



Warszawa, dnia 21 lipca 2026 r.

Znak sprawy: DWSGiZS.47.3.2026

Pan
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na zlecenia Ministra Zdrowia:

- 1) z dnia 28 kwietnia 2026 r. (znak: ASG.72.1.2025.MGL/PM), przekazane na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach, dotyczące przeprowadzenia analiz i przygotowania rekomendacji w sprawie zasadności uwzględnienia sześciominutowego testu marszu oraz ergospirometrii w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 2) z dnia 20 maja 2026 r. (znak: ASG.781.14.2026.EK), przekazane na podstawie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach, dotyczące przeprowadzenia analiz odnoszących się do zasadności uwzględnienia sześciominutowego testu marszu oraz ergospirometrii w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,

uprzejmie proszę o zapoznanie się z przedstawioną poniżej opinią w przedmiotowej sprawie.

Oba zlecenia dotyczą oceny zasadności uwzględnienia sześciominutowego testu marszu (ICD-9: 89.442; [6-MWT]) oraz ergospirometrii (ICD-9: 89.385; [CPET]) w wykazach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego, wraz z określeniem warunków realizacji tych procedur, oceną ich wpływu na organizację udzielania świadczeń oraz analizą potencjalnych skutków dla systemu ochrony zdrowia. Dodatkowo w przypadku zlecenia dotyczącego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zwrócono się o przedstawienie rekomendacji Prezesa Agencji dotyczącej kwalifikacji analizowanych świadczeń gwarantowanych.

Z uwagi na fakt, że 6-MWT oraz CPET mają status świadczeń gwarantowanych, zagadnienie to nie dotyczy kwalifikacji nowych technologii medycznych do systemu świadczeń gwarantowanych. Zgodnie z obecnie obowiązującymi uwarunkowaniami formalno-prawnymi ocenianych świadczeń przyjęto, że projektowane zmiany mają charakter organizacyjny i porządkujący. Problem decyzyjny sprowadza się zatem do oceny zasadności wyodrębnienia i uwzględnienia przedmiotowych procedur w wykazach świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS i LSZ oraz określenia warunków ich realizacji. W związku z tym odstąpiono od przeprowadzenia pełnej oceny technologii medycznej właściwej dla nowych świadczeń oraz od wydania rekomendacji w rozumieniu art. 31c ustawy o świadczeniach.

Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 50/2026 z dnia 21 lipca 2026 r. w sprawie zasadności uwzględnienia sześciominutowego testu marszu oraz ergospirometrii w wykazach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego

Metodyka oceny

Przedmiotem zleceń jest ocena zasadności rozszerzenia miejsca realizacji dwóch świadczeń gwarantowanych obecnie w zakresie rehabilitacji leczniczej: 6-MWT oraz CPET – poprzez ich uwzględnienie w warunkach AOS oraz LSZ. Materiał analityczny sporządzony przez Agencję obejmował następujące obszary:

- I. Analizę aktualnych uwarunkowań formalno-prawnych dotyczących finansowania ocenianych procedur ze środków publicznych.
- II. Przegląd wytycznych praktyki klinicznej dotyczących wskazań, zakresu zastosowania i warunków realizacji ocenianych świadczeń.
- III. Przegląd międzynarodowych rozwiązań dotyczących organizacji i finansowania ze środków publicznych sześciominutowego testu marszu oraz ergospirometrii.
- IV. Oszacowanie przewidywanych kosztów realizacji analizowanych procedur, a następnie ocenę potencjalnych skutków organizacyjnych ich uwzględnienia w wykazach świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS oraz LSZ.

