



Rekomendacja nr 101/2026

z dnia 30 lipca 2026 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania telemonitoringu elektrokardiograficznego ciągłego albo zdarzeniowego jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Prezes Agencji nie rekomenduje zakwalifikowania świadczeń pn. „Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy (≥ 7 dni) ciągły” oraz „Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy (≥ 7 dni) zdarzeniowy” jako świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Główną przesłanką negatywnej rekomendacji jest brak wiarygodnych dowodów potwierdzających, że zastosowanie teletransmisji danych i zdalnego nadzoru nad pacjentem zapewnia dodatkową wartość kliniczną względem obecnie finansowanych metod wydłużonego monitorowania elektrokardiograficznego. Chociaż dostępne badania wskazują na możliwość zwiększenia wykrywalności niektórych zaburzeń rytmu serca, nie wykazano, aby przekładało się to na poprawę istotnych klinicznie wyników zdrowotnych, takich jak redukcja liczby hospitalizacji, zdarzeń sercowo-naczyniowych czy śmiertelności. Dodatkowym argumentem przeciwko włączeniu świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych są przewidywane istotne konsekwencje organizacyjne i finansowe związane z ich wdrożeniem. Realizacja telemonitoringu EKG wymagałaby zapewnienia infrastruktury umożliwiającej bieżący odbiór i analizę danych, organizacji procesu zdalnego nadzoru nad pacjentami, zaangażowania dodatkowych zasobów kadrowych oraz ponoszenia kosztów związanych z zakupem, utrzymaniem i integracją specjalistycznych systemów teleinformatycznych. Oznaczałoby to wzrost obciążeń po stronie świadczeniodawców i płatnika publicznego, przy jednoczesnym braku dowodów wskazujących, że ponoszone nakłady przekładają się na wymierne korzyści zdrowotne lub poprawę efektywności organizacji opieki. Nie zidentyfikowano również dowodów wskazujących na finansowanie świadczeń odpowiadających ocenianemu modelowi świadczenia w zagranicznych systemach ochrony zdrowia.

Uzasadnienie rekomendacji

Problem decyzyjny dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [AOS] świadczeń pn. „Telemonitoring elektrokardiograficzny [TM EKG] długoterminowy (≥ 7 dni) ciągły” oraz „Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy (≥ 7 dni) zdarzeniowy”. W przeciwieństwie do obecnie finansowanych metod ambulatoryjnego monitorowania rytmu serca, oceniane świadczenia obejmują wydłużoną rejestrację sygnału EKG, teletransmisję danych oraz zdalny nadzór. W obowiązującym wykazie świadczeń gwarantowanych AOS wskazuje się monitorowanie czynności serca metodą Holtera bez doprecyzowania czasu trwania rejestracji i rodzaju stosowanego urządzenia. Monitorowanie czynności serca z wykorzystaniem urządzeń typu Holter jest również realizowane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej [POZ]. Ponadto, zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ określającym warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS, finansowane jest również

wielodniowe monitorowanie czynności serca metodą Holtera (Event Holter/Holter 72 godziny). W złożonych przypadkach, zgodnie z rozporządzeniem dotyczącym świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, u chorych po kryptogennym udarze mózgu oraz z nawracającymi utratami przytomności, których przyczyny nie udało się ustalić, możliwe jest zastosowanie wszczepialnego rejestratora zdarzeń [ILR]. Kluczowym zagadnieniem była ocena, czy zastosowanie TM EKG prowadzi do uzyskania dodatkowych korzyści diagnostycznych względem obecnie finansowanych metod monitorowania rytmu serca.

Przeprowadzony przegląd systematyczny wykazał, że dostępne dowody dotyczące TM EKG są ograniczone i niejednorodne. Do analizy włączono 4 publikacje obejmujące różne populacje pacjentów oraz odmienne modele telemonitoringu. Wyniki wskazują, że TM EKG może zwiększać wykrywalność napadowych zaburzeń rytmu serca, w tym bezobjawowego migotania przedsionków, jednak nie dostarczają jednoznacznych dowodów potwierdzających wpływ tej technologii na istotne klinicznie punkty końcowe, takie jak hospitalizacje, zdarzenia sercowo-naczyniowe czy wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia. Jednocześnie nie odnaleziono badań umożliwiających bezpośrednią ocenę wartości dodanej teletransmisji i zdalnego nadzoru względem innych metod wydłużonego monitorowania EKG, w tym wielodniowego monitorowania holterowskiego.

