



Rekomendacja nr 6/2026

z dnia 20 stycznia 2026 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania pomiaru wskaźnika kostka-ramię jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Prezes Agencji nie rekomenduje zakwalifikowania pomiaru wskaźnika kostka-ramię jako świadczenia diagnostycznego powszechnie dostępnego i odrębnie finansowanego w populacji ogólnej.

Dostępne dane kliniczne oraz obowiązujące wytyczne praktyki klinicznej nie uzasadniają rutynowego wykonywania tego badania u osób bez objawów lub bez zwiększonego ryzyka choroby tętnic obwodowych.

Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie pomiaru wskaźnika kostka-ramię do wykazu świadczeń realizowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jako jednej z metod wykorzystywanych w ścieżce diagnostycznej, w ramach pakietu badań stosowanych do oceny perfuzji tętnic obwodowych.

Rekomendacja dotyczy wykonywania przedmiotowego badania wyłącznie w populacji pacjentów objawowych ze stwierdzonym podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym, bez istotnych chorób współistniejących.

W celu zapewnienia spójności sprawozdawczości oraz jednoznacznej identyfikowalności procedury zasadne jest również nadanie jej odrębnego kodu ICD-9.

Uzasadnienie rekomendacji

Problem decyzyjny dotyczy oceny zasadności kwalifikacji nieinwazyjnego badania diagnostycznego: „wskaźnik kostkowo-ramienny (ABI), które miałyby być dostępne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [AOS]. Wskaźnik kostkowo-ramienny, określany również jako wskaźnik kostka-ramię (ABI; *ankle-brachial index*), jest prostym badaniem stosowanym w ocenie stanu tętnic obwodowych. Może służyć również w ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego. Polega na porównaniu ciśnienia skurczowego mierzonego na wysokości kostek do ciśnienia skurczowego na ramionach, w pozycji leżącej. Celem dokonania pomiaru ciśnienia na stopie wykorzystuje się Doppler fali ciągłej do oceny skuteczności zamknięcia światła tętnicy i odczytania wartości ciśnienia. Pomiar ciśnienia na ramieniu odpowiada rutynowemu pomiarowi ciśnienia tętniczego. W sytuacji, gdy na tej samej kończynie otrzymuje się różne wartości ciśnienia, do interpretacji przyjmuje się wartości wyższe. Zgodnie z założeniami wnioskujących ekspertów, procedura ta znajduje uzasadnienie przede wszystkim u pacjentów z grupy ryzyka miażdżycy tętnic kończyn dolnych [PAD].

W odniesieniu do aktualnych uwarunkowań dostępności do ocenianego świadczenia wskazuje się, że pomiar ABI jest obecnie uwzględniony w warunkach realizacji i finansowania świadczenia pn. „Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2)”, gdzie stanowi element kwalifikacji pacjentów w przypadku ran zlokalizowanych na kończynach dolnych. Dodatkowo pomiar ABI jest częścią kryteriów kwalifikacji dla jednej z węższych populacji docelowych programu lekowego B.101 „Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi”. Historyczne dane sprawozdawczo-rozliczeniowe Narodowego Funduszu Zdrowia [NFZ] z lat 2005-2009 wskazują na sprawozdawanie procedury pn. „Dopplerowska

ocena szybkości przepływu krwi dopplerowski pomiar prędkości i indeksów ocena ślepym Dopplerem przepływu tętniczego krwi”. W opinii Prezesa NFZ wyliczenie ABI uznawane jest za dodatkowy pomiar ciśnienia i może stanowić element badania fizykalnego.