Uwarunkowania finansowania świadczeń ze środków publicznych

W obowiązującym stanie prawnym sześciominutowy test marszu oraz ergospirometria są wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczącym świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej:

- Sześciominutowy test marszu (ICD-9: 89.442; [6-MWT]) został ujęty jako procedura medyczna w rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych, przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu programu rehabilitacji. W części rozporządzenia dotyczącej rehabilitacji realizowanej w warunkach oddziału lub ośrodka dziennego oraz kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej wskazuje się m.in. tzw. „test korytarzowy”, który nie powinien być utożsamiany z procedurą 6-MWT. Procedura 6-MWT została również ujęta w szerszym katalogu procedur diagnostycznych służących monitorowaniu efektów rehabilitacji prowadzonej w kompleksowej opiece po zawale mięśnia sercowego [KOS-zawał].
- Ergospirometria (ICD-9: 89.385; [CPET]) została wskazana wyłącznie w regulacjach dotyczących KOS-zawał, w tym samym katalogu badań co 6-MWT.

Ponadto 6-MWT został uwzględniony w AOS jako element świadczenia „Badanie spirometryczne z 6-minutowym testem chodu” (ICD-9: 89.387). Oznacza to, że procedura ta jest już obecnie wykorzystywana nie tylko w rehabilitacji leczniczej, lecz również w diagnostyce prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych.

Analiza uwarunkowań wykazała, że obecne umiejscowienie analizowanych procedur przede wszystkim w regulacjach dotyczących rehabilitacji leczniczej nie odzwierciedla w pełni ich zastosowania klinicznego. Oceniane procedury mogą służyć również diagnostyce i monitorowaniu pacjentów m.in. z przewlekłymi chorobami układu krążenia, układu oddechowego oraz wybranymi chorobami neurologicznymi.

Podsumowanie wytycznych praktyki klinicznej

Przeprowadzono przegląd krajowych i międzynarodowych wytycznych praktyki klinicznej dotyczących niewydolności serca, chorób układu oddechowego oraz standardów organizacyjnych, właściwych dla ocenianych świadczeń. Analiza miała na celu identyfikację wskazań klinicznych

do wykonywania ocenianych procedur oraz wymagań dotyczących personelu, wyposażenia i miejsca realizacji. Łącznie zidentyfikowano 13 dokumentów spełniających kryteria włączenia.

Analiza wykazała, że zarówno 6-MWT, jak i CPET posiadają ugruntowaną pozycję w diagnostyce i monitorowaniu pacjentów z chorobami układu krążenia oraz układu oddechowego. Wspólnym obszarem zastosowania 6-MWT i CPET jest ocena wydolności funkcjonalnej, tolerancji wysiłku oraz odpowiedzi na zastosowane postępowanie terapeutyczne u pacjentów z chorobami układu oddechowego i układu krążenia. Wytyczne wskazują na ich zastosowanie m.in. w niewydolności serca, przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, nadciśnieniu płucnym, mukowiscydozie, śródmiąższowych chorobach płuc oraz w kwalifikacji lub monitorowaniu pacjentów przed wybranymi interwencjami, w tym przed transplantacją płuc, resekcją miąższu płucnego lub zabiegami zmniejszającymi objętość płuc. W obu przypadkach w wytycznych odniesiono się również do wykorzystania badań w ocenie rokowania, monitorowaniu efektów rehabilitacji oraz dokumentowaniu zmian stanu funkcjonalnego pacjenta.

Zakres wskazań do wykonywania obu badań różni się charakterem informacji uzyskiwanej w badaniu. W przypadku 6-MWT wskazuje się przede wszystkim ocenę statusu czynnościowego i dystansu marszu u pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, niewydolnością serca, chorobami naczyń obwodowych, fibromialgią, chorobą Parkinsona, po udarze mózgu, u osób starszych, po zabiegach operacyjnych jamy brzusznej oraz w wybranych populacjach pediatrycznych. CPET jest wskazywany w sytuacjach wymagających określenia mechanizmów ograniczenia wysiłku, różnicowania przyczyn duszności lub nietolerancji wysiłku oraz oceny udziału komponenty sercowo-naczyniowej, oddechowej i metabolicznej.

