraz niektóre rodzaje nowotworów. Wg danych EUROSTATU w Polsce w 2022 r. odsetek populacji dorosłej z nadwagą i otyłością wyniósł 58,4% (BMI ≥ 25 kg/m²).

Zespół uzależnienia od nikotyny (tytoniu) ma ona charakter przewlekły i nawracający. Także bierny kontakt z dymem tytoniowym (tzw. biernie palenie) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zarówno zachorowalności na choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, jak i nowotwory złośliwe. Do codziennego palenia w 2022 r. przyznało się aż 28,8% dorosłych Polaków (30,8% mężczyzn i 27,1% kobiet). Palenie tytoniu jest najważniejszą przyczyną zgonów polskich mężczyzn (26,6% wszystkich zgonów w 2019 r.) oraz drugą co do częstości przyczyną zgonów kobiet w Polsce (13,7% wszystkich zgonów w 2019 r.).

Zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które poprzednio miały dla pacjenta większą wartość. W 2022 r. odnotowano spadek spożycia 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski z poziomu 9,73 l w 2021 r. do 9,37 l, i jest to poziom najniższy od 6 lat. Z drugiej jednak strony od kilku lat widoczna jest wyraźna tendencja zwiększania się liczby zgonów z powodu używania alkoholu, osiągając najwyższą wartość 14 048 przypadków w 2021 r.

Skutki pandemii COVID-19, zmiana stylu życia, niska aktywność fizyczna, wzrost narażenia na stres, potęguje ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne. Regularne badania profilaktyczne przyczyniają się do dłuższego życia w zdrowiu, poprawy jakości życia i ograniczenia kosztów systemowych związanych z leczeniem chorób cywilizacyjnych w ich zaawansowanym stadium. Profilaktyka stanowi podstawę edukacji zdrowotnej człowieka – zawiera szereg zróżnicowanych strategii oddziaływań adresowanych do osób, których dotyczy dany problem, jak i do grup tzw. ryzyka.

Opis proponowanego świadczenia opieki zdrowotnej

Zgodnie z Kartą Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ), świadczenie pn. „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” to okresowo wykonywane, kompleksowe przeglądy stanu zdrowia, oparte na pogłębionym wywiadzie z użyciem wystandaryzowanych kwestionariuszy, wraz z zestawem badań laboratoryjnych, służące przygotowaniu Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ), w którym zaplanowane zostaną interwencje prozdrowotne.

Bilans zdrowia osoby dorosłej obejmuje następujące elementy:

- 1) ankietę/kwestionariusz bilansu zdrowia dorosłych – wypełnianą przez pacjenta za pośrednictwem IKP lub bezpośrednio w placówce POZ;
- 2) badania diagnostyczne:
 - zakres podstawowy badań diagnostycznych (dla każdego objętego bilansem): morfologia krwi, glukoza, kreatynina (z eGFR), lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, triglicerydy), lipoproteina A (wykonywana w ramach bilansu raz w życiu),
 - zakres rozszerzony badań diagnostycznych (warunkowo, w zależności od wieku i wyniku ankiety): ALAT, ASPAT, GGTP, PSA całkowity u mężczyzn, anty-HCV, badanie kału na krew utajoną (FIT);
- 3) wizytę podsumowującą bilans z przygotowaniem Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ) obejmującą:
 - pomiary ciśnienia tętniczego, tętna oraz pomiary antropometryczne (waga, wzrost, obwód talii, BMI),
 - u osób w wieku 60+ ocenę funkcji poznawczych wykorzystując skalę mini-COG,
 - analizę wyników badań laboratoryjnych,
 - analizę wyników ankiety oraz zawartych w niej zwalidowanych kwestionariuszy do oceny różnych zaburzeń¹,
 - ocenę globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego wg skali SCORE2 lub SCORE2-OP lub SCORE2-Diabetes (dla pacjentów z rozpoznaną cukrzycą);
- 4) interwencje prozdrowotne dla pacjentów z wybranych grup ryzyka – porady edukacyjne (maksymalnie 2 porady na pacjenta), porady antynikotynowe.

Częstość udzielania świadczenia uzależniona jest od wieku, w przypadku osób w grupie wiekowej 20–59 lat przewidywane jest wykonanie bilansu zdrowia nie częściej niż raz na 5 lat, zaś u osób w wieku 60 lat i więcej – nie częściej niż co 3 lata.

Szczegółowy opis przydatności klinicznej badań laboratoryjnych oraz skal i kwestionariuszy będących elementami wnioskowanego świadczenia przedstawiono w rozdziale 4.4.

Analiza skuteczności i bezpieczeństwa pakietu badań w bilansie zdrowia

Biorąc pod uwagę, że oceniane badania diagnostyczne i interwencje behawioralne w bilansie zdrowia są aktualnie finansowane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, odstąpiono od analizy klinicznej wyników zdrowotnych ocenianych technologii medycznych. W tym przypadku ocenianego świadczenia ocenę skuteczności pakietu badań oparto na przeglądzie wytycznych praktyki klinicznej.

¹ Aktywność fizyczna – pytania dotyczące progów rekomendowanej aktywności fizycznej ([link](#)); Nawyki żywieniowe - wystandaryzowany zestaw pytań ([link](#)); Ocena szkodliwego spożycia alkoholu – rekomendowany AUDIT C test ([link](#)); Nikotynizm – kwestionariusz Fagerströma lub test Schneidera jako wystandaryzowane narzędzia umożliwiające opracowanie indywidualnego planu leczenia uzależnienia ([link](#)); Zaburzenia depresyjne -test PHQ-9 (w tym PHQ-2 ([link1](#), [link2](#))).

Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej

Do analizy włączono 10 dokumentów z lat 2017–2024 (PTK/PTL 2024, PTMR/PTN 2024, RACGP 2024, CFPC 2023, EAS 2022, EASL 2021, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021, CFPC 2019, AAFP 2017, PTG/PTMR 2017²) dotyczących badań diagnostycznych i interwencji behawioralnych stanowiących zakres wnioskowanego świadczenia.

W świetle analizy wytycznych praktyki klinicznej należy stwierdzić, że:

- badania przesiewowe w kierunku chorób sercowo-naczyniowych (lipidogram), raka jelita grubego (test iFOBT/FIT) oraz cukrzycy (stężenie glukozy na czczo) zalecane są w populacji osób w wieku 40–75 lat, w zależności od stopnia ryzyka zachorowania (RACGP 2024, CFPC 2023, CFPC 2019, AAFP 2017);
- nie rekomenduje się oznaczania poziomu TSH i PSA całkowitego w populacji ogólnej u bezobjawowych dorosłych (RACGP 2024, AAFP 2017);
- badania przesiewowe w kierunku wykrywania depresji i zaburzeń poznawczych powinny być wykonywane dopiero w przypadku objawów zgłaszanych przez pacjenta lub opiekuna (RACGP 2024, CFPC 2019, AAFP 2017);
- zaleca się stosowanie wystandaryzowanych skal/kwestionariuszy do oceny ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, zaburzeń metabolicznych oraz badań przesiewowych w kierunku depresji, zaburzeń poznawczych oraz nadmiernego spożywania alkoholu (RACGP 2024; CFPC 2019, AAFP 2017);
- nieodłącznym elementem działań profilaktycznych jest udzielanie porad edukacyjnych, w szczególności w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, ograniczenia palenia papierosów i nadmiernego spożywania alkoholu (EAS 2022, CFPC 2019, AAFP 2017).

Dodatkowe wnioski:

- we włączonych wytycznych nie zostały określone: częstotliwości wykonywania całościowej oceny stanu zdrowia pacjenta na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej czy ograniczenia wiekowe dla oznaczania stężenia kreatyniny, lipoproteiny A, prób wątrobowych i przeciwciał anty HCV;
- wybrane badania diagnostyczne (kreatynina, przeciwciała anty HCV, PSA całkowite) są wykonywane przede wszystkim u osób z wybranych grup ryzyka;
- w odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej nie doprecyzowano:
 - zalecanej liczby porad edukacyjnych dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych oraz ograniczania stosowania używek (palenia tytoniu, nadmiernego spożycia alkoholu),
 - kwestii dotyczących zasobów kadrowych w kontekście realizacji badań profilaktycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej przez inny personel medyczny niż lekarz.

Szczegółowe informacje w zakresie wyników przeglądu wytycznych praktyki klinicznej przedstawiono w rozdziale 4.6.

Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

W kontekście zaproponowanej w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej organizacji udzielania świadczeń w ramach ocenianego bilansu zdrowia osób dorosłych, przeanalizowano rozwiązania organizacyjne z Austrii, Czech, Francji, Niemiec i Wielkiej Brytanii dotyczące zasad realizacji i finansowania ustrukturyzowanych bilansów zdrowia osób dorosłych w populacji bezobjawowej, realizowanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Celem analizy była identyfikacja elementów w zakresie organizacji bilansu zdrowia i ich realizacji w poszczególnych krajach.

Analiza poszczególnych bilansów wykazała powszechność w zakresie następujących aspektów realizowanych we wszystkich opisanych krajach:

- lekarz, a w szczególności lekarz rodzinny, jest osobą realizującą bilans we wszystkich krajach;

² American Academy of Family Physicians, European Atherosclerosis Society, European Association for the Study of the Liver, The College Of Family Physician Of Canada, Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne/ Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Lipidologiczne / Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne / Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej / Polskie Towarzystwo Diabetologiczne / Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne/ Polskie Towarzystwo Lipidologiczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej / Polskie Towarzystwo Nefrologiczne, The Royal Australian College of General Practitioners

- kwestionariusze są dostępne we wszystkich krajach, jednakże we Francji i Wielkiej Brytanii są one wypełniane samodzielnie przez pacjenta, natomiast w Austrii, Czechach i Niemczech wypełniane są przez lekarza podczas wizyty;
- niezależnie od sposobu wypełniania (przez pacjenta czy przez personel medyczny) we wszystkich krajach ankiety obejmują: wywiad rodzinny w zakresie występowania chorób przewlekłych oraz nowotworów złośliwych, ocenę spożycia alkoholu, ocenę palenia tytoniu i wyrobów tytoniopodobnych;
- badania diagnostyczne co do zasady są realizowane we wszystkich krajach, jednakże w zróżnicowanym zakresie – do wspólnego zakresu badań laboratoryjnych, które są realizowane w Austrii, Czechach, Niemczech i Wielkiej Brytanii należą: oznaczenie stężenia glukozy z krwi na czczo oraz lipidogram;
- wizyta podsumowująca jest elementem bilansów we wszystkich krajach i w każdym z nich obejmuje takie elementy jak:
 - pomiary antropometryczne – masa ciała, wzrost, BMI, ciśnienie tętnicze i tętno,
 - ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego,
 - analizę wyników badań laboratoryjnych, wyników ankiety,
 - w razie potrzeby – skierowanie pacjenta do dalszej diagnostyki lub leczenia.

W pewnych obszarach rozwiązania organizacyjne w zakresie prowadzenia bilansów są realizowane w niektórych analizowanych krajach i odnoszą się do następujących elementów:

- pielęgniarki są zaangażowane w realizację bilansów we Francji (program Mon Bilan Prévention) oraz Wielkiej Brytanii;
- w wybranych krajach kwestionariusze obejmują także aspekty związane z:
 - aktywnością fizyczną (Francja, Niemcy, Wielka Brytania – w GB kwestionariusz GPPAQ dodatkowo podczas wizyty u lekarza);
 - zdrowiem psychicznym (Francja, Niemcy, Wielka Brytania);
 - nawykami żywieniowymi (Francja, Wielka Brytania);
- kwestionariusz AUDIT-C wykorzystywany jest tylko w Wielkiej Brytanii (oprócz FAST i AUDIT) i stanowi element wizyty/porady podsumowującej;
- w odniesieniu do badań diagnostycznych:
 - morfologia wykonywana jest tylko w Austrii u kobiet;
 - kreatynina w krwi (z GFR) oznaczana jest jedynie w Czechach, ale tylko u pacjentów z czynnikami ryzyka oraz w odpowiednim wieku;
 - GGTP badane jest tylko w Austrii;
 - PSA całkowity u mężczyzn nie jest zlecany w ramach bilansów w Austrii, Niemczech i Wielkiej Brytanii, natomiast w Czechach badanie to realizowane jest od 2024 r. w ramach pilotażowego programu populacyjnego;
 - anty-HCV badane jest w Niemczech jednorazowo po 35 r.ż.;
 - badanie na krew utajoną w kale: metodą gwajakową z wykorzystaniem szybkiego testu realizowane w Austrii, natomiast metodą immunochemiczną (FIT, iFOBT) – w ramach bilansu jest wykonywane w Wielkiej Brytanii, w Czechach i Niemczech w ramach programów badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego (alternatywnie do kolonoskopii);
- w zakresie pomiarów antropometrycznych – pomiar obwodu talii wykonywany jest w Austrii i Wielkiej Brytanii;
- Indywidualny Plan Zdrowotny jest przygotowywany we Francji (program Mon Bilan Prévention) oraz w Wielkiej Brytanii. Natomiast w Niemczech i Francji (program Bilan de santé – Examen de prévention en santé) podczas wizyty podsumowującej omawiane są przez lekarza dalsze działania i zalecenia, a w Austrii wydawany jest dokument zawierający wyniki badań.

W przypadku następujących obszarów nie odnaleziono informacji co do:

- udziału w realizacji bilansów zawodów takich jak profilaktyk czy koordynator/koordynator profilaktyki;
- realizacji w ramach bilansów badań diagnostycznych: TSH, lipoproteina A, ALAT, ASPAT (dotyczy wszystkich krajów ujętych w analizie);

- oceny funkcji poznawczych u osób w wieku 60+, w tym także brak odniesienia do skali mini-COG;
- powiązanych z bilansem świadczeń edukacyjnych, które byłyby integralną częścią następczą bilansu zdrowia osoby dorosłej.

Szczegółowe informacje co do poszczególnych analizowanych programów bilansowych przedstawiono w rozdziale 4.7.

Opinie ekspertów klinicznych

Agencja otrzymała trzy opinie eksperckie w sprawie zasadności zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

W opinii dwóch Ekspertów, wnioskowane świadczenie powinno być finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, bilanse zdrowia osób dorosłych umożliwiając wczesne wykrywanie chorób i identyfikację czynników ryzyka, co wpływa na zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności poprzez wdrożenie leczenia i odpowiednich działań naprawczych, wprowadzenie wnioskowanego świadczenia po stronie płatnika spowoduje zmniejszenie kosztów leczenia chorób i ich powikłań, w szczególności na wyższych poziomach opieki. W odniesieniu do badania kału na krew utajoną (FIT), jeden Ekspert wskazał, iż nie powinno być ono finansowane w ramach ocenianego Bilansu Zdrowia Dorosłych, lecz zostać włączone do programu przesiewowy w kierunku raka jelita grubego, którego podstawą jest ciągłe monitorowanie, kontrole jakości, szkolenia wykonawców, centralny nadzór, ciągła ewaluacja jakości i efektywności.

Szczegółowe informacje przedstawiono w rozdziale „Opinie ekspertów klinicznych”.

Alternatywne świadczenia

Obecnie realizowany jest program profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK) w grupie pacjentów 35–65 lat oraz program Profilaktyka 40Plus, które obejmują wybrane ryzyka chorób. Inne programy profilaktyczne w POZ są realizowane szczerkowo (np. program profilaktyki chorób odytoniowych czy program profilaktyki gruźlicy). Programy profilaktyki onkologicznej są realizowane w sposób nieskoordynowany. Nie ma programów profilaktyki zdrowia psychicznego. Wszystkie badania diagnostyczne zaproponowane we wnioskowanym świadczeniu znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³, w tym w ramach Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK) lub są także realizowane w programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴.

Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

Celem oszacowania przewidywanych wydatków płatnika publicznego wynikających z zakwalifikowania świadczenia pn. „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, przyjęto 10-letni horyzont czasowy, natomiast potencjalną zgłaszalność do świadczenia – na poziomie 11% w 1. roku, z tendencją wzrostową rok do roku, do 40% w 10. roku.

Szacowana populacja będzie się wahała od ok. 749 tys. do 3,2 mln w 10. roku.

Zestawienie wyników analizy w zakresie prognozowanych wydatków płatnika publicznego w założonym horyzoncie czasowym przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 1. Prognozowane wydatki płatnika publicznego związane z ewentualnym prowadzeniem bilansu zdrowia osoby dorosłej w horyzoncie 10-letnim

1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	7. rok	8. rok	9. rok	10. rok
336,5 mln	434,4 mln	535,3 mln	647,2 mln	757,2 mln	868,0 mln	953,6 mln	1 099,5 mln	1 258,9 mln	1 429,0 mln

Szczegółowe informacje co do szacownych przez Agencję skutków finansowych przedstawiono w rozdziale 5.3.

³ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001427> (dostęp: 23.02.2025 r.)

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2016.357 t.j.). Źródło: Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - Dz.U. i M.P. - LEX (data dostępu: 12.08.2024 r.).

Wnioski

- W świetle analizowanych wytycznych praktyki klinicznej wykonywanie badań profilaktycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej jest kluczowym elementem zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych występujących u osób dorosłych, przy czym wybrane badania diagnostyczne i interwencje behawioralne będące elementem wnioskowanego świadczenia powinny być wykonywane w wybranych grupach wiekowych i narażonych na czynniki ryzyka występowania danych schorzeń, w szczególności chorób układu sercowo-naczyniowego.
- We wszystkich analizowanych krajach odnalezione programy wskazują na: znaczącą rolę lekarza rodzinnego, kwestionariusz – uzupełniany przez pacjenta lub przez lekarza (jako element kluczowy do włączenia pacjenta do bilansu), realizację badań diagnostycznych, w tym przede wszystkim: stężenia glukozy na czczo i lipidogramu, realizację wizyty podsumowującej bilans.
- Wnioskowane badania diagnostyczne i interwencje medyczne są obecnie finansowane ze środków publicznych, tak w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w przypadku lipoproteiny A) – oceniany bilans zdrowia wprowadza nowy sposób organizacji udzielania tych świadczeń gwarantowanych.
- W sytuacji włączenia wnioskowanego świadczenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zasadne jest opracowanie odpowiednich algorytmów w systemach informatycznych NFZ i CeZ w celu zautomatyzowania procesu wypełniania kwestionariusza opieki oraz Indywidualnego Planu Zdrowotnego, aby uniknąć powielania badań diagnostycznych/przesiewowych lub analizy już rozpoznanych problemów zdrowotnych oraz wcześniej zaplanowanych interwencji prozdrowotnych. W szczególności powinno to dotyczyć informacji na temat:
 - objęcia opieką koordynowaną ze wskazaniem grup dziedzicznych chorób przewlekłych i datą ostatniego Indywidualnego Planu Opieki Medycznej,
 - wykonanych badań laboratoryjnych w ciągu ostatniego roku,
 - uczestnictwa pacjenta w programach profilaktyki: chorób układu krążenia (ChUK), raka szyjki macicy, raka piersi, badań przesiewowych raka jelita grubego.

Komentarz analityczny: wnioski Agencji są zgodne z opinią Konsultant Krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej zawartą w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej

- Biorąc pod uwagę, że wnioskowany bilans w części (dotyczącej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego), pokrywa się z funkcjonującym już w systemie programem profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK), aby uniknąć podwójnego finansowania świadczeń w tym obszarze, należałoby rozważyć wygaszanie programu ChUK na korzyść rozpowszechnienia bilansu zdrowia osoby dorosłej.
- W przypadku podjęcia decyzji odnośnie do wykonywania badania kału na krew utajoną metodą immunochemiczną (FIT) w ramach bilansu zdrowia dorosłych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, aby zapewnić właściwą jakość realizacji tego badania oraz komplementarność wobec obowiązującego programu badań przesiewowych raka jelita grubego, należy rozważyć:
 - wprowadzenie do realizacji testów FIT charakteryzujących się: najwyższą czułością i swoistością (minimum 85–90%), optymalną wartością punktu odcięcia FIT – 10 µg/g;
 - wprowadzenie wymagań dla laboratorium medycznego m.in. w zakresie posiadania: certyfikatu ISO 15189:2012, co najmniej 3-letniego doświadczenia w wykonywaniu testów FIT oraz wykazania szkolenia oraz posiadania certyfikatu z obsługi analizatora do testowania kału na krew utajoną ilościową metodą immunochemiczną;
 - dostosowanie funkcjonalności systemu informatycznego w zakresie obsługi elementów / komunikatów sprawozdawczych mających zastosowanie m.in. do: wprowadzania wyników badań przesiewowych, rejestrowania wyniku testu i nadzoru nad populacją poprzez weryfikację pacjentów kwalifikujących się do badania, gromadzenia i edycji danych (w tym teleadresowych i kontaktowych) uczestników badań przesiewowych: testów FIT i kolonoskopii.

Komentarz analityczny: zgodnie z raportem analitycznym AOTMiT znak: OT.422.0.7.2023.2.TT WS.422.19.2023.DM z dnia 30.06.2023 r.

3. Przedmiot i historia zlecenia

Podstawa prawna i historia Zlecenia. Pismem z dn. 30.01.2025 r. (znak: DLG.740.7.2025.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 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zlecił Prezesowi AOTMiT przygotowanie rekomendacji odnośnie do wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej”. świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, obejmujący swoim zakresem następujące elementy:

- ankietę wraz z działaniami akwizycyjnymi;
- badania diagnostyczne:
 - zakres podstawowy (dla każdego objętego bilansem): morfologia krwi, glukoza, kreatynina (z eGFR), lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, triglicerydy), TSH (hormon tyreotropowy), lipoproteina A,
 - zakres rozszerzony (warunkowo, w zależności od wieku i wyniku ankiety): ALAT – aminotransferaza alaninowa, ASPAT – aminotransferaza asparaginianowa, GGTP – gammaglutamylotranspeptydaza, PSA całkowity u mężczyzn, anty-HCV, badanie kału na krew utajoną (FIT);
- wizyta podsumowująca bilans – realizowana przez pielęgniarkę/lekarza;
- interwencje prozdrowotne dla pacjentów z wybranych grup ryzyka: porada edukacji zdrowotnej (maksymalnie 2 porady/pacjenta).

Przy przedmiotowym zleceniu przekazano:

- kartę świadczenia opieki zdrowotnej (KŚOZ) odnoszącą się do propozycji zakwalifikowania ww. świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, która stanowi przedmiot oceny,
- kwestionariusz bilansu zdrowia pacjenta dorosłego;
- podsumowanie bilansu zdrowia pacjenta dorosłego.

W piśmie Minister Zdrowia wskazał termin realizacji zlecenia – do 7.03.2025 r.

Historia korespondencji

Prezes NFZ. Dnia 07.02.2025 r. pismem znak: WS.420.2.2025.ES wystąpiono do Prezesa NFZ z prośbą o przekazania opinii w sprawie oceny skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych w przypadku zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego (stanowisko otrzymano w dniu 20.02.2025 r.).

Dodatkowo pismem z dn. 12.02.2025 znak: WS.420.2.2025.ES wystąpiono do NFZ z prośbą o przekazanie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych dotyczących wybranych aspektów realizacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 plus” oraz poziomu realizacji wnioskowanych badań diagnostycznych. Odpowiedź otrzymano w dn. 21.02.2025 r.

Eksperti kliniczni. W toku prac analitycznych w dniu 07.02.2025 r. pismami znak: WS.420.2.2025.ES wystąpiono do następujących ekspertów:

- dr hab. n. med. Agnieszki Mastalerz-Migas – Konsultant Krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej, z prośbą o doprecyzowanie kwestii wynikających z analizy Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej (stanowisko otrzymano w dniu 10.02.2025 r.), dodatkowo w dn. 26.02.2025 r. otrzymano informacje doszczegóławiające kryteria włączenia i wykluczenia pacjentów do poszczególnych badań diagnostycznych z zakresu rozszerzonego w ramach bilansu zdrowia osoby dorosłej;
- prof. dr. hab. n. med. Jarosława Reguły – Konsultanta Krajowego w dziedzinie gastroenterologii (stanowisko otrzymano w dniu 23.02.2025 r. – w odniesieniu do testu FIT);
- dr. hab. Łukasza Bałwickiego – Konsultanta Krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego (brak opinii);
- prof. dr hab. Ilony Kurnatowskiej – Konsultant Krajowej w dziedzinie chorób wewnętrznych (stanowisko otrzymano w dniu 14.02.2025 r.);

- mgr Beaty Ostrzyckiej – Konsultant Krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego (stanowisko otrzymano w dniu 19.02.2025 r.);
- dr n. med. Agnieszki Jankowskiej-Zduńczyk – Prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (brak opinii);
- dr. Łukasza Jankowskiego – Prezesa Naczelnego Rady Lekarskiej (brak opinii),

z prośbą o przekazanie opinii eksperckiej, zgodnie z art. 31c ust. 3 pkt. 1 ustawy o świadczeniach, w sprawie zasadności zakwalifikowania ocenianego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto, w dniu 12.02.2025 r. Agencja zorganizowała spotkanie w formie wideokonferencji z Konsultant Krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej, podczas którego omówiono kwestie dotyczące doprecyzowania Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej, m.in. w zakresie: kryteriów włączenia i wykluczenia pacjentów do poszczególnych badań diagnostycznych z zakresu rozszerzonego w ramach bilansu zdrowia osoby dorosłej, szacowanej liczby pacjentów, która korzystałaby z poszczególnych badań w kolejnych latach od wprowadzenia bilansu zdrowia osoby dorosłej.

4. Problem decyzyjny

Przedmiotem niniejszego raportu jest ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z załączoną do zlecenia Kartą Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ), bilans zdrowia będzie wykonywany u każdej osoby dorosłej po ukończeniu 20 roku życia, niezależnie od wywiadu zdrowotnego, które złożyły deklarację do lekarza POZ. Ocena stanu zdrowia będzie dokonywana w obszarze: stylu życia, wywiadu rodzinnego (m.in. choroby uwarunkowane genetycznie), chorób sercowo-naczyniowych, nowotworowych, zdrowia psychicznego, uzależnień, realizacji szczepień zalecanych. Zakres bilansu zależy od wieku i płci pacjenta oraz wcześniej rozpoznanych u niego czynników ryzyka i/lub chorób przewlekłych.

Bilans zdrowia będzie wykonywany u osób w wieku:

- 20–59 lat: nie częściej niż raz na 5 lat,
- 60 lat i więcej: nie częściej niż co 3 lata (zasada odstępu analogicznie jak obecnie program CHUK)

W toku prac analitycznych przeanalizowano:

- aktualne rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej dotyczące zastosowania pakietu świadczeń w ramach przesiewowych badań profilaktycznych u osób powyżej 20 roku życia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej,
- rozwiązania organizacyjne przyjęte w innych krajach, odnoszące się do organizacji cyklicznych, ustrukturyzowanych działań profilaktycznych realizowanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej dla szerokiej populacji pacjentów bezobjawowych,
- aktualne warunki realizacji programów profilaktycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”,
- dane sprawozdawczo-rozliczeniowych w zakresie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz badań diagnostyki laboratoryjnej realizowanych przez lekarza POZ, przekazane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz CeZ,
- wydatki płatnika publicznego w przypadku zakwalifikowania bilansu zdrowia osób dorosłych jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

4.1. Problem zdrowotny

Choroby układu sercowo-naczyniowego (ChSN) obejmują chorobę niedokrwinną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca (uszkodzenie mięśnia serca i zastawek serca z gorączką reumatyczną, spowodowane przez paciorkowce), wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną. Zawały serca i udary są zazwyczaj incydentami ostrymi. Najczęstszą przyczyną tych incydentów jest miażdżyca naczyń tętniczych (odkładanie się złogów tłuszczowych na wewnętrznych ściankach naczyń krwionośnych). Jej rozwój następuje powoli i bezobjawowo. Zlokalizowana w ścianie naczynia, powiększająca się blaszka miażdżycowa powoduje stopniowe zmniejszanie się światła tętnicy z czasem prowadząc do istotnego utrudnienia przepływu krwi.

W 2023 r. udział zgonów z powodu chorób układu krążenia wynosił blisko 37%. Przyczyna ta stanowi ok. 35% zgonów u mężczyzn powyżej 50. roku i udział tych zgonów systematycznie rośnie wraz z wiekiem.

Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych (ChSN) opiera się na ocenie/wykrywaniu i modyfikacji/eliminacji czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego:

- podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga i otyłość.
- niepodlegających modyfikacji należą natomiast: wiek: mężczyźni ≥ 45 lat, kobiety ≥ 55 lat, wczesne (u mężczyzn < 55 . r.ż., u kobiet < 65 . r.ż.) występowanie w rodzinie choroby niedokrwiennej serca (ChNS) lub chorób innych tętnic

na podłożu miażdżycy, już rozwinięta choroba niedokrwienne serca (ChNS) lub choroba innych tętnic na podłożu miażdżycy.

Z dodatkowych czynników ryzyka znaczenie kliniczne ma stężenie lipoproteiny (a) [Lp(a)].

Cele profilaktyki chorób układu krążenia obejmują m.in.: niepalenie papierosów, przestrzeganie zasad zdrowego żywienia, aktywność fizyczną, zmniejszenie masy ciała, unormowanie ciśnienia tętniczego, unormowanie stężenia LDL-C.

[MP [Dobrowolski](#) 2024, [GUS](#) 2024]

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca jako narzędzie do oceny ryzyka sercowo-naczyniowego skalę SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation), uwzględniającą kilka czynników potencjalnie modyfikowalnych: tętnicze ciśnienie skurczowe, stężenie cholesterolu całkowitego i palenie tytoniu, a także czynniki niemodyfikowalne: wiek i płeć. Skala SCORE umożliwia przedstawienie pacjentowi w prostej, graficznej formie jego bezwzględne procentowe ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu najbliższych 10 lat oraz wskazuje elementy ryzyka, które można zmodyfikować. W Polsce jest stosowana skala SCORE w wersji skalibrowanej dla polskiej populacji w 2015 r. Uzyskiwany wynik ryzyka jest wyrażony w procentach. Wyodrębniono cztery kategorie ryzyka sercowo-naczyniowego: niskie (< 1%), umiarkowane (≥ 1% ale < 5%), zwiększone (≥ 5, ale < 10%), znacznie zwiększone (≥ 10%).

[[CIOP-PIB](#)]

Choroby onkologiczne stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. Dotychczasowe tendencje w latach 2020–2022 uległy zachwianiu ze względu na znaczną liczbę zgonów z pandemii COVID-19 (w 2021 r. 18,4% zgonów mężczyzn i 17,1% zgonów kobiet). W 2022 r. liczba nowych zachorowań (181,3 tys.) znacząco wzrosła w stosunku do poprzedniego roku, liczba zgonów nowotworowych zmniejszyła się w stosunku do lat przed pandemią, natomiast chorobowość pozostaje na niezmiennym poziomie 1,35 mln osób żyjących z chorobą nowotworową). Szacuje się, że w 2022 r. na każde 100 tys. osób w polskiej populacji u 479 osób zdiagnozowano nowotwór.

W 2022 r. wystawiono w Polsce 96 063 akty zgonu z powodu nowotworów złośliwych, z czego 51 765 dla mężczyzn i 44 297 dla kobiet. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2022 r. u mężczyzn najczęściej zachorowań zanotowano w grupie wiekowej między 55. a 79. rokiem życia, a wśród kobiet najczęściej zachorowań przypadło na grupę wiekową 50–74 lata.

Najczęściej rejestrowanymi nowotworami złośliwymi u mężczyzn były nowotwory gruczołu krokowego – 23,3%, płuca – 13,7% jelita grubego – 11,7% i pęcherza moczowego – 5,7%. U kobiet były to nowotwory złośliwe piersi – 23,6%, płuca – 9,2%, trzonu macicy – 6,6%, okrężnicy – 6,1%, tarczycy – 4,5%.

[[KRN 2022](#)]

W 2023 r. nowotwory złośliwe były przyczyną ponad 24% zgonów.

[[GUS](#) 2024]

Na większość czynników związanych z powstawaniem nowotworów wpływają indywidualne decyzje dotyczące osobistego stylu życia, a wiele z nich można monitorować. Wyróżniamy następujące czynniki ryzyka rozwoju nowotworów: palenie tytoniu 30%, dieta 30%, czynniki dziedziczne 15%, infekcje 5%, czynniki zawodowe 5%, otyłość i brak aktywności fizycznej 5%, alkohol 3%, promieniowanie UV 2%, narkotyki 2%, skażenie środowiska 2%, inne 1%.

Zapobieganie chorobom – w ścisłym słowa znaczeniu oznacza przeciwdziałanie rozwojowi choroby; w szerszym rozumieniu w pojęciu tym mieszczą się również działania, których celem jest przerwanie lub zahamowanie dalszego rozwoju choroby w stadium przedklinicznym lub klinicznym. Wyróżniamy cztery fazy profilaktyki, tj.:

- 1) **Profilaktyka wczesna** – jej celem jest eliminacja takich społecznych, ekonomicznych i kulturowych wzorców życia, które przyczyniają się do podwyższania ryzyka choroby nowotworowej. Dobrym przykładem zastosowania działań z zakresu profilaktyki wczesnej jest zapobieganie nikotynizmowi (tzw. nowa dyrektywa tytoniowa) i jego skutkom (choroby nowotworowe) realizowane przez Parlament Europejski w celu ochrony zdrowia populacji poprzez działania prowadzące do eliminowania źródeł szkodliwości.
- 2) **Profilaktyka pierwszej fazy (tzw. pierwotna)** – oznacza przeciwdziałanie wystąpieniu choroby przez zwiększenie odporności osobniczej na zachorowania (szczepienia ochronne np. p/HPV) lub zmniejszenie ekspozycji osób wrażliwych na czynniki szkodliwe (np. przepisy chroniące osoby niepalące przed biernym paleniem). Szacuje się,

że około 70% nowotworów złośliwych jest wynikiem działania szkodliwych czynników związanych ze stylem życia i dietą lub występujących w otaczającym środowisku. Dużą część z nich można eliminować, zmniejszając ryzyko choroby.

- 3) **Profilaktyka drugiej fazy (tzw. wtórna)** – to przeciwdziałanie konsekwencjom zdrowotnym choroby poprzez wczesne rozpoznanie (w stadium przedklinicznym choroby) i leczenie (w tej fazie mieszczą się badania przesiewowe, badania okresowe, poprawa skuteczności leczenia i rehabilitacji). Badanie przesiewowe (ang. *screening*) to postępowanie polegające na wykryciu nierozpoznanych chorób lub stanów patologicznych za pomocą zastosowanych masowo, prostych testów. Testy skryningowe rozdzielają osoby prawdopodobnie zdrowe od tych, u których prawdopodobnie występuje choroba. Należy podkreślić, że skryning jest tylko badaniem wstępnym i nie może być traktowany jako diagnoza, wymaga dalszych odpowiednich badań oraz leczenia. Bezpieczeństwo badanych ma w przypadku tych badań szczególną wagę, ponieważ skryning kierowany jest do osób z grupy wysokiego ryzyka jednak potencjalnie zdrowych. Niektóre typy nowotworów poprzedzają stany przednowotworowe, których wystąpienie zwiększa ryzyko rozwinięcia się raka w najbliższej przyszłości. Podjęcie wczesnego leczenia przy jednoczesnej wysokiej podatności na leczenie, zapobiega powstawaniu nowotworu. Dobrym przykładem jest tu rak szyjki macicy, który często jest poprzedzony rozwojem nieprawidłowych komórek w śródnabłonku szyjki macicy. Stan taki można skutecznie leczyć, zanim rozwinie się inwazyjny rak szyjki macicy. Niektóre typy nowotworów uważa się za silnie związane z pewnymi infekcjami. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV – human papilloma virus) jest głównym czynnikiem rozwoju raka szyjki macicy. W większości nowotworów obserwowana jest silna zależność między przeżyciem a stopniem zaawansowania choroby, określonym zazwyczaj rozmiarem guza pierwotnego lub ograniczeniem procesu nowotworowego do stanu miejscowego. Wówczas istnieje znaczne prawdopodobieństwo, że wczesne wykrycie choroby zapobiegnie rozwojowi nowotworu i wpłynie na zmniejszenie wskaźnika umieralności z tego powodu w przyszłości. Klasycznym przykładem jest tu rak piersi u kobiet, gdzie wykazano związek między wielkością guza w momencie diagnozy a czasem przeżycia od momentu jej postawienia.
- 4) **Profilaktyka trzeciej fazy** – stosowana w stadium zaawansowanej choroby oznacza przeciwdziałanie nasileniu inwalidztwa lub zająci śmiertelnemu chorym, którzy nie mogą być wyleczeni. Zapobieganie trzeciej fazy obejmuje działania zmierzające do zahamowania postępu lub powikłań już rozwiniętej choroby i jest to istotny aspekt medycyny leczniczej i rehabilitacji. Na profilaktykę trzeciej fazy składają się działania, których celem jest ograniczenie niesprawności, inwalidztwa i dolegliwości spowodowanych istniejącymi odchyleniami od stanu zdrowia, oraz promowanie wśród pacjentów właściwych metod leczenia. Profilaktykę trzeciej fazy trudno jest oddzielić od leczenia, ponieważ głównym celem leczenia chorób przewlekłych jest zapobieganie nawrotom choroby. W poszczególnych stadiach chorobowych można stosować różne zabiegi zapobiegające niepomyślnej ewolucji procesu chorobowego – wymaga to jednak dokładnej znajomości naturalnej historii choroby, zwłaszcza jej stadiów.

[WCO](#)

Depresja

Depresja jest jedną z najczęściej występujących chorób na świecie. Według WHO depresja stanowi główną przyczynę niesprawności i niezdolności do pracy na świecie, jest także najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym. Choruje na nią w ciągu całego życia kilkanaście procent populacji osób dorosłych. Choroba ta dotyka dwa razy częściej kobiet. Co dziesiąty pacjent zgłaszający się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu innych dolegliwości ma pełnoobjawową depresję, a drugie tyle osób cierpi z powodu pojedynczych objawów depresyjnych. Niestety ponad połowa tych przypadków pozostaje nierozpoznana, a spośród osób z rozpoznaną depresją jedynie połowa otrzymuje adekwatne leczenie. Z tego względu niezwykle ważną dla każdego (nie tylko dla lekarza) kwestią jest znajomość natury i objawów depresji oraz podstaw jej diagnostyki i leczenia.

Objawy depresji obejmują: stopniową utratę radości życia i odczuwania przyjemności; ograniczenie aktywności życiowej; myślenie depresyjne; lęk; narastające poczucie utraty sensu życia; często występujące inne mniej typowe dolegliwości, które często utrudniają właściwe rozpoznanie i bywają przyczynami błędów diagnostycznych, takie jak: zaburzenie koncentracji uwagi, poczucie pogorszenia pamięci i funkcji poznawczych, zaburzenia snu, zmniejszenie lub utrata apetytu, spadek libido, u kobiet zaburzenia cyklu płciowego i zaburzenia miesiączkowania, dobowe wahanie samopoczucia.

Obecnie, rozpatrując przyczyny chorób psychicznych, w tym depresji, często korzysta się z tzw. modelu biopsychospołecznego, który uwzględnia jako przyczyny depresji m.in.:

- czynniki biologiczne (np. czynniki genetyczne, zmiany poziomu neuroprzekaźników w mózgu, stan zdrowia somatycznego, choroby przewlekłe, uzależnienia),
- czynniki psychologiczne (np. stresujące wydarzenia życiowe i sposoby radzenia sobie z nimi, relacje małżeńskie, rodzinne i relacje z innymi osobami),
- czynniki społeczne i kulturowe (np. sieć wsparcia społecznego, poczucie samotności, sytuacja zawodowa, szkolna, materialna, mieszkaniowa).

Jeśli objawy depresji o niewielkim lub umiarkowanym nasileniu utrzymują się przez 2–4 tygodnie, niezależnie od wywołujących je przyczyn, wskazana jest konsultacja psychiatryczna. Jeśli ich nasilenie jest znaczne, konsultacja psychiatryczna powinna się odbyć jak najszybciej. Jeśli objawy depresyjne utrzymują się zaledwie 2–3 dni, ale ich występowanie powtarza się często lub cyklicznie (np. co miesiąc), także wskazana jest wizyta u psychiatry.

Do poddania się badaniom w kierunku depresji powinny skłonić między innymi następujące stany: chroniczna (tj. trwająca ponad miesiąc) bezsenność, przewlekły ból, przewlekłe choroby somatyczne (np. cukrzyca, choroba niedokrwienna serca i stany przed- czy pozawałowe, niedoczynność i nadczynność tarczycy), choroby neurologiczne (w tym udar mózgu), niewyjaśnione objawy somatyczne, częste wizyty u lekarza nieprzynoszące diagnozy lub poprawy samopoczucia pacjenta, okres poporodowy, nadużywanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych, ciężkie stresujące wydarzenia życiowe.

Rozpoznanie lub podejrzenie depresji może ustalić każdy lekarz, nie tylko psychiatra. Pomocny w tym celu może być szybki test przesiewowy złożony z 2 pytań:

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał/odczuwała Pan/Pani zmniejszenie zainteresowań lub osłabienie odczuwania przyjemności?
2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca czuł/czuła się Pan/Pani smutny/smutna, przygnębiony/przygnębiona, miał/miała poczucie braku nadziei?

Pozytywna odpowiedź na jedno pytanie powinna skłaniać do dokładniejszego badania w kierunku depresji.

W przypadku wystąpienia depresji wskazana jest także wizyta kontrolna u lekarza rodzinnego i/lub specjalistów z innych dziedzin medycyny w celu pełnej oceny stanu zdrowia chorego i oceny dotychczasowego leczenia przewlekłych chorób somatycznych występujących u pacjenta.

[MP [Borowiecka-Karpiuk](#) 2022]

Depresja stanowi coraz większy problem zdrowotny i społeczny. Szacuje się, że w Polsce na depresję choruje ok. 1,2 mln osób. Dane NFZ wskazują, że świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji miało udzielone w 2023 r. 809 tys. pacjentów i świadczenia najczęściej udzielano osobom w wieku 65–74 lata. Świadczenia z rozpoznaniem głównym depresji najczęściej były udzielane w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w poradniach psychologicznych, psychiatrycznych i leczenia uzależnień.

[NFZ [Depresja](#)]

Choroby otępienne

Otępienie jest stanem chorobowym, w którym dochodzi do postępującego upośledzenia funkcji intelektualnych. U osoby z otępieniem pojawiają się problemy z pamięcią, spowolnienie myślenia, a także zaburzenia zachowania.

Do grupy chorób, w których występuje otępienie należy między innymi: choroba Alzheimera, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałami Lewy'ego, a także otępienie naczyniopochodne. U podłoża tych zaburzeń leży uszkodzenie tkanki mózgowej, a jego mechanizm jest zależny od rodzaju choroby.

Częstość występowania otępienia jest zależna od wieku. U osób młodych i w średnim wieku otępienie jest rzadkie, jego częstość występowania wzrasta po 50. roku życia. U osób między 60. a 65. rokiem życia dotyczy ok. 1% populacji, natomiast w grupie osób po 85. roku życia około 10–35% osób wykazuje cechy otępienia. Szacuje się, że na różne postaci otępienia cierpi około pół miliona Polaków, połowa z nich to chorzy na chorobę Alzheimera.

Pierwsze objawy często są niecharakterystyczne i mogą zostać przeoczone, ponieważ otępienie jest chorobą stopniowo postępującą i jego objawy zazwyczaj powoli narastają w czasie. Na początku pacjenci – mimo że mają już łagodne zaburzenia – funkcjonują normalnie w życiu codziennym, co nie budzi niepokoju ani ich, ani otoczenia.

Do początkowych objawów otępienia należą zaburzenia pamięci świeżej, które mogą przejawiać się kilkukrotnym zadawaniem tych samych pytań, pomimo uzyskania wcześniej satysfakcjonującej odpowiedzi. Chorzy z łagodnym otępieniem mogą także zapominać o umówionych wizytach, a także mieć skłonność do chowania i gubienia rzeczy osobistych. Pogarsza się także zdolność przyswajania nowych informacji, chorzy mogą zapominać słowa. Mimo pogorszenia się pamięci, zazwyczaj na tym etapie choroby pacjenci prawidłowo reagują na bodźce z otoczenia. Z czasem dochodzi także do utraty zainteresowań i apatii.

W kolejnych stadiach choroby pacjenci przestają rozpoznawać bliskie osoby i znane miejsca, mają trudności w używaniu odpowiednich słów, liczeniu i pisaniu. W otępieniu dochodzi także do pojawienia się zaburzeń zachowania, w postaci nadmiernej impulsywności na zmianę z apatią i stopniowym wycofywaniem się z życia społecznego. Pacjenci łatwo się zniechęcają, mogą stać się płaczący i drażliwi, rozchwiani emocjonalnie. W zaawansowanych stadiach choroby pacjenci nie są w stanie radzić sobie z codziennymi czynnościami, takimi jak ubieranie się, mycie, gotowanie i zwykle wymagają ciągłej opieki.

Przy podejrzeniu otępienia bardzo istotnym elementem badania lekarskiego jest wywiad dotyczący głównych dolegliwości chorego, początku objawów i ich narastania w czasie. Lekarz z pewnością zapyta także o inne choroby pacjenta i stałe przyjmowane przez niego leki. W części przypadków zebranie tak szczegółowego wywiadu nie jest możliwe bez pomocy osób z najbliższego otoczenia pacjenta. U chorego z podejrzeniem otępienia lekarz przeprowadzi dokładne badanie neurologiczne, a także oceni funkcje intelektualne za pomocą testów, takich jak np. skala MMSE (tzw. skala Mini-Mental), oceniających między innymi: zapamiętywanie, liczenie i funkcje językowe. Ponadto lekarz może zlecić badania dodatkowe, w szczególności laboratoryjne badania krwi.

[MP [Bartoszek](#) 2016]

Cukrzyca

Cukrzyca to choroba metaboliczna charakteryzująca się zwiększonym stężeniem glukozy we krwi (hiperglikemią) wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny. Insulina jest hormonem wydzielanym przez komórki β trzustki, który powoduje m.in. zmniejszenie stężenia glukozy we krwi. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy powoduje uszkodzenie, zaburzenie czynności i niewydolność różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych. Cukrzyca jest zatem chorobą, która nieleczona może prowadzić do wielu powikłań, dlatego ważne jest jej wczesne wykrycie. Cukrzyca może wystąpić w każdym wieku i zawsze wymaga leczenia.

Główne typy cukrzycy to cukrzyca typu 1 (potocznie insulinozależna), cukrzyca typu 2 to najczęstsza postać (około 80%) cukrzycy, cukrzyca o znanej przyczynie obejmuje defekty genetyczne komórek β trzustki, cukrzyca ciążowa lub cukrzyca w ciąży.

Podstawowym badaniem przesiewowym, które jest stosowane w diagnostyce cukrzycy, jest badanie stężenia glukozy we krwi (glikemii).