Zgodnie z aktualnym zakresem dostępnych świadczeń w POZ, pacjenci mają zapewniony dostęp do świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, obejmujących między innymi ocenę ryzyko sercowo-naczyniowe według skali SCORE-2 na podstawie zebranego wywiadu oraz wyników diagnostyki laboratoryjnej. Ponadto w ramach opieki koordynowanej w POZ dostępna jest diagnostyka i leczenie stanów chorobowych z zakresu kardiologii i diabetologii. Świadczenia te obejmują dopplerowską ocenę przepływu w naczyniach kończyn dolnych, która jest złotym standardem diagnostyki PAD. W AOS pacjenci w poradniach leczenia chorób naczyń, diabetologicznej oraz neurologicznej również mają zapewniony dostęp do USG z opcją Dopplera, a także możliwość wykonania zaawansowanej diagnostyki obrazowej – w tym tomografii komputerowej oraz angiografii metodą rezonansu magnetycznego. Wytyczne praktyki klinicznej wskazują, że w diagnostyce PAD wymienia się również inne badania m.in. badania dopplerowskie, przezskórny pomiar ciśnienia tlenu, pomiar ciśnienia perfuzji skóry, pomiar ciśnienia w obrębie palucha, angiografię w rezonansie magnetycznym i angiotomografię komputerową. Mając na uwadze powyższe, w szczególności dostęp do badań dopplerowskich, nie stwierdza się niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych pacjentów z populacji docelowej w odniesieniu do diagnostyki PAD i oceny ryzyka sercowo-naczyniowego.

W odniesieniu do wartości klinicznej ocenianej technologii zidentyfikowano cztery przeglądy systematyczne. Trzy z włączonych przeglądów dotyczyły pacjentów z objawami choroby tętnic obwodowych, jeden przegląd obejmował ocenę u pacjentów bez objawów klinicznych. We włączonych doniesieniach alternatywnymi technologiami były głównie badania USG Doppler i angiografia. Analiza wyników wykazała porównywalne lub niższe wartości parametrów diagnostycznych ABI w populacjach objawowych, natomiast znacznie gorsze wyniki dla populacji bez klinicznych objawów. W odniesieniu do populacji z niekorzystnymi rezultatami wskazano, że ponad 80% wyników było fałszywie ujemnych, co ogranicza kliniczną użyteczność takiego oznaczenia do zastosowania w ogólnopopulacyjnej strategii przesiewowej. Dodatkowo autorzy przeglądów wskazywali na ograniczenia mogące mieć znaczny wpływ na uzyskiwane wyniki, dotyczące głównie wysokiej heterogeniczności włączanych populacji oraz braku spójności proceduralnej i standardów postępowania w protokołach badawczych. Podsumowując, pomiar wskaźnika ABI cechuje umiarkowana czułość w populacji objawowej oraz bardzo niska czułość w populacji bez objawów klinicznych PAD. Ponadto, w celu postawienia diagnozy w wielu przypadkach konieczne jest uzupełnienie diagnostyki o dodatkowe badania obrazowe.

Odnaleziono również jedną analizę ekonomiczną, której wyniki sugerują brak jednoznacznych wniosków co do efektywności kosztowej ocenianej technologii jako badania przesiewowego w populacji ogólnej. Wskaźnik ICER wyniósł niemal 90 tys. USD (ponad 320 tys. zł).

Oszacowanie skutków finansowych dla płatnika przedstawione przez Agencję wskazuje, że kwalifikacja świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych mogłoby wiązać się z wydatkami rzędu ok. 30 mln zł rocznie. Należy jednak mieć na uwadze, że prognozy te obarczone są znaczną niepewnością, wynikającą przede wszystkim z trudności w wiarygodnym określeniu liczebności populacji potencjalnych świadczeniobiorców. Według szacunków na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej [KŚOZ], szacowany skutek finansowy jest istotnie niższy i wynosi ok. 7 mln zł rocznie.

Analiza rozwiązań organizacyjnych wykazała, że świadczenie będące przedmiotem oceny jest finansowane w różny sposób. We Francji, jak i Wielkiej Brytanii ABI jest ujęte w wykazie finansowanych powszechnie procedur. Z kolei na Litwie oraz w Niemczech jest częścią specjalistycznych programów profilaktycznych i terapeutycznych.

Prezes Agencji, uwzględniając Stanowisko Rady Przejrzystości, wszystkie powyższe aspekty oraz uprzednio wydaną opinię, wskazuje na zasadność zakwalifikowania pomiaru ABI jako świadczenia gwarantowanego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ograniczonym zakresie. W szczególności uwzględniono, że badanie może być wykorzystywane przy wstępnej ocenie ryzyka PAD u pacjentów objawowych, bez istotnych chorób współistniejących, w przypadku

których uzyskanie wyniku prawidłowego zakresie wartości referencyjnych może ograniczyć konieczność kierowania do dalszej diagnostyki obrazowej.