W odnalezionych wytycznych określono również wymagania dotyczące warunków wykonywania obu badań. W przypadku 6-MWT wskazano odpowiednią trasę marszu i podstawowe wymagania dotyczące bezpieczeństwa badania. Dla CPET rekomendowana jest pracownia badań wysiłkowych wyposażona w aparaturę do monitorowania wysiłku i wymiany gazowej oraz zapewniającą możliwość postępowania w sytuacjach nagłych. Wytyczne nie definiują poziomu realizacji 6-MWT i CPET w rozumieniu polskich zakresów świadczeń, takich jak ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne czy rehabilitacja lecznicza.

Podsumowanie informacji o rozwiązaniach międzynarodowych

Na podstawie przeglądu rozwiązań międzynarodowych w sześciu krajach wykazano, że 6-MWT oraz CPET są ujmowane w różnych mechanizmach klasyfikacji i finansowania świadczeń jako odrębne pozycje katalogów świadczeń, procedury klasyfikacyjne lub grupy rozliczeniowe. Najbardziej szczegółowe wymagania organizacyjne odnaleziono w dokumentach czeskich, gdzie określono m.in. personel, czas realizacji, częstotliwość wykonywania i elementy wyceny. W pozostałych krajach, tj. we Francji, na Łotwie, w Niemczech, na Słowacji oraz w Wielkiej Brytanii, dostępne informacje wskazywały najczęściej na ujęcie procedury w katalogu zbiorczym, taryfy lub przyporządkowaniu grupy rozliczeniowej. Dla tej grupy krajów stwierdzono ograniczony zakres danych o wymaganiach dotyczących personelu, wyposażenia i miejsca realizacji.

Ambulatoryjne warunki realizacji wskazano w Czechach dla obu badań, w Niemczech dla CPET oraz w dokumentach brytyjskich w odniesieniu do badań klasyfikowanych jako badania opieki ambulatoryjnej. W pozostałych krajach nie wskazano jednoznacznego poziomu realizacji dla ocenianych świadczeń.

Wpływ na budżet płatnika publicznego

Z uwagi na możliwość przesunięć pomiędzy zakresami świadczeń oraz brak możliwości jednoznacznej identyfikacji świadczeń realizowanych w ramach dostępnych danych sprawozdawczych nie przedstawiono analizy scenariusza istniejącego. Przeprowadzona analiza obejmowała wyłącznie oszacowanie kosztów po stronie płatnika publicznego związanych z wdrożeniem 6-MWT i CPET do rozporządzeń określających zakres świadczeń gwarantowanych w AOS i LSZ, przy uwzględnieniu

wstępnych założeń dotyczących liczebności populacji docelowej oraz proponowanej wyceny interwencji. Analizę przeprowadzono i przedstawiono w jednym wariancie.

Liczebność populacji docelowej oszacowano na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2022–2025 i wynosiła odpowiednio:

- AOS:
 - o 6-MWT – 262 pacjentów w pierwszym roku oraz 279 pacjentów w drugim roku;
 - o CPET – 185 pacjentów w pierwszym roku oraz 188 pacjentów w drugim roku;
- LSZ:
 - o 6-MWT – 28 813 pacjentów w pierwszym roku i 31 601 pacjentów w drugim roku;
 - o CPET – 839 pacjentów w pierwszym roku i 799 pacjentów w drugim roku.

Koszt jednostkowy interwencji oszacowano na podstawie cenników wewnętrznych świadczeniodawców i przyjęto na poziomie 70 zł – dla 6-MWT oraz 422 zł – dla CPET.

Przy przyjętych założeniach szacowane koszty realizacji prognozowanej liczby badań wyniosłyby:

- ok. 2,47 mln zł; w tym ok. 2,04 mln zł z tytułu realizacji 6-MWT w pierwszym roku;
- ok. 2,65 mln zł; w tym ok. 2,23 mln zł z tytułu realizacji 6-MWT w drugim roku.