Wiele przypadków cukrzycy przebiega bezobjawowo, dlatego zaleca się wykonywanie badań przesiewowych (glikemii na czczo lub OGTT) co rok w grupach zwiększonego ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2:

- nadwaga (BMI 25–29,9 kg/m²) lub otyłość (BMI \geq 30 kg/m²) lub obwód w talii >80 cm u kobiet i >94 cm u mężczyzn,
- cukrzyca występująca u rodziców lub rodzeństwa,
- mała aktywność fizyczna,
- uprzednio stwierdzone zaburzenia gospodarki węglowodanowej – nieprawidłowa tolerancja glukozy lub nieprawidłowa glikemia na czczo,
- przebyta cukrzyca ciążowa,
- urodzenie dziecka o masie ciała >4 kg,
- nadciśnienie tętnicze (\geq 140/90 mm Hg),
- nieprawidłowe wskaźniki gospodarki lipidowej: cholesterol HDL <1,0 mmol/l (40 mg/dl) lub stężenie triglicerydów >1,7 mmol/l (150 mg/dl),

- zespół policystycznych jajników,
- miażdżycowa choroba układu krążenia,
- mukowiscydoza,

a także co 3 lata u wszystkich osób w wieku od 45 lat.

[MP [Wiercińska](#)]

W Polsce w 2021 r. szacowana liczba osób w wieku 20–79 lat chorych na cukrzycę wynosiła ok. 2 677 tys., co stanowiło 6,8% osób z tej grupy wiekowej.

[[IDF Diabetes Atlas 2021](#)]

Nadwaga i otyłość

Nadwaga i otyłość stanowią poważne zagrożenie zdrowotne, będąc jednym z głównych czynników ryzyka wielu niezakaźnych chorób, takich jak cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe oraz niektóre rodzaje nowotworów. W trakcie pandemii COVID-19 negatywny wpływ otyłości na zdrowie jeszcze bardziej się uwydatnił, zwiększając ryzyko wystąpienia ciężkich objawów oraz zgonu związane z tą chorobą. Szczególnie dotkliwe skutki odczuwają osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Jednym z powszechnie stosowanych wskaźników oceny nadmiernej masy ciała jest indeks masy ciała (BMI) obrazujący stosunek masy ciała do wzrostu. Według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), osoby dorosłe z BMI wynoszącym 30 lub więcej są uznawane za otyłe, a ci z wynikiem 25 lub więcej są klasyfikowani jako osoby z nadwagą, co obejmuje również otyłość. Metoda klasyfikowania BMI jest jednolita zarówno dla dorosłych mężczyzn, jak i kobiet. Dla dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia ocena BMI uwzględnia wartości centylowe zależne od wieku i płci.

Wysokie spożycie kalorycznych, tłustych pokarmów, zawierających zarówno tłuszcze nasycone, jak i tłuszcze trans oraz coraz częstsze spędzanie czasu na siedząco przyczyniają się do tego, że na całym świecie wzrasta liczba osób z otyłością. Wprowadzone restrykcje związane z pandemią COVID-19 sprawiły, że utrzymanie zdrowego stylu życia stało się niezwykle trudne, wpływając z pewnością negatywnie na wysiłki podejmowane przed pandemią związane z promowaniem zdrowszych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej. Te okoliczności wpłynęły także na zwiększenie rozpowszechnienia otyłości na świecie.

[PZH [Profibaza](#)]

Odsetek osób z nadwagą w wieku 16 lat i starszych w UE w 2022 r. wahał się od 31,3% we Włoszech do 56,7% na Łotwie w przypadku kobiet oraz od 51,5% we Francji do 69,4% w Chorwacji, na Malcie i Słowacji w przypadku mężczyzn.

W 2022 r. najniższy odsetek osób z nadwagą w UE odnotowano w grupie wiekowej od 16 do 24 lat (20,3%), natomiast najwyższy w grupie wiekowej od 65 do 74 lat (63,6%). Wg danych EUROSTATU w 2022 r. odsetek populacji Polski z nadwagą i otyłością wyniósł 58,4% (BMI ≥ 25 kg/m²).

[[EUROSTAT 2024](#), [EUROSTAT BMI 2024](#)]

Uzależnienie od tytoniu/nikotyny

Zespół uzależnienia od nikotyny (tytoniu) to choroba, którą opisano w klasyfikacji ICD-10. Podobnie jak inne uzależnienia ma ona charakter przewlekły i nawracający. To oznacza, że raz wykształcona zależność od nikotyny związana jest ze zmianami w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego, czego efektem jest występowanie zespołu abstynencyjnego w sytuacji zaprzestania palenia i dużego ryzyka powrotu do palenia, nawet wiele lat po jego zaprzestaniu.

Nikotyna jest tylko jednym z około 4 000 związków obecnych w dymie tytoniowym. Do najgroźniejszych konsekwencji medycznych palenia tytoniu można zaliczyć:

- wzrost ryzyka zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego (np. zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna, udar mózgu),
- zachorowania na nowotwory złośliwe (np. rak płuca, krtani, jamy ustnej i gardła, pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych, trzustki, szyjki macicy),
- wystąpienia chorób układu oddechowego (np. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc [POChP],

- wystąpienia niepłodności oraz zaburzeń w przebiegu ciąży (np. poronień, małej wagi urodzeniowej noworodków).

Także bierny kontakt z dymem tytoniowym (tzw. bierne palenie) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zarówno zachorowalności na choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, jak i nowotwory złośliwe. Choroby, takie jak POChP czy rak płuca, występują praktycznie wyłącznie u osób narażonych na kontakt z dymem tytoniowym, dlatego nazywamy je odytoniowymi. Jednocześnie śmiertelność z ich powodu jest bardzo duża, a to ze względu na skuteczność dostępnych terapii, które często pozwalają jedynie na zatrzymanie lub spowolnienie rozwoju choroby, nie zaś na całkowite wyleczenie.

Poza zależnością fizyczną od nikotyny występuje zależność psychiczna, która jest wynikiem powtarzania swoistego „rytuału” palenia. Jeśli osoba uzależniona sięga po papierosa w sytuacjach, w których czuje się niekomfortowo, niepewnie, przeżywa stres lub napięcie, wówczas palenie może zacząć kojarzyć z metodą samouspokojenia. Niestety, ze względu na pobudzające działanie nikotyny, jest to nieskuteczna forma rozładowania napięcia. Jednakże sam rytuał palenia papierosa pozwala w pewnym stopniu odwrócić uwagę od źródła stresu, co może złudnie przynosić osobie uzależnionej ulgę.

Do codziennego palenia w 2022 r. przyznało się aż 28,8% dorosłych Polaków (30,8% mężczyzn i 27,1% kobiet). Wynik ten ma tendencję zwykłą względem lat poprzednich. Nałogowi palacze przeważają wśród osób określających swoją sytuację materialną jako złą (25% ogółu). Najwięcej palących jest wśród osób bezrobotnych (34% ogółu) oraz gospodyń domowych (39%). Palenie tytoniu jest najważniejszą przyczyną zgonów polskich mężczyzn (26,6% wszystkich zgonów w 2019 r.) oraz drugą co do częstości przyczyną zgonów kobiet w Polsce (13,7% wszystkich zgonów w 2019 r.).

[MP [Porębiak](#) 2021, MP [Palenie raport PAN](#) 2023]

Spożywanie alkoholu

Zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które poprzednio miały dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie alkoholu (często silne, czasami przemożne). Wypicie alkoholu nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu uzależnienia, znacznie szybciej niż pojawienie się uzależnienia u osób poprzednio nieuzależnionych.

Na ostateczne rozpoznanie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej następujących cech lub objawów występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku. Są to:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy”).
- upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z piciem (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia do wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność wysiłków zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania picia).
- fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego pojawiającego się, gdy picie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie drżenie) albo używanie alkoholu lub pokrewnie działającej substancji (np. leków) w celu złagodzenia ww. objawów, uwolnienia się od nich lub uniknięcia ich.
- zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu) potrzeba spożycia większych dawek dla wywołania oczekiwanego efektu.
- z powodu picia alkoholu - narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu lub jego picie, bądź uwolnienia się od następstw jego działania.
- uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia (picie alkoholu, mimo, że charakter i rozmiary szkód są osobie pijącej znane lub można oczekiwać, że są znane).

[PARPA]

W 2022 roku odnotowano spadek spożycia 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski z poziomu 9,73 l w 2021 roku do 9,37 l, i jest to poziom najniższy od 6 lat. Z drugiej jednak strony od kilku lat widoczna jest wyraźna

tendencja zwiększania się liczby zgonów z powodu używania alkoholu, osiągając najwyższą wartość 14 048 przypadków w 2021 roku.

[[KCPU 2023](#)]

4.2. Struktura demograficzna populacji w wieku 20 lat i powyżej

Wg danych GUS na dzień 30.06.2024 r. w Polsce liczba ludności w wieku 20 lat i powyżej wynosiła ogółem ok. 30 mln osób, w tym w grupie wiekowej 20–49 lat było ok. 20 mln, a w grupie 60+ ok. 9,9 mln. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 2. Liczebność populacji wnioskowanej wg GUS (stan na 30.06.2024 r.)

Grupa wiekowa	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
20+	30 033 339	14 281 296	15 752 043
20–59 lat	20 097 252	10 109 735	9 987 517
60+	9 936 087	4 171 561	5 764 526

Źródło: [GUS Ludność 2024](#)

Według danych trwanie życia w 2023 r. wyniosło w przypadku mężczyzn 74,65 roku zaś w przypadku kobiet 81,99 roku.

[[GUS Ludność 2024](#)]

4.3. Oceniana interwencja – opis na podstawie KŚOZ

Załączona do przedmiotowego zlecenia Ministerstwa Zdrowia Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ) odnosi się do świadczenia opieki zdrowotnej „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”.

Bilans zdrowia dorosłych (BZD) to okresowo wykonywany, kompleksowy przegląd stanu zdrowia, oparty na pogłębionym wywiadzie z użyciem wystandaryzowanych kwestionariuszy, wraz z zestawem badań laboratoryjnych, służący przygotowaniu Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ), w którym zaplanowane zostaną interwencje prozdrowotne.

Zgodnie z KŚOZ celem bilansu zdrowia jest:

- 1) poprawa wczesnej wykrywalności chorób układu krążenia i cukrzycy, chorób nerek, zaburzeń funkcji tarczycy, wybranych chorób onkologicznych, wybranych chorób infekcyjnych (HCV) oraz zaburzeń psychicznych i poznawczych;
- 2) zwiększenie odsetka realizacji szczepień zalecanych w populacji osób dorosłych;
- 3) profilaktyka pierwotna z położeniem nacisku na edukację, modyfikację stylu życia, ograniczenie czynników ryzyka występowania ww. schorzeń;
- 4) wsparcie postaw prozdrowotnych oraz dbałości o środowisko życia.

A. Opis świadczenia

W KŚOZ zaprezentowano następujący opis wnioskowanego świadczenia:

- **Interwencja:** bilans zdrowia osoby dorosłej.
- **Populacja:** osoby powyżej 20 roku życia.

Wnioskowe świadczenie obejmuje następujące elementy:

1. Ankieta/kwestionariusz BZD wypełniana przez pacjenta za pośrednictwem IKP lub bezpośrednio w placówce POZ, w szczególności w przypadku osób wykluczonych informatycznie.
- Kwestionariusz zawiera pogłębiony wywiad w kierunku: stylu życia, czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz chorób onkologicznych (z uwzględnieniem wywiadu rodzinnego), stanu zdrowia psychicznego, a także wywiad środowiskowy oraz weryfikację wykonania zalecanych szczepień.

- Zakres przedmiotowych pytań obejmuje:
 - dotychczasowe rozpoznania chorób przewlekłych
 - tryb życia (aktywność fizyczna, nawyki żywieniowe),
 - stan psychiczny - pytania o odczuwanie stresu, zaburzenia snu; skala PHQ2; w przypadku pozytywnych odpowiedzi rozszerzenie pytań do oceny występowania depresji wg skali PHQ9,
 - stosowanie używki: palenie papierosów i e-papierosów z oceną stopnia uzależnienia wg testu HSI, spożywanie alkoholu z oceną stopnia uzależnienia wg AUDIT C,
 - wywiad rodzinny w kierunku: wczesnego występowania zawału serca/udar mózgu u rodziców, chorób nowotworowych o podłożu genetycznym (raka piersi, jajników, nerki, żołądka, trzonu macicy, jelita grubego,
 - wywiad środowiskowy (zamieszkanie z rodziną, opiekunem, czy samotnie), wykształcenie.
 - Po wypełnieniu kwestionariusza przez pacjenta (lub wypełnieniu częściowym) – świadczeniodawca, do którego jest zadeklarowany pacjent otrzymuje powiadomienie z systemu, że pacjent samodzielnie rozpoczął realizację kwestionariusza bilansu (lub raport z listą pacjentów).
 - Po otrzymaniu powiadomienia – personel, który realizuje BZD (profilaktyk lub pielęgniarka lub lekarz) kontaktuje się z pacjentem, aby zweryfikować udzielone odpowiedzi (w przypadku wątpliwości) i uzupełnić ewentualne braki w kwestionariuszu.
 - Po zakończeniu wypełnienia kwestionariusza – zatwierdza KBZD i następuje automatyczne wygenerowanie zlecenia na badania laboratoryjne.
2. Badania diagnostyczne:
- zakres podstawowy (dla każdego objętego bilansem): morfologia krwi, glukoza, kreatynina (z eGFR), lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, triglicerydy), lipoproteina A (wykonywana w ramach BDZ raz w życiu),
 - zakres rozszerzony (warunkowo, w zależności od wieku i wyniku ankiety): ALAT, ASPAT, GGTP, PSA całkowity u mężczyzn, anty-HCV, badanie kału na krew utajoną (FIT).
- Po wykonaniu badań diagnostycznych koordynator umawia pacjenta na wizytę podsumowującą, która odbywa się w warunkach stacjonarnych.
3. Wizyta podsumowująca bilans z przygotowaniem Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ) obejmuje:
- pomiary ciśnienia tętniczego, tętna oraz pomiary antropometryczne (waga, wzrost, obwód talii, wyliczenie BMI),
 - u osób w wieku 60+ ocenę funkcji poznawczych wykorzystując skalę mini-COG,
 - analizę wyników badań laboratoryjnych,
 - analizę wyników ankiety oraz zawartych w niej zwalidowanych kwestionariuszy do oceny różnych zaburzeń¹,
 - ocenę globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego wg skali SCORE2 lub SCORE2-OP lub SCORE2-Diabetes (dla pacjentów z rozpoznaną cukrzycą).
 - Na podstawie analizy ww. elementów bilansu, pielęgniarka lub lekarz tworzy Indywidualny Plan Zdrowotny (IPZ). Podsumowanie wizyty oraz IPZ są sprawozdawane na P1 jako zdarzenia medyczne.
 - IPZ zawiera:
 - informacje o zidentyfikowanych podczas bilansu czynnikach ryzyka;
 - ogólne zalecenia dotyczące zdrowego stylu życia, diety i aktywności fizycznej;
 - indywidualne zalecenia wynikające ze stwierdzonych czynników ryzyka;
 - indywidualny kalendarz szczepień zalecanych;
 - listę zalecanych interwencji prozdrowotnych;
4. Interwencje prozdrowotne dla pacjentów z wybranych grup ryzyka – porady edukacyjne (maksymalnie 2 porady/pacjenta).

W przypadku stwierdzenia istotnych zaburzeń wymagających interwencji – IPZ powinien zawierać zalecenie dalszej diagnostyki i leczenia w POZ lub skierowania do AOS lub Poradni Zdrowia Psychicznego/Centrum Zdrowia Psychicznego.

Częstość udzielania świadczenia będzie uzależniona od wieku pacjenta. W przypadku:

- 20–59 lat: bilans zdrowia nie częściej niż raz na 5 lat,
- 60 lat i więcej: bilans zdrowia nie częściej niż co 3 lata.

Zadania osób zaangażowanych w realizację bilansu. W poniższej tabeli przedstawiono poszczególne zadania osób zaangażowanych w realizację świadczenia (opracowanie własne na podstawie KŚOZ).

Tabela 3. Zadania osób zaangażowanych w realizację świadczenia

Zadanie/Osoba	Pacjent	Koordinator profilaktyki	Profilaktyk	Pielęgniarka POZ	Lekarz POZ	Laboratorium
Samodzielne wypełnienie ankiety na IKP/lub pomoc wypełnieniu ankiety	+	+	-	-	-	-
Realizacja ustrukturyzowanego wywiadu z pacjentem	+	-	+	+	+	-
Weryfikacja odpowiedzi w ankiecie udzielonych samodzielnie	-	-	+	+	+	-
Zatwierdzenie ankiety	-	-	+	+	+	-
Wygenerowanie zlecenia na badania diagnostyczne	-	-	+	+	+	-
Wykonanie badań diagnostycznych i przekazanie do podmiotu zlecającego	+	-	-	-	-	+
Umawianie wizyt	+	+	-	-	-	-
Monitorowanie przebiegu BZD	+	+	-	-	-	-
Pomiary: masa ciała, wzrost, obwód talii i bioder, ciśnienia tętnicze, tętno	+	-	+	+	+	-
Realizacja wizyty podsumowującej i opracowanie IPZ	+	-	+	+	+	-
Udzielanie porad edukacyjnych	+	-	+	+	-	-

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. KŚOZ

Aspekty techniczne. W KŚOZ zwrócono uwagę na aspekty techniczne związane z wdrożeniem świadczenia wskazując, że kwestionariusz bilansu zdrowia dorosłych (KBZD) docelowo ma być maksymalnie zautomatyzowanym narzędziem informatycznym, zawierające odpowiednio opisane algorytmy wspierające pacjenta i personel medyczny w przeprowadzeniu BZD docelowo w oparciu o system wspomaganie decyzji klinicznych. Na podstawie danych z systemów informatycznych NFZ i CeZ narzędzie powinno automatycznie pobierać informacje dotyczące w szczególności:

- faktu objęcia opieką koordynowaną ze wskazaniem grup dziedzinowych chorób przewlekłych i datą ostatniego Indywidualnego Planu Opieki Medycznej;
- wykonanych badań laboratoryjnych w ciągu ostatniego roku;
- wykonania programu profilaktycznego ChUK w ciągu ostatnich 5 lat;
- wykonania cytologii i mammografii w ciągu ostatnich 3 lat (u kobiet) oraz kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat.

Na podstawie ww. informacji, a także z uwzględnieniem płci i wieku, zakres bilansu będzie mógł być odpowiednio automatycznie modyfikowany aby nie powielać wykonania lub/i zalecenia wcześniej zrealizowanych badań diagnostycznych/przesiewowych i/lub analizy już rozpoznanych problemów zdrowotnych oraz wcześniej zaplanowanych interwencji prozdrowotnych (np. edukacji u pacjentów objętych opieką koordynowaną). Z kolei część pytań ankietowych powinna być zadawana w zależności od odpowiedzi na wcześniejsze pytania (np. test HSI, PHQ-2).

W KŚOZ wskazano, że na podstawie uzyskanych odpowiedzi od pacjenta oraz wyników wykonanych badań laboratoryjnych i pomiarów, w części będącej podsumowaniem BZD pojawiać się będą sugerowane przez algorytmy czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, wynik SCORE2/ SCORE2-OP/SCORE-2Diabetes oraz wykonanych testów (oceniających nasilenie depresji, stresu, zaburzeń funkcji poznawczych, uzależnienia od nikotyny/alkoholu). W podsumowaniu kwestionariusza docelowo powinny pojawiać się podpowiedzi, sugerujące wykonanie odpowiednich interwencji (m.in. porad edukacyjnych, antytytoniowych, dietetycznych, psychologicznych, wykonania badań

przesiewowych, szczepień zalecanych. Ostateczną decyzję co do zaleceń podejmuje pracownik medyczny. Do czasu dostosowania systemów informatycznych podsumowania będzie dokonywać personel medyczny.

Wpływ proponowanego świadczenia. Przewiduje się, że zakwalifikowanie ocenianego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego z zakresu POZ wpłynie na sytuację:

- świadczeniobiorców – poprzez dostęp do kompleksowej i skoordynowanej profilaktykę na poziomie POZ oraz połączenie rozpoznania czynników ryzyka z planem interwencji prozdrowotnych. Ponadto przyczyni się do włączenia działań edukacyjnych oraz pogłębienie świadomości w zakresie zdrowego stylu życia, a także wzrostu zadowolenia pacjentów i wyższej oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanej przez system;
- świadczeniodawców – m.in. w zakresie kompleksowego narzędzia do zarządzania profilaktyką z poziomu placówki POZ, budowania pozycji przychodni POZ jako kluczowego miejsca do realizacji potrzeb zdrowotnych, w tym badań profilaktycznych, lepsze planowanie sposobu udzielania świadczeń oraz optymalizację wykorzystania zasobów kadrowych (koordynatorzy, pielęgniarki, lekarze) i pozyskanie nowych (dietetyk, profilaktyk, psycholog);
- płatnika – w szczególności poprzez przyspieszenie procesu rozpoznania ważnych populacyjnie schorzeń przewlekłych z obszarów objętych badaniami bilansowymi oraz ograniczenie procesów leczenia kosztochłonnego ze względu na możliwość wykrycia schorzeń w fazie początkowej. Zakwalifikowanie świadczenia wpłynie również na stratyfikację uczestniczącej populacji pod kątem zapotrzebowania na usługi zdrowotne w przyszłości.

Uzasadnienie. W uzasadnieniu zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych wskazano, że w obliczu coraz niższej granicy wieku zachorowań na najczęstsze choroby cywilizacyjne brakuje objęcia badaniami profilaktycznymi najmłodszej dorosłej populacji. Obecne programy mają górną granicę wieku, co wyklucza z profilaktyki osoby powyżej określonej granicy wieku (np. 65 lat w programie ChUK). Problemem jest także dublowanie się tych samych badań (np. lipidogram, glukoza) w obu programach (ChUK, Program Profilaktyki 40 Plus). Jednocześnie żaden z nich nie jest wystarczająco kompleksowy i nie zawiera oceny stanu zdrowia psychicznego oraz czynników ryzyka onkologicznego. Wdrożenie programu bilansów zdrowia dorosłych jako kompleksowej profilaktyki, uwzględniającej nie tylko badania laboratoryjne, ale przede wszystkim ocenę stanu zdrowia, z uwzględnieniem zdrowia psychicznego oraz oceny funkcji poznawczych u osób po 60 roku życia, wraz z przygotowaniem interwencji zdrowotnych stanowi realizację rekomendacji wynikających z ewaluacji programu Profilaktyka 40 Plus.

B. Poziom lub sposób finansowania świadczenia:

W Karcie Świadczenia zaproponowano trójstopniowy model finansowania:

- 1) finansowanie zadaniowe (fee for service) obejmujące:
 - ankietę wraz z działaniami akwizycyjnymi,
 - diagnostykę: koszt badań diagnostycznych przynależnych do bilansu,
 - wizytę podsumowującą BZD z opracowaniem Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ) – realizowana przez pielęgniarkę albo lekarza,
 - interwencje prozdrowotne dla pacjentów z wybranych grup ryzyka – porada edukacji zdrowotnej (maksymalnie 2 porady/pacjenta);
- 2) premia za objęcie BZD – analogicznie jak obecnie w ChUK (za odsetek populacji z przygotowanym IPZ i za przyrost odsetka w skali roku);
- 3) premia za zrealizowane przez pacjenta, wskazane w IPZ badania profilaktyczne w ramach obowiązujących programów przesiewowych.

Jako produkty sprawozdawcze należy traktować:

- wykonany bilans zdrowia, zakończony wizytą podsumowującą z opracowaniem IPZ;
- poradę edukacyjną.

Zakwalifikowanie wnioskowanego świadczenia będzie związane z nowelizacją:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej.

Komentarz analityczny do opisu wnioskowanego świadczenia:

- nie określono, czy ramach wdrażania wnioskowanego świadczenia przewidziana jest dobrowolność przystępowania świadczeniodawców POZ do jego realizacji,
- w KŚOZ nie wskazano odsetka populacji kwalifikującej się do wykonania bilansu zdrowia osoby dorosłej w dwóch kolejnych latach po ewentualnym wprowadzeniu świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę powyższe kwestie wystąpiono do autora KŚOZ z prośbą o ich doprecyzowanie (otrzymane wyjaśnienia przedstawiono w rozdziale dotyczącym opinii eksperckich).

4.4. Charakterystyka badań laboratoryjnych oraz skal i kwestionariuszy zaproponowanych we wnioskowanym bilansie zdrowia osoby dorosłej

Poniżej przedstawiono przydatność kliniczną wybranych badań diagnostycznych i przesiewowych oraz skal i kwestionariuszy będących elementami wnioskowanego świadczenia.

1. Wnioskowane badania laboratoryjne – w kolejności alfabetycznej:

Aminotransferaza alaninowa (ALT) i aminotransferaza asparaginianowa (AST)

Wskazania do oznaczenia m.in.: przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, ostre wirusowe zapalenie wątroby, stłuszczenie i stłuszczeniowe zapalenie wątroby, uszkodzenie wątroby przez leki i toksyny, alkoholowe choroby wątroby, marskość wątroby

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: <40 IU/l w celu zwiększenia czułości diagnostycznej niektóre towarzystwa naukowe (m.in. ACG) sugerują przyjęcie jako prawidłowej mniejszej aktywności ALT: ≤33 IU/l dla mężczyzn i ≤25 IU/l dla kobiet

Interpretacja wyniku:

↑ ≤15 × ggpr, AST/ALT <1: przewlekłe WZW typu B i C, ostre WZW typu A–E, ostre WZW spowodowane przez EBV lub CMV, stłuszczeniowa choroba wątroby związana z zaburzeniami metabolicznymi i stłuszczeniowe zapalenie wątroby związane z zaburzeniami metabolicznymi, hemochromatoza dziedziczna, uszkodzenie przez leki i toksyny, autoimmunologiczne zapalenie wątroby, niedobór α1-antytrypsyny, choroba Wilsona, celiakia

↑ ≤15 × ggpr, AST/ALT >1: alkoholowa choroba wątroby, stłuszczenie i stłuszczeniowe zapalenie wątroby, marskość wątroby, hemoliza, miopatie, zawał serca, choroby tarczycy, wysięk fizyczny, makro-AST (bez znaczenia klinicznego)

↑ >15 × ggpr: ostre WZW typu A–E, WZW spowodowane HSV, EBV, CMV lub zaostrzenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B, uszkodzenie przez leki lub toksyny, ostre niedokrwienie wątroby (niedrożność tętnicy wątrobowej, wstrząs), autoimmunologiczne zapalenie wątroby, choroba Wilsona, zakrzepica żył wątrobowych (zespół Budda i Chiariego)

[źródło: Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Aminotransferaza alaninowa i aminotransferaza asparaginianowa]

Anty-HCV

Oznaczenie przeciwciał anty-HCV jest serologicznym badaniem przesiewowym wykonywanym w przypadku podejrzenia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Badanie wykrywa przeciwciała w klasie IgG przeciwko antygenowi rdzeniowemu oraz białkom niestrukturalnym. Przeciwciała anty-HCV pojawiają się w surowicy krwi 4-10 tygodni po kontakcie z wirusem. Wynik reaktywny może świadczyć o kontakcie organizmu z wirusem i wymaga dalszej diagnostyki (najczęściej wykonania badania wykrywającego RNA HCV).

Wartości referencyjne: W przypadku stwierdzenia przeciwciał anty-HCV wynik oznaczany jest jako reaktywny, w przypadku ich braku - jako niereaktywny. Badanie cechuje się dużą czułością i swoistością, przekraczającą 99%.

Interpretacja wyniku:

Dodatni wynik badania przeciwciał anty-HCV może oznaczać, że pacjent miał kontakt z wirusem, jednak nie zawsze taki wynik świadczy o aktualnym zakażeniu HCV. Wyniki fałszywe obserwuje się w przypadku: wykonania badania w okresie okna serologicznego, u pacjentów hemodializowanych i z głębokimi niedoborami odporności oraz w przebiegu chorób autoimmunizacyjnych

[źródło: <https://www.mp.pl/medycynarodzinna/praktyka-kliniczna/308447,badania-w-poz-czesc-i-przeciwciala-anty-hcv>]

Antygen swoisty dla stercza całkowity (PSA)

Wskazania do oznaczenia: u każdego mężczyzny po 50. r.ż., po 45. roku życia – jeśli występuje rodzinna historia raka gruczołu krokowego (tzn. nowotwór ten występuje lub występował u dziadka, ojca, brata), po 40. r.ż. – jeśli mężczyźni są nosicielami mutacji genu BRCA2.

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: zależne od metody

Interpretacja wyniku:

↑ rak gruczołu krokowego, nadnerczy, pęcherza moczowego, nerki, jelita grubego, wątroby i jajnika; zapalenie, łagodny rozrost lub uraz gruczołu krokowego (w tym podczas biopsji lub badania per rectum), po ejakulacji

[źródło: Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Antygen sterczowy swoisty całkowity, PSA całkowity – antygen swoisty gruczołu krokowego - Badania i zabiegi - mp.pl]

Badanie kału na obecność krwi utajonej

Badanie kału na krew utajoną jest nieinwazyjne badanie przesiewowych diagnostyce chorób układu pokarmowego, w szczególności w kierunku raka jelita grubego. Polega na wykonaniu testu immunochemicznego, który wykrywa obecność krwi w kale i określa ilość zawartej w nim hemoglobiny.

W poniższej tabeli przedstawiono metody stosowane do badania kału na obecność krwi utajonej.

Metoda	Zasada działania	Przygotowanie pacjenta	Przyczyny wyników fałszywie dodatnich/ujemnych
Testy gwajakowe (ang. guaiac fecal occult blood tests – gFOBT)	Testy wykrywają hemoglobinę, wykorzystując peroksydazową aktywność hemu; oznaczenia wykonaj w próbkach z 3 kolejnych wypróżnień – wynik dodatni w ≥ 1 próbce jest uznawany za dodatni wynik badania	Ograniczenia dietetyczne i lekowe (\rightarrow obok) przez 3 dni poprzedzające badanie	<ul style="list-style-type: none"> Wynik fałszywie dodatni – stosowanie preparatów żelaza, spożycie mięsa, chrzanu, rzodkiewki, warzyw zielonych, zanieczyszczenie próbki stolca krwią (krwawienie z dróg rodnych lub dróg moczowych) Wynik fałszywie ujemny – stosowanie substancji również utleniających (np. witaminy C)
Testy immunochemiczne (ang. immunochemical fecal occult blood tests – iFOBT , ang. fecal immunochemical tests, FIT)	Testy wykrywają ludzką hemoglobinę w kale	Nie jest wymagane	Wynik fałszywie dodatni – zanieczyszczenie próbki stolca krwią (krwawienie z dróg rodnych lub dróg moczowych)

Interpretacja wyniku dodatniego gFOBT: krwawienie z górnego lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Interpretacja wyniku dodatniego FIT: krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego

[Źródło: *Podrecznik Interna - Medycyna Praktyczna: Badanie kału na krew utajoną*, <https://www.mp.pl/gastrologia/przegladbadan/242758,kiedy-badanie-stolca-na-krew-utajona-jest-medycznie-uzasadnione.1>]

Cholesterol całkowity (TC)

Wskazania do oznaczenia cholesterolu: w ramach oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. Stężenia LDL-C i HDL-C odzwierciedlają zawartość tych lipoprotein we krwi. Zwiększone stężenia TC, LDL-C i nie-HDL-C są czynnikami ryzyka. Małe stężenie HDL-C również uznaje się za czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego, aczkolwiek występowanie w wielu stanach chorobowych tzw. dysfunkcyjnych cząsteczek HDL, o zmniejszonym działaniu przeciwzapalnym i przeciwoksydacyjnym, zakłóca tę zależność.

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 3,0–4,9 mmol/l (114–190 mg/dl), [mmol/l] \times 38,5 = [mg/dl]

Interpretacja wyniku:

↑ hipercholesterolemia rodzinna, rodzinny defekt apolipoproteiny B100, hipercholesterolemia wielogenowa, niedoczynność tarczycy, zespół nerczycowy, PChN, choroby wątroby przebiegające z cholestazą, leki (progestageny, glikokortykosteroidy, inhibitory proteazy stosowane w leczeniu zakażenia HIV)

↓ nadczynność tarczycy, zaawansowana marskość i inne ciężkie uszkodzenia mięszu wątroby, sepsa, wyniszczenie

Cholesterol dzieli się na dwie główne frakcje:

Cholesterol-HDL

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: σ >1,0 mmol/l (40 mg/dl), ♀ >1,3 mmol/l (50 mg/dl), [mmol/l] \times 38,5 = [mg/dl]

Interpretacja wyniku:

↓ dyslipidemia aterogenna, rodzinna hipofalipoproteinemia (niedobór apoA1), choroba tangierska (niedobór wewnątrzkomórkowego białka przenoszącego estry cholesterolu, ABC1), rodzinny niedobór LCAT, choroba rybich oczu (częściowy niedobór LCAT)

Cholesterol-LDL

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: przy ryzyku sercowo-naczyniowym: ekstremalnym – <1,0 mmol/l (40 mg/dl), bardzo dużym – <1,4 mmol/l (55 mg/dl), dużym – <1,8 mmol/l (70 mg/dl), umiarkowanym – <2,6 mmol/l (100 mg/dl), małym – <3,0 mmol/l (115 mg/dl), [mmol/l] \times 38,5 = [mg/dl]

Interpretacja wyniku:

↑ hipercholesterolemia rodzinna, rodzinny defekt apolipoproteiny B100, hipercholesterolemia wielogenowa, niedoczynność tarczycy, zespół nerczycowy, PChN, choroby wątroby przebiegające z cholestazą, leki (progestageny, glikokortykosteroidy, inhibitory proteazy stosowane w leczeniu zakażenia HIV)

↓ nadczynność tarczycy, zaawansowana marskość i inne ciężkie uszkodzenia mięszu wątroby, sepsa, wyniszczenie

Triglicerydy (TG)

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: <1,7 mmol/l (150 mg/dl) (na czczo), <2,0 mmol/l (175 mg/dl) (nie na czczo), [mmol/l] \times 88,5 = [mg/dl]

Interpretacja wyniku:

↑ dyslipidemia aterogenna, cukrzyca typu 1 i 2, zespół metaboliczny, zapalenie trzustki, niedoczynność tarczycy, niewydolność nerek, zespół nerczycowy, zespół chylomikronemii

↓ nadczynność tarczycy, niedożywienie, wyniszczenie

[Źródło: M. Banach, B. Cybulska, *Wytyczne PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Lipidowych w Polsce 2021*, s. 34. https://ptlipid.pl/wp-content/uploads/2021/09/Wytyczne-PTL2021_Wersja-Pre-Print.pdf]

Gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), γ -glutamylotransferaza (GGT)

Wskazania do oznaczenia: alkoholowa choroba wątroby, cholestaza wewnątrzwątrobowa lub zewnątrzwątrobowa, toksyczne uszkodzenie wątroby, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, marskość wątroby, pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, nowotwory wątroby

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: ♂ <40 IU/l, ♀ <35 IU/l

Interpretacja wyniku:

↑ cholestaza, alkoholowa choroba wątroby, uszkodzenie hepatocytów o innej etiologii, nowotwory wątroby

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: \$\Gamma\$ -glutamylotransferaza, GGTP - badanie, jakie sa normy? - Badania i zabiegi - mp.pl](#)]

Glukoza

Wskazania do oznaczenia: badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy należy przeprowadzać co 3 lata u każdej osoby po 45. r.ż., u osób obciążonych czynnikami ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 badanie to należy wykonywać co roku, niezależnie od wieku, nadwaga lub otyłość (BMI ≥ 25 kg/m²), cukrzyca u krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo), stan przedcukrzycowy, mała aktywność fizyczna, przebyta cukrzyca ciążowa lub urodzenie dziecka o masie ciała >4 kg, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia aterogenna, rozpoznana choroba sercowo-naczyniowa oraz zespół policystycznych jajników

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 3,9–5,5 mmol/l (70–100 mg/dl), [mmol/l] $\times 18 =$ [mg/dl]

Interpretacja wyniku:

↑ nieprawidłowa glikemia na czczo (5,6–6,9 mmol/l), nieprawidłowa tolerancja glukozy (7,8–11,1 mmol/l w 120. min doustnego testu tolerancji glukozy); wskazuje na cukrzycę ($\geq 7,0$ mmol/l na czczo), (cukrzyca $>11,1$ mmol/l w 120. min doustnego testu tolerancji glukozy) (wg PTD 2024)

↓ stany hipoglikemiczne (insulinoma, hipoglikemia reaktywna i in.)

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Glukoza, Badania laboratoryjne. Oznaczenie stężenia glukozy we krwi - Diagnostyka - Diabetologia - Medycyna Praktyczna dla lekarzy](#)]

Kreatynina

Wskazania do oznaczenia: badanie powinno być wykonywane profilaktycznie raz w roku przez każdą osobę dorosłą; podejrzenie zaburzeń pracy nerek; pacjenci, u których zdiagnozowano chorobę narządu, badanie powinni powtarzać częściej, minimum 2 razy w roku

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 53–115 μ mol/l (0,6–1,3 mg/dl), [μ mol/l]/88 = [mg/dl]

Interpretacja wyniku:

↑ spadek przesączania kłębuszkowego; stężenie zależy od masy mięśniowej; wyniki zawiązają hemoliza i.v. i duże stężenie HbF, a zaniża hiperbilirubinemia

↓ mała masa mięśniowa

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Kreatynina, Za co odpowiada kreatynina? Kiedy ją badać? - Badania Krwi](#)]

Lipoproteina A

Wskazania do oznaczenia: przedwczesne wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej, brak oczekiwanego efektu leczenia statyną, potrzeba lepszej stratyfikacji ryzyka u osób o granicznym ryzyku między umiarkowanym i dużym

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: na czczo i nie na czczo <30 mg/dl (75 nmol/l)

Interpretacja wyniku:

umiarkowane ryzyko sercowo-naczyniowe 30-50 mg/dl (75-125 nmol/l);

duże ryzyko sercowo-naczyniowe >50 mg/dl (125 nmol/l);

bardzo duże ryzyko sercowo-naczyniowe >180 mg/dl (450 nmol/l)

Stężenie Lp(a) w osoczu/surowicy należy oznaczyć raz w życiu u każdej dorosłej osoby w celu wykrycia pacjentów ze zwiększonym jej stężeniem, u których ryzyko sercowo-naczyniowe jest duże.

[Źródło: red. M. Banach, B. Cybulska, Wytyczne PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Lipidowych w Polsce 2021, s.26, https://ptlipid.pl/wp-content/uploads/2021/09/Wytyczne-PTL2021_Wersja-Pre-Print.pdf]

Morfologia krwi

Eryocyty (krwinki czerwone, RBC)

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: ♂ 4 200 000–5 400 000/ μ l (4,2–5,4 T/l), ♀ 3 500 000–5 200 000/ μ l (3,5–5,2 T/l)

Interpretacja wyniku:

↓ niedokrwistości, stany przewodnienia

↑ czerwienica prawdziwa, czerwienice wtórne i rzekome, talasemia (dotyczy tylko RBC)

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Eryocyty \(krwinki czerwone, RBC\)](#)]

Hemoglobina

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: ♂ 13–16,5 g/dl (8,7–10,2 mmol/l), ♀ niebędące w ciąży ani w połogu 12–16 g/dl (7,5–9,9 mmol/l), ciężarne 11–14 g/dl (6,9–8,8 mmol/l), w połogu 10–14 g/dl

Interpretacja wyniku:

↓ niedokrwistości, stany przewodnienia

↑ czerwienica prawdziwa, czerwienice wtórne i rzekome, talasemia (dotyczy tylko RBC)

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Hemoglobina](#)]

Hematokryt

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: ♂ 40–49% (0,40–0,49 l/l), ♀ 37–48% (0,37–0,48 l/l), ciężarne $\geq 33\%$

Interpretacja wyniku:

↓ niedokrwistości, stany przewodnienia, ciąża

↑ czerwienica prawdziwa, czerwienice wtórne i rzekome, talasemia (dotyczy tylko RBC)

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Hematokryt](#)]

Średnia masa Hb w erytrocytach

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 27–31 pg

Interpretacja wyniku:

↑ sferocytoza wrodzona (w -niedokrwistości autoimmuno-hemolitycznej), choroba zimnych aglutynin

↓ hipochromia (najczęściej w niedokrwistości z niedoboru żelaza), zmniejszenie MCH i MCHC jest zwykle równoległe do zmniejszenia MCV (mikrocytozy)

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Średnia masa Hb w erytrocytach](#)]

Średnie stężenie Hb w erytrocytach

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 32–36 g/dl krwinek (20–22 mmol/l krwinek)

Interpretacja wyniku:

↑ sferocytoza wrodzona (w -niedokrwistości autoimmuno-hemolitycznej), choroba zimnych aglutynin

↓ hipochromia (najczęściej w niedokrwistości z niedoboru żelaza), zmniejszenie MCH i MCHC jest zwykle równoległe do zmniejszenia MCV (mikrocytozy)

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Średnie stężenie Hb w erytrocytach](#)]

Średnia objętość erytrocytu

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 82–92 fl

Interpretacja wyniku:

↑ makrocytoza (>100 fl, najczęściej w niedokrwistościach makrocytowych →rozd. 15.1), retikulocytoza, rzekoma makrocytoza (choroba zimnych aglutynin, duża hiperglikemia)

↓ mikrocytoza (najczęściej w niedokrwistościach mikrocytowych →rozd. 15.1)

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Średnia objętość erytrocytu](#)]

Współczynnik zmienności rozkładu objętości erytrocytów

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 11,5–14,5%

Interpretacja wyniku:

↑ niedokrwistości niedoborowe, stan po przetoczeniu erytrocytów

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Współczynnik zmienności rozkładu objętości erytrocytów](#)]

Retikulocyty

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 20 000–100 000/μl (20–100 G/l), 0,5–1,5%, tj. 5–15% liczby erytrocytów

Interpretacja wyniku:

↑ niedokrwistości hemolityczne, ostre pokrwotoczne, regeneracja po leczeniu (żelazem, kwasem foliowym, witaminą B12, lekami stymulującymi erytropoezę, po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych), po splenektomii

↓ ciężkie przypadki niedokrwistości spowodowanych zmniejszonym wytwarzaniem erytrocytów w szpiku, szczególnie niedokrwistości aplastyczne i przelomny aplastyczne w niedokrwistościach hemolitycznych

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Retikulocyty](#)]

Erytoblasty

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 0/μl

Interpretacja wyniku:

erytropoeza wzmożona (np. odnowa po krwawieniu, ciężka niedokrwistość hemolityczna) lub nieprawidłowa (m.in. włóknienie szpiku, przerzuty nowotworów litych do szpiku, niektóre postaci ostrej białaczki szpikowej [dawniej erytroleukemia])

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Erytoblasty](#)]

Leukocyty (całkowita liczba leukocytów we krwi)

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 4000–10 000/μl (4–10 G/l)

Interpretacja wyniku:

zmiany całkowitej liczby leukocytów należy zawsze rozpatrywać łącznie ze zmianami liczebności ich subpopulacji:

↑ zwiększenia subpopulacji leukocytów lub pojawienie się komórek niewystępujących prawidłowo (młodych postaci linii neutrofilów [przesunięcie obrazu odsetkowego w lewo], komórek białaczkowych lub chłoniakowych)

↓ zmniejszenie największych subpopulacji leukocytów – neutrofilów lub limfocytów

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Leukocyty \(całkowita liczba leukocytów we krwi\)](#)]

Neutrofile

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 1800–8000/μl (1,8–8 G/l), 60–70%

Interpretacja wyniku:

↑ ostre zakażenia bakteryjne, niektóre zakażenia wirusowe, nowotwory mieloproliferacyjne, rzadziej chłoniak Hodgkina lub nowotwory lite, nadmiar glikokortykosteroidów (zespół Cushinga), choroby układowe tkanki łącznej (RZS, choroba Still'a, SLE, układowe zapalenia naczyń), nieswoiste choroby zapalne jelit, ostre zapalenie lub martwica tkanek (napad dny moczanowej, reaktywne zapalenie stawów, oparzenia, zawał serca, gorączka reumatyczna, ostre zapalenie trzustki), urazy, operacja, wstrząs, udar cieplny, drgawki, stan po masywnej utracie krwi, ostra hemoliza, palenie tytoniu, cukrzycowa kwasica ketonowa, przelom tarczycowy, stosowanie czynników wzrostu lub katecholamin, stan po splenektomii, regeneracja szpiku (np. po chemioterapii), niektóre zatrucia (np. metalami ciężkimi), po posiłku, po wysiłku fizycznym, ciąża, poród

↓ niedokrwistość aplastyczna, ostre białaczki, zespoły mielodysplastyczne, włóknienie szpiku, po zakażeniach (zwłaszcza wirusowych i sepsie bakteryjnej), niektóre zakażenia (gruźlica, bruceloza, dur brzuszny), układowe choroby tkanki łącznej, hipersplenizm, leki (m.in. cytostatyki, tyreostatyki, przeciwpadaczkowe, psychotropowe), neutropenie wrodzone i radioterapia, niedobór witaminy B12 lub kwasu foliowego, przewlekła łagodna neutropenia (autoimmunologiczna lub idiopatyczna), liczba neutrofilów związana z fenotypem Duffy-null erytrocytów, tj. Fy(a-b-) (m.in. u osób pochodzenia afrykańskiego)

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Neutrofile](#)]

Eozynofile

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 50–500/μl (0,05–0,5 G/l), 2–4%

Interpretacja wyniku

↑ zwiększona bezwzględna liczba eozynofiliów we krwi obwodowej, może być łagodna (500–1500/μl), umiarkowana (>1500/μl i ≤5000/μl) lub ciężka (>5000/μl), hipereozynofilia (HE) to występowanie eozynofili w krwi obwodowej >1500/μl,

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Eozynofile](#), [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Zespoły hipereozynofilowe i hipereozynofilia](#)]

Bazofile

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 0–300/μl (0,01–0,3 G/l), 0–1%

Interpretacja wyniku:

↑ nowotwory mieloproliferacyjne, ostra białaczka bazofilowa, RZS

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Bazofile](#)]

Limfocyty

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 1000–5000/μl (1–5 G/l), 20–45%

Interpretacja wyniku:

↑ zakażenia wirusowe (mononukleozą zakaźną, świnka, odra, wirusowe zapalenie wątroby i in.), niektóre zakażenia bakteryjne (krztusiec, bruceloza, gruźlica, kiła i in.), toksoplazmoza, białaczki z dojrzałymi limfocytami, chłoniaki z zajęciem szpiku, monoklonalna limfocytoza B-komórkowa, RZS, zespół Felty'ego, stan po splenektomii, reakcje polekowe, choroba posurowicza, urazy, operacja, ostra choroba serca

↓ układowe choroby tkanki łącznej, zakażenia wirusowe (m.in. HIV, SARS-CoV-2), sepsa, gruźlica, niewydolność nerek, wątroby, sarkoidoza, zespół Cushinga, po leczeniu glikokortykosteroidami, leki immunosupresyjne, chemioterapia i radioterapia, chłoniak Hodgkina, niektóre wrodzone niedobory odporności, stan po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Limfocyty](#)]

Monocyty

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 200–800/μl (0,2–0,8 G/l), 4–8%

Interpretacja wyniku:

zakażenia i faza zdrowienia po ostrym zakażeniu, choroby zapalne i autoimmunologiczne (nieswoiste zapalenia jelit, alkoholowa choroba wątroby, choroby układowe tkanki łącznej, sarkoidoza, małopłytkowość immunologiczna, niedokrwistość autoimmunohemolityczna), jatrogenne (leczenie glikokortykosteroidami, stosowanie czynników wzrostu, stan po splenektomii), nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego, nowotwory lite, regeneracja szpiku po chemioterapii lub radioterapii, neutropenia, zawał serca, ciąża

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Monocyty](#)]

Płytki krwi

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 150 000–450 000/μl (150–450 G/l)

Interpretacja wyniku:

↑ przyczyny nadpłytkowości

↓ przyczyny małopłytkowości

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Płytki krwi](#)]

Średnia objętość płytki

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 7,5–10,5 fl

Interpretacja wyniku:

↑ przemawia za utratą lub destrukcją płytek, niektórymi małopłytkowościami wrodzonymi lub zespołem mielodysplastycznym

↓ wskazuje na upośledzoną trombopoezę

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Średnia objętość płytki](#)]

Płytki duże

Wskazania do oznaczenia: niedokrwistość, ostre zakażenia bakteryjne, białaczka szpikowa, małopłytkowość

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: <35–42%

Interpretacja wyniku:

należy interpretować w przypadku nieprawidłowej liczby płytek krwi: nadpłytkowości, małopłytkowości

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Płytki duże](#), [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Morfologia krwi](#)]

Tyreotropina (TSH)

Wskazania do oznaczenia: podejrzenie nadczynności tarczycy, niedoczynności tarczycy, kontrola leczenia zastępczego hormonami tarczycy (w przypadku niedoczynności tarczycy)

Wartości referencyjne, docelowe lub decyzyjne: 0,4-4,0 mIU/l (zależnie od metody) przedziały referencyjne w poszczególnych trymestrach ciąży – wg informacji laboratorium

Interpretacja wyniku:

↑ pierwotna (również subkliniczna) niedoczynność tarczycy (np. choroba Hashimoto), wtórna nadczynność tarczycy

↓ pierwotna (również subkliniczna) nadczynność tarczycy (np. choroba Gravesa i Basedowa), wtórna (spowodowana niewydolnością przysadki lub podwzgórza) niedoczynność tarczycy

[Źródło: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Tyreotropina, TSH - badanie tarczycy, normy, podwyższony i obniżony poziom TSH, FT3 i FT4 we krwi - Badania i zabiegi - mp.pl](#)]

2. Skale i kwestionariusze wykorzystywane w badaniach przesiewowych:

AUDIT-C

Kwestionariusz AUDIT-C (ang. *The Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise*) jest krótkim testem przesiewowym służącym do oceny stopnia uzależnienia od alkoholu.