Dodatkowo, w opinii Prezesa Agencji zasadne jest monitorowanie przez NFZ realizacji ABI na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych, po dokonaniu ewentualnej kwalifikacji. Podkreślenia wymaga jednocześnie że w przypadku umożliwienia odrębnego rozliczania pomiaru ABI istnieje wysokie ryzyko nadużyć finansowych wynikające m.in. z braku formalnego wymogu posiadania specjalistycznej aparatury dedykowanej do wykonywania tego badania.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia „ABI – pomiar wskaźnika kostka-ramię – badanie nieinwazyjne” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 poz. 1461 z późn. zm.). W zleceniu zwrócono się również z prośbą o opracowanie wyceny dla analizowanego świadczenia.

Natomiast w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej wskazano, że oceniane świadczenie ma być dostępne w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie opieki koordynowanej oraz w AOS w ramach poradni kardiologicznej, diabetologicznej i angiologicznej.

Zlecenie jest powiązane z rezultatami prac nad projektem pn. „Odwrócona Piramida Świadczeń” oraz opiniami Prezesa Agencji o sygnaturze WS.422.4.2025 z 7 kwietnia 2025 r. oraz WS.422.10.2025 z 18 czerwca 2025 r. Należy jednak podkreślić, że uprzednio wydane opinie dotyczyły oceny wykazu propozycji nowych świadczeń w zakresie kardiologii, a następnie diagnostyki i leczenia chorób układu dokrewnego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgłoszonych przez ekspertów klinicznych. Wówczas potwierdzono zasadność podjęcia dalszych prac analitycznych w zakresie kwalifikacji świadczeń, dla których odnaleziono wytyczne praktyki klinicznej zawierające zalecenia i rekomendacje opatrzone siłą zalecenia oraz poziomem jakości dowodów, potwierdzające zasadność ich stosowania.

Problem zdrowotny

Miażdżyca jest chorobą zapalną wynikającą z uszkodzenia ściany naczynia krwionośnego m.in. przez dyslipidemię, które prowadzą do gromadzenia lipidów, makrofagów i limfocytów w obrębie błony wewnętrznej dużych tętnic. Powiększanie się blaszki miażdżycowej i pęknięcie lub jej uszkodzenie z powstającą na niej skrzepliną może upośledzić przepływ, prowadząc do klinicznej manifestacji ostrego lub przewlekłego niedokrwienia tkanek, włącznie ze zdarzeniami w obrębie tętnic wieńcowych, mózgowych lub obwodowych. Choroba miażdżycowa tętnic innych niż wieńcowe to głównie choroba tętnic obwodowych [PAD]. Wszystkie manifestacje choroby tętnic obwodowych łączą się ze wzrostem całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego. Główną przyczyną umieralności chorych z PAD nie jest niedokrwienie kończyny, ale zawał serca oraz udar mózgu, których ryzyko jest 2–4-krotnie większe niż wśród chorych bez PAD. Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego odbywa się za pomocą algorytmów SCORE2 i SCORE2-OP, które szacują 10-letnie ryzyko zawału serca lub udaru. Udział zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia maleje z 52% w 1990 r. do blisko 35% w 2024 r.

Na podstawie danych NFZ nie było możliwe precyzyjne wyodrębnienie populacji zgodnej z KŚOZ. Obliczenie ABI ma największe znaczenie diagnostyczne u pacjentów objawowych z PAD, dlatego liczebność populacji docelowej oszacowano na podstawie wybranych procedur diagnostycznych. Na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych za okres 2020–2024 wykazano, że liczebność populacji charakteryzuje stały trend wzrostowy. W 2020 roku odnotowano 388 tys. pacjentów, z kolei w 2024 r. 655 tys. pacjentów.

Alternatywna technologia medyczna

Aktualnie diagnostyka choroby miażdżycowej tętnic obwodowych może być prowadzona zarówno na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wykorzystywane technologie diagnostyczne obejmują:

- badanie USG Doppler;
- obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych;
- wewnątrznacyniową ultrasonografię naczyń obwodowych;

- koherentną tomografię optyczną tętnic obwodowych;
- angiografię metodą rezonansu magnetycznego;
- tomografię komputerową tętnic kończyn;
- arteriografię tętnic kończyny dolnej.