W wyniku przeprowadzonego przeglądu systematycznego nie odnaleziono analiz ekonomicznych spełniających przyjęte kryteria włączenia, które potwierdzałyby opłacalność finansowania tej technologii ze środków publicznych.

Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego wskazuje, że objęcie finansowaniem TM EKG może wiązać się z dodatkowymi wydatkami rzędu 5,4 mln zł rocznie w wariantie podstawowym, przy czym rzeczywiste skutki finansowe pozostają wysoce niepewne z uwagi na konieczność przyjęcia licznych założeń oraz brak danych dotyczących rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenie po objęciu go finansowaniem publicznym. Oznacza to ryzyko ponoszenia znaczących kosztów bez dostatecznego uzasadnienia klinicznego i ekonomicznego. Przedstawione wyniki należy traktować jako orientacyjne oszacowanie potencjalnych skutków finansowych dla płatnika publicznego.

Analiza rozwiązań organizacyjnych w wybranych państwach nie wykazała powszechnego finansowania świadczeń odpowiadających ocenianemu modelowi telemonitoringu EKG ani istnienia ugruntowanych modeli organizacyjnych opartych na odrębnie finansowanym telemonitoringu ambulatoryjnym.

Prezes Agencji, uwzględniając całokształt przedstawionych przesłanek oraz wydane Stanowisko Rady Przejrzystości, uznaje za niezasadne zakwalifikowanie przedmiotowych świadczeń jako świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pomimo potencjalnej przydatności TM EKG w wykrywaniu napadowych zaburzeń rytmu serca, dostępne dowody nie pozwalają na wykazanie dodatkowej wartości klinicznej wynikającej z zastosowania teletransmisji i zdalnego nadzoru względem obecnie dostępnych metod wydłużonego monitorowania EKG. Jednocześnie wdrożenie świadczenia wiązałoby się z koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów organizacyjnych i finansowych oraz rozbudowy infrastruktury teleinformatycznej, przy ograniczonej i niejednoznacznej bazie dowodowej uzasadniającej takie nakłady.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy m.in. oceny zasadności zakwalifikowania świadczeń pn. „Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy (≥ 7 dni) ciągły” oraz „Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy (≥ 7 dni) zdarzeniowy” jako świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.). W zleceniu zwrócono się również z prośbą o opracowanie wyceny dla analizowanego świadczenia.

Zlecenie jest powiązane z rezultatami prac nad projektem pn. „Odwrócona Piramida Świadczeń” oraz opracowaniem Agencji o sygnaturze WS.422.4.2025 z 7 kwietnia 2025 r. Należy jednak podkreślić, że uprzednio wydana opinia dotyczyła zaopiniowania wykazu propozycji nowych świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia chorób kardiologicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgłoszonych przez ekspertów. Wówczas potwierdzono zasadność podjęcia dalszych prac analitycznych

w zakresie kwalifikacji świadczeń, dla których odnaleziono wytyczne praktyki klinicznej zawierające zalecenia i rekomendacje (opatrzone siłą rekomendacji i poziomem jakości dowodów), potwierdzające zasadność ich stosowania.

Problem zdrowotny

Zaburzenia rytmu serca obejmują nieprawidłowości dotyczące częstości, miarowości lub przewodzenia impulsów elektrycznych w sercu i mogą przyjmować postać bradyarytmii, tachyarytmii lub rytmu niemiernego. Mogą występować w przebiegu wielu chorób układu sercowo-naczyniowego, mieć charakter bezobjawowy lub objawowy oraz wiązać się ze zróżnicowanym ryzykiem klinicznym. Część arytmii nie wpływa istotnie na funkcjonowanie organizmu, jednak inne mogą prowadzić do ciężkich następstw, w tym udaru niedokrwionego mózgu, niewydolności serca lub nagłego zgonu sercowego. Szczególne znaczenie kliniczne ma migotanie przedsionków, należące do najczęstszych zaburzeń rytmu serca, którego częstość występowania wzrasta wraz ze starzeniem się populacji i obciążeniem chorobami współistniejącymi. Rozpoznanie arytmii bywa utrudnione ze względu na napadowy i nieregularny charakter zaburzeń rytmu.

Celem zbadania rozpowszechnienia problemu zdrowotnego związanego z trudnymi do wykrycia zaburzeniami rytmu serca przyjęto założenie, że populacja z ocenianym problemem zdrowotnym ma sprawozdane co najmniej pięć epizodów wykorzystania Holtera EKG lub został wszczepiony rejestrator zdarzeń typu ILR. Na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ wskazano, że wielokrotne sprawozdanie wykorzystania u pacjenta jednej z procedur związanych z ambulatoryjnym monitorowaniem EKG za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) w 2025 roku odnotowano u 26 575 pacjentów, z kolei wszczepienie ILR miało miejsce u 888 pacjentów. Populacja wykazuje wyraźny trend wzrostowy.

Alternatywna technologia medyczna

W obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczącym świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS ujęto procedurę ICD-9 89.502 „Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) – Holter EKG”. Opis ten nie precyzuje czasu trwania monitorowania ani rodzaju wykorzystywanego urządzenia, w szczególności nie rozróżnia ciągłego zapisu EKG od rejestracji zdarzeniowej. W opisach zakresów świadczeń gwarantowanych AOS czy leczenia szpitalnego, w szczególności zdefiniowanych porad i świadczeń kompleksowych również nie precyzuje się czasu monitorowania z wykorzystaniem metody Holtera. Natomiast w rozporządzeniu dotyczącym POZ, w ramach opieki koordynowanej, przewidziano Holter EKG 24, 48 i 72 godz., tj. rejestrację EKG o określonym czasie trwania.

Alternatywną metodą długoterminowego monitorowania rytmu serca, stosowaną w wybranych grupach pacjentów po wyczerpaniu możliwości diagnostyki nieinwazyjnej, jest wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego świadczenie pn. „Monitorowanie zdarzeń arytmicznych przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń” [ILR]. Świadczenie jest przeznaczone dla chorych po kryptogennym udarze mózgu oraz pacjentów z nawracającymi utratami przytomności, których przyczyny nie udało się ustalić.

Opis wnioskowanego świadczenia

Wnioskowane świadczenie dotyczy nieinwazyjnego, długoterminowego telemonitoringu elektrokardiograficznego, wykonywanego przez co najmniej 7 dni w warunkach codziennej aktywności pacjenta, z wykorzystaniem urządzeń umożliwiających rejestrację sygnału EKG oraz teletransmisję danych do ośrodka nadzorującego. Świadczenie obejmuje dwa tryby monitorowania: ciągły, realizowany z użyciem urządzenia typu Holter EKG, oraz zdarzeniowy, realizowany z użyciem urządzeń typu Event-EKG albo Event-Holter EKG. W trybie ciągłym zapis EKG jest prowadzony nieprzerwanie, natomiast w trybie zdarzeniowym rejestracja dotyczy krótkotrwałych zapisów inicjowanych przez pacjenta albo zapisów aktywowanych automatycznie w trybie pętli. W zależności od wariantu świadczenia nadzór zdalny może mieć charakter bieżący przerywany albo planowy. W KŚOZ nie przewiduje się obowiązku całodobowego synchronicznego nadzoru nad pacjentem.

Populacje docelowe różnią się w zależności od trybu monitorowania i celu diagnostycznego. Telemonitoring ciągły jest przeznaczony przede wszystkim dla pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu, u których nie udokumentowano dotychczas migotania przedsionków, oraz dla pacjentów z wysokim ryzykiem groźnych zaburzeń rytmu serca, u których nie zachodzą wskazania do zastosowania innych form zabezpieczenia, takich jak implantacja kardiowertera-defibrylatora lub kamizelka defibrylująca. Telemonitoring zdarzeniowy dotyczy pacjentów z klinicznie istotnym podejrzeniem napadowej arytmii, manifestującej się m.in. kołataniem serca, zasłabnięciami, omdleniami albo niemiernym rytmem serca, u których arytmii nie udokumentowano w dotychczasowych badaniach. Wybór wariantu zdarzeniowego zależy od możliwości samodzielnego wykonywania zapisów EKG przez pacjenta oraz charakteru objawów uzasadniających zastosowanie rejestracji aktywowanej doraźnie albo rejestracji w pętli.

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Przeprowadzono przegląd systematyczny dotyczący zastosowania długoterminowego telemonitoringu elektrokardiograficznego [TM EKG] u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Do przeglądu kwalifikowano badania pierwotne oraz przeglądy systematyczne opublikowane w ostatnich 10 latach, dotyczące TM EKG realizowanego w trybie ciągłym albo zdarzeniowym.

Do analizy włączono 4 publikacje oceniające różne modele długoterminowego TM EKG. Badania obejmowały zróżnicowane populacje: pacjentów po ostrym zespole wieńcowym lub zawale mięśnia sercowego, pacjentów po udarze zatorowym o nieustalonym źródle oraz osoby w wieku ≥ 65 lat. Interwencje różniły się pod względem zastosowanych urządzeń, sposobu teletransmisji oraz udziału personelu medycznego.

Wyniki skuteczności klinicznej

- W badaniu Lasek-Bal 2024 migotanie przedsionków wykryto u 4% pacjentów po udarze zatorowym o nieustalonym źródle, a w badaniu Mitrega 2023 mediana czasu do wykrycia pierwszego epizodu bezobjawowego migotania przedsionków wyniosła 6 dni.
- Dane dotyczące wpływu TM EKG na kliniczne punkty końcowe są niejednoznaczne:
 - o Alshahrani 2024: odnotowano zmniejszenie ryzyka ponownej hospitalizacji po ostrym zespole wieńcowym, jednak interwencja miała charakter wieloelementowy i nie pozwala na przypisanie efektu wyłącznie TM EKG,
 - o Tabi 2025: nie wykazano żadnych istotnych statystycznie różnic w zakresie wykorzystania zasobów ochrony zdrowia, hospitalizacji, zdarzeń sercowo-naczyniowych ani kosztów.

Ograniczenia analizy klinicznej

Uwagę zwraca ograniczona i niejednorodna baza dowodowa dotycząca ocenianego świadczenia. Włączone badania obejmowały odmienne populacje pacjentów, urządzenia, sposób organizacji nadzoru zdalnego oraz punkty końcowe. Zakres telemonitoringu w badaniach klinicznych nie odpowiadał zakresowi proponowanego świadczenia określonego w KŚOZ. W badaniach obserwacyjnych wykazano możliwość wykrywania arytmii w toku dłuższej rejestracji, jednak nie oceniano bezpośrednio wpływu tej diagnostyki na dalsze leczenie, redukcję hospitalizacji, udarów mózgu, zgonów, poprawę jakości życia ani inne istotne klinicznie punkty końcowe. Istotnym ograniczeniem jest również brak bezpośrednich porównań TM EKG z konwencjonalnym wielodniowym monitorowaniem metodą Holtera bez elementu teletransmisji i zdalnego nadzoru, zewnętrznymi rejestratorami zdarzeniowymi lub pętlowymi oraz ILR w populacjach, dla których takie postępowanie mogłoby być rozważane po wyczerpaniu diagnostyki nieinwazyjnej.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

W wyniku przeprowadzonego przeglądu systematycznego nie odnaleziono analiz ekonomicznych spełniających przyjęte kryteria włączenia.

Wycena ocenianej interwencji względem aktualnych uwarunkowań finansowania wielodniowego monitorowania czynności serca metodą Holtera:

- procedury związane z Holter EKG w AOS zostały ujęte w listach dodatkowych:
 - o W3 i mogą być rozliczane w grupach W13, W14, W42 oraz W43; taryfy wynoszą odpowiednio 133, 172, 157 oraz 195 pkt; taryfy przeliczono zgodnie z aktualną średnią 1,86 zł/pkt 247-363 zł;
 - o W4 i mogą być rozliczane w grupach W14, W43 oraz W64; taryfy wynoszą odpowiednio 172, 195 oraz 172 pkt.; 320-363 zł;
- Holter EKG w POZ został wyceniony na 166-217 zł;
- wszczęcie ILR w zarządzeniu dotyczącym leczenia szpitalnego zostało rozróżnione na koszty procedur u dzieci, dorosłych oraz koszty wyrobów medycznych, w przypadku dzieci – taryfa 3 714 pkt, w przypadku dorosłych 1 291 pkt; taryfy przeliczono zgodnie z aktualną średnią 1,86 zł/pkt – 6 900 zł oraz 2 400 zł odpowiednio; średnie koszty wyrobu medycznego niezawartego w kosztach procedury wszczęcia w 2025 r. wyniósł 8 052 zł.
- Przeprowadzona wycena w oparciu o kalkulacje kosztowe przedstawione w KŚOZ wskazuje na koszt w kwocie:
 - o 945 zł za cykl monitorowania TM EKG (≥ 7 dni) ciągłego;
 - o 410 zł za cykl monitorowania TM EKG (≥ 7 dni) zdarzeniowego.

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

Oszacowanie wpływu na budżet płatnika publicznego przeprowadzono z perspektywy NFZ w 3-letnim horyzoncie czasowym, obejmującym lata 2027–2029. Analizę wykonano łącznie dla TM EKG ciągłego i zdarzeniowego, przyjmując jako podstawową jednostkę rozliczeniową 14-dniowy cykl monitorowania oraz średnio 2 cykle na pacjenta rocznie. W analizie uwzględniono trzy warianty (minimalny, podstawowy i maksymalny), różniące się założonym udziałem pacjentów kwalifikowanych do TM EKG zamiast diagnostyki z wykorzystaniem ILR. W scenariuszu istniejącym uwzględniono koszty aktualnie stosowanej diagnostyki, obejmującej powtarzane badania Holterowskie oraz diagnostykę z wykorzystaniem ILR. W scenariuszu nowym założono finansowanie ocenianych świadczeń w AOS, przy strukturze wykorzystania obejmującej 96% cykli TM EKG ciągłego i 4% cykli zdarzeniowego. Warianty analizy różniły się udziałem pacjentów z ILR obejmowanych TM EKG: 10% w wariancie minimalnym, 50% w wariancie podstawowym oraz 80% w wariancie maksymalnym.

Liczebność potencjalnej populacji pacjentów obejmowanych TM EKG w scenariuszu nowym wynosi:

- 17,5 tys. w wariancie podstawowym, 16,8 tys. w wariancie niskiego wykorzystania TM EKG oraz 18,1 tys. w wariancie wysokiego wykorzystania TM EKG w I roku analizy;
- 19,4 tys., 18,4 tys. oraz 20,1 tys. odpowiednio w II roku analizy;
- 21,2 tys., 20,0 tys. oraz 22,1 tys. odpowiednio w III roku analizy.

Szacowany wpływ na budżet płatnika wynosi

- 6,1 mln zł w wariancie podstawowym, 12,0 mln zł w wariancie niskiego wykorzystania TM EKG oraz 1,7 mln zł w wariancie wysokiego wykorzystania TM EKG w I roku analizy;
- 5,4 mln zł, 12,9 mln zł oraz -0,1 mln zł odpowiednio w II roku analizy;
- 4,8 mln zł, 13,8 mln zł oraz -2,0 mln zł odpowiednio w III roku analizy.

Ograniczenia oceny wpływu na budżet

Przedstawione oszacowania są obarczone niepewnością wynikającą z konieczności przyjęcia szeregu założeń analitycznych. Dodatkowo rzeczywista liczba cykli monitorowania może odbiegać od wartości przyjętych w analizie i będzie zależna od wskazań klinicznych oraz przebiegu procesu diagnostycznego. W praktyce klinicznej poszczególne metody monitorowania rytmu serca mogą być stosowane sekwencyjnie, a TM EKG nie musi prowadzić do uniknięcia wszystkich kosztów wcześniejszej diagnostyki. W analizie nie uwzględniono potencjalnych zmian organizacyjnych po stronie świadczeniodawców, wpływu wdrożenia telemonitoringu na ścieżkę diagnostyczną pacjenta ani możliwości zastępowania innych form wydłużonego monitorowania EKG.

Opinia NFZ

Do dnia realizacji zlecenia nie otrzymano opinii.

Opinie ekspertów klinicznych

W opiniach czterech ekspertów klinicznych poza stanowiskiem wnioskującego konsultanta, wskazywano, że TM EKG może zwiększać wykrywalność napadowych i bezobjawowych zaburzeń rytmu serca, w szczególności migotania przedsionków, u pacjentów, u których standardowe badania EKG lub monitorowanie Holterowskie nie pozwoliły na ustalenie rozpoznania. Podkreślano również możliwość szybszego wdrożenia właściwego leczenia, ograniczenia konieczności wykonywania kolejnych badań diagnostycznych oraz poprawy diagnostyki pacjentów z rzadko występującymi objawami, takimi jak kołatanie serca, zastąpienia czy omdlenia.

Jednocześnie zwracano uwagę na konieczność poniesienia dodatkowych nakładów organizacyjnych i technicznych związanych z wdrożeniem TM EKG, obejmujących zakup urządzeń, rozwój infrastruktury informatycznej, zapewnienie odpowiedniego oprogramowania oraz przeszkolenie personelu. Wskazywano również na ryzyko zwiększenia obciążenia pracowni diagnostycznych i poradni kardiologicznych, konieczność analizy dużej liczby zapisów i transmisji, możliwość nadmiernego kierowania pacjentów do świadczenia oraz ograniczenia związane ze współpracą pacjenta, jakością przesyłanych zapisów i koniecznością właściwej organizacji nadzoru nad zgłaszanymi zdarzeniami.

Uwagi do opisu świadczenia

Nie zgłasza się uwag.

Omówienie rekomendacji klinicznych w odniesieniu do ocenianej technologii

Spośród 8 zidentyfikowanych wytycznych jedynie część odnosiła się bezpośrednio do telemonitoringu EKG lub telemetrycznych form monitorowania rytmu serca, natomiast większość rekomendacji dotyczyła szeroko rozumianego ambulatoryjnego i wydłużonego monitorowania EKG, obejmującego m.in. monitorowanie metodą Holtera, rejestratory zdarzeń oraz rejestratory pętlowe. Wytyczne konsekwentnie wskazują na zasadność wydłużania czasu monitorowania u pacjentów z podejrzeniem napadowych zaburzeń rytmu serca, jednak nie pozwalają na jednoznaczne określenie przewagi telemonitoringu EKG nad innymi metodami długoterminowego monitorowania elektrokardiograficznego. W żadnym z analizowanych sześciu krajów nie potwierdzono finansowania i organizacji świadczeń zbliżonych do ocenianego telemonitoringu EKG jako odrębnego świadczenia gwarantowanego.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2026 r. (znak: ASG.72.1.2025.MGL/PM) w sprawie m.in. oceny zasadności zakwalifikowania świadczeń pn. „Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy (≥ 7 dni) ciągły” oraz „Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy (≥ 7 dni) zdarzeniowy”, jako świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 95/2026 z dnia 20 lipca 2026 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej „Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy (≥ 7 dni) ciągły”, „Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy (≥ 7 dni) zdarzeniowy” jako świadczeń gwarantowanych.
2. Raport nr DRISZOZ.4100.1.2026 „Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy ciągły (≥ 7 dni); Telemonitoring elektrokardiograficzny długoterminowy zdarzeniowy (≥ 7 dni)”, data ukończenia: 15 lipca 2026 r.