Składa się z 3 pytań i jest punktowany w skali od 0 do 12. Każde pytanie AUDIT-C ma 5 odpowiedzi ocenianych od 0 do 4 punktów. U mężczyzn wynik 4 lub więcej jest uważany za pozytywny, optymalny do identyfikacji ryzykownego picia lub aktywnych zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. U kobiet wynik 3 lub więcej jest uważany za pozytywny. Zasadniczo im wyższy wynik, tym większe prawdopodobieństwo, że picie danej osoby wpływa na jej bezpieczeństwo

[Źródło: <https://cde.nlm.nih.gov/formView?tinyId=myWNfJaZwe>]

HSI

Kwestionariusz HSI (ang. *Heaviness of Smoking Index*) pozwala określić poziom uzależnienia od tytoniu. Ocenia on uzależnienie od nikotyny za pomocą dwóch pytań z [testu uzależnienia od nikotyny Fagerströma](#): czas od przebudzenia do pierwszego papierosa oraz liczba dziennie wypalanych papierosów. Przyjmuje się, że osoba, która uzyskuje 5-6 punktów jest silnie uzależniona fizycznie od nikotyny.

[Źródło: https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/RPT/23.05.02_RAPORT_48aa_Tyton.pdf]

Mini-COG

Skala jest krótkim przesiewowym testem funkcji poznawczych służącym do różnicowania obecności otępienia u osób starszych, w szczególności w kierunku demencji.

Składa się z próby zapamiętania trzech słów i rysowania tarczy zegara, po których pacjent ma odtworzyć zapamiętane słowa. Pozwala na wstępną ocenę zdolności zapamiętywania, odtwarzania informacji z pamięci, funkcji wykonawczych i wzrokowo-przestrzennych, jak również rozumienia i spełniania poleceń. Jest to narzędzie rekomendowane jako metoda wstępnej obiektywizacji skarg pacjenta, ułatwiająca podjęcie decyzji co do dalszego postępowania. Z uwagi na łatwy i krótki czas przeprowadzenia badania (ok. 5 minut) skala jest przydatna w gabinecie lekarza POZ, gdzie zazwyczaj nie ma możliwości obiektywizacji skarg pacjenta z użyciem metod powszechnie stosowanych w diagnostyce procesów otępiennych.

[Źródło: https://www.neurologia.com.pl/artykul.php?a=1206_Trafność_skali_mini-COG_w_praktyce_lekarza_rodzinnego]

PHQ-2 / PHQ-9

Test PHQ-2 (ang. *Patient Health Questionnaire-2*) to szybki test diagnostyczny służący do oceny ryzyka wystąpienia epizodu depresyjnego służy określeniu występowania następujących objawów: 1) obecności przygnębienia, depresyjnego nastroju, poczucia beznadziei, 2) zmniejszonego zainteresowania oraz mniejszej przyjemności płynącej z wykonywania czynności

Z kolei kwestionariusz PHQ9 (ang. *Patient Health Questionnaire-9*) jest rozszerzonym testem w kierunku nasilenia stopnia depresji, wykonywanym w przypadku udzielania twierdzących odpowiedzi w teście PHQ-2. Składa się z dziewięciu pytań odnoszących się do zachowania i samopoczucia na przestrzeni ostatnich dwóch tygodni. Kwestionariusz może być wykorzystywany także w trakcie leczenia i monitorowania stany zdrowia pacjenta.

[Źródło: <https://cde.nlm.nih.gov/formView?tinyId=XJzVz1TZDe>; <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/Patient-health>]

SCORE2 / SCORE2-OP / SCORE2-Diabetes

Skala SCORE (ang. *Systematic Coronary Risk Estimation*) pozwala ocenić 10-letnie ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego zakończonego zgonem w zależności od pci, wieku, ciśnienia tętniczego skurczowego, stężenia cholesterolu całkowitego i palenia papierosów

U osób bez objawów chorobowych i bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej, cukrzycy czy przewlekłej choroby nerek do oceny ryzyka sercowo-naczyniowego używa się algorytmu SCORE2 (u osób w wieku 40–69 lat) lub SCORE2-OP (ang. *Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons*) u osób w wieku 70–89 lat. Uzyskany wynik przedstawia 10-letnie ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych (zawału serca, udaru mózgu) niezakończonych albo zakończonych zgonem. Wartość ta jest zaklasyfikowana do jednej z kategorii ryzyka: 1) małe do umiarkowanego; 2) duże; 3) bardzo duże.

Natomiast skala SCORE2-Diabetes przewiduje 10-letnie ryzyko chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2.

[Źródło: <https://www.ikard.pl/karta-ryzyka-score.html>; <https://www.mp.pl/kalkulatory/288285.ocena-ryzyka-sercowo-naczyniowego>; <https://www.mdcalc.com/calc/10510/score2-diabetes>]

4.5. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa pakietu badań w bilansie zdrowia

Z uwagi na charakter przedmiotowego zlecenia, które odnosi się do oceny badań diagnostycznych i interwencji behawioralnych będących elementem wnioskowanego świadczenia, aktualnie ujętych w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ocenę skuteczności i bezpieczeństwa oparto na przeglądzie wytycznych klinicznych.

Szczegółowe wnioski z analizy wytycznych klinicznych zostały przedstawione w dedykowanej im części niniejszego dokumentu.

4.6. Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej

Biorąc pod uwagę, że oceniane badania diagnostyczne i interwencje behawioralne będące elementem świadczenia są aktualnie finansowane zarówno na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej jak ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i nie ma wątpliwości co do ich skuteczności i bezpieczeństwa, przegląd wytycznych miał na celu odnalezienie informacji odnoszących się przede wszystkim do zasadności realizacji tych świadczeń w ramach przesiewowych badań profilaktycznych u osób powyżej 20 roku życia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

W tym kontekście do opracowania włączono 10 dokumentów z lat 2017–2024 następujących towarzystw naukowych: American Academy of Family Physicians (AAFP), European Atherosclerosis Society (EAS), European Association for the Study of the Liver (EASL), The College Of Family Physician Of Canada (CFPC), Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne/ Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTG/PTMR), Polskie Towarzystwo Lipidologiczne / Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne / Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej / Polskie Towarzystwo Diabetologiczne / Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (PTL/KLRwP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), Polskie Towarzystwo Kardiologiczne/ Polskie Towarzystwo Lipidologiczne (PTK/PTL), Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej / Polskie Towarzystwo Nefrologiczne (PTMR/PTN), The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP).

Dodatkowo, w dniach 10–15.02.2025 r. dokonano wyszukiwania niesystematycznego pod kątem identyfikacji dokumentów odnoszących się do problemu decyzyjnego, za pomocą słów kluczowych: *wytyczne, rekomendacje, badania profilaktyczne, podstawowa opieka zdrowotna, lipoproteina A, próby wątrobowe, guideline(s), health checkup, primary care, preventive health care, lipoprotein A, liver tests* – w ogólnodostępnych wyszukiwarkach internetowych.

Ze względu na udowodnioną skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo badania morfologii krwi jako podstawowego narzędzia diagnostycznego umożliwiającego wstępną ocenę stanu zdrowia pacjenta odstąpiono od wyszukiwania wytycznych w tym zakresie.

Najważniejsze rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 4. Wytyczne praktyki klinicznej i rekomendacje dotyczące zakresu badań diagnostycznych i interwencji behawioralnych będących elementem wnioskowanego świadczenia

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
<p>The Royal Australian College of General Practitioners RACGP 2024</p> <p>Guidelines for preventive activities in general practice 10th edition Wytyczne dotyczące działań profilaktycznych w praktyce lekarzy rodzinnych 10 wydanie</p> <p>Metodyka: Wytyczne opracował zespół ekspertów w oparciu o przegląd systematyczny. Siłę zaleceń oraz poziom jakości dowodów sformułowano według metodologii GRADE.</p> <p>Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano.</p> <p>Źródło: https://www.racgp.org.au/getattachment/52e81aef-5dec-4cf3-a903-fd202246c65f/Guidelines-for-preventive-activities-in-general-practice.aspx</p>	<p>Wytyczne dotyczące profilaktyki wybranych chorób nowotworowych</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immunochemiczne badanie krwi utajonej w kale (ang. <i>immunochemical Fecal Occult Blood Test</i>, iFOBT) co 2 lata jest zalecane od 45 roku życia do 74 roku życia u osób ze średnim ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego (siła zalecenia: warunkowo zalecane). • Kolonoskopia nie jest ogólnie zalecana do badań przesiewowych osób o średnim lub nieznacznie zwiększonym ryzyku na podstawie wywiadu rodzinnego (siła zalecenia: ogólnie niezalecane). <p><i>Rak prostaty w grupie wiekowej 50-69 lat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lekarze pierwszego kontaktu nie powinni zlecać badania antygeny swoistego dla prostaty (ang. <i>Prostate-Specific Antigen</i>, PSA) u mężczyzn, chyba że wyrażą oni świadomą zgodę na badanie przesiewowe (siła zalecenia: punkt praktyczny). • Zaoferuj mężczyznom możliwość przedyskutowania potencjalnych korzyści i szkód wynikających z badania PSA jako badania przesiewowego w kierunku raka prostaty. Narzędzia wspomagające podejmowanie decyzji oparte na dowodach naukowych mogą być pomocne w tej dyskusji (siła zalecenia: punkt praktyczny). • Mężczyznom w wieku 50-69 lat o średnim ryzyku zachorowania na raka gruczołu krokowego, którzy zostali poinformowani o korzyściach i szkodliwości badania i którzy zdecydują się na regularne badanie w kierunku raka gruczołu krokowego, należy proponować badanie stężenia PSA co 2 lata i dalsze badania, jeśli całkowite stężenie PSA przekracza 3,0 ng/ml (siła zalecenia: warunkowo zalecane). • Mężczyznom z umiarkowanym podwyższonym ryzykiem raka prostaty ze względu na wywiad rodzinny należy proponować badania co 2 lata w wieku od 45 do 69 lat (siła zalecenia: warunkowo zalecane). • Mężczyznom z wysokim ryzykiem zachorowania na raka gruczołu krokowego ze względu na wywiad rodzinny należy proponować badania co 2 lata w wieku od 40 do 69 lat (siła zalecenia: warunkowo zalecane). • Należy poinformować mężczyzn w wieku ≥ 70 lat, którzy zostali poinformowani o korzyściach i szkodliwości badania i którzy chcą rozpocząć lub kontynuować regularne badanie, że szkodliwość badania PSA może być większa niż korzyści z badania u mężczyzn w ich wieku (siła zalecenia: punkt praktyczny). <p><i>Wytyczne dotyczącej profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego (ang. <i>Cardiovascular disease</i>, CVD)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zalecane są badania przesiewowe w kierunku nadciśnienia tętniczego w populacji ogólnej (od 18 roku życia) – siła zalecenia: zalecane (mocne). • Nie zaleca się rutynowego pomiaru cholesterolu przed 45. rokiem życia, chyba że podejrzewa hipercholesterolemię rodzinną (siła zalecenia: ogólnie niezalecane). • Co 5 lat zaleca się ocenę ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u wszystkich osób w wieku 45-79 lat przy użyciu australijskiego kalkulatora ryzyka CVD (https://www.cvdcheck.org.au/calculator) – siła zalecenia: zalecane (mocne). <p>Wytyczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wszystkie osoby z czynnikiem ryzyka zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C powinny zostać poddane testom (siła zalecenia: zalecane (mocne)). <p>Wytyczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku nadmiernego spożycia alkoholu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co 2 lata zaleca się wykonywanie badań przesiewowych dorosłych w wieku ≥ 18 lat, w tym kobiet w ciąży, pod kątem niezdrowego spożywania alkoholu. W tym celu można wykorzystać narzędzie AUDIT-C (ang. <i>Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption</i>). Zapewnienie osobom zaangażowanym w ryzykowne lub niebezpieczne picie krótkich interwencji w zakresie doradztwa behawioralnego w celu ograniczenia niezdrowego spożywania alkoholu (siła zalecenia: warunkowo zalecane). • Osobom o ryzykownych wzorcach spożywania alkoholu należy zaoferować krótką poradę na temat ryzyka związanego z piciem. Ryzykowne wzorce picia są bardziej powszechne w: <ul style="list-style-type: none"> • młodzi dorośli w wieku 18–25 lat

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
	<ul style="list-style-type: none"> • osoby w wieku >60 lat • osoby z zaburzeniami psychicznymi lub fizycznymi • osoby z uzależnieniem od alkoholu w rodzinie • osoby używające nielegalnych narkotyków lub przyjmujące leki wchodzące w interakcje z alkoholem. <p>- siła zalecenia: punkt praktyczny.</p> <p><u>Wytyczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku demencji</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Badania przesiewowe populacji ogólnej w kierunku demencji nie są zalecane (siła zalecenia: niezalecane (silne)). • Lekarze rodzinni powinni zwracać uwagę na objawy demencji, które obejmują nie tylko trudności z pamięcią, ale także zmiany osobowości, zachowania i funkcji wykonawczych. Można je wykryć oportunistycznie i ocenić za pomocą pytań skierowanych do danej osoby i/lub jej opiekuna, w tym formalnych testów funkcji poznawczych i skal dla opiekunów. Objawy takie jak apatia i obniżony nastrój mogą skłonić lekarza pierwszego kontaktu do rozważenia depresji. Depresja i demencja mogą współwystępować i obie mogą wymagać diagnozy i leczenia (siła zalecenia: warunkowo zalecane). <p><u>Wytyczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku depresji</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Badania przesiewowe populacji ogólnej w kierunku depresji nie są zalecane (siła zalecenia: ogólnie zalecane). • Należy zwracać uwagę na różne objawy depresji (np. obniżony nastrój, używanie substancji psychoaktywnych, bezsenność, anhedonia, myśli samobójcze, zmęczenie i uporczywe dolegliwości somatyczne) u osób dorosłych. Jeśli występują, należy użyć jednego z zatwierdzonych narzędzi oceny zdrowia psychicznego w celu przeprowadzenia dalszej oceny (siła zalecenia: warunkowo zalecane). Wytyczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku nadużywania tytoniu • Należy zapytać pacjentów, czy obecnie palą i udokumentować ich status palenia (siła zalecenia: zalecenie mocne). • Wszystkim palącym pacjentom należy zaoferować krótką poradę dotyczącą rzucenia palenia. Ustalenie celów rzucenia palenia, zaoferowanie zatwierdzonej przez Therapeutic Goods Administration (TGA) farmakoterapii, skierowanie do ośrodka pomagającego rzucić palenie (zob. Dalsze informacje) i podjęcie odpowiednich działań następczych (siła zalecenia: zalecenie mocne). <p><u>Wytyczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku chorób metabolicznych</u></p> <p><i>Cukrzyca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocena ryzyka cukrzycy jest zalecana dla osób z ogólnej populacji w wieku >40 lat bez szczególnego ryzyka cukrzycy. Do oceny ryzyka wystąpienia cukrzycy należy stosować zatwierdzone narzędzie przesiewowe, takie jak australijskie typu ps-andtools/the-australian-type-2-diabetes-risnarzędzie do (https://www.health.gov.au/resources/ap oceny ryzyka wystąpienia cukrzycy 2 k-assessmenttool-ausdrisk) (AUSDRISK) – siła zalecenia: warunkowo zalecane. • U bezobjawowych osób dorosłych z wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2, badanie przesiewowe z użyciem glukozy we krwi na czczo (ang. <i>fasting plasma glucose</i>, FBG) lub hemoglobiny glikowanej (ang. <i>Haemoglobin A1c</i>, HbA1c). Zaleca się wykonanie badań co 3 lata (co 12 miesięcy w przypadku osób z upośledzoną tolerancją glukozy i upośledzonym poziomem glukozy na czczo – siła zalecenia: warunkowo zalecane). • Doustny test tolerancji glukozy (ang. <i>oral glucose tolerance test</i>, OGTT) jest zalecany co 1-3 lata dla osób, które wcześniej miały pośredni wynik hiperglikemii, taki jak FBG (5,5-6,9 mmol/l) – siła zalecenia: warunkowo zalecane. • U bezobjawowych osób dorosłych z bardzo wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2, zaleca się badanie przesiewowe z użyciem glikemii na czczo lub HbA1c co 3 lata lub wcześniej w przypadku wzrostu wskaźnika masy ciała (ang. <i>Body Mass Index</i>, BMI) – siła zalecenia: warunkowo zalecane. <p><i>Nadwaga lub otyłość</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy ocenić wzrost, wagę i obliczyć BMI u osób dorosłych bez stwierdzonych zaburzeń odżywiania (siła zalecenia: warunkowo zalecane). <p><i>Choroby tarczycy</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie zaleca się wykonywania badań przesiewowych w kierunku zaburzeń czynności tarczycy u bezobjawowych osób dorosłych (siła zalecenia: niezalecane: silne).

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji												
	<p><i>Komentarz analityczny: poniżej przedstawiono objaśnienia dotyczące metodologii formułowania siły zaleceń stosowanych przez RACGP.</i></p> <table border="1" data-bbox="642 252 2042 564"> <thead> <tr> <th data-bbox="642 252 864 290">Zalecenie</th> <th data-bbox="864 252 2042 290">Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="642 290 864 328">Zalecane (Mocne)</td> <td data-bbox="864 290 2042 328">Oznacza silne przekonanie, że korzyści z interwencji wyraźnie przewyższają szkody.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="642 328 864 367">Niezalecane (silne)</td> <td data-bbox="864 328 2042 367">Oznacza silne przekonanie, że szkody związane z interwencją wyraźnie przewyższają korzyści</td> </tr> <tr> <td data-bbox="642 367 864 437">Warunkowo zalecane</td> <td data-bbox="864 367 2042 437">Oznacza niepewność co do bilansu korzyści (np. gdy jakość dowodów jest niska lub bardzo niska lub gdy oczekuje się, że osobiste preferencje lub koszty będą miały wpływ na decyzję) i jako takie odnosi się do decyzji, w których uwzględnienie osobistych preferencji jest niezbędne do podjęcia decyzji</td> </tr> <tr> <td data-bbox="642 437 864 512">Ogólnie niezalecane</td> <td data-bbox="864 437 2042 512">Oznacza niepewność co do bilansu szkód (np. gdy jakość dowodów jest niska lub bardzo niska lub gdy oczekuje się, że osobiste preferencje lub koszty będą miały wpływ na decyzję) i jako takie odnosi się do decyzji, w których uwzględnienie osobistych preferencji ma zasadnicze znaczenie dla podejmowania decyzji.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="642 512 864 564">Punkt praktyczny</td> <td data-bbox="864 512 2042 564">Służy do poruszania ważnych aspektów opieki, które nie są uwzględnione w odpowiednich wytycznych źródłowych lub w przypadku braku dowodów. Zostały one opracowane w drodze konsensusu grup roboczych Czerwonej Księgi lub Komitetu Wykonawczego.</td> </tr> </tbody> </table>	Zalecenie	Opis	Zalecane (Mocne)	Oznacza silne przekonanie, że korzyści z interwencji wyraźnie przewyższają szkody.	Niezalecane (silne)	Oznacza silne przekonanie, że szkody związane z interwencją wyraźnie przewyższają korzyści	Warunkowo zalecane	Oznacza niepewność co do bilansu korzyści (np. gdy jakość dowodów jest niska lub bardzo niska lub gdy oczekuje się, że osobiste preferencje lub koszty będą miały wpływ na decyzję) i jako takie odnosi się do decyzji, w których uwzględnienie osobistych preferencji jest niezbędne do podjęcia decyzji	Ogólnie niezalecane	Oznacza niepewność co do bilansu szkód (np. gdy jakość dowodów jest niska lub bardzo niska lub gdy oczekuje się, że osobiste preferencje lub koszty będą miały wpływ na decyzję) i jako takie odnosi się do decyzji, w których uwzględnienie osobistych preferencji ma zasadnicze znaczenie dla podejmowania decyzji.	Punkt praktyczny	Służy do poruszania ważnych aspektów opieki, które nie są uwzględnione w odpowiednich wytycznych źródłowych lub w przypadku braku dowodów. Zostały one opracowane w drodze konsensusu grup roboczych Czerwonej Księgi lub Komitetu Wykonawczego.
Zalecenie	Opis												
Zalecane (Mocne)	Oznacza silne przekonanie, że korzyści z interwencji wyraźnie przewyższają szkody.												
Niezalecane (silne)	Oznacza silne przekonanie, że szkody związane z interwencją wyraźnie przewyższają korzyści												
Warunkowo zalecane	Oznacza niepewność co do bilansu korzyści (np. gdy jakość dowodów jest niska lub bardzo niska lub gdy oczekuje się, że osobiste preferencje lub koszty będą miały wpływ na decyzję) i jako takie odnosi się do decyzji, w których uwzględnienie osobistych preferencji jest niezbędne do podjęcia decyzji												
Ogólnie niezalecane	Oznacza niepewność co do bilansu szkód (np. gdy jakość dowodów jest niska lub bardzo niska lub gdy oczekuje się, że osobiste preferencje lub koszty będą miały wpływ na decyzję) i jako takie odnosi się do decyzji, w których uwzględnienie osobistych preferencji ma zasadnicze znaczenie dla podejmowania decyzji.												
Punkt praktyczny	Służy do poruszania ważnych aspektów opieki, które nie są uwzględnione w odpowiednich wytycznych źródłowych lub w przypadku braku dowodów. Zostały one opracowane w drodze konsensusu grup roboczych Czerwonej Księgi lub Komitetu Wykonawczego.												
<p>The College Of Family Physician Of Canada CFPC 2019</p> <p>Preventive Care Checklist Form</p> <p>Formularz listy kontrolnej opieki profilaktycznej</p> <p>Metodyka: Dokument został opracowany przez zespół ekspertów w oparciu o zalecenia Canadian Task Force on Preventive Health Care. Siłę zaleceń i poziom jakości dowodów sformułowano według metodologii GRADE.</p> <p>Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano.</p> <p>Źródło: https://www.cfpc.ca/en/resources/periodic-health-examination/preventive-care-checklist-forms</p>	<p>Towarzystwo opracowało wystandaryzowany Formularz Listy Kontrolnej Opieki Profilaktycznej umożliwiający lekarzom rodzinnym zapewnienie pacjentom w zależności od płci i wieku kompleksowej, opartej na dowodach opieki podczas okresowych badań lekarskich. Dokument zawiera elementy dotyczące w szczególności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) aktualnego stanu zdrowia pacjenta w tym wyniki badania fizykalnego (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, masa ciała); 2) stylu życia (odżywiania, aktywności fizycznej); 3) stosowania używek (palenia papierosów, spożywania alkoholu); 4) zaburzeń funkcji poznawczych u osób starszych; 5) zalecanych interwencji m.in. poradnictwa dietetycznego, antynikotynowego, częstotliwości wykonywania badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych (jelita grubego, szyjki macicy, piersi, płuc) oraz zaburzeń układu krążenia (profil lipidowy), a także zalecanych szczepień ochronnych (np. przeciw grypie, krztuścowi, pneumokokom, półpaścowi). <p>Elementem składowym Formularza Listy Kontrolnej Opieki Profilaktycznej jest dokument zawierający wytyczne dla lekarzy w zakresie podejmowania odpowiednich działań w zależności od wieku i aktualnej sytuacji zdrowotnej pacjenta.</p> <p>W poniższej tabeli przedstawiono najważniejsze zalecenia w kontekście wnioskowanego świadczenia będącego przedmiotem niniejszego opracowania analitycznego.</p> <table border="1" data-bbox="642 963 2042 1362"> <thead> <tr> <th data-bbox="642 963 864 1002">Obszar interwencji</th> <th data-bbox="864 963 2042 1002">Zalecenie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="642 1002 864 1107">Odżywianie</td> <td data-bbox="864 1002 2042 1107"> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku zidentyfikowania nieprawidłowych nawyków żywieniowych sprzyjających występowaniu chorób układu krążenia oraz nowotworu jelita grubego zaleca się udzielanie ogólnych porad dietetycznych (zmniejszenie ilości tłuszczu, zwiększenie ilości błonnika). • Należy rozważyć skierowanie do dietetyka klinicznego lub innego specjalisty posiadającego specjalistyczną wiedzę żywieniową pacjentów o podwyższonym ryzyku. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="642 1107 864 1166">Palenie tytoniu</td> <td data-bbox="864 1107 2042 1166"> <ul style="list-style-type: none"> • Aby zapobiegać chorobom spowodowanym paleniem tytoniu należy prowadzić poradnictwo dla palaczy. • Zaleca się skierowanie pacjenta do zatwierzonego programu rzucania palenia. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="642 1166 864 1257">Nadmierne spożycie alkoholu</td> <td data-bbox="864 1166 2042 1257"> <ul style="list-style-type: none"> • W celu oceny prawdopodobieństwa występowania zaburzeń związanych z alkoholem należy stosować wystandaryzowane kwestionariusze (np. CAGE, AUDIT) i/lub przeprowadzić wywiad z pacjentem. • Zaleca się prowadzenie poradnictwa dotyczącego ograniczenia spożycia alkoholu. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="642 1257 864 1362">Ocena funkcji poznawczych osób starszych</td> <td data-bbox="864 1257 2042 1362"> <ul style="list-style-type: none"> • Nie należy badać bezobjawowych osób dorosłych (≥65 lat) pod kątem zaburzeń funkcji poznawczych. • Gdy opiekunowie lub informatorzy opisują pogorszenie funkcji poznawczych u danej osoby, obserwacje te należy traktować bardzo poważnie; wskazana jest ocena funkcji poznawczych i uważna obserwacja. • Należy ocenić skargi na pamięć zgłaszane przez pacjenta lub opiekun i obserwować daną osobę w celu oceny progresji. </td> </tr> </tbody> </table>	Obszar interwencji	Zalecenie	Odżywianie	<ul style="list-style-type: none"> • W przypadku zidentyfikowania nieprawidłowych nawyków żywieniowych sprzyjających występowaniu chorób układu krążenia oraz nowotworu jelita grubego zaleca się udzielanie ogólnych porad dietetycznych (zmniejszenie ilości tłuszczu, zwiększenie ilości błonnika). • Należy rozważyć skierowanie do dietetyka klinicznego lub innego specjalisty posiadającego specjalistyczną wiedzę żywieniową pacjentów o podwyższonym ryzyku. 	Palenie tytoniu	<ul style="list-style-type: none"> • Aby zapobiegać chorobom spowodowanym paleniem tytoniu należy prowadzić poradnictwo dla palaczy. • Zaleca się skierowanie pacjenta do zatwierzonego programu rzucania palenia. 	Nadmierne spożycie alkoholu	<ul style="list-style-type: none"> • W celu oceny prawdopodobieństwa występowania zaburzeń związanych z alkoholem należy stosować wystandaryzowane kwestionariusze (np. CAGE, AUDIT) i/lub przeprowadzić wywiad z pacjentem. • Zaleca się prowadzenie poradnictwa dotyczącego ograniczenia spożycia alkoholu. 	Ocena funkcji poznawczych osób starszych	<ul style="list-style-type: none"> • Nie należy badać bezobjawowych osób dorosłych (≥65 lat) pod kątem zaburzeń funkcji poznawczych. • Gdy opiekunowie lub informatorzy opisują pogorszenie funkcji poznawczych u danej osoby, obserwacje te należy traktować bardzo poważnie; wskazana jest ocena funkcji poznawczych i uważna obserwacja. • Należy ocenić skargi na pamięć zgłaszane przez pacjenta lub opiekun i obserwować daną osobę w celu oceny progresji. 		
Obszar interwencji	Zalecenie												
Odżywianie	<ul style="list-style-type: none"> • W przypadku zidentyfikowania nieprawidłowych nawyków żywieniowych sprzyjających występowaniu chorób układu krążenia oraz nowotworu jelita grubego zaleca się udzielanie ogólnych porad dietetycznych (zmniejszenie ilości tłuszczu, zwiększenie ilości błonnika). • Należy rozważyć skierowanie do dietetyka klinicznego lub innego specjalisty posiadającego specjalistyczną wiedzę żywieniową pacjentów o podwyższonym ryzyku. 												
Palenie tytoniu	<ul style="list-style-type: none"> • Aby zapobiegać chorobom spowodowanym paleniem tytoniu należy prowadzić poradnictwo dla palaczy. • Zaleca się skierowanie pacjenta do zatwierzonego programu rzucania palenia. 												
Nadmierne spożycie alkoholu	<ul style="list-style-type: none"> • W celu oceny prawdopodobieństwa występowania zaburzeń związanych z alkoholem należy stosować wystandaryzowane kwestionariusze (np. CAGE, AUDIT) i/lub przeprowadzić wywiad z pacjentem. • Zaleca się prowadzenie poradnictwa dotyczącego ograniczenia spożycia alkoholu. 												
Ocena funkcji poznawczych osób starszych	<ul style="list-style-type: none"> • Nie należy badać bezobjawowych osób dorosłych (≥65 lat) pod kątem zaburzeń funkcji poznawczych. • Gdy opiekunowie lub informatorzy opisują pogorszenie funkcji poznawczych u danej osoby, obserwacje te należy traktować bardzo poważnie; wskazana jest ocena funkcji poznawczych i uważna obserwacja. • Należy ocenić skargi na pamięć zgłaszane przez pacjenta lub opiekun i obserwować daną osobę w celu oceny progresji. 												

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji	
	Nadciśnienie tętnicze	Zaleca się pomiar ciśnienia tętniczego krwi podczas każdej wizyty.
	Badania przesiewowe w kierunku raka jelita	Dla osób o średnim ryzyku (brak osobistych lub rodzinnych czynników ryzyka): <ul style="list-style-type: none"> • Wiek 50-59 lat (słaba rekomendacja) • Wiek 60-74 lat (zdecydowanie zalecane) <ol style="list-style-type: none"> 1) FOBT (badanie immunochemiczne kału (FIT) lub g-FOBT o wysokiej czułości) co 2 lata, lub 2) Elastyczna sigmoidoskopia co 10 lat.
	Badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2.	<ul style="list-style-type: none"> • Wszyscy pacjenci powinni być corocznie oceniani pod kątem ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2. • Zaleca się oznaczanie poziomu glukozy w osoczu na czczo i/lub hemoglobiny glikowanej co 3 lata po 40 roku życia (lub wcześniej, jeśli istnieje wysokie ryzyko przy użyciu kalkulatora ryzyka).
	Badanie przesiewowe w kierunku dyslipidemii	<ul style="list-style-type: none"> • Rekomenduje się wykonanie profilu lipidowego (LDL, HDL, TG, nie-HDL) co 1-5 lat u mężczyzn w wieku ≥ 40 lat i kobiet w wieku > 40 lat lub po menopauzie, lub wcześniej, jeśli istnieje ryzyko. • Badania przesiewowe i ocena ryzyka Framingham powinny być przeprowadzane co 5 lat (jeśli ryzyko 10-letnie $< 5\%$) lub corocznie (jeśli ryzyko 10-letnie $\geq 5\%$) dla mężczyzn w wieku 40-75 lat i dla kobiet w wieku 50-75 lat. Podwójne ryzyko procentowe, jeśli występuje dodatni wywiad rodzinny w kierunku przedwczesnej choroby sercowo-naczyniowej (krewny pierwszego stopnia < 55 lat w przypadku mężczyzn i < 65 lat w przypadku kobiet). • Opcjonalnie zaleca się badanie przesiewowe z użyciem apolipoproteiny B lub kreatyniny w moczu (jeśli wskaźnik eGFR < 60, lub stwierdzono nadciśnienie tętnicze).
	Badanie przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C	Zaleca się wykonanie badania na obecność przeciwciał przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C i RNA wirusa zapalenia wątroby typu C, jeśli istnieje ryzyko.
<p>American Academy of Family Physicians AAFP 2017</p> <p>Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services</p> <p>Podsumowanie zaleceń dotyczących klinicznych usług profilaktycznych</p> <p>Metodyka: Wytyczne opracował zespół ekspertów w oparciu o przeglądy systematyczne i ocenę badań klinicznych. Siłę zalecenia i poziom jakości dowodów sformułowano według metodologii GRADE.</p> <p>Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano.</p> <p>Źródło: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się, aby lekarze przebadali osoby dorosłe w wieku 18 lat i starsze pod kątem nadużywania alkoholu i zapewнили osobom pijącym krótkie interwencje w zakresie poradnictwa behawioralnego w celu ograniczenia nadużywania alkoholu (siła zalecenia B). • Zespół ekspertów zaleca oferowanie lub kierowanie osób dorosłych z nadwagą lub otyłością oraz dodatkowymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia na interwencje w zakresie poradnictwa behawioralnego w celu promowania zdrowej diety i aktywności fizycznej w przypadku chorób układu krążenia (siła zalecenia B). • AAFP zaleca wykonywanie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego za pomocą testów immunochemicznych kału, elastycznej sigmoidoskopii lub kolonoskopii, począwszy od 50. roku życia do 75. roku życia. Ryzyko, korzyści i siła dowodów potwierdzających różne metody badań przesiewowych są różne (siła zalecenia B). • Autorzy wytycznych zalecając aby decyzja o przeprowadzeniu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego u osób dorosłych w wieku od 76 do 85 lat była indywidualna, biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia pacjenta i wcześniejszą historię badań przesiewowych (siła zalecenia C). • Odradza wykonywanie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego u osób dorosłych w wieku powyżej 85 lat (siła zalecenia D). • Autorzy wytycznych stwierdzają, że obecne dowody są niewystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód związanych z badaniami przesiewowymi w kierunku upośledzenia funkcji poznawczych (siła zalecenia I). • Zaleca się badania przesiewowe w kierunku depresji w ogólnej populacji dorosłych. Powinny być one wdrażane z odpowiednimi systemami, aby zapewnić dokładną diagnozę, skuteczne leczenie i odpowiednie działania następcze (siła zalecenia B). • AAFP zaleca badania przesiewowe w kierunku nieprawidłowego stężenia glukozy we krwi w ramach oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u osób dorosłych w wieku od 40 do 70 lat z nadwagą lub otyłością. Lekarze powinni oferować lub kierować pacjentów z nieprawidłowym poziomem glukozy we krwi do intensywnych interwencji w zakresie doradztwa behawioralnego w celu promowania zdrowej diety i aktywności fizycznej (siła zalecenia B). • Eksperti zalecają, aby specjaliści podstawowej opieki zdrowotnej indywidualnie podejmowali decyzję o skierowaniu osób dorosłych bez otyłości, ale bez nadciśnienia, dyslipidemii, nieprawidłowego stężenia glukozy we krwi ani cukrzycy na poradnictwo behawioralne mające na celu promowanie zdrowej diety i aktywności fizycznej (siła zalecenia C). 	

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji														
	<ul style="list-style-type: none"> • AAFP zaleca wykonywanie badań przesiewowych w kierunku zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) u osób z grupy wysokiego ryzyka zakażenia. Zaleca się również oferowanie jednorazowych badań przesiewowych w kierunku zakażenia HCV osobom dorosłym urodzonym w latach 1945-1965 (siła zalecenia B). • Zaleca się badania przesiewowe w kierunku wysokiego ciśnienia krwi u osób dorosłych w wieku 18 lat lub starszych (siła zalecenia A). • AAFP stwierdza, że dowody są niewystarczające, aby ocenić równowagę korzyści i szkód wynikających z rutynowego badania przesiewowego w kierunku przewlekłej choroby nerek u bezobjawowych dorosłych. Typowe testy brane pod uwagę w badaniu przesiewowym obejmują szacunki współczynnika filtracji kłębuszkowej (GFR) na podstawie kreatyniny i badanie moczu pod kątem albuminy (siła zalecenia I). • Identyfikacja dyslipidemii i obliczenie 10-letniego ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych wymaga powszechnych badań przesiewowych lipidów u osób dorosłych w wieku od 40 do 75 lat (siła zalecenia B). • AAFP odradza wykonywanie badań przesiewowych w kierunku raka prostaty w oparciu o antygen specyficzny dla prostaty (PSA) - siła zalecenia I. • Autorzy dokumenty stwierdzają, że obecne dowody są niewystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód wynikających z badań przesiewowych w kierunku zaburzeń czynności tarczycy u bezobjawowych dorosłych (siła zalecenia I). • AAFP zaleca, aby lekarze pytali wszystkich dorosłych o używanie tytoniu, doradzali im zaprzestanie używania tytoniu oraz zapewniali interwencje behawioralne i zatwierdzoną przez amerykańską Agencję ds. farmakoterapię w celu rzucenia palenia osobom dorosłym używającym tytoniu (siła zalecenia D). <p><i>Komentarz analityczny: poniżej przedstawiono objaśnienia dotyczące metodologii formułowania siły zaleceń stosowanych przez AAFP.</i></p> <table border="1" data-bbox="640 671 2040 970"> <thead> <tr> <th data-bbox="640 671 840 703">Siła zalecenia</th> <th data-bbox="840 671 2040 703">Definicja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="640 703 840 735">A</td> <td data-bbox="840 703 2040 735">Zaleca się tę usługę. Istnieje duża pewność, że korzyści netto są znaczące.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 735 840 791">B</td> <td data-bbox="840 735 2040 791">Zaleca się tę usługę. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub istnieje umiarkowana pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub znaczna.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 791 840 847">C</td> <td data-bbox="840 791 2040 847">Odradza się rutynowe świadczenie tej usługi. Mogą istnieć względy przemawiające za świadczeniem usługi u indywidualnego pacjenta. Istnieje co najmniej umiarkowana pewność, że korzyści netto są niewielkie.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 847 840 879">D</td> <td data-bbox="840 847 2040 879">Odradza się korzystanie z usługi. Istnieje umiarkowana lub wysoka pewność, że usługa nie przynosi korzyści netto lub że szkody przewyższają korzyści.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 879 840 943">I</td> <td data-bbox="840 879 2040 943">Autorzy wytycznych stwierdzają, że obecne dowody są niewystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z usługą. Brakuje dowodów, są one niskiej jakości lub sprzeczne, a bilans korzyści i szkód nie może zostać określony.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 943 840 970">I-HB</td> <td data-bbox="840 943 2040 970">Zachowania prozdrowotne są uznawane za pożądane, ale skuteczność porad i konsultacji lekarskich jest niepewna.</td> </tr> </tbody> </table>	Siła zalecenia	Definicja	A	Zaleca się tę usługę. Istnieje duża pewność, że korzyści netto są znaczące.	B	Zaleca się tę usługę. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub istnieje umiarkowana pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub znaczna.	C	Odradza się rutynowe świadczenie tej usługi. Mogą istnieć względy przemawiające za świadczeniem usługi u indywidualnego pacjenta. Istnieje co najmniej umiarkowana pewność, że korzyści netto są niewielkie.	D	Odradza się korzystanie z usługi. Istnieje umiarkowana lub wysoka pewność, że usługa nie przynosi korzyści netto lub że szkody przewyższają korzyści.	I	Autorzy wytycznych stwierdzają, że obecne dowody są niewystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z usługą. Brakuje dowodów, są one niskiej jakości lub sprzeczne, a bilans korzyści i szkód nie może zostać określony.	I-HB	Zachowania prozdrowotne są uznawane za pożądane, ale skuteczność porad i konsultacji lekarskich jest niepewna.
Siła zalecenia	Definicja														
A	Zaleca się tę usługę. Istnieje duża pewność, że korzyści netto są znaczące.														
B	Zaleca się tę usługę. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub istnieje umiarkowana pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub znaczna.														
C	Odradza się rutynowe świadczenie tej usługi. Mogą istnieć względy przemawiające za świadczeniem usługi u indywidualnego pacjenta. Istnieje co najmniej umiarkowana pewność, że korzyści netto są niewielkie.														
D	Odradza się korzystanie z usługi. Istnieje umiarkowana lub wysoka pewność, że usługa nie przynosi korzyści netto lub że szkody przewyższają korzyści.														
I	Autorzy wytycznych stwierdzają, że obecne dowody są niewystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z usługą. Brakuje dowodów, są one niskiej jakości lub sprzeczne, a bilans korzyści i szkód nie może zostać określony.														
I-HB	Zachowania prozdrowotne są uznawane za pożądane, ale skuteczność porad i konsultacji lekarskich jest niepewna.														
Diagnostyka zaburzeń lipidowych z zastosowaniem badania lipoproteiny A															
<p>Polskie Towarzystwo Kardiologiczne/ Polskie Towarzystwo Lipidologiczne PTK/PTL 2024</p> <p>Zalecenia ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) i Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego (PTL) dotyczące diagnostyki i leczenia podwyższonego poziomu lipoproteiny (a)</p> <p>Metodyka: Wytyczne opracował panel ekspertów w oparciu o przeglądy systematyczne oraz ocenę jakości dowodów. Siłę zaleceń sformułowano na podstawie metodologii GRADE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autorzy wytycznych zwracają uwagę, że oznaczanie stężeń lipoproteiny a nie jest łatwe m.in. ze względu na różną wielkość izoform apo(a), jednak dostępne obecnie certyfikowane testy pozwalają na odróżnienie osób o niskim i wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym z dużą dokładnością. • Zaleca się, aby każda osoba dorosła przynajmniej raz w życiu dokonała oznaczenia stężenia lipoproteiny A (klasa zalecenia I, poziom jakości dowodów C). <p><i>Objaśnienia:</i></p> <p>* <i>Klasa zalecenia I – Istnieją dowody naukowe i/lub powszechna zgodność opinii, że dana metoda leczenia/ procedura jest korzystna, przydatna i skuteczna.</i></p> <p>** <i>Poziom jakości dowodów C – Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań; badań retrospektywnych i rejestrów</i></p>														

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji																
<p>Źródła finansowania i konflikt interesów: Dokument został sfinansowany ze środków własnych towarzystw. Większość autorów zgłosiła konflikt interesów.</p> <p>Źródło: https://www.archivesofmedicalscience.com/pdf-183522-109710?filename=Recommendations%20of%20the.pdf</p>																	
<p>The College Of Family Physician Of Canada CFPC 2023</p> <p>Lignes directrices simplifiées de PEER sur les lipides: actualisation 2023 Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires Uproszczone wytyczne PEER dotyczące lipidów: aktualizacja 2023 Profilaktyka i leczenie chorób układu krążenia w opiece podstawowej</p> <p>Metodyka: Wytyczne opracował panel ekspertów w oparciu o przeglądy systematyczne oraz ocenę jakości dowodów. Siłę zaleceń sformułowano na podstawie metodologii GRADE.</p> <p>Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano informacji odnośnie źródła finansowania dokumentu. Żaden z autorów nie zgłosił konfliktu interesów.</p> <p>Źródło: https://www.cfp.ca/content/69/10/e189</p>	<p>Wytyczne dot. badań przesiewowych chorób układu krążenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku pacjentów bez chorób sercowo-naczyniowych (profilaktyka pierwotna) sugeruje się wykonanie profilu lipidów w kontekście oceny ogólnego ryzyka u mężczyzn w wieku ≥ 40 lat i kobiet w wieku ≥ 50 lat - Badanie można rozważyć wcześniej u pacjentów ze stwierdzonymi czynnikami ryzyka, w tym między innymi nadciśnieniem tętniczym, chorobami układu sercowo-naczyniowego w wywiadzie rodzinnym, przewlekłą chorobą nerek, cukrzycą i paleniem tytoniu (słabe zlecenie, wysoki poziom jakości dowodów). • Nie zaleca się szacowania ryzyka u osób z istniejącą wcześniej chorobą układu krążenia, ponieważ są oni już uważani za osoby z wysokim ryzykiem słabe zlecenie (słabe zlecenie, wysoki poziom jakości dowodów). • Zaleca się, aby nie używać lipoproteiny A lub apolipoproteiny B do określania ryzyka sercowo-naczyniowego pacjenta (silne zalecenie, wysoki poziom jakości dowodów). • W przypadku profilaktyki pierwotnej u osób z 10-letnim ryzykiem chorób układu krążenia $< 10\%$ sugeruje się powtórzenie profilu lipidowego najwcześniej za 5 lat, a najlepiej za 10 lat, a także oszacowanie ryzyka (słabe zlecenie, umiarkowany poziom jakości dowodów). • W przypadku profilaktyki pierwotnej u pacjentów w wieku powyżej 75 lat nie zaleca się wykonywania profilu lipidowego ani oceny ryzyka za pomocą kalkulatora ryzyka chorób układu krążenia (silne zalecenie, umiarkowany poziom jakości dowodów). <p><i>Komentarz analityczny: poniżej przedstawiono objaśnienia dotyczące metodologii formułowania siły zaleceń stosowanych przez CFPC.</i></p> <table border="1" data-bbox="640 850 2045 1227"> <thead> <tr> <th data-bbox="640 850 949 890">Zalecenie</th> <th data-bbox="949 850 2045 890">Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="640 890 949 962">Silne</td> <td data-bbox="949 890 2045 962">Silne zalecenie to takie, w przypadku którego zespół ds. wytycznych jest przekonany, że pożądane efekty interwencji przewyższają jej niepożądane efekty (silne zalecenie dla interwencji) lub że niepożądane efekty interwencji przewyższają jej pożądane efekty (silne zalecenie przeciwko interwencji)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 962 949 1038">Słabe</td> <td data-bbox="949 962 2045 1038">Słabą rekomendacją jest taka, w której pożądane skutki prawdopodobnie przewyższają skutki niepożądane (słaba rekomendacja dla interwencji) lub niepożądane skutki prawdopodobnie przewyższają skutki pożądane (słaba rekomendacja przeciwko interwencji), ale istnieje znaczna niepewność</td> </tr> <tr> <th data-bbox="640 1038 949 1078">Poziom jakości dowodów</th> <th data-bbox="949 1038 2045 1078">Definicja</th> </tr> <tr> <td data-bbox="640 1078 949 1110">Wysoki</td> <td data-bbox="949 1078 2045 1110">Jesteśmy przekonani, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do oszacowanego efektu.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 1110 949 1163">Umiarkowany</td> <td data-bbox="949 1110 2045 1163">Jesteśmy umiarkowanie pewni szacunku efektu: Prawdziwy efekt prawdopodobnie będzie zbliżony do szacunku efektu, ale istnieje możliwość, że będzie się znacząco różnić</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 1163 949 1197">Niski</td> <td data-bbox="949 1163 2045 1197">Nasza pewność co do oszacowanego efektu jest ograniczona: rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od oszacowanego efektu</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 1197 949 1227">Bardzo niski</td> <td data-bbox="949 1197 2045 1227">Mamy bardzo małe zaufanie do oszacowania efektu: Prawdziwy efekt prawdopodobnie będzie znacząco różny od oszacowania efektu</td> </tr> </tbody> </table>	Zalecenie	Opis	Silne	Silne zalecenie to takie, w przypadku którego zespół ds. wytycznych jest przekonany, że pożądane efekty interwencji przewyższają jej niepożądane efekty (silne zalecenie dla interwencji) lub że niepożądane efekty interwencji przewyższają jej pożądane efekty (silne zalecenie przeciwko interwencji)	Słabe	Słabą rekomendacją jest taka, w której pożądane skutki prawdopodobnie przewyższają skutki niepożądane (słaba rekomendacja dla interwencji) lub niepożądane skutki prawdopodobnie przewyższają skutki pożądane (słaba rekomendacja przeciwko interwencji), ale istnieje znaczna niepewność	Poziom jakości dowodów	Definicja	Wysoki	Jesteśmy przekonani, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do oszacowanego efektu.	Umiarkowany	Jesteśmy umiarkowanie pewni szacunku efektu: Prawdziwy efekt prawdopodobnie będzie zbliżony do szacunku efektu, ale istnieje możliwość, że będzie się znacząco różnić	Niski	Nasza pewność co do oszacowanego efektu jest ograniczona: rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od oszacowanego efektu	Bardzo niski	Mamy bardzo małe zaufanie do oszacowania efektu: Prawdziwy efekt prawdopodobnie będzie znacząco różny od oszacowania efektu
Zalecenie	Opis																
Silne	Silne zalecenie to takie, w przypadku którego zespół ds. wytycznych jest przekonany, że pożądane efekty interwencji przewyższają jej niepożądane efekty (silne zalecenie dla interwencji) lub że niepożądane efekty interwencji przewyższają jej pożądane efekty (silne zalecenie przeciwko interwencji)																
Słabe	Słabą rekomendacją jest taka, w której pożądane skutki prawdopodobnie przewyższają skutki niepożądane (słaba rekomendacja dla interwencji) lub niepożądane skutki prawdopodobnie przewyższają skutki pożądane (słaba rekomendacja przeciwko interwencji), ale istnieje znaczna niepewność																
Poziom jakości dowodów	Definicja																
Wysoki	Jesteśmy przekonani, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do oszacowanego efektu.																
Umiarkowany	Jesteśmy umiarkowanie pewni szacunku efektu: Prawdziwy efekt prawdopodobnie będzie zbliżony do szacunku efektu, ale istnieje możliwość, że będzie się znacząco różnić																
Niski	Nasza pewność co do oszacowanego efektu jest ograniczona: rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od oszacowanego efektu																
Bardzo niski	Mamy bardzo małe zaufanie do oszacowania efektu: Prawdziwy efekt prawdopodobnie będzie znacząco różny od oszacowania efektu																

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
<p>European Atherosclerosis Society EAS 2022</p> <p>Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement</p> <p>Lipoproteina(a) w miażdżycowej chorobie sercowo-naczyniowej i zwężeniu aorty: oświadczenie konsensusu Europejskiego Towarzystwa Miażdżycowego</p> <p>Metodyka: Dokument powstał w oparciu o konsens ekspertów.</p> <p>Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano informacji odnośnie do źródła finansowania dokumentu. Autorzy zgłosili liczne konflikty interesów.</p> <p>Źródło: https://academic.oup.com/eurheartj/article/43/39/3925/6670882</p>	<p>Wytyczne dotyczące oznaczania poziomu lipoproteiny a</p> <ul style="list-style-type: none">• Lipoproteina a powinna być mierzona przynajmniej raz u dorosłych w celu zidentyfikowania osób z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym.• Pomiar lipoproteiny a powinien być rutynowo uwzględniany jako część wstępnego profilu lipidowego.• Testowanie kaskadowe jest zalecane w przypadku hypercholesterolemii rodzinnej, (bardzo) wysokiego stężenia lipoproteiny a oraz pobistej lub rodzinnej historii chorób sercowo-naczyniowych powstałych w wyniku miażdżycy (ang. <i>atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD</i>).• Należy zaoferować szkolenie w dotyczące interpretacji wyników i poradnictwa rodzinnego.• W przypadku pacjentów w grupy ryzyka należy zapewnić poradnictwo w zakresie prowadzenia właściwego prowadzenia stylu życia.