Należy również wskazać, że w POZ udzielane są świadczenia gwarantowane w ramach profilaktyki chorób układu krążenia. Do zakresu takich świadczeń należy m.in. ocena ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat według aktualnej klasyfikacji SCORE-2 dla populacji polskiej. Ponadto od 2025 r. funkcjonuje również program zdrowotny „Moje zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej”, który jest realizowany przez lekarza POZ. Dodatkowo dostępne są świadczenia opieki koordynowanej w zakresach: diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków oraz diagnostyka i leczenie stanów przedcukrzycowych albo cukrzycy, w których zakresie ujęto wykonywanie USG Doppler naczyń kończyn dolnych.

Badania obrazowe związane z diagnostyką chorób tętnic kończyn dolnych są również udzielane w programach pilotażowych: w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) oraz opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej.

Oceniane świadczenie powinno być wykonane w ramach kwalifikacji do leczenia podczas wizyty pielęgniarskiej, świadczenia „Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2)”, w przypadku ran zlokalizowanych na kończynach dolnych. W charakterystyce tego świadczenia wskazywana jest również procedura medyczna: USG naczyń kończyn dolnych – Doppler.

Opis wnioskowanego świadczenia

Zgodnie z Kartą Świadczenia Opieki Zdrowotnej [KŚOZ] wnioskowane jest utworzenie nowego, świadczenia z zakresu diagnostyki. W opisie interwencji wskazano, że pomiar wskaźnika kostka-ramię (ABI) jest prostą, nieinwazyjną i nisko-kosztową metodą diagnostyki miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Scharakteryzowano, że badanie to polega na pomiarze ciśnienia tętniczego na obu ramionach i na obu kończynach dolnych (kostka) przy użyciu mankietu i urządzenia „ślepego Dopplera” (w celu wykrycia przepływu krwi i ciśnienia w tętnicach stopy). Wartości referencyjne: prawidłowy 0,90–1,40; graniczny 0,91–0,99; nieprawidłowy $\leq 0,90$ (niedokrwienie) lub $> 1,40$ (tętnice nieściśnięte).

Populację docelową stanowią pacjenci z cukrzycą (E10 cukrzyca insulinozależna, E11 cukrzyca insulinoniezależna), I70 miażdżycą, I25 przewlekłą chorobą niedokrwinną serca, I69 następstwami chorób naczyniowych mózgu lub N18 przewlekłą niewydolność nerek.

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Przeprowadzono przegląd systematyczny celem oceny skuteczności i bezpieczeństwa przedmiotowej technologii. Odnaleziono 2 przeglądy systematyczne z metaanalizą:

- Patel 2025; dorośli pacjenci z chromaniem przestankowym, raportowane objawy PAD; 15 badań; 3 460 uczestników;
- Chuter 2021; dorośli pacjenci z cukrzycą; raportowane objawy PAD; 33 badania; 6 412 uczestników

oraz 2 przeglądy systematyczne bez metaanalizy:

- Kashetsky 2022; dorośli pacjenci z objawami PAD; 4 badania; 657 uczestników;
- Guirguis-Blake 2018; populacja pacjentów bez objawów klinicznych.

Punkt końcowy: wartość diagnostyczna ABI

Patel 2025

- czułość 0,65 (95% CI 0,63; 0,67; heterogeniczność I^2 95%); swoistość 0,89 (0,87; 0,90; I^2 94%); wskaźnik Youdena 0,54, co oznacza umiarkowaną skuteczność testu;

Chuter 2021

- w odniesieniu do angiografii, czułość od 0,50 do 0,91; swoistość od 0,40 do 1,00;
- w odniesieniu do USG Doppler, czułość 0,60 (95% CI 0,48; 0,71); swoistość 0,87 (0,78; 0,92);

Kashetsky 2022

- w odniesieniu do tomografii komputerowej, czułość 0,69 (95% CI 0,62; 0,76); swoistość 0,97 (0,84; 0,99);
- w odniesieniu do USG duplex, czułość od 0,73 do 0,79; swoistość od 0,91 do 0,96;
- w odniesieniu do kolorowego duplex, czułość od 0,53 do 1,00; swoistość od 0,83 do 1,00;

Guirguis-Blake 2018

- w odniesieniu do dokładności diagnostycznej wskaźnika ABI jako badania przesiewowego w kierunku PAD u dorosłych, którzy zazwyczaj nie prezentują żadnych objawów, czułość od 0,15 do 0,20; swoistość 0,99 (95% CI 0,96; 1,00).

