



Rekomendacja nr 106/2026

z dnia 30 lipca 2026 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania rezonansu magnetycznego serca z oceną perfuzji w obciążeniu jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie świadczenia pn. „Rezonans magnetyczny serca – badanie perfuzyjne z obciążeniem farmakologicznym (stres-CMR)” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Uzasadnienie rekomendacji

Problem decyzyjny dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [AOS] świadczenia pn. „Rezonans magnetyczny serca z oceną perfuzji w obciążeniu” [stress CMR]. Oceniane świadczenie nie jest obecnie finansowane ze środków publicznych jako odrębna pozycja rozliczeniowa. W obowiązującym wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS finansowane są natomiast inne technologie diagnostyczne możliwe do zastosowania w ocenie choroby wieńcowej lub perfuzji mięśnia sercowego, obejmujące tomografię komputerową, echokardiografię, radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego oraz rezonans magnetyczny. Dodatkowo, w ramach leczenia szpitalnego finansowane są procedury koronarografii.

W ocenie skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa uwzględniono 25 publikacji. Wyniki wskazują na wysoką wartość diagnostyczną badania stress CMR w wykrywaniu choroby wieńcowej, w analizach czułość wynosiła 0,81–0,87, a swoistość 0,79–0,87. Dane dotyczące użyteczności klinicznej wskazują przede wszystkim na wartość prognostyczną dodatniego wyniku badania. W zakresie bezpieczeństwa ciężkie powikłania raportowano sporadycznie w największym badaniu u 10/11 984 pacjentów (0,08%). Oceniana technologia charakteryzuje się dowodami wskazującymi na wartość kliniczną nie gorszą niż aktualnie dostępne technologie alternatywne. Ograniczeniem wnioskowania jest nierównomierny zakres dostępnych dowodów dla komparatorów oraz ograniczone bezpośrednie dane porównawcze względem echokardiografii obciążeniowej, SPECT/PET, tomografii komputerowej tętnic wieńcowych i koronarografii.

W ramach oceny ekonomicznej zidentyfikowano 3 analizy ekonomiczne. Wyniki tych analiz wskazują, że strategie diagnostyczne oparte na stress CMR mogą stanowić rozwiązanie efektywne kosztowo, jednak ze względu na różnice w kosztach, organizacji systemów ochrony zdrowia, populacjach i komparatorach nie powinny być bezpośrednio transferowane na warunki polskie.

Szacowane koszty płatnika związane z finansowaniem świadczenia wynoszą 4,5-9,7 mln zł rocznie. Ze względu na brak klasycznego porównania kosztów scenariusza istniejącego i nowego wyniki analizy należy interpretować jako oszacowanie orientacyjne. Analiza nie uwzględniała przy tym potencjalnych oszczędności płatnika publicznego, które mogłyby wynikać z zastąpienia koronarografii badaniem stress CMR u części pacjentów. Jednocześnie przewidywany poziom nakładów pozostaje relatywnie niewielki w skali systemu, a proponowana wycena świadczenia mieści się w zakresie finansowania wysokospecjalistycznych badań obrazowych stosowanych obecnie w diagnostyce choroby wieńcowej.

Wnioski z przeglądu rozwiązań międzynarodowych wskazują na powszechne wykorzystanie rezonansu magnetycznego serca w diagnostyce choroby wieńcowej oraz zróżnicowane modele jego finansowania. W części systemów ochrony zdrowia stress CMR funkcjonuje jako odrębnie identyfikowane świadczenie lub kategoria rozliczeniowa, natomiast w innych jest finansowany w ramach szerszych kategorii obejmujących rezonans magnetyczny okolicy anatomicznej albo refundacji obrazowych badań diagnostycznych powiązanych ze wskazaniami klinicznymi.

Prezes Agencji, uwzględniając całokształt przedstawionych przesłanek oraz wydane Stanowisko Rady Przejrzystości, uznaje za zasadne zakwalifikowanie przedmiotowego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego z zakresu AOS. Przemawia za tym udokumentowana wartość kliniczna stress CMR w ocenie niedokrwienia i perfuzji mięśnia sercowego, jego znaczenie prognostyczne oraz możliwość wykorzystania wyniku badania w kwalifikacji do dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Technologia jest wskazywana w wytycznych klinicznych jako jedna z metod obrazowania obciążeniowego stosowanych u pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby wieńcowej, w szczególności przy pośrednim lub umiarkowanie wysokim prawdopodobieństwie choroby oraz niejednoznacznych wynikach wcześniejszej diagnostyki. Dodatkowo, proponowana wycena świadczenia pozostaje spójna z poziomem finansowania porównywalnych świadczeń diagnostycznych, co przemawia za zasadnością objęcia technologii finansowaniem ze środków publicznych.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy m.in. oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia pn. „Rezonans magnetyczny serca z oceną perfuzji w obciążeniu”, 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.