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji																														
<p>Polskie Towarzystwo Lipidologiczne / Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne / Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej / Polskie Towarzystwo Diabetologiczne / Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021</p> <p>Wytyczne PTL/KLRwP/PTK/PTDL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce (2021)</p> <p>Metodyka: Wytyczne opracował Komitet Sterujący w oparciu o opublikowane przeglądy naukowe.</p> <p>Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano informacji odnośnie Źródła finansowania dokumentu. 7 z 23 autorów zgłosiło konflikt interesów.</p> <p>Źródło: https://ptlipid.pl/wp-content/uploads/2021/09/Wytyczne-PTL2021_Wersja-Pre-Print.pdf</p>	<p>Wytyczne dot. diagnostyki zaburzeń lipidowych</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stężenie cholesterolu LDL jest podstawowym lipidowym parametrem określającym ryzyko-sercowo-naczyniowe i określa cele leczenia hipolipemizującego (klasa I, poziom jakości dowodów A). • Triglicerydy jest stałym elementem profilu lipidowego (klasa I, poziom jakości dowodów B). • Cholesterol nie-HDL jest stałym elementem profilu lipidowego (klasa I, poziom jakości dowodów C). • Stężenie lipoproteiny (a) należy oznaczać co najmniej raz w życiu u każdej dorosłej osoby (klasa IIa, poziom jakości dowodów C). <p><i>Komentarz analityczny: poniżej przedstawiono definicje siły zaleceń i poziomów jakości dowodów zastosowanych w wytycznych.</i></p> <table border="1" data-bbox="640 440 2045 887"> <thead> <tr> <th data-bbox="640 440 842 491">Klasa zaleceń</th> <th data-bbox="842 440 1715 491">Definicja</th> <th data-bbox="1715 440 2045 491">Sugestia dotycząca zastosowania</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="640 491 842 571">Klasa I</td> <td data-bbox="842 491 1715 571">Istnieją dowody naukowe i(lub) powszechna zgodność opinii, że dana metoda leczenia/ procedura jest korzystna, przydatna i skuteczna.</td> <td data-bbox="1715 491 2045 571">Jest zalecane/jest wskazane</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 571 842 632">Klasa II</td> <td data-bbox="842 571 1715 632">Dane z badań naukowych są niejednoznaczne i/lub istnieją rozbieżne opinie dotyczące przydatności/skuteczności danej metody leczenia/procedury</td> <td data-bbox="1715 571 2045 632">Brak</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 632 842 663">Klasa IIa</td> <td data-bbox="842 632 1715 663">Przeważają dowody/opinie <i>potwierdzające przydatność/skuteczność metody leczenia/ procedury</i></td> <td data-bbox="1715 632 2045 663">Należy rozważyć</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 663 842 695">Klasa IIb</td> <td data-bbox="842 663 1715 695">Dowody/opinie nie potwierdzają wystarczająco przydatności/skuteczności metody leczenia/ procedury</td> <td data-bbox="1715 663 2045 695">Można rozważyć</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 695 842 756">Klasa III</td> <td data-bbox="842 695 1715 756">Istnieją dowody naukowe i(lub) <i>powszechna zgodność opinii, że dana metoda leczenia/ procedura jest nieprzydatna/nieskuteczna, a w niektórych przypadkach może być szkodliwa.</i></td> <td data-bbox="1715 695 2045 756">Nie zaleca się</td> </tr> <tr> <th colspan="3" data-bbox="640 756 2045 788">Poziom jakości dowodów</th> </tr> <tr> <td data-bbox="640 788 842 820">Poziom A</td> <td colspan="2" data-bbox="842 788 2045 820">Dane pochodzące z wielu randomizowanych badań <i>klinicznych lub metaanaliz</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 820 842 852">Poziom B</td> <td colspan="2" data-bbox="842 820 2045 852">Dane pochodzące z pojedynczego badania klinicznego z randomizacją lub dużych badań bez randomizacji</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 852 842 884">Poziom C</td> <td colspan="2" data-bbox="842 852 2045 884">Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań; badań retrospektywnych i rejestrów</td> </tr> </tbody> </table>	Klasa zaleceń	Definicja	Sugestia dotycząca zastosowania	Klasa I	Istnieją dowody naukowe i(lub) powszechna zgodność opinii, że dana metoda leczenia/ procedura jest korzystna, przydatna i skuteczna.	Jest zalecane/jest wskazane	Klasa II	Dane z badań naukowych są niejednoznaczne i/lub istnieją rozbieżne opinie dotyczące przydatności/skuteczności danej metody leczenia/procedury	Brak	Klasa IIa	Przeważają dowody/opinie <i>potwierdzające przydatność/skuteczność metody leczenia/ procedury</i>	Należy rozważyć	Klasa IIb	Dowody/opinie nie potwierdzają wystarczająco przydatności/skuteczności metody leczenia/ procedury	Można rozważyć	Klasa III	Istnieją dowody naukowe i(lub) <i>powszechna zgodność opinii, że dana metoda leczenia/ procedura jest nieprzydatna/nieskuteczna, a w niektórych przypadkach może być szkodliwa.</i>	Nie zaleca się	Poziom jakości dowodów			Poziom A	Dane pochodzące z wielu randomizowanych badań <i>klinicznych lub metaanaliz</i>		Poziom B	Dane pochodzące z pojedynczego badania klinicznego z randomizacją lub dużych badań bez randomizacji		Poziom C	Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań; badań retrospektywnych i rejestrów	
Klasa zaleceń	Definicja	Sugestia dotycząca zastosowania																													
Klasa I	Istnieją dowody naukowe i(lub) powszechna zgodność opinii, że dana metoda leczenia/ procedura jest korzystna, przydatna i skuteczna.	Jest zalecane/jest wskazane																													
Klasa II	Dane z badań naukowych są niejednoznaczne i/lub istnieją rozbieżne opinie dotyczące przydatności/skuteczności danej metody leczenia/procedury	Brak																													
Klasa IIa	Przeważają dowody/opinie <i>potwierdzające przydatność/skuteczność metody leczenia/ procedury</i>	Należy rozważyć																													
Klasa IIb	Dowody/opinie nie potwierdzają wystarczająco przydatności/skuteczności metody leczenia/ procedury	Można rozważyć																													
Klasa III	Istnieją dowody naukowe i(lub) <i>powszechna zgodność opinii, że dana metoda leczenia/ procedura jest nieprzydatna/nieskuteczna, a w niektórych przypadkach może być szkodliwa.</i>	Nie zaleca się																													
Poziom jakości dowodów																															
Poziom A	Dane pochodzące z wielu randomizowanych badań <i>klinicznych lub metaanaliz</i>																														
Poziom B	Dane pochodzące z pojedynczego badania klinicznego z randomizacją lub dużych badań bez randomizacji																														
Poziom C	Uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań; badań retrospektywnych i rejestrów																														
Diagnostyka przewlekłej choroby nerek																															
<p>Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej / Polskie Towarzystwa Nefrologicznego PTMR/PTN 2024</p> <p>Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii, konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, dotyczące diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek w POZ, z uwzględnieniem opieki koordynowanej</p> <p>Metodyka: Nie podano.</p> <p>Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano.</p>	<p>Wytyczne dot. diagnostyki przewlekłej choroby nerek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Badanie poziomu stężenia kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR jest jednym z podstawowych badań diagnostycznych w kierunku przewlekłej choroby nerek. • Oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy jako badania przesiewowego w kierunku przewlekłej choroby nerek zaleca się wykonywać u pacjentów z grup ryzyka. <p>Poniżej przedstawiono najczęstsze grupy ryzyka oraz częstotliwość oznaczania kreatyniny w surowicy w ramach badań przesiewowych.</p> <table border="1" data-bbox="640 1117 2045 1292"> <thead> <tr> <th data-bbox="640 1117 1344 1149">Grupa ryzyka</th> <th data-bbox="1344 1117 2045 1149">Częstotliwość</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="640 1149 1344 1181">cukrzyca</td> <td data-bbox="1344 1149 2045 1181">minimum 1x w roku</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 1181 1344 1212">nadciśnienie tętnicze</td> <td data-bbox="1344 1181 2045 1212">minimum 1x w roku</td> </tr> <tr> <td data-bbox="640 1212 1344 1292">choroba sercowo- naczyniowa, otyłość, schorzenia autoimmunologiczne narażenia środowiskowe/ zawodowe na substancje nefrotoksyczne obciążenia rodzinne chorobami nerek</td> <td data-bbox="1344 1212 2045 1292">nie określono zalecanej częstotliwości badań przesiewowych w tych grupach</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>(Komentarz analityczny: w wytycznych nie określony siły zaleceń ani poziomu jakości dowodów).</i></p>	Grupa ryzyka	Częstotliwość	cukrzyca	minimum 1x w roku	nadciśnienie tętnicze	minimum 1x w roku	choroba sercowo- naczyniowa, otyłość, schorzenia autoimmunologiczne narażenia środowiskowe/ zawodowe na substancje nefrotoksyczne obciążenia rodzinne chorobami nerek	nie określono zalecanej częstotliwości badań przesiewowych w tych grupach																						
Grupa ryzyka	Częstotliwość																														
cukrzyca	minimum 1x w roku																														
nadciśnienie tętnicze	minimum 1x w roku																														
choroba sercowo- naczyniowa, otyłość, schorzenia autoimmunologiczne narażenia środowiskowe/ zawodowe na substancje nefrotoksyczne obciążenia rodzinne chorobami nerek	nie określono zalecanej częstotliwości badań przesiewowych w tych grupach																														

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
<p>Źródło: https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2024/10/Wytyczne-KK-dot.-PChN-w-opiece-koordynowanej-w-POZ.pdf</p>	
Diagnostyka chorób wątroby	
<p>Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne/ Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej PTG/PTMR 2017</p> <p>Rekomendacje postępowania u chorych z zaburzeniami czynności wątroby i kamicą dróg żółciowych dla lekarzy POZ</p> <p>Metodyka: Nie podano.</p> <p>Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano.</p> <p>Źródło: https://ptg-e.org.pl/wp-content/uploads/2022/03/LPOZ_Art_30711-10-1.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> Oznaczenie aktywności enzymów wątrobowych (AST, ALT, GGTP) jest jednym z kompleksowych elementów diagnostycznych w kierunku niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby. <p><i>(Komentarz analityczny: w wytycznych nie podano siły zalecenia ani poziomu jakości dowodów)</i></p>
<p>European Association for the Study of the Liver EASL 2021</p> <p>Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis – 2021 update</p> <p>Wytyczne praktyki klinicznej dotyczące nieinwazyjnych testów do oceny ciężkości i rokowania chorób wątroby – aktualizacja z 2021 r.</p> <p>Metodyka: Wytyczne opracował zespół ekspert w oparciu o technikę delficką.</p> <p>Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano informacji odnośnie źródła finansowania. Pięciu autorów zgłosiło konflikt interesów.</p> <p>Źródło: https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(21)00398-6/fulltext</p>	<ul style="list-style-type: none"> ALT, AST i liczba płytek krwi powinny być częścią rutynowych badań w opiece podstawowej u pacjentów z podejrzeniem choroby wątroby (silne zalecenie, poziom jakości dowód 2) <p><i>(Komentarz analityczny: Siła zaleceń zawartych w wytycznych została oceniona zgodnie z OCEBM. Poziom jakości dowodów został oparty na Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) i narzędziu QUADAS-2 do pomiaru dokładności badań diagnostycznych)</i></p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Włączone do niniejszego przeglądu wytyczne praktyki klinicznej wskazują, że na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do:

- badań profilaktycznych w kierunku:
 - chorób układu sercowo-naczyniowego:
 - pomiar ciśnienia tętniczego krwi powinien być wykonywany wśród całej populacji osób dorosłych (RACGP 2024, CFPC 2019, AAFP 2017);
 - w ramach badań przesiewowych zaleca się oznaczanie profilu lipidowego osób dorosłych w wieku od 40 do 75 lat co 1-5 lat, lub wcześniej, jeśli istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia CVD (CFPC 2023, CFPC 2019, AAFP 2017);
 - nie zaleca się rutynowego pomiaru cholesterolu przed 45. rokiem życia, chyba że podejrzewa hipercholesterolemię rodzinną (RACGP 2024);
 - badanie ryzyka sercowo naczyniowego z zastosowaniem wystandaryzowanych skal/kalkulatorów powinno być wykonywane co 5 lat (jeśli ryzyko 10-letnie <5%) lub corocznie (jeśli ryzyko 10-letnie ≥5%) w grupie wiekowej od 40 do 75 lat (RACGP 2024, CFPC 2023, CFPC 2019, AAFP 2017);
 - nie zaleca się wykonywania profilu lipidowego ani oceny ryzyka za pomocą kalkulatora ryzyka chorób układu krążenia u pacjentów w wieku powyżej 75 roku życia (CFPC 2023);
 - rekomenduje się wykonywanie badania lipoproteiny a co najmniej raz w życiu osoby dorosłej (PTK/PTL 2024, EAS 2022, PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021);
 - wczesnego wykrywania chorób metabolicznych:
 - w kierunku cukrzycy:
 - badania przesiewowe w kierunku nieprawidłowego stężenia glukozy powinno być wykonywane w populacji powyżej 40 roku życia co 3 lata lub co 12 miesięcy w przypadku osób z upośledzoną tolerancją glukozy i nieprawidłowym poziomem glikemii na czczo (RACGP 2024, AAFP 2017);
 - w przypadku wysokiego ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2, zaleca się badanie przesiewowe stężenia glikemii na czczo lub oznaczenia poziomu HbA1c co 3 lata lub wcześniej w przypadku wzrostu wskaźnika masy ciała (RACGP 2024);
 - obecne dowody naukowe są niewystarczające, aby ocenić korzyści i szkody wynikające z wykonywania badań przesiewowych w kierunku zaburzeń czynności tarczycy u bezobjawowych dorosłych (RACGP 2024, AAFP 2017);
 - w celu zapobiegania nadwadze i otyłości zaleca się pomiar masy ciała i wzrostu wraz z obliczeniem wskaźnika BMI (RACGP 2024, CFPC 2019);
- chorób nowotworowych w kierunku:
 - raka jelita grubego:
 - rekomenduje się wykonywanie immunochemicznego badania krwi utajonej w kale (iFOBT/FIT) co 2 lata począwszy od 50. roku życia do 75. roku życia (CFPC 2019, AAFP 2017), a w przypadku osób o średnim ryzyku zachowania od 45 roku życia (RACGP 2024);
 - decyzja o przeprowadzeniu badań przesiewowych dorosłych w wieku od 76 do 85 lat była indywidualna, biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia pacjenta i wcześniejszą historię badań przesiewowych (AAFP 2017);
 - nie zaleca się wykonywania badań profilaktycznych u osób dorosłych w wieku powyżej 85 lat (AAFP 2017);

- raka prostaty:
 - nie zaleca się przeprowadzania badań przesiewowych wśród całej populacji dorosłych mężczyzn w oparciu o antygen swoisty dla prostaty (RACGP 2024, AAFP 2017);
 - badanie PSA można wykonać u pacjentów, którzy wyrażą na nie zgodę (RACGP 2024);
 - w przypadku podwyższonego ryzyka u mężczyzn w wieku zaleca od 45 do 69 lat zaleca się oznaczenie poziomu antygenu swoistego dla prostaty się co 2 lata w wieku (RACGP 2024);
- wirusowego zapalenia wątroby typu C – badanie poziomu przeciwciał anty HCV powinno być wykonywane u wszystkich dorosłych z grupy ryzyka (RACGP 2024, CFPC 2019, AAFP 2017);
- wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek zaleca się badanie poziom kreatyniny w surowicy krwi (PTMR/PTN 2024)
- chorób wątroby podstawowym narzędziem diagnostycznym jest oznaczenie stężenia prób wątrobowych – ALAT, ASPAT, GGTP (EASL 2021, PTG/PTMR 2017);
- wczesnego wykrywania zaburzeń poznawczych osób powyżej 65 roku życia, w tym demencji:
 - nie rekomenduje się przeprowadzania badań przesiewowych w populacji ogólnej w przypadku braku objawów (RACGP 2024, CFPC 2019);
 - ocenę funkcji poznawczych z zastosowaniem formalnych testów należy przeprowadzić w przypadku zaobserwowania u pacjenta trudności z pamięcią, zmiany zachowania, osobowości, funkcji wykonawczych lub zgłoszenia tych objawów ze strony opiekunów (RACGP 2024, CFPC 2019);
- badań przesiewowych w kierunku depresji:
 - nie zaleca się wykonywania badań w populacji ogólnej (RACGP 2024, AAFP 2017);
 - w przypadku zaobserwowania objawów wskazujących na zaburzenia depresyjnych, dalsza diagnostyka powinna zostać przeprowadzona z zastosowaniem zatwierdzonych narzędzi oceny zdrowia psychicznego (RACGP 2024);
- prewencji nadmiernego spożywania alkoholu:
 - badania przesiewowe powinny być wykonywane u wszystkich dorosłych (RACGP 2024, CFPC 2019) co 2 lata (AAFP 2017);
 - rekomenduje się stosowanie wystandaryzowanych kwestionariuszy m.in. AUDIT-C (RACGP 2024, CFPC 2019);
 - zaleca się prowadzenia poradnictwa z zakresie ograniczenia nadużywania alkoholu (RACGP 2024, CFPC 2019, AAFP 2017);
- ograniczenia palenia tytoniu wszystkim dorosłym należy zaoferować porady dotyczące zaprzestania używania tytoniu lub skierować pacjenta do specjalistycznego ośrodka zajmującego się rzucaniem palenia (RACGP 2024, CFPC 2019, AAFP 2017);
- podejmowania działań profilaktycznych w zakresie prowadzenia prawidłowego stylu życia i właściwego odżywiania:
 - zaleca się udzielanie poradnictwa dietetycznego w przypadku zidentyfikowania nieprawidłowych nawyków żywieniowych sprzyjających występowaniu chorób układu krążenia, zaburzeniom metabolicznym oraz chorobom nowotworowym układu pokarmowego (EAS 2022, CFPC 2019, AAFP 2017);
 - rekomenduje się podejmowanie interwencji w zakresie porad behawioralnych w celu promowania zdrowej diety i aktywności fizycznej (EAS 2022, AAFP 2017).

(Komentarz analityczny: W odniesieniu do badania morfologii krwi należy mieć na uwadze jego szczególne znaczenie we wstępnej diagnostyce w kierunku występowania niedokrwistości, zaburzeń hemostazy, obecności stanu zapalnego i toczącego się procesu nowotworowego (metoda leczenia oraz rokowania nowotworów krwi zależą od tego, w jakim stadium choroba zostanie wykryta). Szczegółowe informacje w tym obszarze przedstawiono w raporcie AOTMiT nr WS.4329.3.2019 z dn. 26.06.2019 r. pn.: „Kompleksowa opieka hematoonkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego u osób dorosłych”).

W świetle analizy wytycznych praktyki klinicznej należy stwierdzić, że:

- badania przesiewowe w kierunku chorób sercowo-naczyniowych (lipidogram), raka jelita grubego (test iFOBT/FIT) oraz cukrzycy (stężenie glukozy na czczo) zalecane są w populacji osób w wieku 40–75 lat, w zależności od stopnia ryzyka zachorowania (RACGP 2024, CFPC 2023, CFPC 2019, AAFP 2017);
- nie rekomenduje się oznaczania poziomu TSH i PSA całkowitego w populacji ogólnej u bezobjawowych dorosłych; (RACGP 2024, AAFP 2017);
- badanie przesiewowe w kierunku depresji i zaburzeń poznawczych powinny być wykonywane dopiero w przypadku objawów zgłaszanych przez pacjenta lub opiekuna (RACGP 2024, CFPC 2019, AAFP 2017);
- zaleca się stosowanie wystandaryzowanych skal/kwestionariuszy do oceny ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, zaburzeń metabolicznych oraz badań przesiewowych w kierunku depresji, zaburzeń poznawczych oraz nadmiernego spożywania alkoholu (RACGP 2024; CFPC 2019, AAFP 2017);
- nieodłącznym elementem działań profilaktycznych jest udzielanie porad edukacyjnych, w szczególności w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, ograniczenia palenia papierosów i nadmiernego spożywania alkoholu (EAS 2022, CFPC 2019, AAFP 2017).

Dodatkowe wnioski analityczne:

- wykonywanie badań profilaktycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej jest kluczowym elementem zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych występujących u osób dorosłych;
- z uwagi na specyfikę schorzeń objętych badaniami profilaktycznymi odnalezione dokumenty nie określają częstotliwości wykonywania całościowej oceny stanu zdrowia pacjenta na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej;
- nie ma ograniczenia wiekowego dla oznaczania stężenia kreatyniny, lipoproteiny A, prób wątrobowych i przeciwciał anty HCV;
- wybrane badania diagnostyczne (kreatynina, przeciwciała anty HCV, PSA całkowite) są wykonywane przede wszystkim osób z wybranych grup ryzyka;
- w wytycznych praktyki klinicznej nie doprecyzowano:
 - zalecanej liczby porad edukacyjnych dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych oraz ograniczania stosowania używek (palenia tytoniu, nadmiernego spożycia alkoholu)
 - kwestii dotyczących zasobów kadrowych w kontekście realizacji badań profilaktycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej przez inny personel medyczny niż lekarz.

4.7. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

W dniach 10–19.02.2025 r. dokonano wyszukania wolnotekstowego z użyciem ogólnodostępnych wyszukiwarek internetowych (w tym www.google.com) celem odnalezienia rozwiązań organizacyjnych przyjętych w innych krajach, odnoszących się do organizacji cyklicznych, ustrukturyzowanych działań profilaktycznych realizowanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej dla szerokiej populacji pacjentów bezobjawowych.

Informacje na temat zasad realizacji oraz finansowania ocenianego świadczenia odnaleziono dla: Austrii, Czech, Francji, Niemiec i Wielkiej Brytanii, a najważniejsze znaleziska w tym zakresie przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 5. Informacje dotyczące rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych w innych krajach z obszaru prowadzenia bilansów zdrowia osób dorosłych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej

Kraj	Odnalezione informacje
Austria	<p>Vorsorgeuntersuchung – badanie profilaktyczne</p> <p>Populacja: od 18 r.ż., mieszkające na terenie Austrii. Nawet osoby nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego mogą skorzystać z profilaktycznych badań lekarskich, jeśli uzyskają zastępcze zaświadczenie o badaniu od regionalnego oddziału Austriackiej Kasy Ubezpieczeń Zdrowotnych właściwego dla miejsca zamieszkania.</p> <p>Interwały czasowe: przysługuje raz w roku na życzenie lub co 3 lata do 40 r.ż., co 2 lata od 40 r.ż.</p> <p>Pokrycie kosztów: lokalne biuro Austriackiego Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych (niem. <i>Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse</i>)</p> <p>Podmioty realizujące: wyłącznie lekarze posiadający własną umowę ubezpieczenia zdrowotnego na badania profilaktyczne lub placówki lub ośrodki zdrowia, które zawarły umowę z kasą chorych, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none">• badania podstawowe: lekarze rodzinni prowadzący praktykę prywatną, specjaliści medycyny wewnętrznej, specjaliści w dziedzinie pulmonologii;• cytologia: lekarze rodzinni, jak i specjaliści w dziedzinie ginekologii i położnictwa;• mammografia: specjaliści radiologii – w ramach Austriackiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi;• kolonoskopia: specjaliści chorób wewnętrznych i chirurgii lub szpitale na oddziałach chorób wewnętrznych, gastroenterologii lub chirurgii (wymagane wystawienie skierowania). <p>Cele:</p> <ul style="list-style-type: none">• wczesne wykrywanie:<ul style="list-style-type: none">- czynników ryzyka chorób układu krążenia,- czynników ryzyka chorób metabolicznych,- powszechnych nowotworów (rak szyjki macicy, rak piersi, rak jelita grubego),• zapobieganie uzależnieniom (spożycie tytoniu, alkoholu, leków),• profilaktyka chorób przyzębia,• profilaktyka chorób związanych z wiekiem (w przypadku osób powyżej 65 r.ż.) – wzrok, słuch. <p>Czas trwania bilansu: 2 spotkania po ok. 1 godzinę.</p> <p>Aby przeprowadzić cały podstawowy program badań u lekarza pierwszego kontaktu, zazwyczaj konieczne są dwie wizyty. Podczas pierwszej wizyty pobiera się krew i wysyła ją do laboratorium w celu zbadania wraz z próbką moczu. Zostanie umówiona druga wizyta w celu omówienia wyników badań laboratoryjnych i wykonania pozostałych podstawowych badań.</p> <p>Jeżeli podstawowe badanie wykonuje lekarz zatrudniony na umowę lub ośrodek zdrowia należący do kasy chorych, często wystarczy jedna wizyta, ponieważ badania krwi i moczu wykonuje się w laboratorium zakładowym.</p> <p>Kryteria wykluczenia: Brak informacji</p> <p>Elementy badania profilaktycznego:</p>

Kraj	Odnalezione informacje
	<p>1) badania podstawowe – obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wywiad lekarski, • badanie fizykalne, • badania krwi i moczu, • test na krew utajoną w kale, • identyfikacja czynników ryzyka zdrowotnego, • dla kobiet badanie ginekologiczne, • badanie w celu wykrycia zapalenia dziąseł (paradontozy).
wywiad lekarski	<p>Za pomocą kwestionariusza lekarz może wcześniej uzyskać wstępny obraz stanu zdrowia pacjenta (formularz wywiadu). Podczas wywiadu lekarskiego (anamnezy) zadawane są pytania dotyczące obecnych i przeszłych dolegliwości, poprzednich metod leczenia i historii rodzinnej. Rejestruje się również styl życia i przyjmowane leki.</p> <p>Oprócz <u>kwestionariusza dotyczącego historii choroby</u> stosuje się także <u>kwestionariusz dotyczący spożycia alkoholu</u>, który pozwala ustalić, jak często i ile alkoholu przeciętnie pije pacjent. Jednakże wypełnienie tej ankiety nie jest obowiązkowe.</p>
badanie fizykalne	<p>Przebieg badania:</p> <ul style="list-style-type: none"> • badanie skóry pod kątem nieprawidłowości i zmian (ewentualne skierowanie do specjalisty dermatologa i chorób wenerycznych), • badanie ruchomości szyi, • palpacja szyi w celu oceny tarczycy, • badanie palpacyjne węzłów chłonnych, w tym pach i pachwin, • badanie serca polega na sprawdzeniu częstości akcji serca poprzez pomiar tętna i osłuchanie rytmu serca, • osłuchiwanie płuc, • palpacja i osłuchiwanie jamy brzusznej w celu oceny czynności wątroby i jelit, • sprawdzanie stawów pod kątem ruchomości, bólu i obrzęku, • badanie kręgosłupa i ocena krzywizn i ruchomości, • badanie tętna naczyń i testowanie przepływu krwi w rękach i nogach (poprzez palpację lub przy użyciu ciśnieniomierza) celem określenia czy tętnice są zwężone
pomiar ciśnienia krwi i masy ciała	<ul style="list-style-type: none"> • pomiar ciśnienia krwi wykonuje się w celu sprawdzenia czy wartości ciśnienia mieszczą się w granicach normy, czy też występują zaburzenia ciśnienia tętniczego. W przypadku wykrycia podwyższonej wartości konieczne są dalsze badania • lekarz określa wskaźnik masy ciała (BMI), aby ocenić, czy pacjent ma nadwagę lub niedowagę. Następnie lekarz ocenia, czy nadwaga lub niedowaga stanowi czynnik ryzyka dla zdrowia i sprzyja rozwojowi choroby.
badania krwi i moczu	<ul style="list-style-type: none"> • lekarz pobiera krew i wysyła ją do laboratorium. Aby pobrać próbkę krwi, pacjent musi być na czczo. Oznacza to, że nie wolno jeść, pić (poza wodą) ani palić przez osiem do dwunastu godzin przed pobraniem próbki krwi. • w przypadku badania krwi oznacza się wartości dla stężenia glukozy we krwi, cholesterolu, trójglicerydów i gamma-GT (GGTP), u kobiet dodatkowo badanie liczby czerwonych krwinek (erytrocyty, hemoglobina, hematokryt) • w przypadku badania moczu oznacza się: leukocyty, białko, glukozę, azotyny, urobilinogen, krew
badanie kału na krew utajoną	<ul style="list-style-type: none"> • co roku u osób powyżej 50 lat • za pomocą testu Hemoccult® – podczas trzech kolejnych wypróżnień, próbkę kału nasączoną żywicą gwajakową smaruje się kałem, a następnie zakrapla roztworem nadtlenku wodoru
badanie ginekologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • kobiety powyżej 18 r.ż. mogą wykonać badanie cytologiczne szyjki macicy (badanie PAP) – może wykonać lekarz ogólny lub ginekolog, po uprzednim umówieniu się na osobną wizytę

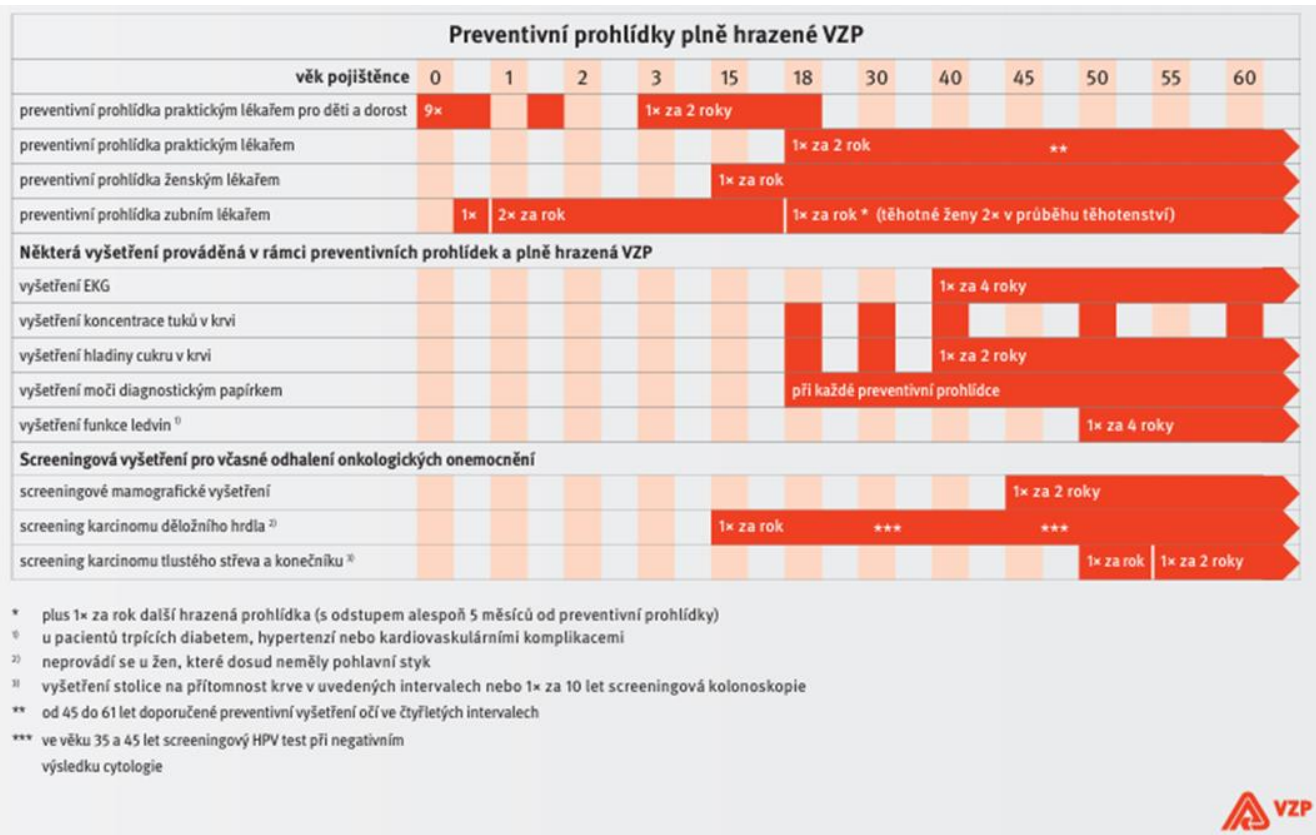
Kraj	Odnalezione informacje		
	<p>wizyta podsumowująca (ostateczna)</p> <ul style="list-style-type: none"> lekarz omawia z pacjentem wyniki badań i informuje go o aktualnym stanie zdrowia. jeśli zostanie zidentyfikowane zwiększone ryzyko zdrowotne, lekarz zaleci zdrowy tryb życia, udzielając wskazówek dotyczących diety, ćwiczeń i palenia. pacjent otrzymuje od lekarza dokument zawierający wszystkie wyniki badań. W oparciu o wyniki bilansu konieczne mogą okazać się dalsze badania. Skierowanie wystawia lekarz rodzinny. 		
	<p>2) badania dodatkowe – jeżeli podstawowe badanie lekarskie w ramach profilaktycznego badania lekarskiego wykaże podejrzenie choroby, zostanie to wyjaśnione poprzez dodatkowe badania. Od pewnego wieku zaleca się wykonywanie specjalistycznych badań, do których należą:</p>		
	<p>mammografia</p>	<p>W ramach Austriackiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi kobiety w wieku od 45 do 69 lat co dwa lata otrzymują pocztą osobiste zaproszenie na badanie mammograficzne. Kobiety w wieku od 40 do 44 lat oraz kobiety powyżej 70 roku życia mogą poprosić o zaproszenie, dzwoniąc pod bezpłatny numer infolinii 0800 500 181 lub zlecić aktywację konta za pomocą e-karty (system e-Card). Oprócz tego zaproszenia lub aktywacji, skierowanie od lekarza na mammografię nie jest już konieczne.</p> <p>Program skierowany jest do zdrowych kobiet, u których nie występują żadne objawy choroby. Tak jak dotychczas, nadal możesz wykonać diagnostyczną mammografię, jeśli masz objawy lub podejrzewasz chorobę – niezależnie od wieku.</p>	
	<p>kolonoskopia</p>	<p>W celu wczesnego wykrycia raka jelita grubego, kolonoskopię wykonuje się co 10 lat jako część badania profilaktycznego, począwszy od 50. roku życia. Ponadto, podczas każdego badania profilaktycznego, oferuje się badanie na obecność krwi utajonej (niewidocznej gołym okiem) w kale.</p>	
	<p>badanie PSA</p>	<p>Badanie PSA mające na celu wczesne wykrywanie raka prostaty jest obecnie kontrowersyjne, ponieważ korzyści z takiego badania nie zostały wystarczająco udowodnione naukowo. Z tego powodu badanie PSA z reguły nie jest wykonywane w ramach badań profilaktycznych.</p>	
	<p>badanie słuchu i wzroku</p>	<p>W przypadku osób powyżej 65 roku życia podczas badań profilaktycznych większą uwagę zwraca się na słuch i wzrok. Aby stwierdzić ewentualną utratę słuchu, wykonuje się badanie szeptu i w razie potrzeby zleca się badanie specjalistyczne. Wczesne wykrycie upośledzenia wzroku jest zatem niezwykle istotne, gdyż wczesne leczenie często pozwala zapobiec pogorszeniu się wzroku. Aby ustalić, czy masz wadę wzroku, konieczne będzie poddanie się specjalistycznemu badaniu u okulisty.</p>	
	<p>Zawartość kwestionariusza dot. wywiadu lekarskiego:</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> ocena wzroku: <ul style="list-style-type: none"> posiadanie problemów z widzeniem posiadanie krewnego pierwszego stopnia (rodzic, brat, siostra lub dziecko) z jaskrą u pacjentów 65+: czy wzrok jest regularnie badany palenie papierosów: <ul style="list-style-type: none"> liczba wypalanych papierosów dziennie przyjmowanie leków w okresie ostatnich 2 tygodni: <ul style="list-style-type: none"> środki przeciwbólowe (aspiryna lub podobne) 	<ul style="list-style-type: none"> ryzyko cukrzycy: <ul style="list-style-type: none"> zdiagnozowana cukrzyca (nieciążowa) leczenie cukrzycy posiadanie krewnego chorego na cukrzycę w przypadku kobiet: zdiagnozowana cukrzyca ciężowa ciśnienie krwi: <ul style="list-style-type: none"> wysokie ciśnienie (tj. ciśnienie krwi powyżej 140/90) i/lub aktualnie przyjmowanie leków na wysokie ciśnienie krwi częstość spożywania alkoholu 	<ul style="list-style-type: none"> ryzyko chorób sercowo-naczyniowych: <ul style="list-style-type: none"> osoby w rodzinie (rodzic, siostra lub brat) w wieku poniżej 60 lat, które chorują na serce lub którzy zmarli z powodu choroby serca osoby w rodzinie, które mają lub miały wysoki poziom cholesterolu przebyty u pacjenta zawał serca i zdiagnozowane zaburzenia krążenia w naczyniach wieńcowych problemy ze słuchem (u osób > 65 r.ż.) stan przyzębia: <ul style="list-style-type: none"> krwawienie dziąseł podczas szczotkowania zębów lub jedzenia twardych pokarmów opuchlizna lub wrażliwość dziąseł cofnięcie się dziąseł

Kraj	Odnalezione informacje		
	<ul style="list-style-type: none"> - środki uspokajające (Valium lub podobne) - tabletki nasenne 		<ul style="list-style-type: none"> - wrażenie wydłużenia się zębów lub zwiększania odstępów między zębami - używanie protez częściowych - nieświeży oddech
	<ul style="list-style-type: none"> • przebyte choroby w ostatnich 2 miesiącach (przeziębienie, grypa, ostre zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, zakażenie nerek lub dróg moczowych, biegunka, wymioty, wrzód żołądka, lub inne) 	<ul style="list-style-type: none"> • choroby przewlekłe (udar/wylew krwi do mózgu, rak, depresja, migrena lub regularne bóle głowy, przewlekła choroba ukł. oddechowego: astma, duszności, rozedma płuc, przewlekły kaszel, przewlekła egzema, zawroty głowy z upadkami, choroby jelit, nietrzymanie moczu (osłabienie pęcherza), przewlekły ból pleców, zużycie i uszkodzenie stawów, przewlekłe zapalenie stawów (artretyzm), inne choroby przewlekłe) 	<ul style="list-style-type: none"> • przebyte operacje
<ul style="list-style-type: none"> • wywiad rodzinny w kierunku nowotworów: <ul style="list-style-type: none"> - rak piersi - rak skóry - inne (rak płuc, j. grubego, krwi, prostaty lub macicy) 	<ul style="list-style-type: none"> • pomiary antropometryczne: <ul style="list-style-type: none"> - wzrost - masa ciała - BMI 		<ul style="list-style-type: none"> • dane osobowe (imię, nazwisko, płeć)
Zawartość kwestionariusza dot. spożycia alkoholu:			
<ul style="list-style-type: none"> • częstość spożywania alkoholu • ilość alkoholu wypijana dziennie • częstość spożywania dużych ilości alkoholu przy jednej okazji • częstość upijania się bez umiaru (niemożność zaprzestania picia po rozpoczęciu picia) obserwowana w ciągu ostatnich 12 miesięcy 	<ul style="list-style-type: none"> • częstość niewywiązywania się z obowiązków z uwagi na picie alkoholu obserwowana w ciągu ostatnich 12 miesięcy • częstość spożywania alkoholu w godzinach porannych obserwowana w ciągu ostatnich 12 miesięcy • częstość odczuwania poczucia winy lub wyrzutów sumienia z powodu wypicia zbyt dużej ilości alkoholu obserwowana w ciągu ostatnich 12 miesięcy 	<ul style="list-style-type: none"> • częstość występowania trudności w przypominaniu sobie pewnych rzeczy po zbyt dużym spożyciu alkoholu wypiteś za dużo obserwowana w ciągu ostatnich 12 miesięcy • występowanie obrażeń własnych lub cudzych związanych ze zbyt dużym spożyciem alkoholu obserwowana w ciągu ostatnich 12 miesięcy • otrzymywanie informacji zwrotnych od krewnego, przyjaciela lub lekarza odnoszących się do picia zbyt dużej ilości alkoholu lub porady, aby pić mniej 	
Zawartość formularza raportu lekarskiego:			
Opis wyników wraz ze wskazaniem dalszego postępowania w zakresie:			
<ul style="list-style-type: none"> • badania fizykalnego głowy/szyi, serca/płuc/naczyń, brzucha, kręgosłupa/stawów, skóry 	<ul style="list-style-type: none"> • u pacjentów 65+: utrata słuchu, wada wzroku, występowanie jaskry 	<ul style="list-style-type: none"> • ryzyka występowania zapalenia przyzębia 	
<ul style="list-style-type: none"> • badania krwi (cholesterol, HDL, stosunek cholesterolu do HDL, trójglicerydy, GGTP, u kobiet liczba czerwonych krwinek <erytrocyty, hemoglobina, hematokryt>) 	<ul style="list-style-type: none"> • badania moczu (leukocyty, glukoza, azotyny, białko, krew, urobilinogen) 	<ul style="list-style-type: none"> • cukrzyca (istniejąca, stężenie glukozy na czczo, podejrzenie) 	
<ul style="list-style-type: none"> • stylu życia <ul style="list-style-type: none"> - pomiary antropometryczne (wzrost, masa ciała, BMI, obwód talii) 	<ul style="list-style-type: none"> • ryzyka sercowo-naczyniowego <ul style="list-style-type: none"> - obciążenie rodzinne na podst. wywiadu - ciśnienie krwi 	<ul style="list-style-type: none"> • wczesnego wykrywanie raka skóry • u mężczyzn powyżej 50 r.ż. – poradnictwa w zakresie raka prostaty dotyczące podejmowania świadomych decyzji 	

Kraj	Odnalezione informacje			
	<ul style="list-style-type: none"> - ćwiczenia fizyczne - palenie papierosów - spożywanie alkoholu 	<ul style="list-style-type: none"> - istniejące nadciśnienie / podejrzenie nadciśnienia - istniejąca choroba USN - wynik kalkulatora AHA – dla osób do 40 r.ż. - wynik oceny ryzyka wg New Zealand Risk Scale – dla osób w wieku 40–75 lat - podejrzenie rozpoznania nowej choroby USN 	<ul style="list-style-type: none"> • u osób powyżej 50 r.ż.: <ul style="list-style-type: none"> - obciążenia rodzinnego rakiem jelita grubego - kolonoskopii – obciążenie rodzinne, data ostatniej kolonoskopii, badanie w kierunku utajonej krew w kale • u kobiet – badania cytologicznego 	
	<ul style="list-style-type: none"> • innych znanych chorób 		<ul style="list-style-type: none"> • podejrzewanych problemów zdrowotnych wymagających leczenia oraz nowo zdiagnozowane choroby 	
	Zawartość formularza badania cytologicznego:			
	<ul style="list-style-type: none"> • dane osobowe pacjentki, numer ubezpieczenia, nazwa ubezpieczyciela, status ubezpieczenia 	<ul style="list-style-type: none"> • ocena jakości rozmazu 	<ul style="list-style-type: none"> • wynik cytologii szyjki macicy i zalecane działania następcze 	<ul style="list-style-type: none"> • inne stwierdzone nieprawidłowości
	<p>Źródła: https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/H/haemoccult-test.html; https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/ablauf.html; https://www.sozialversicherung.at/cdsccontent/?contentid=10007.844026&portal=svportal; https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/was-wird-gemacht.html; https://www.wien.gv.at/gesundheits/beratung-vorsorge/gesundheitsuntersuchung/index.html</p>			
Czechy	<p>Preventivní prohlídky W Czechach rodzaje, treść i odstępy czasowe badań profilaktycznych są określone w Dekrecie nr 70/2012 Coll., w sprawie badań profilaktycznych, ze zmianami. Rodzaje badań profilaktycznych obejmują badania profilaktyczne w zakresie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ogólnej praktyki lekarskiej (zwana dalej „ogólnym badaniem profilaktycznym”), 2) ogólna praktyka lekarska dla dzieci i młodzieży (zwana dalej „ogólnym badaniem profilaktycznym dzieci”), 3) stomatologii (dalej „badanie profilaktyczne stomatologiczne”), 4) ginekologii i położnictwa (dalej „badanie profilaktyczne ginekologiczne”). <p>Poniżej przedstawiono opisy poszczególnych rodzajów badań profilaktycznych w Czechach, odnoszących się do osób dorosłych.</p> <p>Ad. 1) Zakres i ramy czasowe ogólnego badania profilaktycznego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ogólne badanie profilaktyczne przeprowadza się raz na 2 lata, zazwyczaj 23 miesiące po ostatnim ogólnym badaniu profilaktycznym. • Zakres ogólnego badania profilaktycznego obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> - przeprowadzanie wywiadu lekarskiego, w tym wywiadu środowiskowego, ze szczególnym uwzględnieniem zachodzących w nim zmian, czynników ryzyka i ryzyka zawodowego; - w wywiadzie rodzinnym szczególny nacisk kładzie się na występowanie chorób układu krążenia i płuc, występowanie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zaburzeń gospodarki tłuszczowej i nowotworów oraz występowanie uzależnień, - kontrola szczepień, - pełne badanie fizykalne obejmujące pomiar ciśnienia krwi, oznaczenie wskaźnika masy ciała oraz badanie wzroku i słuchu; - w ramach profilaktyki onkologicznej w ramach ogólnego badania profilaktycznego przeprowadza się ocenę ryzyka w zakresie wywiadu rodzinnego, osobistego i zawodowego, badanie skóry, a w razie podejrzenia ryzyka badanie per rectum; - u mężczyzn z dodatnim wywiadem rodzinnym lub w przypadku występowania innych czynników ryzyka badanie kliniczne jąder; - u kobiet po 25. roku życia z dodatnim wywiadem rodzinnym dziedzicznego lub rodzinnego występowania raka piersi lub w przypadku występowania innych czynników ryzyka badanie kliniczne piersi wraz z instruktażem samobadania, - badanie moczu z papierkiem diagnostycznym, 			

Kraj	Odnalezione informacje
	<ul style="list-style-type: none">- sprawdzanie i ocena wyników innych przepisanych badań profilaktycznych, a w przypadku ich niewykonania w przepisanych terminach – zapewnienie ich wykonania; badania profilaktyczne to:<ul style="list-style-type: none">o badanie laboratoryjne stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triacylogliceroli podczas pierwszego ogólnego badania profilaktycznego po zakończeniu opieki u lekarza rodzinnego w zakresie opieki nad dziećmi i młodzieżą oraz dalej w wieku 30, 40, 50 i 60 lat,o badanie laboratoryjne glikemii podczas pierwszego ogólnego badania profilaktycznego po zakończeniu opieki przez świadczeniodawcę w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży oraz dalej w wieku 30 lat i od 40 lat w odstępach dwuletnich od ostatniego badania,o badanie EKG w wieku 40 lat, następnie w odstępach czteroletnich,o oznaczanie krwi utajonej w kale za pomocą specjalnego testu u osób po 50 roku życia; badanie to może być zastąpione zaleceniem wykonania przesiewowej kolonoskopii raz na 10 lat; jeżeli kobieta poddała się badaniu zgodnie z art. 7 lit. k) w okresie krótszym niż określone przedziały czasowe, a jego wynik jest dostępny, badania nie przeprowadza się,o w przypadku kobiet w wieku 45 lat i więcej weryfikacja dostępności wyniku badania mammograficznego z ostatnich 2 lat; jeżeli wynik tego badania nie będzie dostępny, lekarz zaleci wykonanie tego badania oraz niezbędnych badań dodatkowych,o badania laboratoryjne stężenia kreatyniny w surowicy i ocena filtracji kłębuszkowej u pacjentów chorych na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze lub powikłania sercowo-naczyniowe od 50 roku życia w odstępach czteroletnich,- w przypadku pacjentów w wieku od 45 do 61 lat zalecane jest profilaktyczne badanie oczu u okulisty ambulatoryjnego w odstępach czteroletnich

Kalendarium badań przesiewowych obowiązujących w Czechach (na podst. <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>)



Programy badań przesiewowych

Badania profilaktyczne uzupełniane są programy badań przesiewowych, których celem jest wykrywanie nowotworów na wczesnym etapie, gdy nie występują żadne objawy ani problemy:

- [badania przesiewowe w kierunku raka piersi](#) (tzw. mammograficzne) poprzez mammografię w akredytowanych pracowniach – od 45 roku życia raz na dwa lata;
- [badania przesiewowe w kierunku nowotworów jelita grubego i odbytnicy](#) (tzw. badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego) po 50 r.ż. poprzez:
 - badanie kału na obecność krwi utajonej (FOBT); od 50. do 55. roku życia raz w roku, od 55. roku życia raz na dwa lata; test ten jest powszechnie dostępny u lekarzy rodzinnych i jego wykonanie jest bardzo proste albo
 - przesiewową kolonoskopię wykonywaną w akredytowanych ośrodkach raz na 10 lat.

Kraj	Odnalezione informacje																								
	<ul style="list-style-type: none"> • badanie przesiewowe raka szyjki macicy poprzez badanie cytologiczne wymazu z szyjki macicy wykonywane w ramach badania profilaktycznego przez lekarza ginekologa prowadzącego – ocena laboratoryjna próbki wykonywana jest w akredytowanej placówce, z którą współpracuje lekarz ginekolog – od 15 roku życia, raz w roku • badania przesiewowe mające na celu wczesne wykrywanie raka płuc za pomocą tomografii komputerowej o niskiej dawce promieniowania w akredytowanych ośrodkach. Badaniem mogą zostać objęci palacze (obecni lub byli), którzy wypalali co najmniej 20 papierosów dziennie przez 20 lat i mają od 55 do 74 lat. • od 1 stycznia 2024 r. obowiązuje program populacyjny mający na celu wczesne wykrywanie raka prostaty. Jest to program pilotażowy Ministerstwa Zdrowia, przeznaczony dla mężczyzn w wieku od 50 do 69 lat. Głównym wskaźnikiem ryzyka jest badanie laboratoryjne krwi (tzw. PSA) i w zależności od ustalonych wartości następuje postępowanie zgodne z obowiązującą Metodą Ministerstwa Zdrowia Republiki Czeskiej. Pacjenci mogą zostać skierowani na badania laboratoryjne przez lekarza rodzinnego lub urologa. Na podstawie wyników lekarz planuje termin następnego badania kontrolnego: <ul style="list-style-type: none"> - jeśli wartość PSA wynosi do 1,0 µg/l, następne badanie należy wykonać za 4 lata; - jeżeli wartość PSA mieści się w przedziale 1,0–2,99 µg/l, badanie kontrolne zostanie wykonane po 2 latach; - jeśli wartość PSA wynosi 3,0 µg/l lub więcej, wydawane jest skierowanie do certyfikowanego urologa, który przeprowadzi dodatkowe badania i zdecyduje o dalszym monitorowaniu i badaniach. <p>Źródła: https://www.e-sbirka.cz/sb/2012/70/2021-02-24?f=70%2F2012&zalozka=text; https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky; https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/preventivni-prohlidky-hrazene-z-verejneho-pojisteni; https://www.kolorektum.cz/cs/verejnost/screening-rakoviny-ilusteho-streva-a-konecniku/#toks;</p>																								
Francja	<p>Mon Bilan Prévention (MBP) oraz Bilan de santé Bilan de santé - Examen de prévention en santé (ESP)</p> <p>We Francji istnieją dwa uzupełniające się programy badań profilaktycznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mój Bilans Zdrowia (fr. <i>Mon Bilan Prévention</i>, MBP) – wprowadzony w 2024 roku, celem objęcia profilaktyką całej populacji, dostosowany do wieku i ryzyka zdrowotnego; • Badanie kontrolne - badanie profilaktyczne (fr. <i>Bilan de santé Bilan de santé - Examen de prévention en santé</i> (EPS)) – jego rolą jest zaopiekowanie osób w trudnej sytuacji ekonomicznej. <p>Najważniejsze różnice między tymi programami to:</p> <table border="1" data-bbox="385 802 2058 1201"> <thead> <tr> <th data-bbox="385 802 577 842">Cecha</th> <th data-bbox="577 802 1274 842">Bilan de santé - Examen de prévention en santé (EPS)</th> <th data-bbox="1274 802 2058 842">Mon Bilan Prévention (MBP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="385 842 577 882">Cel</td> <td data-bbox="577 842 1274 882">Kompleksowy przegląd zdrowia dla osób w trudnej sytuacji ekonomicznej</td> <td data-bbox="1274 842 2058 882">Spersonalizowana profilaktyka zdrowotna w kluczowych momentach życia</td> </tr> <tr> <td data-bbox="385 882 577 922">Organizator</td> <td data-bbox="577 882 1274 922">CPAM (<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>)</td> <td data-bbox="1274 882 2058 922">Rząd francuski i ubezpieczenie zdrowotne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="385 922 577 978">Dla kogo?</td> <td data-bbox="577 922 1274 978">Osoby o ograniczonym dostępie do opieki zdrowotnej, posiadająca ubezpieczona we francuskim systemie zdrowia (<i>Assurance Maladie</i>)</td> <td data-bbox="1274 922 2058 978">Wszyscy obywatele w określonych przedziałach wiekowych</td> </tr> <tr> <td data-bbox="385 978 577 1034">Zakres badań</td> <td data-bbox="577 978 1274 1034">Pełna kontrola zdrowia (badania krwi, wzroku, serca itp.)</td> <td data-bbox="1274 978 2058 1034">Podczas konsultacji przedstawia się wyniki ostatnio zrealizowanych badań diagnostycznych i przesiewowych</td> </tr> <tr> <td data-bbox="385 1034 577 1074">Lokalizacja</td> <td data-bbox="577 1034 1274 1074">Centra badań zdrowotnych (Centres d'Examens de Santé - CES)</td> <td data-bbox="1274 1034 2058 1074">Lekarze pierwszego kontaktu, farmaceuci, pielęgniarki, położne, placówki medyczne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="385 1074 577 1114">Koszt</td> <td data-bbox="577 1074 1274 1114">Bezpłatny dla kwalifikujących się osób</td> <td data-bbox="1274 1074 2058 1114">Całkowicie refundowany przez ubezpieczenie zdrowotne</td> </tr> <tr> <td data-bbox="385 1114 577 1201">Częstotliwość</td> <td data-bbox="577 1114 1274 1201">Bez określonych przedziałów wiekowych, od 16 r.ż. Raz na 5 lat – częściej, jeżeli istnieją ku temu przesłanki ekonomiczne, społeczne lub wynikające z grupy ryzyka</td> <td data-bbox="1274 1114 2058 1201">Jednorazowo w ramach grupy wiekowej: 18–25, 45–50, 60–65, 70–75 lat</td> </tr> </tbody> </table> <p>Poniżej przedstawiono szczegółową charakterystykę obu rodzajów badań profilaktycznych.</p> <p>Mon Bilan Prévention</p> <p>Mój Bilans Zdrowia (fr. <i>Mon Bilan Prévention</i>, MBP) jest dostępny w całym kraju od 2024 r. dla wszystkich beneficjentów zabezpieczenia społecznego, którzy w czterech grupach wiekowych, tj. pomiędzy: 18 i 25; 45 i 50; 60 i 65; 70 i 75 lat.</p>	Cecha	Bilan de santé - Examen de prévention en santé (EPS)	Mon Bilan Prévention (MBP)	Cel	Kompleksowy przegląd zdrowia dla osób w trudnej sytuacji ekonomicznej	Spersonalizowana profilaktyka zdrowotna w kluczowych momentach życia	Organizator	CPAM (<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>)	Rząd francuski i ubezpieczenie zdrowotne	Dla kogo?	Osoby o ograniczonym dostępie do opieki zdrowotnej, posiadająca ubezpieczona we francuskim systemie zdrowia (<i>Assurance Maladie</i>)	Wszyscy obywatele w określonych przedziałach wiekowych	Zakres badań	Pełna kontrola zdrowia (badania krwi, wzroku, serca itp.)	Podczas konsultacji przedstawia się wyniki ostatnio zrealizowanych badań diagnostycznych i przesiewowych	Lokalizacja	Centra badań zdrowotnych (Centres d'Examens de Santé - CES)	Lekarze pierwszego kontaktu, farmaceuci, pielęgniarki, położne, placówki medyczne	Koszt	Bezpłatny dla kwalifikujących się osób	Całkowicie refundowany przez ubezpieczenie zdrowotne	Częstotliwość	Bez określonych przedziałów wiekowych, od 16 r.ż. Raz na 5 lat – częściej, jeżeli istnieją ku temu przesłanki ekonomiczne, społeczne lub wynikające z grupy ryzyka	Jednorazowo w ramach grupy wiekowej: 18–25, 45–50, 60–65, 70–75 lat
Cecha	Bilan de santé - Examen de prévention en santé (EPS)	Mon Bilan Prévention (MBP)																							
Cel	Kompleksowy przegląd zdrowia dla osób w trudnej sytuacji ekonomicznej	Spersonalizowana profilaktyka zdrowotna w kluczowych momentach życia																							
Organizator	CPAM (<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>)	Rząd francuski i ubezpieczenie zdrowotne																							
Dla kogo?	Osoby o ograniczonym dostępie do opieki zdrowotnej, posiadająca ubezpieczona we francuskim systemie zdrowia (<i>Assurance Maladie</i>)	Wszyscy obywatele w określonych przedziałach wiekowych																							
Zakres badań	Pełna kontrola zdrowia (badania krwi, wzroku, serca itp.)	Podczas konsultacji przedstawia się wyniki ostatnio zrealizowanych badań diagnostycznych i przesiewowych																							
Lokalizacja	Centra badań zdrowotnych (Centres d'Examens de Santé - CES)	Lekarze pierwszego kontaktu, farmaceuci, pielęgniarki, położne, placówki medyczne																							
Koszt	Bezpłatny dla kwalifikujących się osób	Całkowicie refundowany przez ubezpieczenie zdrowotne																							
Częstotliwość	Bez określonych przedziałów wiekowych, od 16 r.ż. Raz na 5 lat – częściej, jeżeli istnieją ku temu przesłanki ekonomiczne, społeczne lub wynikające z grupy ryzyka	Jednorazowo w ramach grupy wiekowej: 18–25, 45–50, 60–65, 70–75 lat																							

Kraj	Odnalezione informacje
	<p>Cele: umożliwienie pacjentowi decydowania o swoim zdrowiu oraz promowanie zachowań sprzyjających jego zdrowiu, abyś mógł czuć się lepiej i żyć dłużej w dobrym zdrowiu.</p> <p>Osoby uprawnione do prowadzenia MBP: lekarze (szczególnie lekarze rodzinni), położne, pielęgniarki i farmaceuci, którzy zdecydują się prowadzić MBP</p> <p>Etapy MBP od strony świadczeniodawcy obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identyfikację indywidualnych ryzyk i wspólną decyzję o priorytetach, którymi należy się zająć. Obejmuje to wymianę poglądów na temat priorytetowych zagadnień związanych z profilaktyką, takich jak zapobieganie chorobom układu krążenia, szczepienia, aktywność fizyczna, siedzący tryb życia, nawyki żywieniowe, a nawet uzależnienia. Sekwencja ta pozwala na identyfikację czynników ryzyka u pacjenta. Można również, w zależności od potrzeb i pragnień danej osoby, poruszyć kwestie zdrowia psychicznego, zdrowia seksualnego, a nawet uwarunkowań zdrowotnych związanych ze środowiskiem, w którym przebywa pacjent (dom, miejsce pracy itp.). Ta pierwsza część może być bardzo szybka, szczególnie dzięki pomocy opcjonalnego kwestionariusza własnego (wypełnianego przez pacjenta online lub w „Mon espace santé” przed oceną). Pytania są zadawane w różny sposób, w zależności od wieku, płci, warunków życia/pracy danej osoby, aby lepiej zrozumieć jej styl życia. Dostępne są cztery kwestionariusze zróżnicowane w zależności od grupy wiekowej. • krótka interwencja lub wywiad motywujący. Aby zająć się jednym lub dwoma priorytetowymi tematami, lekarz może skorzystać z narzędzi i metod, które pobudzają i wzmacniają motywację do zmiany nawyków. Broszura wsparcia dla profesjonalistów oferuje rozwój w zakresie technik motywującego wywiadu oraz krótkie interwencje. Najważniejsze informacje podsumowano w ulotce prezentacyjnej dostępnej na stronie internetowej ministerstwa zdrowia. Centrum zasobów prowadzone przez Szkołę Zaawansowanych Studiów Zdrowia Publicznego oferuje również moduły szkoleniowe. Celem jest przyjęcie postawy opartej na trosce i partnerstwie, która promuje zaufanie i dyskusję, aby zachęcić do zmiany zachowania • wspólne opracowanie Indywidualnego Planu Zapobiegawczego. Na zakończenie oceny lekarz wspólnie z daną osobą opracowuje Indywidualny Plan Zapobiegawczy (PPP), wskazując jej priorytetowe cele zdrowotne i konkretne działania mające na celu wprowadzenie zmiany w zachowaniu i nawykach związanych ze stylem życia. Ten spersonalizowany plan zapobiegania pozwala pacjentowi na skierowanie się na odpowiednią ścieżkę (skierowanie do jednego lub większej liczby pracowników służby zdrowia, zasobów online, stowarzyszeń, w szczególności stowarzyszeń sportowych itp.), którą można skonstruować przy użyciu mapy zasobów zapobiegawczych na Santé.fr. Następnie jest ona integrowana ze współdzielonym plikiem medycznym (DMP) w celu wysłania do lekarza prowadzącego. W przypadku podejrzenia niemonitorowanej lub nieznannej patologii, po ocenie konieczna jest konsultacja lekarska w celu umożliwienia postawienia diagnozy. Lekarz może w szczególności przeprowadzić pełne badanie kliniczne i zlecić określone badania dodatkowe. Po konsultacji medycznej mogą nastąpić konsultacje drugiej linii i/lub opieka innych specjalistów (psychologa, kardiologa itp.) w ramach skoordynowanej ścieżki opieki. Istnieją cztery spersonalizowane Plany Zapobiegawcze dla każdej z grup wiekowych. <p>Od strony pacjenta bilans MBP obejmuje następujące kroki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) umówienie się na wizytę u wybranego przez siebie pracownika służby zdrowia Jeśli pacjent zna już pracownika służby zdrowia, może umówić się na wizytę w zwykły sposób, zaznaczając, że jest to ocena profilaktyczna, ponieważ trwa ona dłużej niż standardowa konsultacja. 2) wypełnienie ankiety dotycząca właściwej grupy wiekowej Szybki i łatwy do wypełnienia kwestionariusz pozwoli pacjentowi wstępnie przyjrzeć się nawykom związanym ze stylem życia i kwestiom zdrowotnym, które chce omówić. Ankiety można wypełnić na stronie My Health Space. W przypadku gdy osoba nie jest w stanie wykonać tego zadania samodzielnie, może to zrobić podczas wizyty. 3) ocenę zdrowia i skorzystanie ze spersonalizowanych porad Przez 30–45 minut pacjent rozmawia z pracownikiem służby zdrowia na temat swojego stylu życia, aby wspólnie ustalić priorytety zdrowotne. MBP są okazją do omówienia potrzeb i pragnień, na przykład w zakresie diety, aktywności fizycznej, snu itp. Można omówić tematy, które są dla pacjenta najważniejsze, takie jak zdrowie psychiczne, zdrowie seksualne, pytania związane z menopauzą lub utratą autonomii, profilaktyką raka i badaniami przesiewowymi itp. MBP pozwala pacjentowi, dzięki poradom specjalisty ds. zdrowia, uzyskać klucz do identyfikacji i modyfikacji swoich zachowań, tak aby stały się one bardziej korzystne dla jego zdrowia. Podczas tej rozmowy z pomocą pracownika służby zdrowia określone są jeden lub dwa priorytety zdrowotne, nad którymi pacjent chce popracować. 4) uzupełnienie spersonalizowanego planu profilaktycznego ze specjalistą opieki zdrowotnej. Jeśli konieczna będzie dalsza konsultacja, wyda on skierowanie do odpowiednich specjalistów lub placówek. Na zakończenie oceny pacjent i pracownik służby zdrowia opracowują spersonalizowany plan profilaktyczny, wskazujący priorytetowe cele zdrowotne pacjenta i konkretne działania dostosowane do jego codziennego życia, które będzie wdrażać we własnym tempie. Ten spersonalizowany plan profilaktyczny zostanie następnie przesłany do lekarza prowadzącego (jeśli nie jest on pracownikiem służby zdrowia przeprowadzającym ocenę). W przypadku choroby, która nie jest monitorowana lub nie jest znana, pacjent zostaje skierowany bezpośrednio do lekarza (najlepiej do lekarza pierwszego kontaktu). <p>Zawartość kwestionariuszy MBP dla poszczególnych grup wiekowych:</p>

Kraj	Odnalezione informacje				
	Zagadnienie poruszane w kwestionariuszu:	Kwestionariusz MBP dla grupy wiekowej:			
		18–25 lat	40–50 lat	60–65 lat	70–75 lat
	1. Sytuacja osobista, społeczna i rodzinna:				
	• płeć	+	+	+	+
	• status zawodowy lub szkolny	+	-	-	-
	• warunki zamieszkania	+	-	-	-
	• posiadanie dzieci	+	+	-	-
	• samotne rodzicielstwo	+	+	-	-
	• plany prokreacyjne na kolejne 5 lat	+	-	-	-
	• pełnienia roli stałego opiekuna osoby starszej, chorej lub niepełnosprawnej	+	+	+	+
	• możliwość otrzymania wsparcia od osoby bliskiej	+	+	+	+
	• odczuwanie swoich warunków życia, pracy lub nauki jako uciążliwych lub trudnych	+	+	-	-
	• kontakt z bliskim krewnym w ciągu ostatnich 6 mies.	-	-	+	+
	2. Wywiad zdrowotny, w tym historia rodzinna				
	• chorowanie (teraz lub w przeszłości) na:				
	- cukrzycę	+	+	+	+
	- chorobę wrodzoną	+	-	-	-
	- alergię(e)	+	-	-	-
	- nowotwory	+	+	+	+
	- choroby układu oddechowego (np. astma, zapalenie oskrzeli, POChP)	+	+	+	+
	- depresję i/lub zaburzenia lękowe i/lub zaburzenia odżywiania	+	-	-	-
	- wysokie ciśnienie krwi	-	+	+	+
	- wysoki poziom cholesterolu	-	+	+	+
	- choroby układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, choroba wieńcowa, niewydolność serca, udar mózgu, itp.)	-	+	+	+
	- przewlekła zapalna choroba jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego)	-	+	-	-
	- choroba zwyrodnieniowa stawów lub choroba reumatyczna	-	-	+	+
	- złamania kręgu lub szyjki kościu udowej i/lub osteoporoza	-	-	+	+
	- inne choroby	+	+	+	+
	- nic	+	+	+	+
	• przebyte hospitalizacje	+	-	-	-

Kraj	Odnalezione informacje				
	• wykonane badania krwi i/lub analizy moczu w ostatnim czasie	+	+	+	+
	• występowanie chorób w najbliższej rodzinie (matka, ojciec, rodzeństwo), np. cukrzyca, wysokie ciśnienie krwi, nowotwory, zawał serca, nagła śmierć, wysoki poziom cholesterolu, itd.	+	+	+	+
	3. Aktualny stan zdrowia				
	• aktualnie prowadzone leczenie (prośba do pacjenta o przyniesienie recept na MBP)	+	+	+	+
	• wzrost (m)	+	+	+	+
	• masa ciała (kg)	+	+	+	+
	• obserwowana zmiana masy ciała w ostatnich 6 mies. (utrata/przybieranie)	+	+	+	+
	• postrzeganie roli jedzenia w życiu	+	-	-	-
	• pogorszenia widzenia	+	+	+	+
	• pogorszenie słuchu	-	+	+	+
	• korzystanie z usług stomatologicznych w ostatnich 12 mies.	+	+	+	-
	• znaczące i/lub nietypowe obrzęki kostek lub nóg	-	+	+	+
	• ból w okolicy pępka, klatki piersiowej, w szczególności podczas ćwiczeń	-	-	+	+
	• częsty kaszel	-	+	+	+
	• częsty mokry kaszel lub kaszel z odksztuszeniem wydzieliny	-	+	+	+
	• łatwiejsza utrata oddechu w porównaniu do rówieśników	-	+	+	+
	• przerwy w oddychaniu podczas snu lub chrapanie	-	+	+	+
	• objawy menopauzy/wiek przejścia menopauzy	-	+	+	+
	• problemy (ból, dolegliwości, dyskomfort) w szyi, plecach, ramionach lub dłoniach wyst. w ostatnich 12 mies., które wpływają na codzienne życie	-	+	+	+
	• problemy z oddawaniem moczu	-	-	+	+
	• jeżeli nadal pracujesz, to czy warunki pracy są trudne/sprawiające ból	-	-	+	-
	• zapominanie	-	-	+	+
	• większe trudności z wykonywaniem codziennych czynności	-	-	+	+
	4. Aktywność fizyczna, tryb życia, dieta				
	• częstość podejmowania 30-minutowej dynamicznej aktywności fizycznej w skali tygodnia	+	+	+	+
	• częstość spożywania owoców i warzyw	+	+	+	+
	• częstość spożywania tłustych/słodkich/słonnych potraw	+	+	+	+
	• ilość czasu spędzanego siedząc lub leżąc dziennie (poza porą snu)	+	+	+	+

Kraj	Odnalezione informacje				
	• ilość czasu spędzanego przed ekranem dziennie (poza nauką lub pracą)	+	+	+	+
	5. Szczepienia, badania przesiewowe, zdrowie seksualne				
	• posiadanie aktualnych szczepień, w tym szczepień przypominających	+	+	+	+
	• szczepienie przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)	+	-	-	-
	• badanie cytologiczne w kierunku raka szyjki macicy	+	+	+	+
	• konsultacja ginekologiczna w ostatnich 12 mies.	+	-	-	-
	• stosowanie antykoncepcji	+	-	-	-
	• silny ból w dolnej części brzucha podczas miesiączki	+	-	-	-
	• wykonanie badania przesiewowego w kierunku raka jelita grubego	-	+	+	+
	• wykonanie badania przesiewowego w kierunku raka piersi (mammografia)	-	+	+	+
	• wykonywanie badań w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową	+	-	-	-
	• posiadanie więcej niż jednego partnera seksualnego w ciągu 12 mies.	+	+	+	+
	• rezygnacja z używania prezerwatyw z nowym partnerem	+	+	+	+
	• u partnera stwierdzono jedną (lub więcej) chorób przenoszonych drogą płciową w ostatnich 12 mies.	+	+	+	+
	• odbycie stosunku seksualnego, który nie jest objęty ww. sytuacjami	+	+	+	+
	6. Wywiad środowiskowy				
	• dostęp do ułatwień dla osób o ograniczonej sprawności ruchowej w miejscu zamieszkania	-	-	-	+
	• dostęp do rozwiązań zapobiegającym upadkom w miejscu zamieszkania	-	-	-	+
	7. Uzależnienia, spożywanie alkoholu, tytoniu i innych substancji				
	• częstość spożywania napojów alkoholowych	+	+	+	+
	• potrzeba spożycia dużej ilości alkoholu w krótkim czasie celem odurzenia	+	-	-	-
	• palenie tytoniu, wapowanie	+	+	+	+
	• rzucenie palenia	-	+	+	+
	• zażywanie innych substancji w ostatnich 12 mies. (np. konopie indyjskie, inne narkotyki, podtlenek azotu)	+	+	+	+
	• zakłady pieniężne w grach (loteria, poker, etc.) lub sportach (wyścigi konne, sport, etc.) w ciągu ostatnich 12 mies.	+	+	+	+
	8. Zdrowie i samopoczucie psychiczne, przemoc				
	• problemy ze snem	+	+	+	+
	• długość snu	+	+	+	+
	• odczuwanie niepokoju, poddenerwowania lub napięcia w ciągu ostatnich 2 tyg.	+	+	+	+
	• niekontrolowane zamartwianie się w ciągu ostatnich 2 tyg.	+	+	+	+

Kraj	Odnalezione informacje				
	• niewielkie zainteresowanie lub przyjemności z wykonywania jakiejś czynności w ciągu ostatnich 2 tyg.	+	+	+	+
	• uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności w ciągu ostatnich 2 tyg.	+	+	+	+
	• odczuwania czarnych myśli, myśli samobójczych lub podjęcie próby samobójczej	+	+	+	+
	• bycie ofiarą przemocy fizycznej, seksualnej lub psychicznej, nękania, dyskryminacji, podporządkowania chemicznego lub zmuszania do przyjmowania narkotyków	+	+	+	+
	• pogląd na temat przejścia na emeryturę lub bycia na emeryturze	-	-	+	+
	• rozważanie nowych projektów w związku z przejściem na emeryturę	-	-	+	+
	9. Dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia				
	• potrzeba omówienia priorytetowo jednego lub więcej tematów z pracownikiem służby zdrowia dotyczących: poprawy jakości snu; poprawy diety i zwiększenia aktywności ruchowej, ograniczenia lub zaprzestania palenia tytoniu, ograniczania lub zaprzestania spożywania alkoholu, poprawy samopoczucia psychicznego, redukcja stresu lub lęku; lepszego poznania/zrozumienia/zapobiegania procesom starzenia; informacji dot. badań przesiewowych	+	+	+	+
	Dodatkowo każda ankieta zawiera:				
	<ul style="list-style-type: none"> • informacje/porady jak zadbać o siebie (wraz z linkami do odpowiednich stron); • skróconą instrukcję, jak umówić się na MBP • prośbę o okazanie podczas badania (jeżeli możliwe) informacji o szczepieniach, najnowszym wynikach badań (krwi, moczu, itp.) i badań przesiewowych. 				
	Finansowanie MBP – z perspektywy:				
	<ul style="list-style-type: none"> • pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> - MBP w 100% pokrywane przez ubezpieczenie zdrowotne wszystkich beneficjentów zabezpieczenia społecznego, bez konieczności dokonywania płatności z góry. • świadczeniodawcy: <ul style="list-style-type: none"> - MBP jest płatna według stawki 30 euro dla pracowników służby zdrowia upoważnionych do jej przeprowadzania (we Francji kontynentalnej); - Żadne działanie nie może zostać rozliczone dodatkowo z MBP, z wyjątkiem następujących sytuacji: <ul style="list-style-type: none"> ○ wykonywanie czynności profilaktycznych w ramach programu zdrowia publicznego: szczepienie położnych, farmaceutów (kod RVA) lub pielęgniarek (AMI 2.4 lub AMI 3.05), badanie cytologiczne szyjki macicy w ramach badań przesiewowych dla lekarzy i położnych (kod JKHD001) lub dostarczenie zestawu DOCCR przez farmaceutę; ○ wykonanie czynności związanej z rozpoznaniem postawionym w trakcie badania profilaktycznego: konsultacja z badaniem klinicznym i zlecaniem badań dodatkowych dla lekarzy i położnych (G, GS, C, CS – z wyłączeniem konsultacji złożonych i bardzo złożonych) oraz elektrokardiogramu dla lekarzy (DEQP003); - Te zabiegi profilaktyczne i diagnostyczne będą objęte ubezpieczeniem zdrowotnym na standardowych warunkach (dodatkowo, na jedną ocenę, może zostać naliczona opłata za tylko jeden zabieg lub konsultację spośród wymienionych); - Rozliczanie tych dodatkowych czynności nie powinno mieć charakteru systematycznego i powinno odbywać się wyłącznie w przypadkach, gdy potrzeba taka została stwierdzona w toku oceny zapobiegawczej. 				
	<p>Źródła: https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan-prevention-les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/#; https://www.santepubliquefrance.fr/info-accessible-a-tous/mon-bilan-prevention; https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-bilan-prevention; https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A17677; https://www.legifrance.gouv.fr/orf/id/JORFTEXT000049607673; https://monbilanprevention.sante.gouv.fr/;</p>				
	Bilan de santé - Examen de prévention en santé (EPS)				
	Bilans zdrowia EPS obejmuje trzy główne obszary:				
	<ul style="list-style-type: none"> • rozmowę z pracownikami służby zdrowia podczas konsultacji medycznej, 				

Kraj	Odnalezione informacje
	<ul style="list-style-type: none">• skorzystanie z działań przesiewowych,• uzyskanie spersonalizowanej porady i zindywidualizowanych zaleceń. <p>Czas trwania EPS: badanie trwa ok. 2 godzin i uwzględnia historię medyczną pacjenta. Zawiera także spersonalizowane informacje, m.in. takie jak: wiek, płeć, indywidualne czynniki ryzyka.</p> <p>Częstość udzielania EPS: raz na 5 lat.</p> <p>Warunki objęcia EPS:</p> <ul style="list-style-type: none">• wiek 16 lat i więcej,• oddalenie od systemu opieki zdrowotnej,• nieotrzymywanie regularnej opieki zdrowotnej od lekarza prowadzącego,• posiadanie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (fr. <i>régime général d'Assurance maladie</i>, CPAM) – jeżeli osoba objęta jest innym ubezpieczeniem zdrowotnym, może poprosić o spełnienie warunków umożliwiających skorzystanie z tego badania. <p>Priorytetowe grupy pacjentów w ramach EPS to:</p> <ul style="list-style-type: none">• osoby uprawnione, nieaktywne zawodowo w wieku 16 lat i starsze,• osoby poszukujące pracy i osoby pozostające na ich utrzymaniu,• osoby objęte ubezpieczeniem indywidualnym i osoby pozostające na ich utrzymaniu,• osoby korzystające ze świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych świadczeń emerytalnych oraz osoby pozostające na ich utrzymaniu,• inne osoby ubezpieczone nieaktywne zawodowo (np. studenci i emeryci niepracujący dodatkowo w związku ze studiami lub emeryturą, mężczyźni i kobiety pozostający w domu, osoby niezdolne do pracy) oraz osoby pozostające na ich utrzymaniu,• ludzie narażeni na ryzyko utraty zdrowia. <p>Jednakże wszyscy ubezpieczeni społecznie oraz osoby uprawnione mają prawo do korzystania z EPS.</p> <p>Realizatorzy: Badanie EPS powinno odbyć się w ośrodku badań zdrowia Social Security (ubezpieczenia społecznego)⁵ lub w ośrodku zatwierdzonym.</p> <p>Koszty: EPS w pełni pokrywane przez powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (CPAM) i nie ma konieczności dokonywania jakichkolwiek płatności z góry.</p> <p>W ramach CPAM fundusz zdrowia może z własnej inicjatywy zaprosić osobę do zapisania się na badania profilaktyczne. Także osoba zainteresowana może zgłosić się osobiście i poprosić o możliwość skorzystania z EPS.</p> <p>Kasa wysyła najpierw do wypełnienia prośbę o rejestrację, a następnie wezwanie, w którym określa: datę, miejsce i czas badania EPS. Do wezwania dołączany jest kwestionariusz medyczny, który należy przynieść w dniu badania. Należy go starannie wypełnić, ponieważ pomaga on w przeprowadzeniu badań, które zostaną przeprowadzone, a także może spowodować konieczność przeprowadzenia dodatkowych badań.</p> <p>Osoby młodociane w wieku 16–17 lat mogą być pod opieką przedstawiciela prawnego (np. rodzica). Jeśli chcą przyjść sami, przychodzą do ośrodka zdrowia z wypełnionym i podpisanym przez swojego przedstawiciela prawnego dokumentem autoryzacyjnym. Dokument ten otrzymują pocztą wraz z potwierdzeniem wizyty.</p> <p>Etapy realizacji EPS:</p> <ul style="list-style-type: none">• umożliwia rejestrację lub przerejestrowanie na ścieżkę medyczną łączącą opiekę z profilaktyką i wsparciem,• przeprowadzane są badania przesiewowe i badania profilaktyczne oraz gromadzone są informacje dotyczące stanu zdrowia.• informacje o zdrowiu obejmują następujące kwestie:<ul style="list-style-type: none">- informacje o prawach zdrowotnych,- ścieżka opieki,- czas interakcji z pracownikami służby zdrowia (np. dentystą),- wywiad dotyczący różnych obszarów tematycznych, np. uzależnienia, palenia tytoniu, nadwagi, otyłości, aktywności fizycznej,

⁵ Ośrodki badań lekarskich nie są ośrodkami opieki i nie udzielają pacjentom opieki medycznej. (<https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>)

Kraj	Odnalezione informacje
	<ul style="list-style-type: none"> - pomoc w różnych procedurach (np. programy pomocy przy nabyciu lub odnowieniu ubezpieczenia zdrowotnego, odpowiedzi na pytania dotyczące karty zdrowia (fr. <i>Carte Vitale</i>), pomoc w ustaleniu lekarza prowadzącego, kwestie związane z usługą Moja Przestrzeń Zdrowia (fr. <i>Mon espace santé</i>)). • badania przesiewowe obejmują w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> - próbka krwi - analiza moczu - ocenę słuchu - badanie krążeniowo-oddechowe • przeprowadzenie EPS: <ul style="list-style-type: none"> - może przebiegać w 1 lub 2 etapach w zależności od ośrodka realizującego EPS; - zakres badań może różnić się w zależności od elementów wskazanych przez pacjenta w kwestionariuszu medycznym, a także od czynników ryzyka specyficznych dla sytuacji pacjenta; - wizyta podsumowująca pozwala cenić stan zdrowia pacjenta, a w razie potrzeby zaplanować dodatkowe badania. Lekarz omawia także dalsze działania i zalecenia; - w przypadku trudności ze sfinansowaniem kolejnych EPS lub opieki, można umówić się również na spotkanie z wyspecjalizowanym pracownikiem socjalnym; - na prośbę pacjenta wyniki badań mogą zostać udostępnione pacjentowi i przesłane jego lekarzowi prowadzącemu, jeżeli takowego posiada. Zawartość kwestionariusza EPS: • obszar społeczno-administracyjny: <ul style="list-style-type: none"> - dane osobowe, płeć, dane adresowe; - informacje w zakresie ubezpieczenia społecznego, posiadania lekarza prowadzącego, wcześniejszego wykonywania EPS; - wywiad środowiskowy i społeczny: pozostawanie pod opieką pracownika socjalnego, pozostawanie w związku, jeśli masz małe dzieci, czy sam je wychowujesz, gotowość do podjęcia się roli opiekuna osoby starszej, niepełnosprawnej lub chorej, czy osoba jest właścicielem swojego domu, częstość występowania rzeczywistych trudności finansowych i zaspokojenia własnych potrzeb, uprawianie sportu w ostatnich 12 miesiącach, uczestnictwo w koncercie w ostatnich 12 miesiącach, wyjazd na wakacje w ostatnich 12 miesiącach, kontakt z członkiem rodziny innym niż rodzice lub dzieci w ostatnich 6 miesiącach, posiadanie wsparcia otoczenia w przypadku trudności finansowych, rodzinnych czy zdrowotnych w zakresie zakwaterowania czy pomocy materialnej; - poziom wykształcenia; - działalność zawodowa: pobieranie wynagrodzenia, forma zatrudnienia, wymiar czasu pracy, pora dnia i miejsce, narażenie na hałas w miejscu pracy lub zamieszkania (aktualne lub przeszłe), narażenie na pył, opary lub opary chemiczne (aktualne lub przeszłe); • obszar medyczny: <ul style="list-style-type: none"> - kontrole medyczne: powód ostatniej wizyty u lekarza, korzystanie z opieki stomatologicznej, badanie wzroku w ostatnich dwóch latach, spirometria w ostatnich dwóch latach, badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego w ostatnich dwóch latach, kolonoskopia w ostatnich 5 latach, w przypadku kobiet – data ostatniej porady konsultacji ginekologicznej, mammografia przesiewowa w ostatnich dwóch latach, badanie cytologiczne szyjki macicy w ostatnich trzech latach - wywiad środowiskowy: pochodzenie, współmieszkanie z osobą chora na WZW B lub C lub zakażoną HIV, przebyta transfuzja krwi, wykonany piercing lub tatuaż, palenie tytoniu, palenie marihuany w ostatnich 12 miesiącach, używanie narkotyków kiedykolwiek, spożywanie alkoholu, stosowanie specjalnej diety; - wywiad rodzinny: występowanie u ojca, matki, rodzeństwa którejkolwiek z następujących chorób – udar, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, depresja, rak jelita grubego, rak piersi, inne nowotwory lub inne choroby (w tym genetyczne); - wywiad zdrowotny z pacjentem: przebyte choroby serca lub naczyń krwionośnych, epizody omdleń lub drgawek, powtarzające się wysokie ciśnienie krwi, zawał mięśnia sercowego, udar, rak jelita grubego, rak piersi, rak skóry, inne nowotwory, zapalenie wątroby, choroby przenoszone drogą płciową, polipy jelitowe, nieprawidłowe wyniki stężenia glukozy, cholesterolu lub trójglicerydów, leczona depresja, narażenie na przemoc, przerwa w nauce lub pracy zawodowej ze wzgl. zdrowotnych trwająca dłużej niż 6 mies., przebyte operacje, w przypadku kobiet – w trakcie ciąży: zdiagnozowano cukrzycę lub nadciśnienie tętnicze, urodzenie dziecka o masie urodzeniowej >4 kg, interwencje chirurgiczne w obrębie macicy; - aktualny stan zdrowia: wysokie ciśnienie krwi, niewydolność wieńcowa, zapalenie tętnic, odczuwanie bólu w nogach lub łydkach podczas ćwiczeń lub podczas chodzenia, astma, częstość kasłania, obecność mokrego kaszlu lub kaszlu z odksztuśnianiem wydzieliny, zadyszka, przewlekła obturacyjna choroba płuc, przerwy w oddychaniu podczas snu lub

Kraj	Odnalezione informacje
	<p>chrapanie, znaczny przyrost masy ciała lub znaczna utrata masy ciała w ostatnich 12 miesiącach, cukrzyca, problemy z tarczycą, leczenie depresji, inne problemy ze zdrowiem psychicznym, zmiany skórne, które się nie goją lub zmiany w wyglądzie znamienia, inne choroby i problemy zdrowotne, w przypadku kobiet – ciąża, menopauza, krwawienia ginekologiczne po menopauzie;</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktualnie zażywane leki: leki przyjmowane codziennie, trudności z przyjmowaniem leków, stosowanie doustnej antykoncepcji, inne metody antykoncepcji, ostatnie szczepienie; - ocena postrzeganego stanu zdrowia (w skali 0–10, gdzie 0 oznacza zły, 10 oznacza dobry). <p>Źródła: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F170; https://www.dac-en-sante-centre-manche.fr/annuaire/annuaire-centre-manche/prevention-en-sante,5111,13440.html; https://storage.leadformance.com/media/clients/5a31493717a4460011e71dc77135433b1-5676-465c-a4ef-f0eb58f6222f-202112-eps-questionnaire-socio-administratif-assure.pdf; https://www.uc-cmp.fr/wp-content/uploads/2021/12/QSAM_adulte_sept2021_V2_A4.pdf; https://www.macsf.fr/vie-pratique/sante/bilan-sante</p>
Niemcy	<p>Gesundheits-Check-up – kontrola zdrowia</p> <p>Cel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identyfikacja zagrożeń dla zdrowia i wczesne wykrywanie powszechnych chorób, szczególnie chorób układu krążenia (zawał serca, choroba wieńcowa, udar), chorób nerek i cukrzycy, • wczesne rozpoznanie zaburzeń metabolizmu lipidów, nadciśnienia tętniczego • podjęcie odpowiednich działań zapobiegawczych. <p>Populacja: wszystkie osoby dorosłe posiadające ustawowe ubezpieczenie zdrowotne;</p> <p>Wiek: 18–34 lata: jednorazowo; od 35 lat: co trzy lata;</p> <p>Elementy bilansu zdrowia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wywiad lekarski (np. pytania o dolegliwości), w szczególności odnotowywanie profilu ryzyka, sprawdzanie statusu szczepień: <ul style="list-style-type: none"> • pytania dot. m.in.: wcześniejszych bilansów, posiadania choroby przewlekłej, występowania przypadków zachorowań na nowotwory w rodzinie, występowania nadciśnienia tętniczego czy cukrzycy typu 2 w rodzinie, palenia papierosów, spożywania alkoholu, aktywności ruchowej i uprawiania sportu, doświadczanie stresu lub innych obciążeń psychicznych; 2) Badanie fizykalne (stan całego ciała) w tym: <ul style="list-style-type: none"> • pomiar wzrostu i masy ciała, badanie klatki piersiowej, osłuchiwanie płuc, serca i tętnic, badanie palpacyjne brzucha, badanie układu mięśniowo-szkieletowego, skóry, układu nerwowego i narządów zmysłów, kontrola pulsu stopy, ocena objawów psychologicznych, pomiar ciśnienia tętniczego; 3) Badania laboratoryjne: <ul style="list-style-type: none"> • z krwi (od 35 r.ż., w wieku 18–34 lat wykonuje się badanie laboratoryjne, jeżeli profil ryzyka jest odpowiedni): <ul style="list-style-type: none"> - profil lipidowy (np. cholesterol), - glukoza na czczo, • z moczu (tylko od 35 r.ż.): białko, glukoza, czerwone/białe krwinki, azotyny; 4) Konsultacja lekarska obejmuje przekazanie informacji o wynikach badań i indywidualnych czynnikach ryzyka. Jeżeli jest to wskazane ze względów medycznych, wystawienie zaleceń dotyczących usług profilaktycznych z zakresu profilaktyki behawioralnej (np. kursów dotyczących ćwiczeń, odżywiania, radzenia sobie ze stresem lub zażywania narkotyków) w celu przedłożenia ich firmie ubezpieczenia zdrowotnego. Jeżeli badania wykażą konkretną chorobę lub zwiększone ryzyko jej wystąpienia, pacjent może zostać skierowany do specjalisty; 5) W razie konieczności badanie przesiewowe w kierunku raka skóry można przeprowadzić w połączeniu z badaniem kontrolnym; 6) W ramach bilansu przysługuje również jednorazowe badanie przesiewowe w kierunku zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B i wirusem zapalenia wątroby typu C (od 35 roku życia). <p>Koszty: pokrycie przez firmę ubezpieczeniową</p> <p>Ultraschalluntersuchung – badanie ultrasonograficzne Mężczyźni powyżej 65 roku życia mogą również poddać się jednorazowemu badaniu USG w celu wcześniejszego wykrycia tętniaka aorty brzusznej.</p> <p>Programy badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów:</p>

Kraj	Odnalezione informacje
	<p>W ramach ubezpieczenia zdrowotnego pacjentom przysługuje również⁶:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rak szyjki macicy – badanie ginekologiczne dla kobiet od 20 roku życia, w tym badanie cytologiczne, dodatkowo test HPV; • rak piersi – coroczne badanie piersi u kobiet powyżej 30 roku życia (palpacyjne); u kobiet od 50 do 75 roku życia mammografia raz na dwa lata; • rak skóry – badanie skóry u kobiet i mężczyzn powyżej 35 roku życia raz na dwa lata; • rak prostaty – coroczne badanie palpacyjne w kierunku raka prostaty u mężczyzn powyżej 45 roku życia; • rak jelita grubego – badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego – co 5 lat od 50 do 65 roku życia zaproszenia dla ubezpieczonych obywateli: <ul style="list-style-type: none"> - test immunologiczny* na krew utajoną w kale (iFOBT) u mężczyzn i kobiet w wieku: <ul style="list-style-type: none"> o 50–54 lat – raz w roku; o od 55 r.ż. – co dwa lata (dopóki nie zostanie wykonana kolonoskopia w celu wczesnego wykrycia choroby, mężczyźni i kobiety w wieku 55 lat i więcej mają prawo do badania krwi w kale co dwa lata jako alternatywy dla kolonoskopii); - kolonoskopia*: <ul style="list-style-type: none"> o u mężczyzn – od 50 r.ż., dwa razy w odstępie co najmniej 10 lat (mężczyźni w wieku 50 lat i więcej mogą wybierać między badaniem na obecność krwi utajonej w kale a wczesną kolonoskopią. Jeśli mężczyźni nie skorzystają z oferty kolonoskopii do ukończenia 65 roku życia, przysługuje im wczesna kolonoskopia), o u kobiet – od 55 r.ż., dwa razy w odstępie co najmniej 10 lat (kobiety w wieku 55 lat i starsze mogą wybierać między badaniem na obecność krwi utajonej w kale a wczesną kolonoskopią. Jeśli kobiety nie skorzystają z oferty kolonoskopii do ukończenia 65 roku życia, przysługuje im wczesna kolonoskopia). <p><i>* - w przypadku badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego trwają prace nad wyrównaniem kryteriów kwalifikacji kobiet i mężczyzn oraz standaryzacją wymagań dotyczących odstępu czasu między badaniami krwi w kale. Oczekuje się, że w pierwszej połowie 2025 roku wszystkie ubezpieczone kobiety i mężczyźni w wieku 50 lat i starsi będą mogli wybierać między wczesną kolonoskopią (z powtórzeniem po 10 latach) a badaniem na obecność krwi ukrytej w stolcu (co dwa lata).</i></p> <p>Źródła: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/checkup.html#; https://gesund.bund.de/gesundheits-check-up-fuer-erwachsene; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krebsfrueherkennung.html</p>
Wielka Brytania	<p>Program NHS Health Check został uruchomiony w 2009 r. jako krajowy program prewencyjny, w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia (zawału serca, udaru mózgu) lub rozwoju niektórych form demencji u osób w wieku od 40 do 74 lat. Kontrola obejmowała ocenę: stanu palenia, spożycia alkoholu, aktywności fizycznej, masy ciała, ciśnienia krwi, cholesterolu, ryzyka cukrzycy, 10-letniego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.</p> <p>Od 1 października 2021 r. odpowiedzialność za program NHS Health Check została przeniesiona z Public Health England (PHE) do Biura ds. Poprawy Zdrowia i Nierówności (OHID) działającego w ramach Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej.</p> <p>Rewizja programu</p> <p>Opublikowana w 2021 r. rewizja programu NHS Health Check, która wykazała, że w latach 2015–2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • program w dużej mierze osiągnął swoje cele, docierając do 2 na 5 uprawnionych osób, w tym osób o wyższym ryzyku zachorowania, i zapewniając lepsze wyniki dla uczestników, • istnieje wiele możliwości udoskonalenia programu na całej ścieżce, • ryzyko u ludzi ujawnia się wcześniej, dlatego zmiana zachowania jest konieczna wcześniej, • szersze spojrzenie na zdrowie mogłoby rozwiązać obecny problem chorób, • większe wykorzystanie technologii może pomóc w ukierunkowaniu, dotarciu i personalizacji programu dla poszczególnych osób. <p>W latach 2015–2020 NHS Health Check w Anglii stwierdzono następujące korzyści i ograniczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • program dotarł do 41% (6 466 090) uprawnionych osób i pomógł przenieść nacisk z leczenia choroby na profilaktykę; • sześć czynników ryzyka ocenianych w ramach kontroli pozostaje największymi czynnikami przyczyniającymi się do obciążenia niepełnosprawnością i śmiercią z powodu chorób niezakaźnych wśród dorosłych,

⁶ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krebsfrueherkennung.html> [dostęp: 16.07.19]

Kraj	Odnalezione informacje
	<ul style="list-style-type: none"> • krajowy program prewencyjny mający na celu zwalczanie chorób niezakaźnych i ich czynników ryzyka jest nie tylko możliwy, ale także skutkuje lepszą rejestracją ryzyka, większą wykrywalnością chorób i korzystnymi wskaźnikami porad, skierowań i dalszych badań, • występują duże różnice między władzami lokalnymi pod względem ofert, przyjmowania i realizacji NHS Health Check, • nawet kilka lat po wykonaniu NHS Health Check, uczestnicy wykazują zazwyczaj lepsze wyniki zdrowotne, w tym niższą liczbę hospitalizacji i zgonów z powodu zawałów serca i udarów mózgu, • modelowanie ekonomiczne sugeruje, że w porównaniu z brakiem takich działań, a także z perspektywy społecznej, każdy 1 GBP wydany na obecny program NHS Health Check przynosi zwrot w wysokości 2,93 GBP. Prawdopodobnie do 2040 r. zmniejszy to również bezwzględne nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. <p>Rewizja wskazała też następujące kierunki rozwoju NHS Health Check:</p> <ul style="list-style-type: none"> • położenie podwalin pod zmiany i inwestowanie w rozwój programu, • opracowanie opcji cyfrowej i opublikowanie większej ilości danych dotyczących wydajności programu, • ocena w zakresie dodania dodatkowych stanów klinicznych i zaproszenie młodszych osób, • wprowadzenie rutynowej oceny oraz uwzględnienie nowych dowodów naukowych. <p>Cel programu NHS Health Check</p> <p>Zgodnie z <i>NHS Health Check Best practice guidance for commissioners and providers (October 2019, aktualizacja: marzec 2020)</i> program NHS Health Check ma na celu poprawę zdrowia i samopoczucia osób dorosłych w wieku 40–74 lat poprzez promowanie wczesnej świadomości, oceny i zarządzania głównymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia – czynnikami ryzyka związanymi z przedwczesną śmiercią, niepełnosprawnością i nierównościami zdrowotnymi w Anglii, poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promowanie i poprawę wczesnej identyfikacji i zarządzania indywidualnymi czynnikami ryzyka behawioralnego i fizjologicznego chorób naczyniowych i innych stanów związanych z tymi czynnikami ryzyka, • wspieranie osób w skutecznym zarządzaniu i ograniczaniu ryzyka behawioralnego i powiązanych stanów poprzez informacje, zachowania i interwencje kliniczne oparte na dowodach, • pomoc w zmniejszeniu nierówności w rozkładzie i obciążeniu ryzykiem behawioralnym, powiązanych stanami klinicznymi i wielochorobowością, • promowanie i wspieranie odpowiednich badań operacyjnych i ocen w celu optymalizacji realizacji programu i jego oddziaływania na szczeblu krajowym i lokalnym. <p>PHE dąży do osiągnięcia krajowego wskaźnika wykorzystania w regionie na poziomie 75% kwalifikującej się populacji, która raz na pięć lat przechodzi NHS Health Check, co jest kluczowe dla optymalizacji efektywności klinicznej i kosztowej programu. Istnieje szereg innych „kontroli zdrowia”, które są skierowane do określonych grup populacji. Kontrole te różnią się od NHS Health Check zarówno pod względem zakresu, grupy docelowej, jak i częstotliwości (załącznik A). Pacjenci, którzy kwalifikują się do tych kontroli, kwalifikują się również do NHS Health Check (pod warunkiem, że nie są wykluczeni, na podstawie zwykłych kryteriów wykluczenia zawartych w NHS Health Check).</p> <p>Populacja docelowa</p> <p><u>Kryteria włączenia:</u> osoby w wieku 40–74 lat</p> <p><u>Kryteria wykluczenia:</u> brak występowania żadnego z następujących schorzeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> • choroba niedokrwienna serca • przewlekła choroba nerek (PChN), która została sklasyfikowana jako stadium 3, 4 lub 5 w rozumieniu wytycznych klinicznych 182 Narodowego Instytutu Doskonałości Zdrowia i Opieki (NICE) dotyczących PChN • cukrzyca • nadciśnienie • migotanie przedsionków • przemijający atak niedokrwienny • hipercholesterolemia – definiowana jako rodzinna hipercholesterolemia • niewydolność serca • choroba tętnic obwodowych • udar • obecnie przepisuje się statyny w celu obniżenia poziomu cholesterolu • osoby, które wcześniej przeszły badanie kontrolne NHS lub inne badanie przeprowadzone przez służbę zdrowia w Anglii i u których stwierdzono 20% lub wyższe ryzyko rozwoju choroby sercowo-naczyniowej w ciągu najbliższych dziesięciu lat <p>Jeśli ktoś ma ryzyko CVD wynoszące 10–19%, nie zostanie wykluczony, chyba że spełnia jedno z pozostałych kryteriów wykluczenia, np. jeśli dana osoba otrzymuje przepisaną statynę.</p> <p>Częstość udzielania NHS Health Check: raz na 5 lat</p>

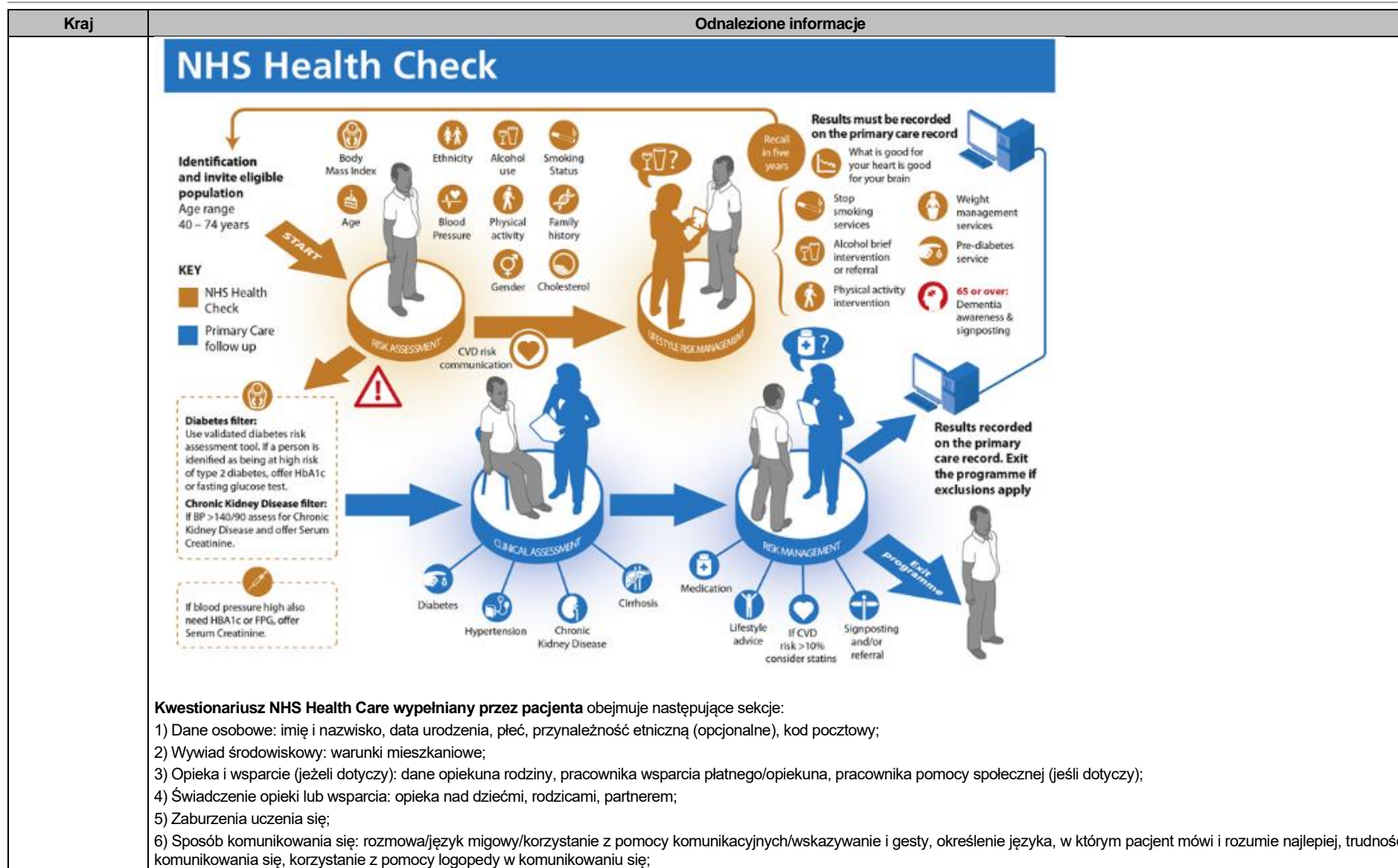
Kraj	Odnalezione informacje
	<p>Forma realizacji badań:</p> <ul style="list-style-type: none">• decyzja o miejscu i implementacji programu: PCTs (Primary Care Trusts)• gabinety GP, apteki, w niektórych miejscach – ośrodki sportowe czy biblioteki przez pielęgniarki, pomoc medyczną (healthcare assistant) lub innych wykwalifikowanych specjalistów <p>Personel realizujący bilans: pracownik służby zdrowia, zwykle pielęgniarka, ale także lekarz, farmaceuta lub asystent opieki zdrowotnej (ang. <i>healthcare assistant</i>)⁷.</p> <p>Czas trwania bilansu: 20–30 minut</p> <p>Komponenty NHS Health Check: (1) ocena ryzyka, (2) komunikacja ryzyka i (3) zarządzanie ryzykiem.</p> <p>Elementy realizacji:</p> <ul style="list-style-type: none">• zaproszenie na badanie dla osób spełniających kryterium wiekowe (wysłka zazwyczaj przez lokalny NHS lub przychodnię) lub zgłoszenie się samodzielnie do wybranych placówek• kwestionariusz – wypełnienie w warunkach domowych i odesłanie do przychodni POZ lub wypełnienie podczas wizyty wstępnej• pomiary podstawowych parametrów zdrowotnych oraz badania diagnostyczne• ocena ryzyka zdrowotnego• omówienie wyników, w tym komunikowanie pacjentowi informacji o ryzyku wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, chorób nerek i demencji,• plan dalszych działań i ewentualne skierowanie pacjenta na dalsze badania <p>Ścieżka pacjenta w programie NHS Health Check w powiązaniu z podstawową opieką zdrowotną:</p>

⁷ Asystenci opieki zdrowotnej (HCA) pracują we wszystkich specjalnościach oferowanych przez NHS Trust, aby wspierać świadczenie opieki klinicznej pod nadzorem wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia, takich jak dyplomowana pielęgniarka. Role asystentów opieki zdrowotnej obejmują również obszary: asystentów położniczych, asystentów terapii, asystentów operacyjnych i asystentów pediatrycznych. Asystenci opieki zdrowotnej są często nazywani pracownikami wsparcia opieki zdrowotnej.

Do najważniejszych zadań w zapewnianiu bezpośredniej opieki pacjentom należą: Rozumienie i rejestrowanie temperatury, oddechu, tętna i wagi pacjenta, Wspieranie pacjentów w jedzeniu i serwowaniu posiłków, Pomaganie pacjentom w myciu i ubieraniu się, Prowadzenie pacjentów do toalety, Spędzanie czasu na rozmowach z pacjentami, odpowiadanie na ich pytania, o ile to możliwe, i dbanie o to, aby czuli się komfortowo, Pomaganie pacjentom wstać z łóżka i poruszać się, Wspieranie pacjentów w zmianie pozycji w łóżku.

Aby zostać asystentem opieki zdrowotnej, musisz mieć umiejętności czytania i pisania na poziomie 2 (język angielski) i umiejętności liczenia na poziomie 1 (matematyka), które zostaną sprawdzone podczas rozmowy kwalifikacyjnej. Nie musisz mieć wykształcenia klinicznego ani umiejętności klinicznych — wszystkie szkolenia są zapewniane w miejscu pracy.

Źródło: <https://www.imperial.nhs.uk/careers/career-paths/healthcare-assistants> (data dostępu: 12.02.2025)



Kraj	Odnalezione informacje		
	<p>7) Lęki / fobie medyczne;</p> <p>8) Zatrudnienie;</p> <p>9) Stan słuchu;</p> <p>10) Stan uzębienia i jamy ustnej;</p> <p>11) Stan stóp;</p> <p>12) Ruchomość/mobilność: łatwość poruszania się, używanie pomocy do poruszania się, zmiany ruchomości w ostatnim roku, korzystanie z pomocy fizjoterapeuty celem poprawy mobilności, korzystanie z usług terapeuty zajęciowego, uprawianie sportu;</p> <p>13) Spożycie alkoholu;</p> <p>14) Palenie papierosów;</p> <p>15) Jakość snu;</p> <p>16) Leki przyjmowane poza preskrypcją lekarza;</p> <p>17) Występowanie alergii;</p> <p>18) Zażywanie narkotyków (konopie indyjskie lub ecstasy);</p> <p>19) Uprawianie seksu i stosowanie antykoncepcji;</p> <p>20) Zdrowie psychiczne: samoocena stanu emocjonalnego, korzystanie z usług psychiatry, zaburzenia pamięci, korzystanie z usług psychologa;</p> <p>21) Dieta: trudności w jedzeniu, piciu lub przelękanii, palący ból w centrum klatki piersiowej, wsparcie logopedy w jedzeniu i piciu, korzystanie z usług dietetyka, zmiany w apetycie, radykalne zmiany masy ciała;</p> <p>22) Zaburzenia oddawania moczu i kału: występowanie zatwardzeń lub biegunek, ból podczas oddawania moczu, krew w moczu, inne problemy związane z oddawaniem moczu, nietrzymanie moczu, nietrzymanie kału, zażywanie środków lub leków na wypróżnienie;</p> <p>23) Stan włosów, skóry i paznokci;</p> <p>24) W przypadku mężczyzn:</p> <p> a) występowanie obrzęku jąder</p> <p>25) W przypadku kobiet:</p> <p> a) stan piersi: ból lub guzki w piersiach, badanie przesiewowe piersi u kobiet 50+, upławy o nieprzyjemnym zapachu lub powodujące ból, badanie cytologiczne szyjki macicy u kobiet w wieku 25–64 lata;</p> <p> b) jakość miesiączki: obecność, bolesność, obfitość krwawienia, krwawienia międzymiesiączkowe;</p> <p>26) W przypadku kobiet i mężczyzn w wieku 60–69 lat: czy wysłano zestaw do badania na raka jelita grubego, data ostatniego badania;</p> <p>27) Padaczka: jeżeli tak, to doprecyzowanie częstości występowania napadów i ich specyfiki, korzystanie z usług lekarza lub pielęgniarki w tym zakresie;</p> <p>28) Ból: opis indywidualnych objawów bólowych, ból w klatce piersiowej, nierównomierne bicie serca, ból brzucha, obrzęk w pachwinie;</p> <p>29) Oddychanie: występowanie kaszlu</p> <p>30) Wywiad rodzinny: występowanie problemów medycznych i chorób w rodzinie;</p> <p>31) Inne problemy zdrowotne;</p> <p>32) Przynależność etniczna;</p> <p>33) Przynależność religijna;</p> <p>35) Posiadanie wcześniej wydanego planu działania w zakresie zdrowia (Health Action Plan).</p> <p>Ocena ryzyka w ramach NHS Health Check obejmuje:</p>		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="387 1321 734 1347">Parametr:</td> <td data-bbox="734 1321 2058 1347">Objaśnienia:</td> </tr> </table>	Parametr:	Objaśnienia:
Parametr:	Objaśnienia:		

Kraj	Odnalezione informacje	
	1) Ocena ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych	
	• QRISK3	Szacowanie 10-letniego ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych powinno się odbywać za pomocą QRISK®3
	• wiek	Wyrażony w latach, zawierający się w przedziale 40–74 lat
	• pleć	Jak podaje pacjent
	• status palacza	Wymagane dane: osoba niepaląca (nigdy niepaląca), były palacz (wcześniej palący), palacz okazjonalny (mniej niż 10 dziennie), palacz umiarkowany (11–19 dziennie), palacz intensywny (≥ 20 dziennie). Status palacza definiuje się jako palenie tytoniu, waporyzatory są wyłączone z tej definicji.
	• historia rodzinna choroby niedokrwiennej serca	Dotyczy informacji o historii rodzinnej choroby wieńcowej u krewnych pierwszego stopnia poniżej 60 lat. Krewny „pierwszego stopnia” oznacza ojca, matkę, brata lub siostrę.
	• przynależność etniczna	Samodzielnie określona przynależność etniczna przy użyciu jednej z następujących kategorii: biała/niezarejestrowana, hinduska, pakistańska, bangladeska, inna azjatycka, czarna afrykańska, czarna karaibska, chińska, inna, w tym mieszana. Przynależność etniczna jest potrzebna do oceny ryzyka cukrzycy.
	• wskaźnik masy ciała (BMI)	BMI oblicza się na podstawie masy ciała danej osoby podzielonej przez kwadrat jej wzrostu. Jeśli nie można zmierzyć wzrostu i/lub masy ciała danej osoby, w tym osób po amputacji, obwód talii danej osoby, w pozycji leżącej, jeśli to możliwe, można wykorzystać do oceny, czy dana osoba ma nadwagę lub jest otyła, a także do oceny ryzyka wystąpienia cukrzycy. BMI jest wymagane do obliczenia ryzyka CVD. Może być również wykorzystywane przez narzędzia do oceny ryzyka cukrzycy w celu identyfikacji osób zagrożonych cukrzycą typu 2.
	• poziom cholesterolu	Cholesterol musi być mierzony jako stosunek całkowitego cholesterolu w surowicy do cholesterolu lipoprotein o wysokiej gęstości. Do tej oceny należy użyć dowolnego testu cholesterolu. Próbkę na czczo nie jest wymagana.
	• ciśnienie krwi	Wymagane zarówno ciśnienie skurczowe (SBP), jak i rozkurczowe (DBP). Tętno należy zmierzyć przed sprawdzeniem ciśnienia krwi, zgodnie z wytycznymi klinicznymi NICE dotyczącymi nadciśnienia. Osoby, u których stwierdzono nieregularny rytm tętna, powinny zostać skierowane do lekarza rodzinnego w celu dalszej diagnostyki migotania przedsionków.
	2) ocena poziomu aktywności fizycznej	
	• GPPAQ (ang. <i>General Practice Physical Activity Questionnaire</i>)	Kwestionariusz aktywności fizycznej dla lekarza ogólnego (GPPAQ) dostarcza pomiaru poziomu aktywności fizycznej danej osoby, który, jak wykazano, koreluje z ryzykiem sercowo-naczyniowym. Jest to jedyny sprawdzony pomiar aktywności fizycznej, który koreluje ze śmiertelnością z jakiegokolwiek przyczyny i jest zalecany przez NICE do stosowania w tym celu. Podczas gdy GPPAQ zadaje pytania dotyczące chodzenia i codziennych czynności, nie są one uwzględniane w obliczeniach ze względu na naznaczny poziom zawyżania liczby i intensywności tych aktywności fizycznych podczas walidacji. Lekarze będą musieli ocenić, czy pacjenci spełniają minimalne poziomy aktywności fizycznej dla osób sklasyfikowanych niżej niż aktywni.
	3) ocena zaburzeń związanych z używaniem alkoholu	

Kraj	Odnalezione informacje	
	<p>• wynik testu identyfikacji zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (AUDIT)</p>	<p>Wynik testu identyfikacji zaburzeń związanych z używaniem alkoholu – wynik konsumpcji (AUDIT-C). Szybki test przesiewowy na obecność alkoholu (FAST) lub wynik testu identyfikacji zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (AUDIT).</p> <p>Jeśli dana osoba uzyska wynik pięciu lub więcej w AUDIT-C lub trzy lub więcej w FAST, należy przeprowadzić drugą fazę, patrz schemat poniżej. Druga faza obejmuje udzielenie odpowiedzi na pozostałe pytania pełnego AUDIT. To właśnie ten pełny wynik AUDIT może określić poziom ryzyka danej osoby. Jeśli całkowity wynik AUDIT z dziesięciu pełnych pytań wynosi osiem lub więcej, oznacza to, że spożycie alkoholu przez daną osobę może narażać jej zdrowie na zwiększone lub wyższe ryzyko szkody.</p> <p>Celem określenia ryzyka szkody spowodowanej alkoholem, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca użycie pełnego kwestionariusza AUDIT. Kwestionariusz ten jest sprawdzony, był używany na całym świecie i jest uważany za „złoty standard” kwestionariusza ryzyka związanego z alkoholem. AUDIT-C, FAST i pełny AUDIT mogą być samodzielnie wypełniane przez osobę lub pytania mogą być zadawane ustnie osobie, a jej odpowiedź rejestrowana.</p> <p>Schemat oceny zaburzeń związanych z używaniem alkoholu</p>
<p>4) ocena ryzyka wystąpienia cukrzycy</p>		
<p>Wymagane dane różnią się w zależności od użytego zwalidowanego narzędzia do oceny ryzyka cukrzycy, ale mogą obejmować wiek, płeć, pochodzenie etniczne, historię rodzinną cukrzycy, BMI, rozpoznanie nadciśnienia, obwód talii, status palacza, historię chorób sercowo-naczyniowych, regularne przyjmowanie doustne leków sterydowych.</p> <p>Ocenę ryzyka cukrzycy należy przeprowadzić w dwóch etapach; pierwszym krokiem powinno być użycie sprawdzonego narzędzia do oceny ryzyka (lub, jeśli nie jest to możliwe, filtra cukrzycy) w celu zidentyfikowania osób narażonych na ryzyko. Drugim krokiem jest wykonanie badania krwi w celu wskazania, czy dana osoba jest narażona na cukrzycę typu 2. Diagnozę cukrzycy typu 2 można postawić wyłącznie na podstawie wyników pomiaru stężenia glukozy we krwi pobranej z krwi żyłnej. Jeśli dana osoba nie ma żadnych objawów, ale jej poziom przekracza próg cukrzycy typu 2, przed postawieniem diagnozy należy wykonać drugie badanie krwi.</p> <p>Podobnie jak w przypadku innych testów w ramach kontroli, ważne jest, aby osoby, które nie poddają się dalszym badaniom na cukrzycę, zrozumiały, że każdy ma pewien poziom ryzyka zachorowania na cukrzycę. Powinny one również zostać poinformowane o czynnikach ryzyka cukrzycy jako części ogólnych porad dotyczących stylu życia, które powinny być oferowane każdemu, kto poddaje się kontroli, niezależnie od ryzyka.</p>		
	<p>• Wynik zwalidowanych narzędzi do oceny ryzyka</p>	<p>Osoby należy uznać za osoby o wysokim ryzyku cukrzycy, stosując następujące progi dla odpowiednich sprawdzonych narzędzi do oceny ryzyka:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wynik QDiabetes jest większy niż 5,6; • wynik Cambridge diabetes risk jest większy niż 0,2; • wynik Leicester practice risk jest większy niż 4,8; • wynik Leicester risk assessment jest większy lub równy 16.
	<p>• Wbudowany „filtr cukrzycy”</p>	<p>Jeśli nie możesz wprowadzić użycia zwalidowanego narzędzia, nadal możesz użyć „filtra cukrzycy”. W tym przypadku osoby o wysokim ryzyku cukrzycy, a więc kwalifikujące się do badania poziomu glukozy we krwi, to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby z czarnej, azjatyckiej lub innej grupy etnicznej ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) większym lub równym 27,5, lub • osoby ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) większym lub równym 30, lub • osoby z ciśnieniem krwi wynoszącym lub wyższym niż 140/90 mmHg lub u których ciśnienie skurczowe lub rozkurczowe przekracza odpowiednio 140 mmHg lub 90 mmHg.

Kraj	Odnalezione informacje
	<p>Oprócz osób spełniających kryteria wysokiego ryzyka dla „filtra cukrzycy”, ważne jest, aby wziąć pod uwagę sytuację danej osoby, ponieważ niektóre osoby, które nie mieszczą się w kategoriach filtra, nadal będą narażone na znaczne ryzyko. Obejmuje to:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby mające krewnych pierwszego stopnia z cukrzycą typu 2 lub chorobą serca, osoby z uszkodzeniami tkanek, o których wiadomo, że są związane z cukrzycą, takimi jak retinopatia, choroba nerek lub neuropatia, kobiety z cukrzycą ciążową w przeszłości, osoby z chorobami lub schorzeniami, o których wiadomo, że są związane z cukrzycą (np. zespół policystycznych jajników lub poważne zaburzenia zdrowia psychicznego), osoby przyjmujące obecnie leki, o których wiadomo, że są związane z cukrzycą (np. doustne kortykosteroidy).
<ul style="list-style-type: none"> Badanie poziomu glukozy we krwi 	<p>Nie ma jednego powszechnie uznawanego badania krwi na wysokie ryzyko cukrzycy ani na samą cukrzycę. Losowe (nie na czczo) badania poziomu glukozy w osoczu nie są zalecane. Badania poziomu glukozy w osoczu na czczo, choć mniej wygodne, są lepszą metodą. Można również zastosować test HbA1c.</p>
<ul style="list-style-type: none"> HbA1c (hemoglobina glikowana) 	<p>Badanie HbA1c nie wymaga postu, więc może być wygodniejsze dla pacjentów. Krew można pobrać dożylnie. HbA1c powstaje, gdy glukoza wiąże się z hemoglobina w czerwonych krwinkach. Im wyższy poziom glukozy w osoczu w ciągu ostatnich dwóch lub trzech miesięcy, tym wyższy poziom HbA1c. Nawet w zakresie niecukrzycowym wykazano, że HbA1c jest markerem ryzyka zdarzeń naczyniowych i może być stosowany do oceny ryzyka cukrzycy.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Stężenie glukozy na czczo (FPG) 	<p>FPG może być stosowany w celu identyfikacji osób z potencjalną cukrzycą lub osób z grupy wysokiego ryzyka. Jest on również stosowany w przypadku występowania stanów, które powodują, że test HbA1c jest niedokładny. Aby wykonać test FPG, osoba poddawana testowi powinna zostać poinformowana o wymogu pozostawania na czczo na piśmie lub telefonicznie. Jeśli to możliwe, wizyta powinna zostać zaplanowana nie później niż na godzinę 11:00, aby ułatwić post.</p>
<p>5) podnoszenie świadomości czynników ryzyka demencji</p>	
<p>Istnieją dwa elementy NHS Health Check dotyczące demencji – żaden z nich nie wymaga żadnej formalnej oceny ani testów pamięci.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pierwszym jest to, że każdy, kto przechodzi NHS Health Check, powinien być świadomy, że czynniki ryzyka chorób układu krążenia są takie same jak czynniki ryzyka demencji. To, co jest dobre dla serca, jest dobre dla mózgu. Do 35% demencji można zapobiec dzięki modyfikowalnym czynnikom ryzyka, w tym aktywności fizycznej, zdrowej diecie, zmniejszonemu spożyciu alkoholu i niepaleniu. Drugim jest to, że osoby w wieku 65–74 lat powinny być świadome oznak i objawów demencji i zostać skierowane do poradni diagnozujących i leczących zaburzenia pamięci, jeśli jest to właściwe. 	
<p>Elementy wizyty podsumowującej bilans:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> wymagane jest, aby: <ul style="list-style-type: none"> osoba przechodząca bilans została poinformowana o swoim wskaźniku masy ciała (BMI), poziomie cholesterolu, ciśnieniu krwi, wyniku AUDIT (ocena spożycia alkoholu), ocenie aktywności fizycznej, a także o swoim wyniku oceny ryzyka wystąpienia: chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2. Ponadto osoby w wieku 65–74 lat powinny być świadome oznak i objawów demencji oraz skierowane do ośrodków udzielających świadczeń osobom z zaburzeniami pamięci, jeśli jest to właściwe omówić wyniki i sposoby ich poprawienia, a także wskazać, gdzie można uzyskać dalszą pomoc. Zakres rozmowy może obejmować zalecenia co do: poprawy diety, zwiększenia ilości wykonywanych ćwiczeń, schudnięcia, rzucenia palenia, zmniejszenia ilości soli w diecie, zmniejszenia spożycia alkoholu, obniżenia poziomu cholesterolu; możliwe jest skierowanie pacjenta na dodatkowe badania celem dalszego jego monitorowania klinicznego, np. gdy u kogoś zostanie zidentyfikowane wysokie ryzyko wystąpienia lub rozwoju choroby naczyniowej, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Program NHS Health Care wymaga od władz lokalnych w takiej sytuacji zapewnienia integralności usług medycznych. 	
<p>Materiały, które otrzymuje pacjent na wizycie podsumowującej: broszura podsumowująca wyniki NHS Health Check</p>	
<p>Źródła: https://www.gov.uk/government/publications/nhs-health-check-programme-review/preventing-illness-and-improving-health-for-all-a-review-of-the-nhs-health-check-programme-and-recommendations; https://www.healthcheck.nhs.uk/commissioners-and-providers/national-guidance/; https://www.healthcheck.nhs.uk/seecmsfile/?id=1480; https://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/351/regulation/4/made;</p>	

Kraj	Odnalezione informacje
	https://www.healthcheck.nhs.uk/commissioners-and-providers/delivery/invitation-letter-and-results-card/ ; https://www.gov.uk/government/publications/nhs-health-checks-applying-all-our-health/nhs-health-checks-applying-all-our-health#taking-action

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. ogólnodostępnych źródeł – szczegółowe źródła wskazano przy poszczególnych krajach.

Na podstawie odnalezionych informacji dotyczących zasad realizacji i finansowania ustrukturyzowanych bilansów zdrowia osób dorosłych w Austrii, Czechach, Francji, Niemczech i Wielkiej Brytanii można zauważyć, że:

- cele wspólne dla analizowanych programów dotyczą przede wszystkim:
 - wczesnego wykrywania ryzyka chorób układu krążenia, chorób metabolicznych, powszechnie występujących nowotworów (głównie: rak szyjki macicy, rak piersi, rak jelita grubego, rak prostaty),
 - zapobieganiu uzależnieniom (nikotynizm, alkoholizm, uzależnienie od leków, narkomania),
 - profilaktyki chorób związanych z wiekiem, takich jak utrata słuchu czy wzroku,
 - uzyskanie spersonalizowanej porady obejmującej m.in. podejmowanie odpowiednich działań zapobiegawczych, w tym wydanie indywidualnych zaleceń czy kierowanie na dalszą diagnostykę lub leczenie (także specjalistyczne), zakończone opracowaniem indywidualnego planu zdrowotnego;
- z reguły obowiązuje jeden program bilansu zdrowia osób dorosłych (z wyjątkiem Francji) uzupełniany przez badania diagnostyczne realizowane w ramach programów badań przesiewowych, w szczególności w kierunku wczesnego wykrywania różnych typów nowotworów;
- są one w całości finansowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i nie jest wymagany udział finansowy pacjenta;
- w realizacji bilansów uczestniczy lekarz, w szczególności lekarz rodzinny;
- kwestionariusz wypełniany przez pacjenta ma charakter uproszczony;
- zróżnicowane podejście do organizacji tego typu rozwiązań systemowych, w zakresie m.in.: wieku rozpoczęcia bilansów oraz stosowanych interwałów czasowych; stosowanych kryteriów wykluczania; liczby konsultacji i czasu ich trwania; komponentów wchodzących w skład bilansu; zagadnień uwzględnianych w kwestionariuszach wypełnianych przez pacjentów; realizowanego zakresu badań diagnostycznych; wykorzystania zwalidowanych narzędzi/kwestionariuszy oceny ryzyka.

Zestawienie najważniejszych informacji przedstawionych w powyższej analizie rozwiązań organizacyjnych z wybranych krajów w kontekście elementów zawartych w proponowanej organizacji wnioskowanego świadczenia przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 6. Porównanie rozwiązań organizacyjnych przyjętych w innych krajach wobec zaproponowanej w Karcie Świadczenia organizacji udzielania badań oraz interwencji medycznych w ramach świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”

„Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” (BZD) wnioskowana organizacja udzielania bilansu na podst. Karty Świadczenia		Austria	Czechy	Francja		Niemcy	Wielka Brytania
Element	Badanie/interwencja	Vorsorgeuntersuchung	Ogólne badanie profilaktyczne	Mon Bilan Prévention	Bilan de santé - Examen de prévention en santé	Gesundheits-Check-up	NHS Health Check
Populacja docelowa, wiek	wszyscy pacjenci dorośli po ukończeniu 20 r.ż.	osoby od 18 r.ż. zamieszkałe na terenie Austrii	osoby dorosłe	osoby podlegające ubezpieczeniu społecznemu z czterech grup wiekowych, tj. pomiędzy: 18 i 25; 45 i 50; 60 i 65; 70 i 75 lat	wiek 16 lat i więcej osoby w trudnej sytuacji socjalno-bytowej brak regularnej opieki lekarskiej posiadanie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego dodatkowo wyodrębnione grupy priorytetowe w trudnej sytuacji socjalno-bytowej	wszystkie osoby dorosłe (18+) posiadające ustawowe ubezpieczenie zdrowotne	osoby dorosłe w wieku 40–74 lata nieposiadające określonych schorzeń ⁸ wykluczających z udziału w programie
Interwały czasowe, wiek	– osoby w wieku 20–59 lat: co 5 lat – osoby w wieku 60 lat i więcej: co 3 lata	– 18–40 lat: raz w roku na życzenie lub co 3 lata; – >40 r.ż.: co 2 lata	– co 2 lata	– jednorazowo w ramach poszczególnych ww. grup wiekowych	– co 5 lat (w niektórych sytuacjach częściej)	– 18–34 lat: jednorazowo; – 35 lat i więcej: co 3 lata	– co 5 lat
Personel medyczny realizujący BZD	Koordinator/koordynator profilaktyki	–	–	–	– (ośrodek badań zdrowia Social Security (ubezpieczenia społecznego) ⁹ lub ośrodek zatwierdzony)	–	–
	Profilaktyk	–	–	–	–	–	–

⁸ tj.: choroba niedokrwienna serca, przewlekła choroba nerek (PChN), która została sklasyfikowana jako stadium 3, 4 lub 5 w rozumieniu wytycznych klinicznych NICE nr 182 dotyczących PChN, cukrzyca, nadciśnienie, migotanie przedsionków, przemijający atak niedokrwienny, hipercholesterolemia – definiowana jako rodzinna hipercholesterolemia, niewydolność serca, choroba tętnic obwodowych, udar, obecnie przepisuje się statyny w celu obniżenia poziomu cholesterolu, osoby, które wcześniej przeszły badanie kontrolne NHS lub inne badanie przeprowadzone przez służbę zdrowia w Anglii i u których stwierdzono 20% lub wyższe ryzyko rozwoju choroby sercowo-naczyniowej w ciągu najbliższych dziesięciu lat

⁹ Ośrodki badań lekarskich nie są ośrodkami opieki i nie udzielają pacjentom opieki medycznej. (<https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>)

„Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” (BZD) wnioskowana organizacja udzielania bilansu na podst. Karty Świadczenia		Austria	Czechy	Francja		Niemcy	Wielka Brytania	
Element	Badanie/interwencja	Vorsorgeuntersuchung	Ogólne badanie profilaktyczne	Mon Bilan Prévention	Bilan de santé - Examen de prévention en santé	Gesundheits-Check-up	NHS Health Check	
	Pielęgniarka	–	–	+	nie odnaleziono	–	+	
	Lekarz POZ	+	+	+	+	+		
Etapy realizacji								
1) Ankieta – kwestionariusz bilansu zdrowia dorosłych		–	–	+	+	–	+	
	Dane pacjenta	+	+	+	+	+	+	+
	Wywiad środowiskowy	–	+	+	+	–	+	
	Wywiad rodzinny – choroby przewlekłe (udar mózgu, zawał serca)	+	+	+	+	+	+	
	Wywiad rodzinny – nowotwory złośliwe (raki: piersi, jajnika, trzon macicy, jelita grubego lub odbytnicy, żołądka, nerki)	+	+	+	+	+	+	
	Aktywność fizyczna	–	–	+	+	+	+	
	Spożycie alkoholu (kwestionariusz AUDIT-C)	+	+	+	+	+		

„Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” (BZD) wnioskowana organizacja udzielania bilansu na podst. Karty Świadczenia		Austria	Czechy	Francja		Niemcy	Wielka Brytania
Element	Badanie/interwencja	Vorsorgeuntersuchung	Ogólne badanie profilaktyczne	Mon Bilan Prévention	Bilan de santé - Examen de prévention en santé	Gesundheits-Check-up	NHS Health Check
							podczas wywiadu lekarskiego – AUDIT-C, FAST lub AUDIT)
	Palenie tytoniu i wyrobów tytoniopodobnych (kwestionariusz HSI)	+	+	+	+	+	+
		(brak zwalidowanego narzędzia oceny)	(wskazano ogólnie uzależnienia)	(brak zwalidowanego narzędzia oceny)	(brak zwalidowanego narzędzia oceny)	(brak informacji dot zwalidowanego narzędzia oceny)	(brak zwalidowanego narzędzia oceny)
	Zdrowie psychiczne (kwestionariusze: PHQ-2, PHQ-9)	-	-	+	+	+	+
				(brak zwalidowanego narzędzia oceny)	(brak zwalidowanego narzędzia oceny)	(brak informacji dot zwalidowanego narzędzia oceny)	(brak zwalidowanego narzędzia oceny)
	Nawyki żywieniowe	-	-	+	+	-	+
2) Badania diagnostyczne					+	+	+
		+	+	-	(w zależności od elementów wskazanych w kwestionariuszu pacjenta oraz stwierdzonych czynników ryzyka)	(od 35 r.ż.; w wieku 18–34 lata wykonuje się badanie laboratoryjne, jeżeli profil ryzyka jest odpowiedni)	
– zakres podstawowy	morfologia	+	-	-	nie odnaleziono	-	-
		(u kobiet liczba czerwonych krwinek <erytrocyty, hemoglobina, hematokryt>)					
	glukoza	+	+	-	nie odnaleziono	+	+
			(podczas pierwszego ogólnego badania profilaktycznego po zakończeniu opieki przez świadczeniodawcę w zakresie POZ dla dzieci i młodzieży oraz dalej w wieku 30 lat i od 40 lat w odstępach dwuletnich od ostatniego badania)				(dodatkowo podczas wizyty ocena ryzyka cukrzycy wg zwalidowanych narzędzi (QDiabetes, Cambridge diabetes risk, Leicester practice risk, Leicester risk assessment) lub wg

„Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” (BZD) wnioskowana organizacja udzielania bilansu na podst. Karty Świadczenia		Austria	Czechy	Francja		Niemcy	Wielka Brytania
Element	Badanie/interwencja	Vorsorgeuntersuchung	Ogólne badanie profilaktyczne	Mon Bilan Prévention	Bilan de santé - Examen de prévention en santé	Gesundheits-Check-up	NHS Health Check
							algorytmu „filtr cukrzycy”
	kreatynina	-	+ (u pacjentów chorych na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze lub powikłania sercowo-naczyniowe od 50 r.ż. w odstępach czteroletnich)	-	nie odnaleziono	-	-
	lipidogram	+ (cholesterol, HDL, stosunek cholesterolu do HDL, trójglicerydy)	+ (cholesterol całkowity, HDL, LDL, triacyloglicerole) podczas pierwszego ogólnego badania profilaktycznego po zakończeniu opieki u lekarza rodzinnego w zakresie opieki nad dziećmi i młodzieżą oraz dalej w wieku 30, 40, 50 i 60 lat	-	nie odnaleziono	+	+ (jako stosunek całkowitego cholesterolu w surowicy do cholesterolu lipoprotein o wysokiej gęstości)
	TSH	-	-	-	nie odnaleziono	-	-
	lipoproteina A	-	-	-	nie odnaleziono	-	-
– zakres rozszerzony	ALAT	-	-	-	nie odnaleziono	-	-
	ASPAT	-	-	-	nie odnaleziono	-	-
	GGTP	+	-	-	nie odnaleziono	-	-
	PSA całkowity u mężczyzn	-	+ (od 2024 r. w ramach pilotażowego programu populacyjnego w kierunku wczesnego wykrywania raka prostaty)	-	nie odnaleziono	-	-
	anty-HCV	-	-	-	nie odnaleziono	+	-

„Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” (BZD) wnioskowana organizacja udzielania bilansu na podst. Karty Świadczenia		Austria	Czechy	Francja		Niemcy	Wielka Brytania
Element	Badanie/interwencja	Vorsorgeuntersuchung	Ogólne badanie profilaktyczne	Mon Bilan Prévention	Bilan de santé - Examen de prévention en santé	Gesundheits-Check-up	NHS Health Check
						(jednorazowo od 35 r.ż.)	
	Badanie na krew utajoną w kale (FIT*) * - badanie immunochemiczne kału (ang. faecal immunochemical test), inna nazwa iFOBT	+ (test gwajakowy Hemoccult®, u osób >50 r.ż., raz w roku)	+ (test immunochemiczny (iFOBT), w ramach programu badań przesiewowych u osób po 50 r.ż.: 50–55 raz w roku, > 55 lat: co dwa lata – alternatywnie do kolonoskopii co 10 lat)	–	nie odnaleziono	+ (w ramach programu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego; test immunologiczny na krew utajoną w kale (iFOBT) jako alternatywa dla kolonoskopii: – 50–54 r.ż.: raz w roku, – od 55 r.ż.: co dwa lata)	+ (test immunochemiczne na krew utajoną w kale (iFOBT) przesyłany pacjentowi pocztą)
	3) Wizyta podsumowująca z przygotowaniem Indywidualnego Planu Zdrowotnego	+	+	+	+	+	+
– pomiary antropometryczne	masa ciała	+	+	+	nie odnaleziono	+	+
	wzrost	+	+	+	nie odnaleziono	+	+
	BMI	+	+	+	nie odnaleziono	–	+
	obwód talii	+	–	–	nie odnaleziono	–	+
	ciśnienie tętnicze i tętno	+	+	nie odnaleziono	nie odnaleziono	+	+
	– ocena funkcji poznawczych u osób w wieku 60+ lat w skali mini-COG	–	–	–	–	–	–
	– ocena globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego SCORE2 lub SCORE2-OP lub SCORE2-Diabetes (dla osób z rozpoznaną cukrzycą)	+ (kalkulator AHA, NewZealand Scale)	+ (brak informacji dot. zwalidowanego narzędzia oceny)	+ (brak informacji dot. zwalidowanego narzędzia oceny)	+ (brak informacji dot. zwalidowanego narzędzia oceny)	+ (brak informacji dot. zwalidowanego narzędzia oceny)	+ (QRISK3)
	– analiza wyników badań laboratoryjnych	+	+	+ (wyniki ostatnio wykonanych badania poza MBP)	+ (możliwość udostępnienia wyników badań pacjentowi i przesłanie ich jego)	+	+

„Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” (BZD) wnioskowana organizacja udzielania bilansu na podst. Karty Świadczenia		Austria	Czechy	Francja		Niemcy	Wielka Brytania
Element	Badanie/interwencja	Vorsorgeuntersuchung	Ogólne badanie profilaktyczne	Mon Bilan Prévention	Bilan de santé - Examen de prévention en santé (lekarzowi prowadzącemu)	Gesundheits-Check-up	NHS Health Check
	– analiza wyników ankiety, w tym kwestionariuszy do oceny różnych zaburzeń	+	–	+	+	+	+
	– przygotowanie Indywidualnego Planu Zdrowotnego	– (lekarz wydaje dokument zawierający wszystkie wyniki badań)	–	+	– (omówienie przez lekarza dalszych działań i zaleceń)	– (w razie potrzeby wystawienie zaleceń w zakresie usług z zakresu profilaktyki behawioralnej na potrzeby firmy ubezpieczenia zdrowotnego)	+
	– w razie potrzeby – skierowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w POZ lub skierowanie do AOS lub Poradni Zdrowia Psychicznego/Centrum Zdrowia Psychicznego	+	nie odnaleziono	+	+	+	+
	4) Interwencje prozdrowotne – porady edukacyjne	–	–	–	–	+	–
						(świadczenia z zakresu profilaktyki behawioralnej)	

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie przeanalizowanych źródeł

4.8. Opinie ekspertów klinicznych

Pismem z dnia 09.02.2025 r. znak: 05/20205/KK.MR, Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej przekazała doprecyzowanie KŚOZ w zakresie kwestii dotyczących przystępowania świadczeniodawców do realizacji wnioskowanego świadczenia oraz odsetka populacji kwalifikującej się do wykonania bilansu zdrowia.

Ekspertka poinformowała, że:

- świadczenie ma mieć charakter świadczenia gwarantowanego w koszyku POZ, a zatem nie jest przewidziana dobrowolność, lecz obligatoryjność realizacji;
- populacja kwalifikująca się potencjalnie do wykonania bilansu zdrowia to ok. 30 mln, w tym ok. 21 mln do wykonania raz na 5 lat i ok. 9 mln do wykonania raz na 3 lata. Do Programu Profilaktyka 40 Plus kwalifikowało się ok. 20 mln osób, a w pierwszym roku jego realizacji wzięło w nim udział 150 tys., natomiast w kolejnych latach – maksymalnie 1,5 mln osób, (wg raportu z ewaluacji programu). Analizując te dane, można przypuszczać, że w pierwszych dwóch latach realizacji programu, udział populacji kwalifikującej się do bilansu zdrowia nie przekroczy 10%.

Ponadto, w dniu 26.02.2025 r. Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej przekazała informacje odnośnie kryteriów włączenia i wykluczenia pacjentów do poszczególnych badań diagnostycznych z zakresu rozszerzonego w ramach bilansu zdrowia osoby dorosłej. Szczegóły przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 7. Kryteria włączenia i wykluczenia do wykonania badań laboratoryjnych z zakresu rozszerzonego, doprecyzowane w korespondencji przez Konsultant Krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej

Badania laboratoryjne z zakresu rozszerzonego	Kryteria włączenia do przeprowadzenia badania			Kryteria wykluczenia
	Wiek (w latach)	Wynik ankiety	Inne	
ALAT	od 20	alkohol BMI >25		bez
ASPAT	od 20	jw.		bez
GGTP	od 20	jw.		bez
PSA- całkowite	od 40	bz	bz	na razie bez, docelowo jeśli już leczony - wykluczenie
anty-HCV	od 20	operacja, tatuaż, piercing, zabiegi endoskopowe	przy kolejnym bilansie – pytamy tylko o okres od ostatniego bilansu	
Badanie kału na krew utajoną (FIT/iFOBT)	od 40	bz	bz	na razie bez, docelowo – jeśli była do 5 lat wykonana kolonoskopia
Lipoproteina A	20–30	bz	bz	powtórne badanie po minimum 5 latach, gdy wynik 30–50

Dodatkowo do dnia przekazania opracowania analitycznego otrzymano trzy opinie eksperckie w sprawie zasadności zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, tj.:

- prof. dr hab. Ilony Kurnatowskiej – Konsultant Krajowej w dziedzinie chorób wewnętrznych,
- mgr Beaty Ostrzyckiej – Konsultant Krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego,
- prof. dr. hab. n. med. Jarosława Reguły – Konsultanta Krajowego w dziedzinie gastroenterologii (stanowisko odnośnie do zasadności finansowania badania kału na krew utajoną (test FIT).

Poniżej zestawiono odpowiedzi ekspertów w zakresie kluczowych dla niniejszego zlecenia kwestii.

Tabela 8. Opinie ekspertów klinicznych

Obszar	Ekspert		
	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska Konsultant Krajowa ds. chorób wewnętrznych	Mgr Beata Ostrzycka Konsultant Krajowa ds. pielęgniarstwa rodzinnego	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła Konsultanta Krajowy ds. gastroenterologii – opinia wyłącznie odnośnie do testu FIT
Zasadność finansowania wnioskowanego świadczenia w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ	<p>Finansowanie wymienionych we wniosku procedur jest w pełni uzasadnione.</p> <p>Wczesne wykrywanie chorób, identyfikowanie czynników ryzyka, a także zastosowanie profilaktyki pierwotnej, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej a w razie zidentyfikowania nieprawidłowości np. rozpoznanie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zaburzeń lipidowych, upośledzenia czynności nerek czy chorób wątroby umożliwia wczesną interwencję medyczną zapobiegając progresji chorób i powstawaniu powikłań. Identyfikacja czynników ryzyka i wczesne leczenie chorób przynosi korzyści zarówno w zmniejszeniu zachorowalności jak i śmiertelności. Ponadto zapobiega inwalidztwu/kalectwu oraz zwiększa jakość życia.</p>	<p>Wnioskowane świadczenie powinno być finansowane ze środków publicznych dając szansę na:</p> <ul style="list-style-type: none"> dostęp do zorganizowanej profilaktyki chorób na poziomie POZ wczesne wykrycie nieprawidłowości i ryzyka choroby podjęcie wczesnej interwencji na poziomie POZ co zwiększa dostępność tego świadczenia możliwość realizowania świadczenia przez pielęgniarki POZ co powoduje objęcie świadczeniem większej liczby świadczeniobiorców zadeklarowanych na liście aktywnej oraz powoduje, że świadczenie jest powszechne i dostępne szczególnie na obszarach o małym zaludnieniu oraz gminach wiejskich, gdzie pielęgniarki realizują porady pielęgniarstwa i porady edukacyjne wykorzystanie kompetencji pielęgniarek POZ w systemie podstawowej opieki zdrowotnej, co przekłada się na zmiany zachowań zdrowotnych populacji objętej świadczeniem zwiększony odsetek wykrycia przypadków we wczesnej fazie choroby <p>W ocenie ekspertki dobrze zaopiekowany świadczeniobiorca w populacji osób dorosłych, dla których prowadzone są bilanse zdrowia na poziomie poz, docelowo zapewnia realizację odwróconej piramidy świadczeń.</p> <p>Świadczenie powinno być finansowane ze środków publicznych według jednolitych stawek, adekwatnie do realizacji świadczenia programu profilaktyki ChUK na poziomie POZ niezależnie od profesjonalisty medycznego lekarza lub pielęgniarki realizującego poszczególne elementy bilansu z uwzględnieniem tego świadczenia.</p> <p>Badania wskazują, że efekty prowadzonych działań profilaktycznych skierowanych do poszczególnej grupy populacji zarówno osób zdrowych jak i w grupach ryzyka a także działań bezpośrednio edukacyjnych realizowanych zarówno przez pielęgniarki jak i lekarzy są porównywalne we wszystkich krajach europejskich, które wprowadziły programy profilaktyczne z efektem na wczesne wykrycie chorób</p>	<p>Test FIT nie powinien być finansowane w ramach wnioskowanego świadczenia.</p> <p>Powinien powstać prawdziwy i dobrze zorganizowany program przesiewowy w kierunku raka jelita grubego (zawierający ciągłe monitorowanie, kontrole jakości, szkolenia wykonawców centralny nadzór, ciągłą ewaluację jakości i efektywności) oparty o wykonywanie testu FIT wraz z kolonoskopią u osób, u których test wypadnie dodatnio</p> <p>W programie BZD nie powinno być testowania FIT ze względu na brak odpowiedniej organizacji nadzoru, monitorowania, ewaluacji, które są podstawą prawdziwych programów przesiewowych.</p>

Obszar	Ekspert		
	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska Konsultant Krajowa ds. chorób wewnętrznych	Mgr Beata Ostrzycka Konsultant Krajowa ds. pielęgniarstwa rodzinnego	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła Konsultanta Krajowy ds. gastroenterologii – <u>opinia wyłącznie odnośnie do testu FIT</u>
		i podjęcie wczesnego planu interwencji, co prowadzi do wydłużenia lat życia zarówno kobiet jak i mężczyzn w dobrym zdrowiu. Finansowanie świadczenia bilansu osób dorosłych w konsekwencji doprowadzi do zmniejszenia zachorowalności społeczeństwa na choroby, na które mają wpływ postawy zdrowotne oraz powtarzalność bilansu w poszczególnych interwałach jako efektywność zdrowotna prowadzonego w POZ programu zdrowotnego populacji docelowej. Przekłada się to na zwiększenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa w populacji osób dorosłych i odpowiedzialności za własne zdrowie co prognozując w efekcie zdrowia publicznego prowadzi do oczekiwanego wydłużenia trwania życia w zdrowiu bez choroby i niepełnosprawności. W efekcie wydłużyć to może wiek emerytalny i funkcjonalność pracownika zatrudnionego w sektorze pracy jako aktywnego zawodowo.	
Istotność wnioskowanego świadczenia	Wczesne identyfikacje chorób/czynników ryzyka umożliwiają wdrożenie leczenia i zapobiegają rozwojowi chorób i ich powikłań, a w konsekwencji zapobiegają kalectwu oraz zwiększonej śmiertelności.	Proponowane świadczenie – bilanse osób dorosłych mają istotny wpływ na zapobieganie przedwczesnemu zgonowi w populacji osób dorosłych, dają szansę na określenie populacji w grupie ryzyka co daje możliwość wprowadzenia wczesnych interwencji i wprowadzenia działań korygujących i naprawczych z uwzględnieniem wczesnej diagnostyki i podjęcia wczesnego leczenia co daje szansę na poprawę stanu zdrowia lub prowadzi do pełnego wyzdrowienia.	Program przesiewowy raka jelita grubego powinien być prowadzony w sposób zorganizowany, centralny z monitorowaniem jakości i ewaluacją efektywności. Tego nie zapewnia BZD.
Liczebność populacji docelowej	Ok. 30 mln osób – na podstawie danych z GUS oraz oszacowań własnych	<ul style="list-style-type: none"> • 5%-10% w pierwszym roku trwania bilansu • 10%-15% w drugim roku trwania świadczenia 	Populacja w wieku 50–70 lat – w odniesieniu do testu FIT.
Opcjonalne pakiety świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> • Najtańsze: <ul style="list-style-type: none"> - Program profilaktyka 40 Plus, - programy wczesnego wykrywania nowotworów: piersi, jelita grubego itd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Najtańsze: <ul style="list-style-type: none"> - Program 40 Plus, - program profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK), - program profilaktyki gruźlicy, - program profilaktyki p/nikotynowej, - program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, - program profilaktyki raka piersi, - program badań przesiewowych raka jelita grubego • Najskuteczniejsze: <ul style="list-style-type: none"> - program profilaktyki raka szyjki macicy, - program badań przesiewowych raka jelita grubego 	Brak odpowiedzi.

Obszar	Ekspert		
	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska Konsultant Krajowa ds. chorób wewnętrznych	Mgr Beata Ostrzycka Konsultant Krajowa ds. pielęgniarstwa rodzinnego	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła Konsultanta Krajowy ds. gastroenterologii – <u>opinia wyłącznie odnośnie do testu FIT</u>
Świadczenia częściowo lub całkowicie zastąpione przez wnioskowane świadczenie	<ul style="list-style-type: none"> Program profilaktyka 40 Plus Program ChUK 	<ul style="list-style-type: none"> Brak odpowiedzi. 	
Potencjalne problemy	<ul style="list-style-type: none"> Zachęcenie pacjentów do udziału w programie Egzekwowanie prowadzenia programu przez POZ 	<ul style="list-style-type: none"> Braki kadrowe młodych szczególnie do 40 roku życia pielęgniarzek POZ 	
Zgłaszalność do programów badań przesiewowych	Ekspertki wskazały na wzrost zgłaszalności do programów badań przesiewowych w związku z wprowadzeniem wnioskowanego świadczenia.		
Proponowany sposób finansowania	<ul style="list-style-type: none"> Przedstawiony sposób finansowania jest niejasny. 	<ul style="list-style-type: none"> Zaproponowany sposób finansowania jest adekwatny, ponieważ w bardzo prosty sposób wiąże wykonywanie dodatkowych świadczeń z przychodem finansowym placówki. Ponadto dodatkowy mechanizm finansowania wprowadza system bonusu jako dodatkowego okresowego motywatora dla zespołu. 	
Mocne i słabe strony	<p>Mocne strony:</p> <ul style="list-style-type: none"> pacjenci - zapobieganie kalektwu i zgonom świadczeniodawcy – zmniejszenie obciążenia systemu pacjentami z zaawansowanymi chorobami i ich powikłaniami płatnik – zmniejszenie kosztów leczenia chorób i ich powikłań <p>Słabe strony:</p> <ul style="list-style-type: none"> pacjenci – zgłaszalność chorych do programu świadczeniodawcy – obciążenie systemu dodatkowymi konsultacjami płatnik – poniesione koszty 	<p>Mocne strony:</p> <ul style="list-style-type: none"> pacjenci - otwarty dostęp do badań, i oceny stanu zdrowia; budowanie świadomości odpowiedzialności za swoje zdrowie świadczeniodawcy – przesunięcie punktu aktywności świadczeniodawców z osób chorych, w tym także stałych pacjentów często odwiedzających placówki, na populację osób zdrowych płatnik – odwracanie piramidy świadczeń, poprzez wzmocnienie wizerunku placówek POZ jako aktywnie działających na rzecz swojej populacji. Wczesne wykrywanie schorzeń, co wpłynie na obniżenie kosztów świadczeń na wyższych poziomach systemu <p>Słabe strony:</p> <ul style="list-style-type: none"> pacjenci – ryzyko spłylenia programu w przypadku braku wydolności organizacyjnej placówki świadczeniodawcy – może być niska wycena świadczenia, co nie będzie motywować do pełnej realizacji, niska wycena konsultacji czy edukacji spowoduje ograniczenie się podmiotów do biurokratycznego potwierdzania ich realizacji płatnik – bardzo trudno będzie uzyskać efekty, przy niedostatecznym rozwoju placówek POZ w wielu regionach kraju (placówki są, ale działają często jeszcze według schematów sprzed 20-30 lat) 	

Obszar	Ekspert		
	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska Konsultant Krajowa ds. chorób wewnętrznych	Mgr Beata Ostrzycka Konsultant Krajowa ds. pielęgniarstwa rodzinnego	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła Konsultanta Krajowy ds. gastroenterologii – <u>opinia wyłącznie odnośnie do testu FIT</u>
Dodatkowe propozycje	<ul style="list-style-type: none"> Włączenie do pakietu podstawowego badania ogólnego moczu, w którym wykrycie nieprawidłowości np. białkomoczu czy krwinkomoczu umożliwia wczesną identyfikację chorób nerek oraz chorób układu moczowego w tym nowotworów, a także uszkodzenie śródbłonka w przebiegu chorób cywilizacyjnych: układu krążenia, cukrzycy, otyłości itd. 	<ul style="list-style-type: none"> Wprowadzenie do programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy świadczenia dostępnego u pielęgniarki POZ, a tym samym poszerzenie kompetencji pielęgniarek POZ o możliwość wykonania cytologii skryningowej na poziomie pielęgniarki POZ Wprowadzenie do wnioskowanego świadczenia możliwości kierowania na badanie USG piersi z poziomu POZ w populacji kobiet w wieku 30-40 lat 	

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii ekspertów klinicznych

Podsumowanie stanowisk eksperckich:

- Konsultant Krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych / Konsultant Krajowa dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego:
 - wnioskowane świadczenie powinno być finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ,
 - bilanse zdrowia osób dorosłych umożliwiają wczesne wykrywanie chorób i identyfikację czynników ryzyka, co wpływa na zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności poprzez wdrożenie leczenia i odpowiednich działań naprawczych,
 - wprowadzenie wnioskowanego świadczenia po stronie płatnika spowoduje zmniejszenie kosztów leczenia chorób i ich powikłań, w szczególności na wyższych poziomach opieki;
- Konsultant Krajowy w dziedzinie gastroenterologii:
 - badanie kału na krew utajoną (FIT) nie powinno być finansowane w ramach Bilansu Zdrowia Dorosłych,
 - test FIT powinien zostać włączony do programu przesiewowy w kierunku raka jelita grubego, którego podstawą jest ciągle monitorowanie, kontrole jakości, szkolenia wykonawców centralny nadzór, ciągła ewaluacja jakości i efektywności.

4.9. Alternatywne świadczenia

Biorąc pod uwagę treść Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej załączonej do przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia można stwierdzić, że alternatywą dla ocenianego świadczenia jest:

- Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK) realizowany na poziomie POZ dla grupy wiekowej 35–65 lat – obejmujący wybrane czynniki ryzyka (choroby układu sercowo-naczyniowego);
- Program pilotażowy „Profilaktyka 40 Plus” przeznaczony dla populacji powyżej 40 roku życia obejmujący czynniki ryzyka najczęstszych chorób cywilizacyjnych (cukrzyca, nadciśnienie, choroby układu krążenia, wątroby, nerek oraz nowotwory jelita grubego i prostaty – w przypadku mężczyzn) – etap realizacji trwa do 30.04.2025 r.

Szczegółowe informacje dotyczące realizacji ww. świadczeń zostały opisane w rozdziale 5.1.

W KŚOZ przytoczono również inne programy profilaktyczne realizowane w ramach POZ (Program Profilaktyki Chorób Odytoniowych, Program Profilaktyki Gruźlicy), których poziom wykonalności jest szczytowy.

4.10. Wcześniejsze oceny AOTMiT związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem

Przedmiot niniejszego opracowania analitycznego wiąże się merytorycznie z dwoma zleceniami Ministra Zdrowia dotyczącymi przygotowania w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach:

- 1) koncepcji organizacji i zakresu pakietu profilaktycznego u osób dorosłych w wieku 40 lat i powyżej (40 Plus), w tym wskazanie konkretnych badań w świadczeniu przy uwzględnieniu ich cykliczności, np. co 5 lat,
- pismem z dnia 20.04.2020 r. przekazano do MZ opracowanie analityczne AOTMiT z dnia 20.04.2020 r. znak: WS.4320.11.2019 pn. „Program Profilaktyka 40 Plus. Koncepcja organizacji badań profilaktycznych dla osób w wieku 40–65 lat” zawierające propozycje rozwiązań organizacyjnych. Poniżej przedstawiono najważniejsze propozycje założeń ogólnych Programu:
 - możliwość skorzystania z Programu przez osoby w wieku 40–65 lat, które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń profilaktycznych, tj. u których nie dokonano kompleksowej oceny czynników ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, chorób metabolicznych oraz chorób onkologicznych;
 - podstawę kwalifikacji do badań profilaktycznych stanowi wywiad z wykorzystaniem kwestionariusza ankietowego, na podstawie którego lekarz oceni indywidualne czynniki ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia, onkologiczne i cukrzycę;
 - w ramach Programu zaproponowano:
 - pakiet podstawowy obejmujący standardowy zakres badań, w tym morfologię, cholesterol i glukozę,
 - pakiet pogłębiony obejmujący, w zależności od zidentyfikowanego ryzyka, badania dodatkowe, mające na celu potwierdzenie lub wykluczenie dodatkowych czynników ryzyka, w tym konsultację lekarza specjalisty np.: onkologa, kardiologa, diabetologa;
 - działania edukacyjne oparte na prowadzeniu poradnictwa w zakresie potrzeby unikania zachowań sprzyjających rozwojowi chorób oraz możliwości skorzystania z badań przesiewowych realizowanych w ramach ogólnopolskich programów zdrowotnych, regionalnych programów zdrowotnych oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN);
 - przyjęto możliwość realizacji Programu przez placówki POZ i Medycyny Pracy;
 - realizację Programu podzielono na 2 etapy (pakiety). Badania wchodzące w skład pakietu podstawowego wykonane zostaną wszystkim uczestnikom Programu, czyli parametry świadczące o stanie zdrowia. Jeśli w wyniku oceny stwierdzone zostaną czynniki ryzyka lub wyniki badań będą niepokojące, lekarz wykona bardziej szczegółowe badania laboratoryjne, EKG, USG lub skieruje na konsultację specjalistyczną, m.in. u kardiologa, diabetologa czy onkologa;

- 2) wypracowania modelu wdrożenia do systemu ochrony zdrowia przy ustaleniu i uwzględnieniu ścieżki kompleksowej - testu FIT w powiązaniu z profilaktyczną kolonoskopią przy jednoczesnym wskazaniu ograniczeń organizacyjnych, informatycznych, systemowych,
- pismem z dnia 30.06.2023 r. przekazano do MZ raport analityczny AOTMiT znak: OT.422.0.7.2023.2.TT WS.422.19.2023.DM pn. „Ocena efektywności klinicznej oraz propozycje modeli wdrożenia FIT do systemu badań przesiewowych”, w którym:
 - przedstawiono koncepcję dwóch modeli rozwiązań organizacyjnych:
 - model I polegający na realizacji testu FIT w ramach programu profilaktycznego na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie:
 - ❖ Profilaktyka 40 Plus po zakończeniu programu pilotażowego (31.12.2023 r.) i włączenia jej do wykazu świadczeń gwarantowanych,
 - lub opcjonalnie w zakresie nowego świadczenia gwarantowanego
 - ❖ Profilaktyka onkologiczna w podstawowej opiece zdrowotnej”, obejmująca realizację testu FIT powyżej 50 lat - w przypadku braku decyzji o włączeniu Profilaktyki 40 Plus do wykazu świadczeń gwarantowanych
 - model II polegający na zmianie obecnie funkcjonującego programu zdrowotnego „Program badań przesiewowych raka jelita grubego poprzez możliwość wyboru wykonania:
 - ❖ testu FIT na krew utajoną w kale dla osób w wieku 50-65 lat (co 2 lata), lub
 - ❖ kolonoskopii dla osób w wieku 50-65 lat i dla osób w wieku 40–49 lat, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego;
 - zwrócono uwagę na ograniczenia organizacyjne, informatyczne i systemowe, w tym:
 - brak spełniania przez laboratoria analityczne kryteriów jakościowych w związku z realizacją testów FIT,
 - brak opracowanych standardów rodzajów i zasad wykonywania testów FIT wykorzystywanych w profilaktyce raka jelita grubego w zakresie parametrów diagnostycznych czy dystrybucji,
 - brak monitorowania pod względem jakości i efektów zdrowotnych realizacji profilaktycznej kolonoskopii w ramach „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego”;
 - konieczność dostosowania systemu informatycznego e-zdrowie (P1) w zakresie sprawozdawczości i kompatybilności z innymi systemami NFZ;
 - konieczność przeprowadzenia jednoczesowego procesu legislacyjnego w zakresie zmian prawnych lub modyfikacji systemów informatycznych w NFZ (SIMP, SWIAD) i systemu e-zdrowie (P1) obsługiwanego przez CeZ, w tym aktów prawnych regulujących realizację świadczeń na poziomie POZ, w ramach programów zdrowotnych oraz określających standardy jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych;
 - zaproponowano rozwiązania polegające w szczególności na:
 - wprowadzeniu wymagań dla laboratorium medycznego m.in. w zakresie posiadania: certyfikatu ISO 15189:2012, co najmniej 3-letniego doświadczenia w wykonywaniu testów FIT oraz wykazania szkolenia oraz posiadania certyfikatu z obsługi analizatora do testowania kału na krew utajoną ilościową metodą immunochemiczną;
 - wprowadzeniu do realizacji testów FIT charakteryzujących się: najwyższą czułością i swoistością (minimum 85-90%), optymalną wartością punktu odcięcia FIT – 10µg/g;
 - dostosowaniu funkcjonalności systemu informatycznego w zakresie obsługi elementów / komunikatów sprawozdawczych mających zastosowanie m.in. do: obsługi zaproszeń, aktualizacji danych teleadresowych, weryfikacji wysyłki testów, planowania ponownego zaproszenia, wprowadzania wyników badań przesiewowych, rejestrowania wyniku testu i nadzoru nad populacją poprzez weryfikację pacjentów kwalifikujących się do badania, gromadzenia i edycji danych (w tym teleadresowych i kontaktowych) uczestników badań przesiewowych: testów FIT i kolonoskopii.

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

5.1. Aktualny stan realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych w Polsce

Wnioskowane badania diagnostyczne w ramach świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” są obecnie finansowane ze środków publicznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 Plus”, a badania lipoproteiny A – na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Szczegóły przedstawiono poniżej.

1. Aktualny stan prawny i realizacja badań wskazanych w zleceniu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a także poziom finansowania zostały określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.¹⁰

Załącznik nr 1 do powyższego rozporządzenia, który określa wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz warunki ich realizacji – w części IV Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz w części 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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmuje między innymi następujące badania (odpowiednio występujące we wskazanych częściach załącznika):

A. Część IV załącznika nr 1 obejmuje:

- badania hematologiczne:
 - morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi;
 - morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi;
- badania biochemiczne i immunochemiczne:
 - aminotransferaza alaninowa (ALT);
 - aminotransferaza asparaginianowa (AST);
 - cholesterol-HDL;
 - cholesterol całkowity;
 - cholesterol-LDL;
 - gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP);
 - glukoza;
 - hormon tyreotropowy (TSH);
 - kreatynina;
 - PSA - Antygen swoisty dla stercza całkowity;
- badania kału:
 - krew utajona - metodą immunochemiczną;

B. Część IV A załącznika nr 1 obejmuje:

- badania biochemiczne i immunochemiczne:
 - przeciwciała anty-HCV.

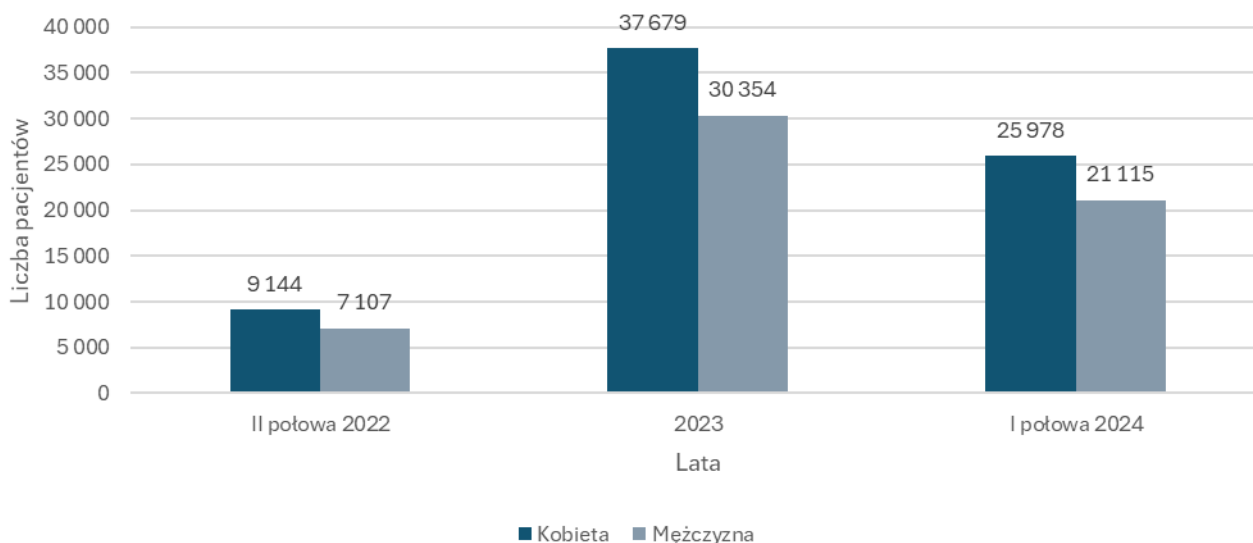
¹⁰ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001427> (dostęp: 23.02.2025 r.)

Na potrzeby niżej zaprezentowanych analiz w zakresie przyjęto następujące założenia:

- przedział wiekowy pacjentów: od 20 do 99 lat,
- ilekroć w analizie jest mowa o pacjencie, należy to rozumieć jako pojedyncze wystąpienie unikalnego numeru ID pacjenta,
- w Programie Profilaktyka 40 PLUS jako liczbę pacjentów przyjęto największą liczbę wykonanych badań, tj. poziom kreatyniny we krwi.

Badanie anty-HCV. Od II połowy 2022 r. do I połowy 2024 r. badanie anty-HCV wykonało prawie 129 tys. pacjentów. W analizowanym okresie wspomnianemu testowi poddało się 71 231 kobiet (55%) i 57 520 mężczyzn (45%).

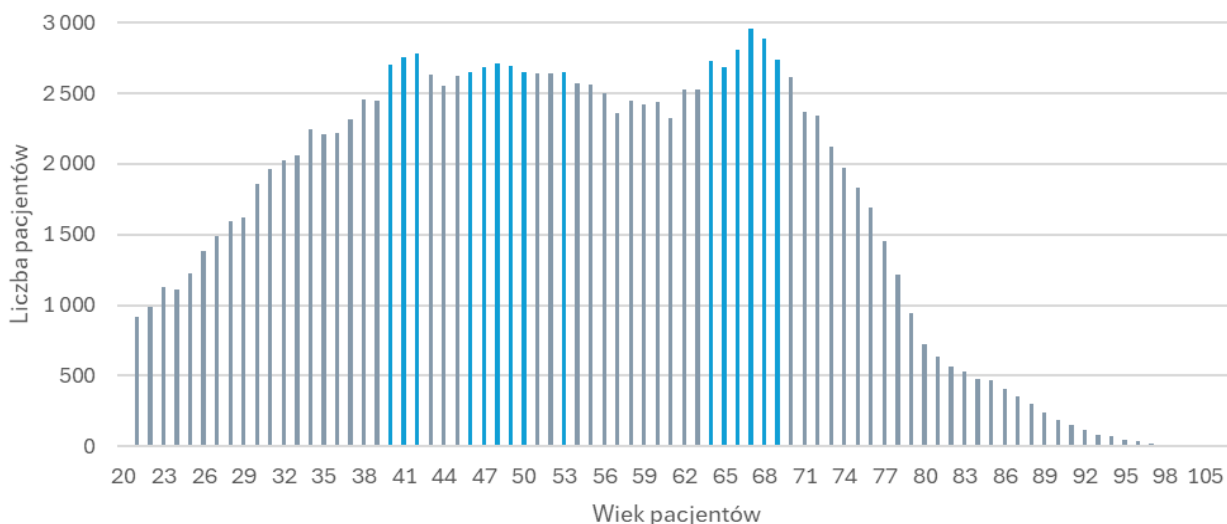
Wykres 1. Liczba pacjentów, której od II połowy 2022 do I połowa 2024 roku wykonano badanie anty-HCV w podziale na płeć



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ

Mediana wieku pacjenta, który wykonał badanie anty-HCV wynosi 50 lat. Top 30% rozkładu wieku pacjentów jest zróżnicowany i mieści się w kilku przedziałach: 39–41, 45–49, 52, 63–68 lat.

Wykres 2. Liczba pacjentów, która od II połowy 2022 do I połowa 2024 roku wykonała badanie anty-HCV



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ

Narodowy Program Chorób Układu Krążenia

Od 2022 r. Ministerstwo Zdrowia realizuje Narodowy Program Chorób Układu Krążenia (NPChUK) na lata 2022–2032, który stanowi kompleksową narodową strategią kardiologiczną będącą odpowiedzią na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia i wynikające z tego skutki w postaci wysokiej umieralności. NPChUK, przyjęty uchwałą nr 247 Rady Ministrów z 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 (M.P. 2022 poz. 1265), wszedł w życie 28 grudnia 2022 r.

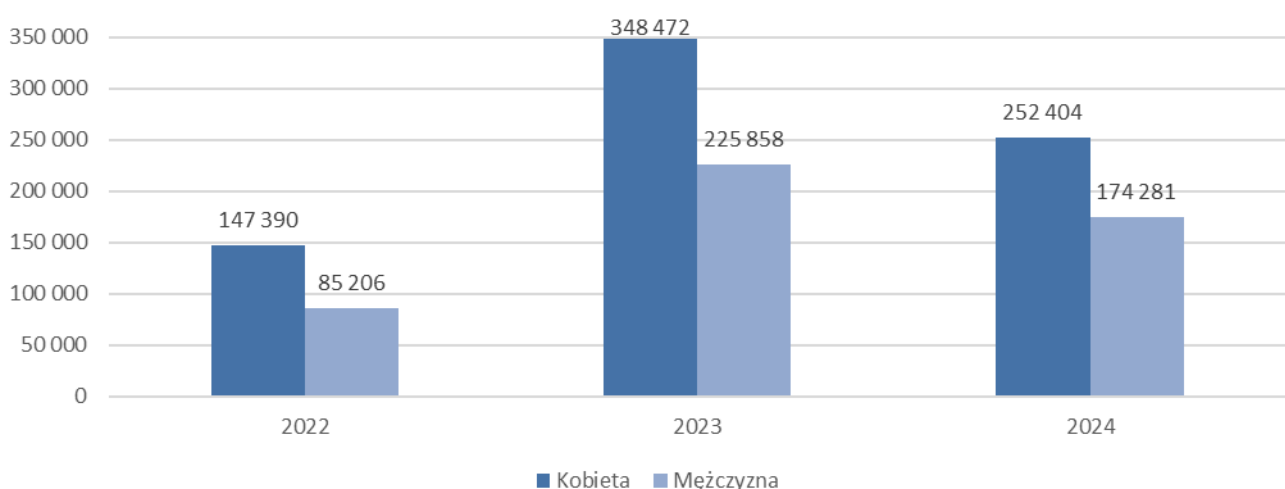
Głównym celem Programu jest obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia. Zgodnie z założeniami jego realizacja powinna przyczynić się do zmniejszenia częstości występowania w populacji Polskiej klasycznych czynników ryzyka ChUK takich jak nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, zaburzenia lipidowe, otyłość, cukrzyca. Poprawi się także jakość życia pacjentów z ChUK w trakcie, jak i po zakończeniu leczenia. Program ma zapewnić obywatelom równy i adekwatny do potrzeb dostęp do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia¹¹.

Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK). Działania w ramach NPChUK są realizowane m.in. na poziomie POZ. Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, który określa wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz warunki ich realizacji – w części II Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, określa między innymi:

- kryteria kwalifikacji do udzielania świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki:
 - osoby znajdujące się na liście świadczeniobiorców lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy objętym umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będące w wieku od 35 do 65 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek lub rodzinna hipercholesterolemia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (także u innych świadczeniodawców). Kolejne świadczenie przysługuje po upływie 5 lat,
- wymagane procedury medyczne m.in.:
 - zlecenie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i glukozy).

W latach 2022–2024 z Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia skorzystało prawie 1,234 mln pacjentów, w tym 748 266 kobiet (61%) i 485 345 mężczyzn (39%). W rok 2024 vs. 2022 nastąpił wzrost osób przystępujących do analizowanego programu o 45%, ale porównując do 2024 vs. 2024 r. wówczas miał miejsce spadek pacjentów o 26%.

Wykres 3. Liczba pacjentów, którzy od 2022 do 2024 roku skorzystali z Programu CHUK w podziale płeć



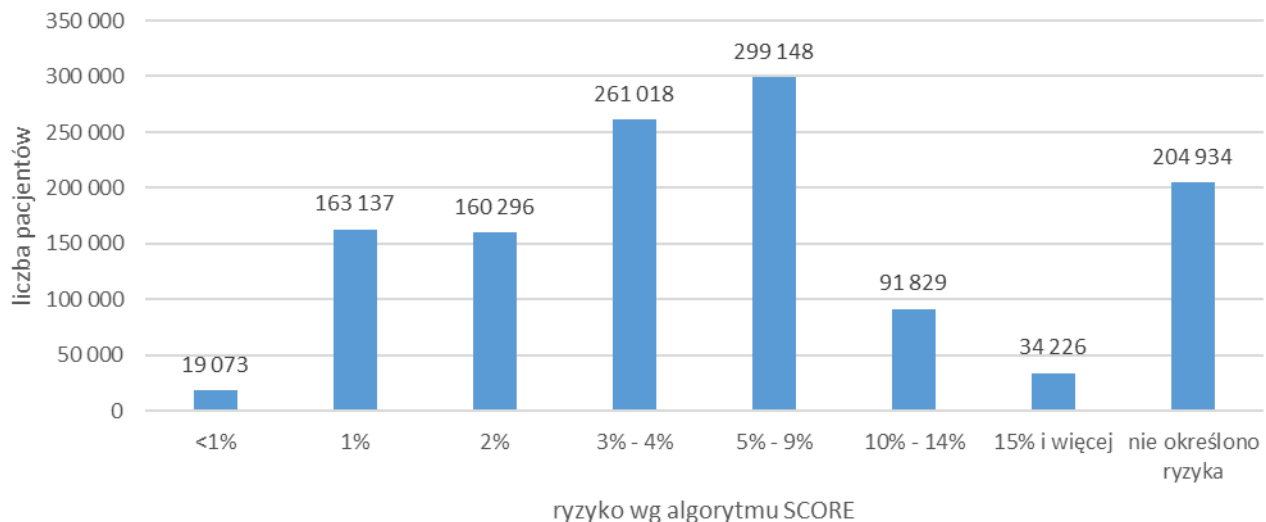
Źródło: opracowanie własne AOTMiT w oparciu o dane <https://csm-swd.nfz.gov.pl/csm-ipd/serWykonania.do>

¹¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-chorob-ukladu-krzenia2> (dostęp: 19.02.2025 r.)

W latach 2022–2024 latach w Programie CHUK wg skali SCORE określono następujące ryzyka:

- od 3% do 9% (560 166 osoby)
- od 1% do 2% (323 433 osób)
- od 10% i więcej (126 055)
- nie określono ryzyka, bądź ryzyko było mniejsze niż 1% u 224 007 osób.

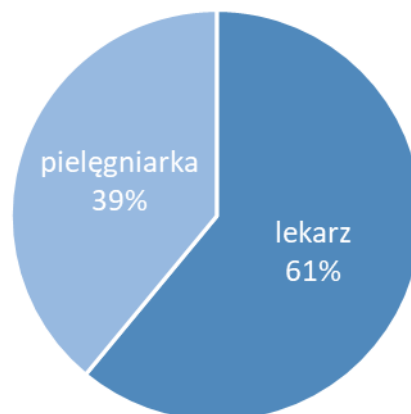
Wykres 4. Liczba wykonanych badań w podziale na ryzyko wg algorytmu SCORE w latach 2022–2024



Źródło: opracowanie własne AOTMiT w oparciu o dane <https://csm-swd.nfz.gov.pl/csm-ipd/serWykonania.do>

W latach 2022–2024 lekarze zrealizowali 752 533 ocen ryzyka wg algorytmu SCORE, czyli 61% wszystkich ocen w Programie Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, a pielęgniarki 481 128, tj. 39%.

Wykres 5. Udział procentowy wykonanych badań w podziale na ryzyko wg algorytmu SCORE przez lekarz lub pielęgniarkę w latach 2022–2024



Źródło: opracowanie własne AOTMiT w oparciu o dane <https://csm-swd.nfz.gov.pl/csm-ipd/serWykonania.do>

Liczba pacjentów, która przystąpiła do Programie CHUK w 2023 r. w stosunku do liczby złożonych deklaracji w POZ wyniosła 3%.

Tabela 9. Liczba pacjentów, którzy w 2023 roku przystąpili do Programu CHUK w 2023 roku

Liczba pacjentów na liście aktywnej lekarza POZ na dzień 14.02.2024 r.	Liczba pacjentów, która wykonali badanie anty-HCV w 2023 r.	Udział %
26 947 739	576 353	2%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ i danych otrzymanych z NFZ

Program Pilotażowy „Profilaktyka 40 Plus”

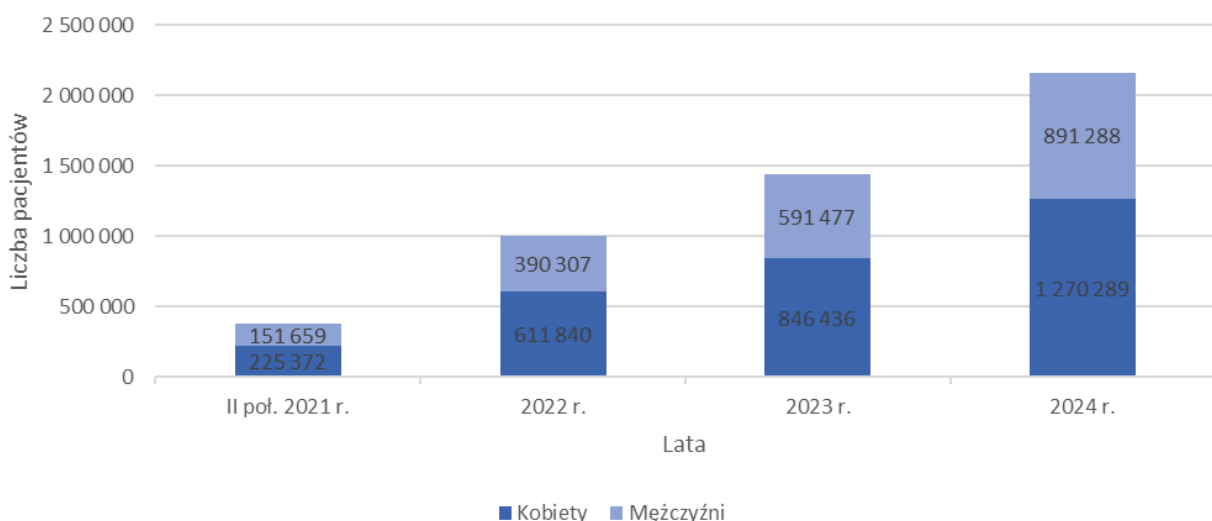
Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu programu pilotażowego w zakresie profilaktyki 40 plus, a także poziom finansowania zostały określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 Plus” (Dz.U. z 2024 r. poz. 549, ze zm.)¹².

Załącznik nr 1 do powyższego rozporządzenia, Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców oraz warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, obejmuje między innymi następujące badania wskazane poniżej z podziałem na kobiety i mężczyzn:

- w ramach pakietu badań diagnostycznych dla kobiet:
 - morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi;
 - stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy;
 - stężenie glukozy we krwi;
 - ALAT, ASPAT, GGTP;
 - poziom kreatyniny we krwi;
 - krew utajona w kale – metodą immunochemiczną (iFOBT).
- ramach pakietu badań diagnostycznych dla mężczyzn:
 - morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi;
 - stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy;
 - stężenie glukozy we krwi;
 - ALAT, ASPAT, GGTP;
 - poziom kreatyniny we krwi;
 - krew utajona w kale - metodą immunochemiczną (iFOBT);
 - PSA – antygen swoisty dla stercza całkowity.

Od II połowy 2021 r. do 2024 r. w Programie „Profilaktyka 40 PLUS” w badaniach wzięło udział prawie 5 mln pacjentów (59% kobiet i 41% mężczyzn). W analizowanym okresie mamy trend wzrostowy. Zgłaszalność pacjentów do Programu w 2024 r. wyniosła 11%.

Wykres 6. Liczba pacjentów, którzy skorzystali z Programu Profilaktyka 40 PLUS od II połowa 2021 r. do 2024 r. w podziale płeć



Źródło: opracowanie własne AOTMiT w oparciu o dane NFZ

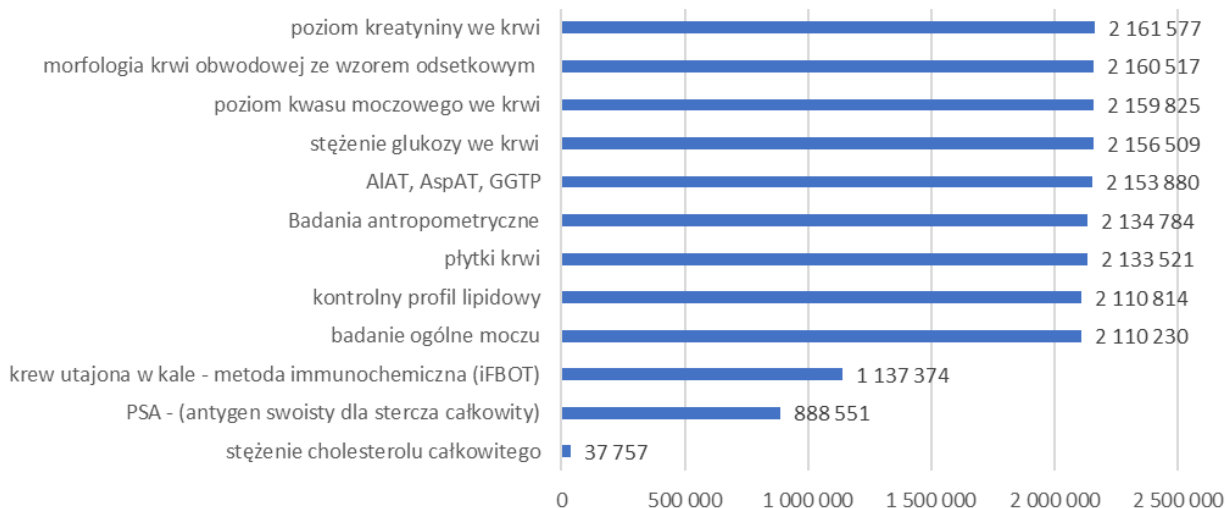
¹² <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240000549> (dostęp: 23.02.2025 r.)

Pacjenci, którzy w 2024 r. przystąpili do Programu „Profilaktyka 40 PLUS” najczęściej wykonywali badania:

- poziom kreatyniny we krwi (2 161 577 osób),
- morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym (2 160 517 osób),
- poziom kwasu moczowego we krwi (2 159 825 osób).

Na kolejnych najczęściej wykonywanych badaniach zaliczyć można: stężenie glukozy we krwi (2 156 509); ALAT, AspAT, GGTP (2 153 880); badania antropometryczne (2 134 784), płytki krwi (2 133 521), kontrolny profil lipidowy (2 110 814), badanie ogólne moczu (2 110 230), krew utajona w kale - metoda immunochemiczna (iFBOT) (1 137 374), PSA - antygen swoisty dla stercza całkowity (888 551), stężenie cholesterolu całkowitego (37 757)

Wykres 7. Liczba pacjentów, którzy w Programie Profilaktyka 40 PLUS wykonani badania 2024 r. w podziale na produkty



Źródło: opracowanie własne AOTMiT w oparciu o dane NFZ

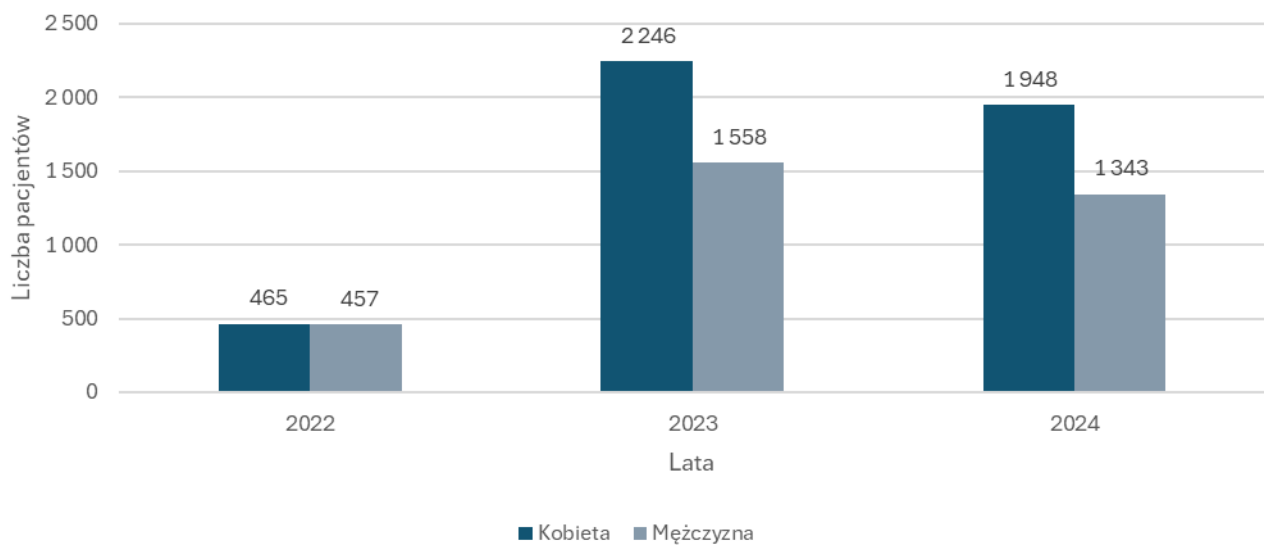
2. Aktualny stan prawny i realizacja badań wskazanych w zleceniu w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także poziom finansowania zostały określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹³. Załącznik nr 2 do powyższego rozporządzenia, Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji w części I Badania laboratoryjne w literze E. Chemia kliniczna, obejmuje m.in. badanie M69 Lipoproteina a [Lp(a)].

Od 2022 do 2024 badanie lipoproteiny A wykonało prawie 7,3 tys. pacjentów. W analizowanym okresie wspomnianemu badaniu poddało się 7 282 kobiet (58%) i 3 094 mężczyzn (42%).

¹³ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160000357> (dostęp: 23.02.2025 r.)

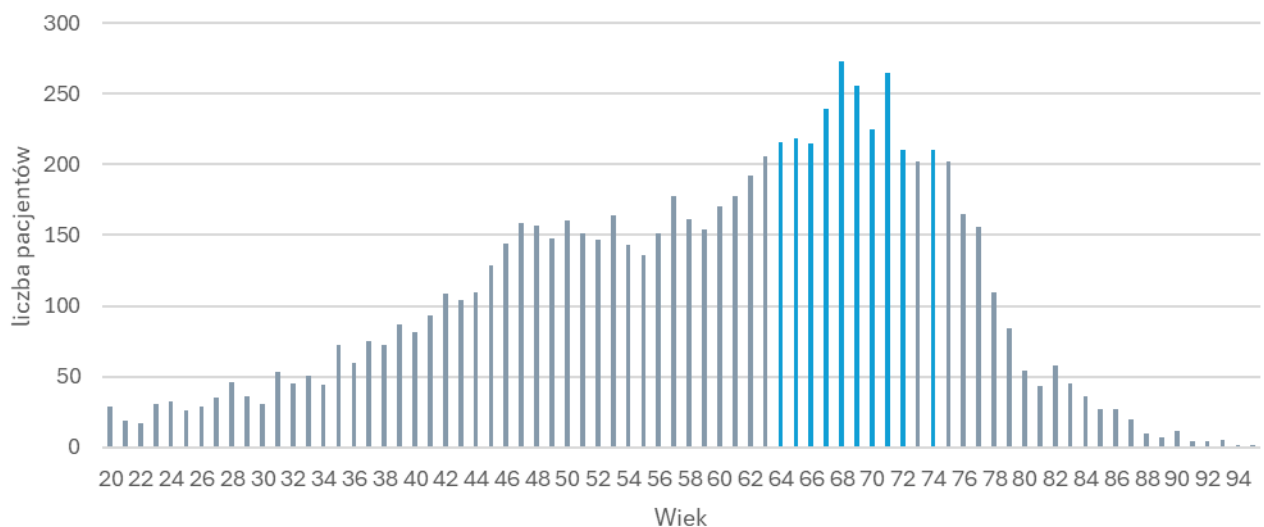
Wykres 8. Liczba pacjentów, której od 2022 do I połowa 2024 roku wykonano badanie lipoproteiny A w podziale płci



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ

Mediana wieku pacjenta wykonującego badanie lipoproteiny A wynosi 61 lat. Top 30% rozkładu wieku pacjentów mieści się w przedziale 64–74 lata (wykluczając wiek 73 lata).

Wykres 9. Liczba pacjentów, której od 2022 do 2024 roku wykonano badanie lipoproteiny A w podziale na wiek

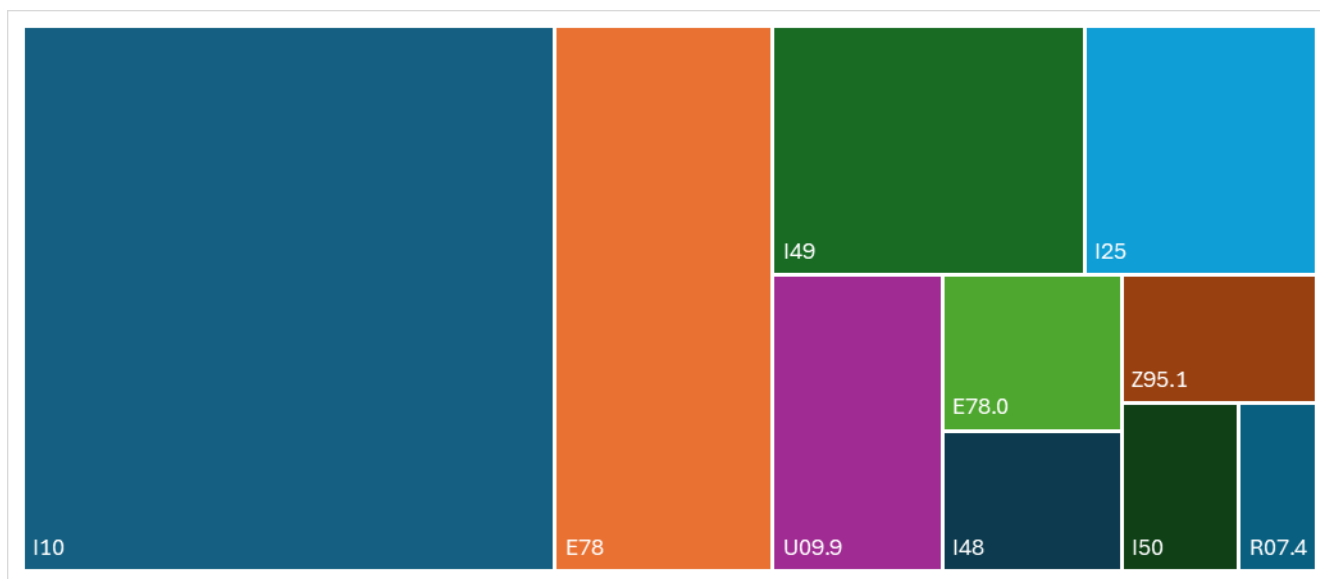


Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ

Rozpoznanie główne ICD-10. W analizowanym przedziale czasowym badanie lipoproteiny A, udzielano pacjentom dla następujących rozpoznań głównych określone kodami ICD-10:

- I10 Nadciśnienie samoistne (pierwotne) (2 114 osoby),
- E78 Zaburzenia metabolizmu lipoprotein i inne lipidemie (865 osoby),
- I49 Inne zaburzenia rytmu serca (567 osoby),
- Kolejne najczęstsze rozpoznania to: I25 Przewlekła choroba niedokrwienna serca, (421), U09.9 Zdrowie pacjenta po przejściu COVID-19 (366), E78.0 Czysta hipercholesterolemia (203), I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków (183),
- Z95.1 Obecność pomostów naczyniowych aortalno-wieńcowych omijających typu bypass (181), I50 Niewydolność serca (143), R07.4 Ból w klatce piersiowej, nieokreślony (94).

Wykres 10. Liczba pacjentów, której od 2022 do 2024 roku wykonano badanie lipoproteiny A w podziale na rozpoznania wg kodów ICD-10 (trzyznakowe)



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ

Objaśnienia: I10 Nadciśnienie samoistne (pierwotne), E78 Zaburzenia metabolizmu lipoprotein i inne lipidemie, I49 Inne zaburzenia rytmu serca, I25 Przewlekła choroba niedokrwienności serca, U09.9 Zdrowie pacjenta po przejściu COVID-19, E78.0 Czysta hipercholesterolemia, I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków, Z95.1 Obecność pomostów naczyniowych aortalno-wieńcowych omijających typu bypass, I50 Niewydolność serca, R07.4 Ból w klatce piersiowej, nieokreślony

5.2. Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Agencja, działając na podstawie art. 31c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pismem znak: WS.420.2.2025.ES z 7.02.2025 r. wystąpiła z prośbą do Prezesa NFZ o przekazania opinii w sprawie oceny skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w przypadku zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Odpowiedź otrzymano dnia 20.02.2025 r. (znak: NFZ-DSOZ-DPOZiZWM.4012.1.36.2025).

W swoim stanowisku Prezes NFZ wskazał, że:

- „Obecnie, zgodnie z zarządzeniem Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁴, dla celów rozliczania udzielonych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej stosuje się co do zasady stawkę kapitacyjną oraz wartość jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia, ryczałtu lub przewozu) – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem »za wykonaną usługę«”.
- „Projekt świadczenia opieki zdrowotnej „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” zakłada m.in.: zakres podstawowy badań diagnostycznych, zakres rozszerzony badań diagnostycznych, wizytę podsumowującą bilans z przygotowaniem Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ) oraz określeniem interwencji prozdrowotnych, poradę edukacyjną. Na tym etapie trudno jest oszacować skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia. DSOZ proponuje wycenę pakietu: zakres podstawowy badań diagnostycznych, wizytę podsumowującą bilans z przygotowaniem Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ) oraz określeniem interwencji prozdrowotnych. W ramach dosumowania – badania z zakresu badań diagnostycznych rozszerzonych. Natomiast porada edukacyjna jako odrębny produkt.”
- „Do przygotowania oceny skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia w przypadku ewentualnego zakwalifikowania świadczenia należy wziąć pod uwagę liczbę świadczeniobiorców w określonych grupach wiekowych, począwszy od ukończenia 20 roku życia.”

¹⁴ Zarządzeniem Nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, ze zm.

W załączeniu do ww. pisma przekazano dane z systemu informatycznego Centrali NFZ, dotyczące liczby świadczeniobiorców znajdujących się na listach lekarza poz, według stanu na 14 lutego br., która w grupie wiekowej 20+ wyniosła ponad 26 mln osób. Jednocześnie w piśmie przekazano, że „na obecnym etapie projekt [bilansu] nie zakłada wyłączenia z udziału osób, które wykonały badania w ramach programu ChUK, więc teoretycznie ponad 26 mln osób będzie uprawnionych do skorzystania z projektowanych świadczeń.”

Szczegółowy rozkład liczby pacjentów na liście aktywnej lekarza POZ przygotowany przez AOTMiT w oparciu o przekazane dane, o których mowa powyżej, w odniesieniu do populacji pacjentów określonej we wnioskowanym świadczeniu, przedstawiono w poniższej tabeli oraz na poniższym wykresie.

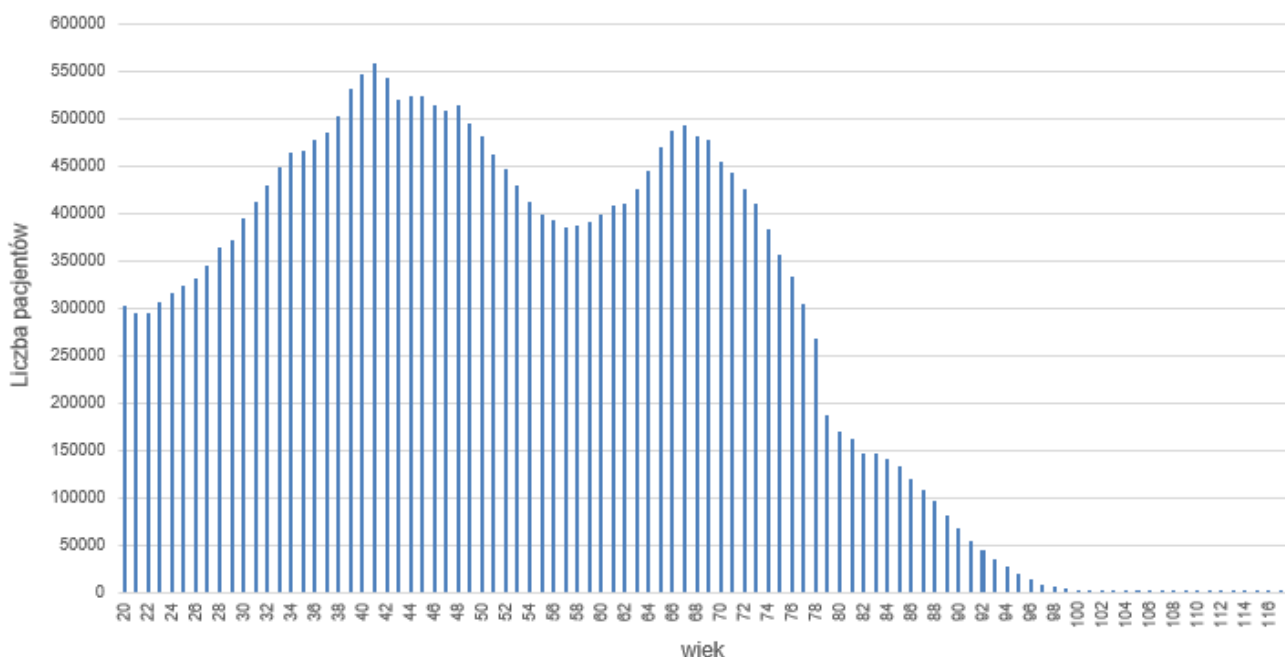
Tabela 10. Liczba pacjentów na liście aktywnej lekarza POZ (stan na 14.02.2025 r.) w podziale na grupy wiekowe wskazane w Karcie Świadczenia

	Grupy wiekowe (lata):		
	20+	20–59	60+
Liczba pacjentów na liście aktywnej lekarza POZ*	26 953 467	17 293 613	9 659 854

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podst. danych przekazanych przy piśmie NFZ z dnia 20.02.2025 r. (znak: NFZ-DSOZ-DPOZIZWM.4012.1.36.2025.2025.73831.ANG)

Objaśnienia: * - stan na 14.02.2025 r.

Wykres 11. Rozkład liczby pacjentów na liście aktywnej lekarza POZ w poszczególnych rocznikach według stanu na 14.02.2025 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych przekazanych przy piśmie NFZ z dnia 20.02.2025 r. (znak: NFZ-DSOZ-DPOZIZWM.4012.1.36.2025.2025.73831.ANG)

5.3. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie własne AOTMiT

5.4. Metodyka i sposób przeprowadzenia analizy

Cel analizy: oszacowanie przewidywanych wydatków płatnika publicznego w przypadku zakwalifikowania świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Populacja docelowa: osoby w wieku 20–99 lat

Horyzont czasowy analizy: 10 lat

Perspektywa: płatnika publicznego

Poniżej przedstawiono **główne założenia** przyjęte na rzecz przeprowadzenia analizy:

- za pierwszy rok analizy przyjęto 2025 rok,
- wypełnienie ankiety, realizacja pakietu podstawowych badań (z wyjątkiem lipoproteiny A) oraz wizyta podsumowująca, będą realizowane dla wszystkich pacjentów zgłaszających się do przedmiotowego świadczenia,
- pozostałe badania diagnostyczne: lipoproteina A oraz badania laboratoryjne z zakresu rozszerzonego, a także interwencje prozdrowotne (porady edukacyjne) będą dotyczyły innej (niż w ramach pakietu podstawowego) kohorty pacjentów, oszacowanej na podstawie dostępnych danych, wytycznych praktyki klinicznej lub literatury tematu,
- interwały czasowe prowadzenia bilansu przyjęto za Kartą Świadczenia – co 5 lat w grupie wiekowej 20–59 lat oraz co 3 lata w grupie wiekowej 60–99 lat,
- szacując liczebność populacji docelowej odnoszono się do liczby pacjentów z listy aktywnej lekarza POZ na dzień 14.02.2025 r. przekazaną przy stanowisku Prezesa NFZ (chyba, że zaznaczono to inaczej).

Szczegółowe założenia dotyczące szacowania populacji docelowej oraz kosztów przedstawiono poniżej.

5.5. Oszacowanie wielkości populacji docelowej

Wielkość populacji docelowej została oszacowana na podstawie danych NFZ (otrzymanych przy stanowisku Prezesa NFZ) zawierających liczbę pacjentów z listy aktywnej lekarza POZ na dzień 14.02.2025 r.

Do oszacowania populacji pacjentów korzystających ze świadczenia, obejmującego wykonanie ankiety, badań diagnostycznych z zakresu podstawowego (z wyjątkiem lipoproteiny A) oraz wizytę podsumowującą z przygotowaniem IPZ, przyjęto następujące założenia:

- bilansem zostaną objęte wszystkie osoby w wieku 20–99 lat (wariant bez mechanizmu regulacji pierwszego dostępu, za Kartą Świadczenia przyjęto dolną granicę wieku, natomiast górną granicę wieku wyznaczono arbitralnie);
- interwały realizacji bilansu w określonym wieku metrykalnym wynoszą:
 - 20–59 lat co 5 lat (29, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55 r.ż.),
 - od 60 r.ż. co 3 lata 60, 63, 66, 69, 72, 75, 78, 81, 84, 87, 90, 93, 96, 99 r.ż.);
- w odniesieniu do potencjalnej zgłaszalności do Bilansu Zdrowia w poszczególnych latach założono, że zgłaszalność w pierwszym roku do nowego świadczenia będzie na zbliżonym poziomie do obserwowanej zgłaszalności do Programu Profilaktyki 40 PLUS w 2024 r., tj. na poziomie 11% (założono, że nowe świadczenie będzie przedłużeniem Programu Profilaktyki 40 PLUS trwającego do 30.04.2025 r.). Natomiast zgłaszalność w 10 roku przyjęto na poziomie zbliżonym do zgłaszalności odnotowanej w Wielkiej Brytanii w programie NHS Heath Check w 2020 r. Do 7 roku analizy założono 3% roczny wzrost w każdym roku, natomiast później 4%, aż do osiągnięcia 39% w 10 roku analizy.

Tabela 11. Proponowana zgłaszalność do Bilansu Zdrowia w ujęciu procentowym w 10-letnim horyzoncie czasowym – założenia przyjęte na rzecz oszacowania wielkości populacji prognozowanej

1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	7. rok	8. rok	9. rok	10. rok
11%	14%	17%	20%	23%	26%	28%	32%	36%	40%

Źródło: opracowanie własne AOTMIT

Poniżej zestawiono wyniki oszacowań wielkości populacji prognozowanej.

Tabela 12. Prognozowana wielkość populacji w 10-letnim horyzoncie czasowym do objęcia bilansem zdrowia osoby dorosłej w zakresie: ankiety, badań diagnostycznych z zakresu podstawowego (bez lipoproteiny A), wizyty podsumowującej

1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	7. rok	8. rok	9. rok	10. rok
748 885	967 530	1 192 495	1 442 524	1 688 206	1 936 333	2 128 942	2 456 288	2 811 968	3 193 766

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

- w odniesieniu do badania lipoproteiny A, która zgodnie z Kartą Świadczenia ma być ono realizowane raz w życiu w ramach bilansu, dodatkowo Konsultant Krajowa ds. medycyny rodzinnej doprecyzowała, że badanie to będzie realizowane w kohorcie pacjentów w wieku 20–30 lat.

Tabela 13. Prognozowana wielkość populacji w 10-letnim horyzoncie czasowym do objęcia bilansem zdrowia osoby dorosłej w zakresie badania diagnostycznego – lipoproteiny A – dla pacjentów w wieku 20–30 lat

1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	7. rok	8. rok	9. rok	10. rok
112 140	141 388	172 494	209 134	243 096	275 782	298 020	337 980	398 030	445 490

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Do oszacowania wielkości populacji, która w danym roku skorzystałaby z badań diagnostycznych z zakresu rozszerzonego wykorzystano, jak w przypadku oszacowania dla zakresu podstawowego, liczbę pacjentów z listy aktywnej lekarza POZ na dzień 14.02.2025 r. skorygowaną o zgłaszalność na poszczególne badania z Programu Profilaktyki 40 PLUS i o aktualne wytyczne odnoszące się do zalecanego wieku do poszczególnych badań. Dodatkowo wsparto się aktualnymi danymi epidemiologicznymi EUROSTAT w zakresie występowania nadwagi i otyłości w Polsce.

Tabela 14. Założenia przyjęte na potrzeby oszacowania liczebności populacji uczestniczącej w badaniach diagnostycznych z pakietu rozszerzonego

Badania diagnostyczne z zakresu rozszerzonego	Odsetek populacji prognozowanej, która otrzymałaby dane badanie	Uzasadnienie
ALAT ASPART GGTP	58,4%	<p>Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD) jest najczęstszą przewlekłą chorobą wątroby. Główną rolę w jej powstaniu odgrywiają insulinooporność i zaburzenie regulacji adiponektyny, bardzo ważnego hormonu regulującego równowagę energetyczną organizmu. Przyczyną to dieta wysokokaloryczna (pokarmy typu fast food), bogata w rafinowane węglowodany, zwłaszcza fruktozę, tłuszcze nasycone i słodzone napoje, która łącznie z małą aktywnością fizyczną prowadzi do nadwagi i otyłości. [MP Wiercińska]</p> <p>Jak wskazała Konsultant Krajowa ds. medycyny rodzinnej do kryteriami włączenia do badania jest spożycie alkoholu oraz BMI ≥ 25 kg/m².</p> <p>Wg danych EUROSTATU w 2022 r. odsetek populacji Polski z nadwagą i otyłością wyniósł 58,4% (BMI ≥ 25 kg/m²). [EUROSTAT]</p> <p>Biorąc pod uwagę, że głównym czynnikiem ryzyka NAFLD jest otyłość, w oszacowaniach przyjęto, że próby wątrobowe wykonano by u 58,4% populacji w wieku powyżej 20 r.ż.*</p>
anty-HCV	11%	<p>Szacuje się, że w Polsce odsetek osób z dodatnimi przeciwciałami anty-HCV wynosi ok. 1% populacji. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji rekomendował w swoim stanowisku, aby badania w kierunku anty-HCV umieścić w katalogu świadczeń gwarantowanych lekarza POZ, dla osób: którym przetaczano krew przed 1992 r., które używają lub używały w przeszłości dożylnych środków odurzających, które były hospitalizowane więcej niż 3 razy w życiu, które przebywały w placówkach karnych, które zgłaszają się do punktów anonimowego testowania w kierunku zakażenia HIV, u których wykryto podwyższoną aktywność aminotransferaz w poradni lekarza rodzinnego lub na oddziale szpitalnym, u których występuje podejrzenie jakiegokolwiek choroby wątroby, u których zgodnie z aktualną wiedzą medyczną zachodzi konieczność wykonania takiego badania. [Rajewski 2023]</p> <p>Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej wskazała, że do badania kierować będzie dodatki wynik ankiety w zakresie operacji, zabiegów endoskopowych oraz wykonania tatuażu lub piercing.</p> <p>Strategia badań przesiewowych w kierunku WZW C powinna obejmować rocznie do 3 milionów osób, aby osiągnąć liczbę leczonych 12 tysięcy pacjentów rocznie. [Flisiak 2019]</p> <p>Biorąc pod uwagę powyższe wyznaczono odsetek populacji w wieku powyżej 20 r.ż.* obliczony na podstawie liczby osób, które powinny zostać objęte przesiewem (za Flisiak 2019) podzieloną przez liczbę pacjentów na liście aktywnej lekarza POZ na dzień 14.02.2025 r. w tej grupie wiekowej.</p>

Badania diagnostyczne z zakresu rozszerzonego	Odsetek populacji prognozowanej, która otrzymałaby dane badanie	Uzasadnienie
krew utajona w kale - metodą immunochemiczną (FIT/iFOBT)	53%	Wytyczne kliniczne zalecają stosowanie badania na krew utajoną w kale – metodą immunochemiczną (iFOBT) u pacjentów w wieku 45–75 lat. [RACGP 2024, CFPC 2019, AAFP 2017] Odsetek prognozowanej populacji, która w tym przedziale wiekowym skorzystała by z tego badania wyznaczono na podstawie liczby badań krwi utajonej w kale (iFOBT) realizowanej w 2024 r. w ramach Programu Profilaktyka 40 PLUS podzielonej przez liczbę pacjentów, którzy zgłosili się wykonali badania w ramach Programu Profilaktyka 40 PLUS w 2024 r.
PSA całkowity u mężczyzn	41%	Wytyczne kliniczne zalecają wykonywanie badania PSA u mężczyzn w wieku 45–69 lat. [RACGP 2024] Populacja dla mężczyzn wyłoniona z listy aktywnej lekarza POZ na dzień 14.02.2025 r. Odsetek populacji mężczyzn, którzy mogliby mieć wykonane to badanie wyznaczono w oparciu o liczbę przeprowadzonych badań PSA w Programie Profilaktyka 40 PLUS w 2024 r. podzielonej przez liczbę wszystkich pacjentów uczestniczących w badaniach w Programie Profilaktyka 40 PLUS w 2024 r.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. ww. źródeł podanych w treści tabeli

Objaśnienia: * - w oszacowaniu założono górną granicę wieku na 99 lat.

Tabela 15. Prognozowana wielkość populacji w 10-letnim horyzoncie czasowym do objęcia bilansem zdrowia osoby dorosłej w zakresie badań diagnostycznych z zakresu rozszerzonego

Badania diagnostyczne z zakresu rozszerzonego	1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	7. rok	8. rok	9. rok	10. rok
ALAT ASPART GGTP	437 349	565 038	696 417	842 434	985 913	1 130 818	1 243 302	1 434 472	1 642 189	1 865 159
anty-HCV	82 377	106 428	131 174	158 678	185 703	212 997	234 184	270 192	309 316	351 314
krew utajona w kale - metodą immunochemiczną (FIT/iFOBT)	231 699	297 742	365 667	434 503	502 523	569 855	613 975	697 194	785 036	873 623
PSA całkowity u mężczyzn	68 666	87 260	106 279	125 184	144 247	162 761	174 392	198 583	224 746	252 208

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Do oszacowania wielkości populacji, która w danym roku skorzystałaby z wizyt edukacyjnych wykorzystano liczbę pacjentów z listy aktywnej lekarza POZ na dzień 14.02.2025 r. skorygowaną o zgłaszalność na wizyty edukacyjne w ramach opieki koordynowanej w POZ w kontekście wizyt kompleksowych. Ponadto założono konserwatywnie, że połowa oszacowanej populacji w bilansie otrzymałaby 1 poradę edukacyjną, a druga połowa – 2 porady edukacyjne.

Tabela 16. Założenia przyjęte na potrzeby oszacowania liczebności populacji, która korzystałaby z wizyt edukacyjnych

Interwencje prozdrowotne	Odsetek populacji prognozowanej, która otrzymałaby dane badanie	Uzasadnienie
Wizyta edukacyjna	60%	Odsetek populacji wyznaczono na podstawie liczby wizyt edukacyjnych podzielonej przez liczbę wizyt kompleksowych zrealizowanych w ramach opieki koordynowanej w POZ w 2023 r.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. ww. źródeł podanych w treści tabeli

Tabela 17. Prognozowana wielkość populacji w 10-letnim horyzoncie czasowym do objęcia bilansem zdrowia osoby dorosłej w zakresie wizyt edukacyjnych

Badania diagnostyczne z zakresu rozszerzonego	1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	7. rok	8. rok	9. rok	10. rok
Wizyta edukacyjna	449 331	580 518	715 497	865 514	1 012 924	1 161 800	1 277 365	1 473 773	1 687 181	1 916 259

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

5.6. Koszt świadczenia

Do analizy skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia związanych z wprowadzeniem świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej uwzględniono następujące elementy świadczenia:

- wypełnienie ankiety wraz z działaniami akwizycyjnymi,
- badania podstawowe (badania jednostkowe w ramach zakresu podstawowego): morfologia krwi, glukoza, kreatynina (z eGFR), lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, triglicerydy), lipoproteina A,
- badania rozszerzone (badania jednostkowe w ramach zakresu rozszerzonego): ALAT, ASPAT, GGTP, anty-HCV, krew utajona w kale - metodą immunochemiczną (FIT/iFOBT), PSA całkowity u mężczyzn,
- wizyta podsumowująca bilans,
- interwencje prozdrowotne dla pacjentów (porada edukacyjna).

Koszty jednostkowe dla poszczególnych ww. elementów świadczenia przyjęto za kosztami wstępnie oszacowanymi przez Wydział Taryfikacji AOTMiT na potrzeby realizacji zlecenia Ministra Zdrowia z dn. 3.01.2025 r. (pismo znak: DLG.781.4.2025.TK) z art. 31n ust. 5 ustawy z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).¹⁵

¹⁵Opracowanie nr WT.543.05.2025 pn. „Wycena kosztów świadczeń dedykowanych programowi »Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej«”

5.7. Wyniki analizy

Zestawienie wyników analizy w zakresie prognozowanych wydatków płatnika publicznego dla realizacji programu w 10-letnim horyzoncie czasowym przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 18. Prognozowane sumaryczne koszty realizacji bilansu pakietu podstawowego i rozszerzonego w 10-letnim horyzoncie czasowym

Elementy świadczenia w ujęciu kosztowym	1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	7. rok	8. rok	9. rok	10. rok
Ankiety, badania diagnostyczne (morfologia krwi, glukoza, kreatynina, lipidogram, TSH), wizyta podsumowująca	260 612 077	336 700 461	414 988 410	501 998 352	587 495 841	673 843 738	740 871 886	854 788 113	978 564 711	1 111 430 429
Lipoproteina A	6 055 545	7 634 957	9 314 652	11 293 247	13 127 182	14 892 214	16 093 093	18 250 946	21 493 622	24 056 482
Badania diagnostyczne (ALAT, ASPAT, GGTP, PSA całkowity u mężczyzn, anty-HCV, badanie kału na krew utajoną (FIT/iFOBT))	28 028 014	36 122 850	44 447 378	53 454 848	62 331 176	71 236 685	77 850 169	89 445 604	101 973 738	115 253 550
Interwencje prozdrowotne dla pacjentów (porada edukacyjna)	41 787 799	53 988 177	66 541 245	80 492 839	94 201 919	108 047 358	118 794 975	137 060 853	156 907 790	178 212 120
Razem	336 483 435	434 446 445	535 291 685	647 239 286	757 156 119	868 019 995	953 610 122	1 099 545 515	1 258 939 861	1 428 952 581

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

5.8. Ograniczenia

Na pewność niniejszego oszacowania potencjalnych wydatków płatnika publicznego mają wpływ m.in. następujące kwestie:

- w zakresie szacowania wielkości populacji docelowej oparto się na liczbie pacjentów na liście aktywnej lekarza POZ z dn. 14.02.2025 r., która w kolejnych latach może ewoluować,
- w odniesieniu do określenia liczby osób, która korzystałaby z badań diagnostycznych z zakresu rozszerzonego oparto się na informacjach dostępnych w wytycznych klinicznych, obliczeniach na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych płatnika publicznego czy też danych epidemiologicznych – wartości przyjęte w założeniach mogą różnić się od tych, które będą rzeczywiście sprawozdawane,
- program pilotażowy „Profilaktyka 40 plus” jest przewidziany dla grupy pacjentów w wieku powyżej 40 lat, zatem nie jest możliwa do przewidzenia zgłaszalność do bilansu w populacji młodszej, tj. osób w przedziale wiekowym 20–39 lat,
- nie uwzględniano również potencjalnej dynamiki zmian wycen w zakresie poszczególnych komponentów bilansu, jak również możliwego wprowadzania w przyszłości zmian w zakresie elementów wchodzących w jego skład.

5.9. Podsumowanie

Zgodnie z oszacowaniem własnym Agencji kwalifikacja przedmiotowego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej będzie się wiązała z wydatkami płatnika publicznego na poziomie:

- w 1. roku realizacji świadczenia: ok. 336,5 mln zł do ok. 1 428,9 mln zł w 10. roku.

Szacowana populacja będzie się wahała od ok. 749 tys. do 3,2 mln w 10. roku.

Analizując zaprezentowane powyżej wyniki, należy podkreślić, że rzeczywista liczba pacjentów, jak również wolumen zlecanych badań diagnostycznych oraz interwencji prozdrowotnych, a tym samym potencjalnych wydatków płatnika publicznego może się znacząco różnić od przewidywanego.

6. Piśmiennictwo

Charakterystyka badań oraz skal i kwestionariuszy	
ALT, ASP	<u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Aminotransferaza alaninowa i aminotransferaza asparaginianowa</u>
Anty-HCV	https://www.mp.pl/medycynarodzinnna/praktyka-kliniczna/308447,badania-w-poz-czesc-i-przeciwciala-anty-hcv
AUDIT-C	https://cde.nlm.nih.gov/formView?tinyId=myWNfJaZwe
Badanie kału na obecność krwi utajonej	<u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Badanie kału na krew utajoną</u> https://www.mp.pl/gastrologia/przegladbadan/242758,kiedy-badanie-stolca-na-krew-utajona-jest-medycznie-uzasadnione.1
GGTP	<u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Γ-glutamylotransferaza, GGTP - badanie, jakie są normy? - Badania i zabiegi - mp.pl</u>
Glukoza	<u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Glukoza, Badania laboratoryjne. Oznaczanie stężenia glukozy we krwi - Diagnostyka - Diabetologia - Medycyna Praktyczna dla lekarzy</u>
HSI	https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/RPT/23.05.02_RAPORT_48aa_Tyton.pdf
Kreatynina	<u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Kreatynina, Za co odpowiada kreatynina? Kiedy ją badać? - Badania Krwi</u>
Lipoproteina A	M. Banach, B. Cybulska, Wytyczne PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Lipidowych w Polsce 2021 Źródło: https://ptlipid.pl/wp-content/uploads/2021/09/Wytyczne-PTL2021_Wersja-Pre-Print.pdf
Mini-COG	https://www.neurologia.com.pl/artukul.php?a=1206 <u>Trafność skali mini-COG w praktyce lekarza rodzinnego</u>
Morfologia krwi	<u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Erytrocyty (krwinki czerwone, RBC)</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Hemoglobina</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Hematokryt</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Średnia masa Hb w erytrocytach</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Średnie stężenie Hb w erytrocytach</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Średnia objętość erytrocytu</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Współczynnik zmienności rozkładu objętości erytrocytów</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Retikulocyty</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Erytroblasty</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Leukocyty (całkowita liczba leukocytów we krwi)</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Neutrofile</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Eozynofile, Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Zespoły hipereozynofilowe i hipereozynofilia</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Bazofile</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Limfocyty</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Płytki krwi</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Średnia objętość płytki</u> <u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Płytki duże, Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Morfologia krwi</u>
PSA	<u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Antygen sterczowy swoisty całkowity, PSA całkowity – antygen swoisty gruczołu krokowego - Badania i zabiegi - mp.pl</u>
PHQ-2 / PHQ-9	https://cde.nlm.nih.gov/formView?tinyId=XJzVz1TZDe https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/Patient-health
SCORE2 / SCORE2-OP / SCORE2-Diabetes	https://www.ikard.pl/karta-ryzyka-score.html https://www.mp.pl/kalkulatory/288285.ocena-ryzyka-sercowo-naczyniowego https://www.mdcalc.com/calc/10510/score2-diabetes
TC	M. Banach, B. Cybulska, Wytyczne PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Lipidowych w Polsce 2021, s. 34. Źródło: https://ptlipid.pl/wp-content/uploads/2021/09/Wytyczne-PTL2021_Wersja-Pre-Print.pdf
TSH	<u>Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Płytki duże, Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Morfologia krwi</u>
Wytyczne	
AAFP 2017	Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. Źródło: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf
CFPC 2019	Preventive Care Checklist Form. Źródło: https://www.cfpc.ca/en/resources/periodic-health-examination/preventive-care-checklist-forms

CFPC 2023 Michael R. Kolber, Scott Klarenbach, Michel Cauchon, Mike Cotterill, Loren Regier, Raelene D. Marceau, Norah Duggan, Rebecca Whitley, Alex S. Halme, Tanis Poshtar, G. Michael Allan, Christina S. Korownyk, Joey Ton, Liesbeth Frootjes, Samantha S. Moe, Danielle Perry, Betsy S. Thomas, James P. McCormack, Jamie Falk, Nicolas Dugré, Scott R. Garrison, Jessica E.M. Kirkwood, Jennifer Young, Émélie Braschi, Allison Paige, Jen Potter, Justin Weresch, Adrienne J. Lindblad
Canadian Family Physician Oct 2023, 69 (10) e189-e201; DOI: 10.46747/cfp.6910e189.
Źródło: <https://www.cfp.ca/content/69/10/e189>

EAS 2022 Kronenberg F, Mora S, Stroes ESG, Ference BA, Arsenault BJ, Berglund L, Dweck MR, Koschinsky M, Lambert G, Mach F, McNeal CJ, Moriarty PM, Natarajan P, Nordestgaard BG, Parhofer KG, Virani SS, von Eckardstein A, Watts GF, Stock JK, Ray KK, Tokgözoğlu LS, Catapano AL. Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. Eur Heart J. 2022 Oct 14;43(39):3925-3946. doi: 10.1093/eurheartj/ehac361.
Źródło: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/43/39/3925/6670882>

EASL 2021 EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis – 2021 update Berzigotti, Annalisa et al. Journal of Hepatology, Volume 75, Issue 3, 659 – 689.
Źródło: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(21\)00398-6/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(21)00398-6/fulltext)

PTG/PTMR 2017 Hartleb M, Simon K, Lipiński M, et al. Rekomendacje postępowania u chorych z zaburzeniami czynności wątroby i kamica dróg żółciowych dla lekarzy POZ. Lekarz POZ. 2017;3(4):225-248.
Źródło: https://ptg-e.org.pl/wp-content/uploads/2022/03/LPOZ_Art_30711-10-1.pdf

PTK/PTL 2024 Sosnowska B, Stepinska J, Mitkowski P, Bielecka-Dabrowa A, Bobrowska B, Budzianowski J, Burchardt P, Chlebus K, Dobrowolski P, Gasior M, Jankowski P, Kubica J, Mickiewicz A, Mysliwiec M, Osadnik T, Prejbsz A, Rajtar-Salwa R, Wita K, Witkowski A, Gil R, Banach M. Recommendations of the Experts of the Polish Cardiac Society (PCS) and the Polish Lipid Association (PoLA) on the diagnosis and management of elevated lipoprotein(a) levels. Arch Med Sci. 2024 Jan 31;20(1):8-27. doi: 10.5114/aoms/183522.
Źródło: <https://www.archivesofmedicalscience.com/pdf-183522-109710?filename=Recommendations%20of%20the.pdf>

PTL/KLRWP/PTK/P TDL/PTD/PTNT 2021 Banach M, Burchardt P, Chlebus K, Dobrowolski P, Dudek D, Dyrbus K et al. WYTYCZNE PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT DIAGNOSTYKI I LECZENIA ZABURZEŃ LIPIDOWYCH W POLSCE 2021. Lekarz POZ Suplement. 2021.
Źródło: https://ptlipid.pl/wp-content/uploads/2021/09/Wytyczne-PTL2021_Wersja-Pre-Print.pdf

PTMR/PTN 2024 Gellert R, Mastalerz-Migas A, Krajewska M, Ledwoch J. Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii, konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego dotyczące diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek w POZ, z uwzględnieniem opieki koordynowanej, z 19 lipca 2024 r. Lekarz POZ. 2024;10(6).
Źródło: <https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2024/10/Wytyczne-KK-dot.-PChN-w-opiece-koordynowanej-w-POZ.pdf>

RACGP 2024 Guidelines for preventive activities in general practice 10th edition.
Źródło: <https://www.racgp.org.au/getattachment/52e81aef-5dec-4cf3-a903-fd202246c65f/Guidelines-for-preventive-activities-in-general-practice.aspx>

Rozwiązania organizacyjne w innych krajach

Belgia	https://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature
Chorwacja	https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/prava-na-medicinske-usluge
Cypr	https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el_GR&lookuphost=/el-gr/&lookuppage=hiollegislation
Czechy	https://www.e-sbirka.cz/sb/1998/134?zalozka=text https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/czechia-health-system-review-2023 https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotni-vykony Korespondencja służbowa z przedstawicielem UZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) https://szv.mzcr.cz/ ; https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2023-319 .
Estonia	https://www.riigiteataja.ee/akt/113062024006 (
Francja	https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=EFEC_60tT7xJp3y4m91V8_J8xhDOEE2jCGK4ZGJwFps= https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000423435/
Łotwa	https://www.vmnvd.gov.lv/lv/laboratoriskie-izmeklejum
Niemcy	https://www.kbv.de/html/13259.php?srt=relevance&stp=fulltext&q=calcium&s=Suchen
Słowacja	https://www.vszp.sk/poskytovatelia/zdravotna-starostlivosť/revizne-pravidla/ https://www.vszp.sk/files/poskytovatelia/zdravotna-starostlivosť/revizne-pravidla/pravidla-uznavania-laboratornych-vykonov-01-08-2024.pdf
Węgry	https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldal/gyogyito_megeleozo_ellatas/szabalykonyvek/jaro

Spis tabel

Tabela 1. Prognozowane wydatki płatnika publicznego związane z ewentualnym prowadzeniem bilansu zdrowia osoby dorosłej w horyzoncie 10-letnim.....	12
Tabela 2. Liczebność populacji wnioskowanej wg GUS (stan na 30.06.2024 r.)	23
Tabela 3. Zadania osób zaangażowanych w realizację świadczenia	25
Tabela 4. Wytyczne praktyki klinicznej i rekomendacje dotyczące zakresu badań diagnostycznych i interwencji behawioralnych będących elementem wnioskowanego świadczenia	34
Tabela 5. Informacje dotyczące rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych w innych krajach z obszaru prowadzenia bilansów zdrowia osób dorosłych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.....	46
Tabela 6. Porównanie rozwiązań organizacyjnych przyjętych w innych krajach wobec zaproponowanej w Karcie Świadczenia organizacji udzielania badań oraz interwencji medycznych w ramach świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”	71
Tabela 7. Kryteria włączenia i wykluczenia do wykonania badań laboratoryjnych z zakresu rozszerzonego, doprecyzowane w korespondencji przez Konsultant Krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej	77
Tabela 8. Opinie ekspertów klinicznych	78
Tabela 9. Liczba pacjentów, którzy w 2023 roku przystąpili do Programu CHUK w 2023 roku	87
Tabela 10. Liczba pacjentów na liście aktywnej lekarza POZ (stan na 14.02.2025 r.) w podziale na grupy wiekowe wskazane w Karcie Świadczenia	92
Tabela 11. Proponowana zgłaszalność do Bilansu Zdrowia w ujęciu procentowym w 10-letnim horyzoncie czasowym – założenia przyjęte na rzecz oszacowania wielkości populacji prognozowanej.....	93
Tabela 12. Prognozowana wielkość populacji w 10-letnim horyzoncie czasowym do objęcia bilansem zdrowia osoby dorosłej w zakresie: ankiety, badań diagnostycznych z zakresu podstawowego (bez lipoproteiny A), wizyty podsumowującej.....	94
Tabela 13. Prognozowana wielkość populacji w 10-letnim horyzoncie czasowym do objęcia bilansem zdrowia osoby dorosłej w zakresie badania diagnostycznego – lipoproteiny A – dla pacjentów w wieku 20–30 lat	94
Tabela 14. Założenia przyjęte na potrzeby oszacowania liczebności populacji uczestniczącej w badaniach diagnostycznych z pakietu rozszerzonego	94
Tabela 15. Prognozowana wielkość populacji w 10-letnim horyzoncie czasowym do objęcia bilansem zdrowia osoby dorosłej w zakresie badań diagnostycznych z zakresu rozszerzonego	95
Tabela 16. Założenia przyjęte na potrzeby oszacowania liczebności populacji, która korzystałaby z wizyt edukacyjnych.....	95
Tabela 17. Prognozowana wielkość populacji w 10-letnim horyzoncie czasowym do objęcia bilansem zdrowia osoby dorosłej w zakresie wizyt edukacyjnych	95
Tabela 18. Prognozowane sumaryczne koszty realizacji bilansu pakietu podstawowego i rozszerzonego w 10-letnim horyzoncie czasowym	97

Spis wykresów

Wykres 1. Liczba pacjentów, której od II połowy 2022 do I połowa 2024 roku wykonano badanie anty-HCV w podziale na płeć.....	85
Wykres 2. Liczba pacjentów, która od II połowy 2022 do I połowy 2024 roku wykonała badanie anty-HCV	85
Wykres 3. Liczba pacjentów, którzy od 2022 do 2024 roku skorzystali z Programu CHUK w podziale płeć.....	86
Wykres 4. Liczba wykonanych badań w podziale na ryzyko wg algorytmu SCORE w latach 2022–2024	87
Wykres 5. Udział procentowy wykonanych badań w podziale na ryzyko wg algorytmu SCORE przez lekarz lub pielęgniarkę w latach 2022–2024.....	87
Wykres 6. Liczba pacjentów, którzy skorzystali z Programu Profilaktyka 40 PLUS od II połowa 2021 r. do 2024 r. w podziale płeć.....	88
Wykres 7. Liczba pacjentów, którzy w Programie Profilaktyka 40 PLUS wykonani badania 2024 r. w podziale na produkty.....	89
Wykres 8. Liczba pacjentów, której od 2022 do I połowa 2024 roku wykonano badanie lipoproteiny A w podziale płeć.....	90
Wykres 9. Liczba pacjentów, której od 2022 do 2024 roku wykonano badanie lipoproteiny A w podziale na wiek	90
Wykres 10. Liczba pacjentów, której od 2022 do 2024 roku wykonano badanie lipoproteiny A w podziale na rozpoznania wg kodów ICD-10 (trzyznakowe).....	91
Wykres 11. Rozkład liczby pacjentów na liście aktywnej lekarza POZ w poszczególnych rocznikach według stanu na 14.02.2025 r.	92