Wniosek Agencji

W objawowych populacjach badanie charakteryzuje się umiarkowaną wartością diagnostyczną – czułość średnio wynosiła ok. 0,7 (umiarkowana wartość), natomiast swoistość ok. 0,9 (wysoka wartość). Takie wartości parametrów testów diagnostycznych wskazują na wysokie prawdopodobieństwo wyników fałszywie ujemnych. W populacji nieprezentującej objawów klinicznych czułość jest na bardzo niskim poziomie.

Ograniczenia

Autorzy przeglądów wskazywali na ograniczenia mogące mieć znaczny wpływ na uzyskiwane wyniki, dotyczące głównie wysokiej heterogeniczności włączanych populacji oraz braku spójności proceduralnej i standardów postępowania w protokołach badawczych.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Przeprowadzono przegląd systematyczny celem identyfikacji analiz ekonomicznych przeprowadzonych dla sprawdzenia użyteczności strategii diagnostycznej obejmującej ocenianą technologię. Nie odnaleziono w jego wyniku publikacji spełniających zakładane kryteria włączenia, właściwych dla ocenianego problemu decyzyjnego, wobec czego przeprowadzono niesystematyczne wyszukiwanie wolnotekstowe. Odnaleziono jedną analizę Nathan 2018. W badaniu analizowano opłacalność badań przesiewowych w kierunku bezobjawowej PAD z wykorzystaniem ABI.

Z uzyskanych wyników można wnioskować, że model badań przesiewowych z zastosowaniem ABI kosztował o 338 USD (1 223,02 PLN) więcej w porównaniu z brakiem badań. Wartość jakości życia skorygowanej o jakość QALY wzrosła o 0,00380, co przełożyło się na ICER: 88 758 USD (321 162 PLN) /QALY. W opinii autorów przeprowadzonej analizy ekonomicznej pomiar ABI zdecydowanie nie spełnia ogólnie przyjętych progów opłacalności.

Ograniczenia

Autorzy analizy zwracają uwagę na wysoką niepewność danych klinicznych zasilających model. Należy również jednoznacznie wskazać, że ze względu na odrębną specyfikę różnych systemów opieki zdrowotnej brak jest możliwości ekstrapolacji wyników analiz farmakoekonomicznych przeprowadzonych w oparciu o założenia systemów zagranicznych.

Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 z późn. zm.)

Nie dotyczy.

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

Wyniki analizy wpływu na budżet zostały przedstawione w dwuletnim horyzoncie czasowym z perspektywy płatnika publicznego (NFZ). Przyjęto, że szacowana liczba świadczeń w scenariuszu „istniejącym” jest zerowa.

W oszacowaniach wykorzystano dane sprawozdawczo-rozliczeniowe Narodowego Funduszu Zdrowia [NFZ] dotyczące liczby pacjentów na podstawie wybranych procedur diagnostycznych. Uwzględniono dane z lat 2020–2024, a następnie przeprowadzono ekstrapolację danych na trzy kolejne okresy. Przyjęto, że pierwszym okresem analizy wpływu na budżet będzie prognoza na 2026 rok. Zgodnie z danymi sprawozdawczymi przyjęto 1,31 oznaczenia ABI u pacjenta rocznie. Z kolei koszt jednostkowy został oszacowany na podstawie średniej wartości stawki wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w poradniach kardiologicznych, diabetologicznych oraz angiologicznych (chorób naczyń) za 20 min pracy. Wobec aktualnych stawek szacunki wyniosły 27,00 zł.

Szacowana liczebność populacji wyniosła 767 806 pacjentów w I roku analizy oraz 848 572 pacjentów w roku kolejnym.

Wyniki analizy podstawowej wskazują, że kwalifikacja przedmiotowego oznaczenia jako świadczenia gwarantowanego może wiązać się z kosztami dla płatnika na poziomie odpowiednio 27,3 mln zł w pierwszym roku wdrożenia oraz 30,1 mln zł w roku następnym.

Ograniczenia oceny wpływu na budżet

Parametrem charakteryzującym się największym zakresem niepewności jest liczebność populacji docelowej. Należy zauważyć, że przy szacowaniu populacji i częstości wykonywania badań posłużono się danymi sprawozdawczo-rozliczeniowymi dotyczącymi alternatywnych technologii medycznych.

Szacunki na podstawie KŚOZ

W KŚOZ uwzględniono, że ABI byłoby przeprowadzane w dwóch populacjach – pacjentów sklasyfikowanych do grupy ekstremalnego ryzyka sercowo-naczyniowego oraz z cukrzycą typu 1 i 2 po incydentach sercowo-naczyniowych (zawał, udar, operacja tętniaka aorty). Przedstawiono łączną liczbę 70 tys. pacjentów rocznie oraz jednokrotne wykonanie pomiaru. Mając na uwadze przytoczoną przez zgłaszających wartość środkową zakresu (95 zł) byłby to koszt rzędu 6,65 mln zł rocznie.

Opinia NFZ

W opinii nie przedstawiono szacunków finansowych. Zwrócono jednak uwagę, że wyliczenie ABI było dotychczas uznawane za dodatkowy pomiar ciśnienia i może stanowić element badania fizykalnego.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Opinie ekspertów klinicznych

W opiniach eksperci wskazali na zasadność finansowania ABI w AOS. Podkreślono nieinwazyjny charakter badania oraz niskie koszty. Wskazywano również na ograniczenia związane z koniecznością dalszej diagnostyki pacjenta, ograniczoną dokładność przy współistniejących zwapnieniach naczyń, jak również aspekty organizacyjne (konieczność przeszkolenia personelu, doposażenia poradni).

Uwagi do opisu świadczenia

Zlecenie dotyczy kwalifikacji ABI do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS jako docelowe miejsce ewentualnych zmian legislacyjnych. W KŚOZ dodatkowo wskazano POZ, w szczególności w obszarze opieki koordynowanej, przy czym nie wskazano ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji w odniesieniu do ocenianej technologii

Analiza czterech dokumentów wykazała, że ABI jest zalecane w diagnostyce choroby tętnic obwodowych (PAD) jako badanie dodatkowe. Nie jest zalecane jego stosowanie w ramach badania przesiewowego u pacjentów bez zwiększonego ryzyka PAD ani u osób bez objawów w wywiadzie lub badaniu fizykalnym. W wytycznych podkreśla się również, że przydatność ABI w długoterminowym monitorowaniu pacjentów po rewaskularyzacji jest ograniczona z uwagi na niepewną skuteczność diagnostyczną. Ogółem w dokumentach źródłowych ABI jest wymieniane obok szeregu innych metod diagnostycznych takich jak: badania USG Doppler duplex, badania za pomocą ręcznego Dopplera fali

ciągłej, przezskórnego pomiaru ciśnienia tlenu ($TcPO_2$), ciśnienia perfuzji skóry (SPP), rejestracji objętości tętna (PVR), wskaźnika paluch-ramię (TBI), pomiaru ciśnienia w obrębie palucha (TP), angiografii w rezonansie magnetycznym (MRA), angiotomografii komputerowej (CTA).

Nie przeprowadzono wyszukiwania celowanego na odnalezienie rekomendacji finansowych wydanych Analiza rozwiązań organizacyjnych w czterech krajów wykazała, że świadczenie będące przedmiotem oceny jest finansowane w różny sposób. We Francji jak i Wielkiej Brytanii badanie ABI jest ujęte w wykazie procedur finansowanych powszechnie. Natomiast na Litwie oraz w Niemczech jest ono częścią specjalistycznych programów profilaktycznych i terapeutycznych, skierowanych do określonych populacji pacjentów.

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/dokument podpisany elektronicznie/

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 20 listopada 2025 r. (znak: DLG.72.7.2025.AJ) w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania: „ABI – pomiar wskaźnika kostka-ramię – badanie nieinwazyjne”, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wraz z opracowaniem wyceny, art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2025 poz. 1461 z późn. zm.) po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 2/2026 z dnia 19 stycznia 2026 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „ABI – pomiar wskaźnika kostka-ramię – badanie nieinwazyjne”
2. Raport nr DWSGiZS.420.7.2025 „ABI – pomiar wskaźnika kostka-ramię – badanie nieinwazyjne; Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”; data ukończenia: 14 stycznia 2026 roku