Należy podkreślić, że przedstawione wartości nie stanowią prognozy dodatkowych wydatków płatnika publicznego wynikających z proponowanych zmian. Wyniki analizy należy interpretować z ostrożnością, ponieważ prognoza ma charakter orientacyjny i opiera się na założeniu kontynuacji trendów historycznych. Nie uwzględnia ona potencjalnych zmian organizacyjnych, finansowych, epidemiologicznych, wpływu na dalszą ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną pacjentów ani możliwych przesunięć realizacji procedur między zakresami świadczeń.

Podsumowanie

Prezes Agencji, uwzględniając wyniki przeprowadzonych analiz, aktualne wytyczne praktyki klinicznej, obowiązujący sposób finansowania i realizacji świadczeń, informacje dotyczące rozwiązań międzynarodowych oraz zasady racjonalnego wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, uznaje za zasadne uwzględnienie sześciominutowego testu marszu oraz ergospirometrii w wykazach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego.

Główną przesłanką stanowiska był fakt, że obie procedury posiadają już status świadczeń finansowanych ze środków publicznych i są wykorzystywane w praktyce klinicznej w ramach ocenianych zakresów świadczeń gwarantowanych. Dane sprawozdawczo-rozliczeniowe Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, że świadczenia te są realizowane zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, pomimo że obowiązujące regulacje nie uwzględniają ich wprost jako odrębnych świadczeń gwarantowanych właściwych dla tych zakresów opieki.

Przedmiotem oceny nie było zatem wprowadzenie nowych interwencji do systemu, lecz uporządkowanie oraz rozszerzenie możliwości ich stosowania poza dotychczasowe zastosowania związane przede wszystkim z rehabilitacją leczniczą. Uzasadnieniem dla proponowanego kierunku zmian jest również zakres zastosowań wskazywany w wytycznych praktyki klinicznej, obejmujący ocenę wydolności funkcjonalnej, kwalifikację do leczenia, różnicowanie przyczyn ograniczenia tolerancji wysiłku oraz monitorowanie pacjentów z chorobami układu krążenia i układu oddechowego. Z tego względu ograniczenie wykonywania analizowanych badań przede wszystkim do wybranych świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej nie odzwierciedla w pełni ich roli diagnostycznej w praktyce klinicznej.

W odniesieniu do AOS zasadne jest określenie warunków realizacji świadczeń, obejmujących minimalne wymagania dotyczące personelu, wyposażenia, organizacji badania oraz opisu wyniku. Szczególnie ważne jest zachowanie zwalidowanych warunków przeprowadzania 6-MWT według zaleceń Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Pozwoliłoby to na zapewnienie porównywalnego

standardu wykonywania badań w warunkach ambulatoryjnych, przy jednoczesnym ograniczeniu wymagań do elementów niezbędnych z punktu widzenia bezpieczeństwa i wiarygodności wyniku.

W przypadku leczenia szpitalnego proponuje się natomiast uwzględnienie procedur ICD-9: 89.442 sześciominutowy test marszu oraz ICD-9: 89.385 ergospirometria w wykazie świadczeń gwarantowanych bez wprowadzania odrębnych warunków realizacji na poziomie rozporządzenia. Wynika to z odmiennego charakteru organizacji udzielania świadczeń szpitalnych, w ramach których wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i zabezpieczenia pacjenta powinny być zapewniane przez podmiot leczniczy odpowiednio do profilu i zakresu udzielanych świadczeń, aktualnej wiedzy medycznej oraz warunków realizacji określonych dla niższego poziomu opieki, tj. AOS.

Mając powyższe na uwadze, proponowane rozwiązanie należy traktować jako zmianę o charakterze organizacyjnym, ukierunkowaną na uporządkowanie zasad realizacji procedur już funkcjonujących w systemie oraz zapewnienie warunków niezbędnych dla ich bezpiecznej i prawidłowej realizacji.

Z wyrazami szacunku

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik:

Raport analityczny nr: DWSGiZS.47.3.2026; Sześciominutowy test marszu oraz ergospirometria; Ocena zasadności rozszerzenia możliwości realizacji świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz leczeniu szpitalnym; Data ukończenia: 21 lipca 2026 r.

Do wiadomości:

Pani Barbara Więckowska, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia.