



Stanowisko Rady Przejrzystości  
nr 169/2025 z dnia 24 listopada 2025 roku  
w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej  
„Podanie autogenicznego osocza bogatopłytkowego lub fibryny  
bogatopłytkowej” jako świadczenia gwarantowanego

*Rada Przejrzystości uznaje za niezasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Podanie autogenicznego osocza bogatopłytkowego lub fibryny bogatopłytkowej” jako świadczenia gwarantowanego.*

**Uzasadnienie**

Problem decyzyjny

*Opinia dotyczy aktualizacji rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 50/2022 z dnia 31 maja 2022 r. w sprawie kwalifikacji świadczenia pn. 84.5021 „Podanie autogenicznego osocza bogatopłytkowego lub fibryny bogatopłytkowej” jako świadczenia gwarantowanego.*

*Przedmiotowe wskazania obejmują:*

- 1. Zapalenie kości i szpiku (rozpoznanie wg. ICD-10: M86.4, M86.6).*
- 2. Nowotwór niezłośliwy kości i chrząstki stawowej (rozpoznanie wg. ICD-10: D16.4, D16.5).*
- 3. Torbiele okolicy jamy ustnej, niesklasyfikowane gdzie indziej (rozpoznanie wg. ICD-10: K09.0, K09.1, K09.2, K09.9).*
- 4. Choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych (rozpoznanie wg. ICD-10: K04.5, K04.8).*
- 5. Inne choroby dziąseł i bezzębego wyrostka zębodołowego (rozpoznanie wg. ICD-10: K06.9).*
- 6. Inne zaburzenia zębów i struktur podtrzymujących (rozpoznanie wg. ICD-10: K08.1, K08.2, K08.8, K08.9).*
- 7. Odmrożenie z martwicą tkanki (rozpoznanie wg. ICD-10: T34.0, T34.1).*
- 8. Wybrane wskazania z zakresu ortopedii (rozpoznanie wg. ICD-10: M54, M70.8, T92.8, T93.8).*

Dowody naukowe

Autologiczne preparaty krwiopochodne, takie jak autogeniczne osocze bogatopłytkowe (PRP) i fibryna bogatopłytkowa (PRF) stanowią bogate źródło fizjologicznie aktywowanych osoczowych i płytkowych czynników wzrostu, które wspierają procesy naprawcze i regeneracyjne tkanek.

Należy jednak zwrócić uwagę, że brak jest jednolitych i powszechnie przyjętych standardów postępowania, przygotowania i podania ww. preparatów. W związku z tym, dostępne badania naukowe różnią się między sobą liczbą i częstością podań, objętością preparatu, stężeniem elementów morfologicznych krwi w preparacie, stężeniem czynników wzrostu w preparacie (jeśli jest oznaczane), zastosowaniem substancji pomocniczych w preparacie (antykoagulantów, czynników aktywujących) itp., co znacznie utrudnia porównywanie ich wyników.

Dodatkowo podania PRP lub PRF z zasady nie stanowią samodzielnej metody leczenia, ale leczenie uzupełniające i wspomagające. Łączone są z wieloma innymi interwencjami, począwszy od modyfikacji aktywności fizycznej i właściwych metod higieny i pielęgnacji rany, poprzez fizykoterapię, terapię hiperbaryczną, rehabilitację, leki przeciwbólowe, przeciwzapalne, antybiotyki itp., skończywszy na różnorodnych interwencjach chirurgicznych i protetycznych.

Z powyższych powodów, mimo że przeprowadzone przeglądy systematyczne dostępnych wyników naukowych wskazują na możliwą skuteczność PRP i PRF w przyspieszaniu procesów naprawczych i regeneracyjnych (poprzez zarówno efekt fibrynogeny jak i osteogeny), zmniejszaniu natężenia bólu pourazowego, pozabiegowego, krótkotrwałym zmniejszaniu natężenia bólu zwyrodnieniowego lub związanego z przeciążeniem oraz w poprawie efektów miejscowych prowadzonych zabiegów, to jednak zróżnicowana metodyka i wysoka heterogeniczność badań nie pozwalają na potwierdzenie przewagi tej metody leczenia nad innymi alternatywnymi interwencjami medycznymi.

Wyniki dostępnych przeglądów systematycznych wskazują, że iniekcje autogenicznych PRF i PRP są procedurami potencjalnie bezpiecznymi, choć dowody w zakresie profilu bezpieczeństwa są bardzo ograniczone. Wydaje się, że główne ryzyka procedury związane są ze sposobem przygotowania i techniką podania preparatu i reakcjami nadwrażliwości, co do których nie opracowano jednolitych i powszechnie przyjętych standardów postępowania.

#### Problem ekonomiczny

Brak jest możliwości wiarygodnego oszacowania populacji i kosztów wprowadzenia świadczenia z powodu braku jednolitych kryteriów kwalifikacji do interwencji oraz standardu i częstości podań w poszczególnych wskazaniach. Istnieje duża niepewność dotycząca potencjalnie znacznego wpływu na budżet płatnika.

**Główne argumenty decyzji:**

- *Brak wartościowych dowodów naukowych dotyczących skuteczności wnioskowanej technologii;*
- *Brak jednolitych standardów metody;*
- *Brak finansowania w większości krajów OECD;*
- *Duże obciążenie dla budżetu płatnika.*

**Tryb wydania stanowiska**

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej nr: DMiOSZ.420.2.2025 „Podanie autogenicznego osocza bogatopłytkowego lub fibryny bogatopłytkowej w wybranych wskazaniach – ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego (aktualizacja rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 50/2022 z dnia 31 maja 2022 r.), data ukończenia: 19 listopada 2025 r.