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

Choroby układu krążenia [ChUK] obejmują schorzenia serca i naczyń krwionośnych, w tym m.in. chorobę niedokrwinną serca, zawał mięśnia sercowego, choroby naczyń mózgowych, niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, wady wrodzone serca, kardiomiopatie oraz miażdżycę. Ich występowanie i progresja są uwarunkowane współdziałaniem wielu czynników ryzyka, w tym demograficznych, społeczno-ekonomicznych, środowiskowych, behawioralnych i klinicznych. Szczególne znaczenie mają starzenie się populacji, niższy poziom dochodów i wykształcenia, ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej, zanieczyszczenie powietrza, ekspozycja na hałas i skutki zmian klimatycznych, a także palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, niska aktywność fizyczna i nieprawidłowe nawyki żywieniowe. ChUK są również ściśle powiązane z zaburzeniami metabolicznymi i klinicznymi czynnikami ryzyka, takimi jak nadciśnienie tętnicze, nadwaga, otyłość i cukrzyca, które często współwystępują i wzajemnie zwiększają ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych.

W celu oszacowania liczebności populacji potencjalnie kwalifikującej się do diagnostyki z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego serca z oceną perfuzji w obciążeniu wykorzystano dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ dotyczące realizacji nieinwazyjnych badań obrazowych obciążeniowych w ramach AOS w latach 2022–2025. Uwzględniono świadczenia obejmujące radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo bramkowaną SPECT z testem obciążeniowym oraz badanie spoczynkowe wraz z badaniem obciążeniowym, a także echokardiografię obciążeniową. Odnotowano

wzrostowy trend realizacji tego typu diagnostyki, łączna liczba nieinwazyjnych badań obrazowych obciążeniowych wzrosła z 28 679 w 2022 r. do 38 785 w 2025 r.

Alternatywna technologia medyczna

W obowiązującym wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS finansowane są inne technologie diagnostyczne możliwe do zastosowania w ocenie choroby wieńcowej lub perfuzji mięśnia sercowego, obejmują: tomografię komputerową tętnic wieńcowych, echokardiografię obciążeniową, radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT lub bramkowaną SPECT z testem obciążeniowym oraz rezonans magnetyczny serca w zakresie badania czynnościowego i morfologicznego bez kontrastu albo bez kontrastu i z kontrastem. Dodatkowo, w ramach leczenia szpitalnego finansowane są procedury koronarografii, obejmujące koronarografię z użyciem jednego lub dwóch cewników oraz inne.

Opis wnioskowanego świadczenia

Wnioskowane świadczenie dotyczy nieinwazyjnego badania rezonansu magnetycznego serca z oceną perfuzji w obciążeniu farmakologicznym, wykonywanego z zastosowaniem adenozyyny albo regadenozonu. Zgodnie z Kartą Świadczenia Opieki Zdrowotnej [KŚOZ] świadczenie obejmuje badanie perfuzyjne w stresie i spoczynku, ocenę funkcji komór serca, późne wzmocnienie pokontrastowe [LGE] oraz w przypadku wskazań klinicznych, mapowanie T1/T2 i ocenę pozakomórkowej objętości dystrybucji [ECV]. Badanie jest realizowane w pracowni rezonansu magnetycznego, z zabezpieczeniem na wypadek działań niepożądanych po podaniu środka obciążającego lub kontrastu.

Populację docelową stanowią pacjenci wymagający pogłębionej diagnostyki kardiologicznej w kierunku niedokrwienia mięśnia sercowego, oceny żywotności lub kwalifikacji do postępowania inwazyjnego. W szczególności wskazano pacjentów z chorobą wieńcową, niewydolnością serca, chorobami strukturalnymi serca oraz pacjentów zakwalifikowanych do rewaskularyzacji wieńcowej. Badanie może być rozważane m.in. u osób z pośrednim prawdopodobieństwem choroby wieńcowej, niejednoznacznymi wynikami wcześniejszych testów obciążeniowych. Znajduje również zastosowanie w ocenie niedokrwienia i żywotności mięśnia sercowego przed przeszłokoronarną interwencją wieńcową [PCI] albo pomostowaniem aortalno-wieńcowym [CABG], podejrzeniem dławicy mikronaczyniowej lub niedokrwienia bez obturacyjnej choroby tętnic wieńcowych [INOCA], a także przy kwalifikacji do leczenia przewlekłe zamkniętej tętnicy wieńcowej [CTO].

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Przeprowadzono przegląd systematyczny dotyczący zastosowania rezonansu magnetycznego serca z obciążeniem farmakologicznym [stress CMR] u pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem chorób układu sercowo-naczyniowego. Ocenę ukierunkowano na trzy obszary: bezpieczeństwo badania, wiarygodność diagnostyczną w wykrywaniu choroby wieńcowej na tle innych nieinwazyjnych metod diagnostycznych oraz użyteczność kliniczną, rozumianą jako możliwość wykorzystania wyniku badania w ocenie rokowania i procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Do analizy włączono 25 publikacji z lat 2016-2026:

- W zakresie bezpieczeństwa uwzględniono 18 publikacji, w tym jedną subanalizę badania z randomizacją oraz 17 badań obserwacyjnych.
- Wiarygodność diagnostyczną oceniano na podstawie 3 przeglądów systematycznych z metaanalizą, w których porównywano stress CMR z innymi technikami nieinwazyjnego obrazowania, takimi jak: SPECT, PET, echokardiografia obciążeniowa i test wysiłkowy, względem standardów referencyjnych, w tym koronarografii i oceny cząstkowej rezerwy przepływu [FFR].
- Użyteczność kliniczną oceniono na podstawie 12 publikacji, w tym jednego przeglądu systematycznego z metaanalizą, 2 badań z randomizacją oraz 9 badań obserwacyjnych, analizujących przede wszystkim wartość prognostyczną wyniku stress CMR, w tym związek indukowanego niedokrwienia z ryzykiem poważnych niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych [MACE], zgonów sercowo-naczyniowych oraz dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Wyniki skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa

– Wiarygodność diagnostyczna

W analizach z oceną wyników na poziomie pacjenta czułość stress CMR wynosiła 0,81–0,87, a swoistość 0,79–0,87. W porównaniu z SPECT, w analizie Yang 2019 względem FFR, stress CMR uzyskał wyższą czułość (0,87 vs 0,72), wyższą swoistość (0,87 vs 0,79) oraz wyższy diagnostyczny iloraz szans [DOR] (45 vs 10).

W przeglądzie Sonaglioni 2025 względem koronarografii czułość stress CMR była porównywalna z echokardiografią obciążeniową i SPECT (0,83 vs odpowiednio 0,81 i 0,82), natomiast swoistość była wyższa dla stress CMR niż dla SPECT (0,89 vs 0,74) i zbliżona do echokardiografii obciążeniowej (0,89 vs 0,85).

Nie odnaleziono wyników bezpośrednio porównujących stress CMR z tomografią komputerową tętnic wieńcowych ani z rezonansem magnetycznym serca bez obciążenia.

– Użyteczność kliniczna

W metaanalizie Ricci 2023 dodatni wynik stress CMR, rozumiany jako obecność indukowalnego niedokrwienia, identyfikował pacjentów o wyższym ryzyku MACE (OR 5,33; 95% CI: 4,04; 7,04), w porównaniu z pacjentami bez indukowalnego niedokrwienia.

W badaniach obserwacyjnych dodatni wynik stress CMR, rozumiany jako obecność indukowalnego niedokrwienia, był związany z wyższym ryzykiem MACE, wartości HR wynosiły od 2,43 do 6,10 w zależności od populacji.

W badaniu Bradley 2026 ujawnienie wyniku stress CMR po koronarografii wiązało się ze zmianą rozpoznania u 53,0% pacjentów oraz poprawą wyników Seattle Angina Questionnaire [SAQ] po 12 miesiącach o 21,12 pkt względem grupy kontrolnej.

W badaniu Buckert 2018 strategia diagnostyczna oparta na stress CMR była porównywana z koronarografią, po 3 latach nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zakresie złożonych zdarzeń sercowo-naczyniowych (9,4% vs 4,1%; $p=0,25$).

Nie odnaleziono badań oceniających użyteczność kliniczną stress CMR w bezpośrednim porównaniu z tomografią komputerową tętnic wieńcowych, echokardiografią obciążeniową, SPECT lub bramkowaną SPECT ani rezonansem magnetycznym serca bez obciążenia.

– Bezpieczeństwo

W największym badaniu Monmeneu 2016 ciężkie powikłania wystąpiły u 10/11 984 pacjentów (0,08%), w tym u 7/11 430 pacjentów po dipirydamolu (0,06%) i 2/554 po dobutaminie (0,36%).

W badaniu Monmeneu 2022 skurcz oskrzeli wystąpił u 2/655 pacjentów po adenozyne (0,3%) i nie wystąpił po regadenozone.

W pozostałych badaniach ciężkie zdarzenia były rzadkie lub nie raportowano ich występowania, natomiast częściej obserwowano objawy przemijające, takie jak ból lub dyskomfort w klatce piersiowej, duszność, ból głowy, nudności, zawroty głowy oraz zaburzenia rytmu.

Dostępne dane dotyczą głównie bezpieczeństwa samego wykonania stress CMR i porównań między środkami obciążającymi. Nie odnaleziono badań bezpieczeństwa bezpośrednio porównujących stress CMR z tomografią komputerową tętnic wieńcowych, echokardiografią obciążeniową, SPECT lub bramkowaną SPECT, rezonansem magnetycznym serca bez obciążenia ani koronarografią.

Ograniczenia analizy klinicznej

Zakres badań nie obejmował w równym stopniu wszystkich technologii alternatywnych, w szczególności ograniczone były bezpośrednie dane porównawcze dotyczące bezpieczeństwa i użyteczności klinicznej względem echokardiografii obciążeniowej, SPECT/PET, tomografii komputerowej tętnic wieńcowych oraz koronarografii inwazyjnej. Dodatkowo część dowodów pochodziła z badań retrospektywnych, jednośrodkowych, obserwacyjnych lub jednoramiennych, co ogranicza możliwość przeniesienia wyników na populację pacjentów i warunki organizacyjne polskiego systemu ochrony zdrowia.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

W celu odnalezienia analiz ekonomicznych dotyczących rezonansu magnetycznego serca z obciążeniem farmakologicznym u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego przeprowadzono systematyczny przegląd literatury naukowej. Do przeglądu kwalifikowano pełnotekstowe analizy kosztów-efektywności [CEA] lub analizy kosztów-użyteczności [CUA], w tym analizy ekonomiczne opublikowane w raportach HTA, dotyczące pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, u których oceniano rezonans magnetyczny serca z obciążeniem. Nie ograniczono komparatorów, natomiast wymagano raportowania efektów zdrowotnych w postaci zyskanych lat życia [LY] lub lat życia skorygowanych o jakość [QALY] oraz wyników inkrementalnych, tj. ICER albo ICUR.

W wyniku przeglądu zidentyfikowano 3 analizy ekonomiczne: Ge 2020, Petrov 2015 oraz Campbell 2014:

- Ge 2020, perspektywa płatnika publicznego w USA w dożywotnim horyzoncie czasowym; CUA porównującą stress CMR z brakiem obrazowania, SPECT, CCTA oraz natychmiastową koronarografią rentgenowską. Strategia stress CMR wiązała się z kosztem 24 961 USD, efektem 11,14 QALY oraz ICUR 58 000 USD/QALY względem braku obrazowania, mieszcząc się poniżej progu 100 000 USD/QALY.
- Petrov 2015, perspektywa świadczeniodawcy w Niemczech; horyzont 8 lat, CEA porównującą stress CMR z bezpośrednią koronarografią. Strategia stress CMR ograniczała liczbę koronarografii o 72%, wiązała się z niższymi kosztami opieki i porównywalnym przeżyciem, generując oszczędność 12 466 EUR na każdy rok życia.
- Campbell 2014, perspektywa płatnika publicznego w Anglii w 40-letnim horyzoncie czasowym, CUA porównującą ścieżki diagnostyki obrazowej u pacjentów z kardiomiopatią niedokrwienną. W dwóch scenariuszach stress CMR pozostawał strategią opłacalną względem braku badań, z ICUR 1 073,8 GBP/QALY. Echokardiografia i SPECT były strategiami zdominowanymi odpowiednio przez stress CMR lub CE CMR.

Ograniczenia analizy ekonomicznej

Należy jednoznacznie wskazać, że ze względu na znaczące różnice w poziomie kosztów oraz organizacji systemu opieki zdrowotnej wyniki analiz farmakoeconomicznych nie mogą być transferowane na warunki innego kraju. Ich ewentualna interpretacja wymaga weryfikacji i dostosowania założeń do lokalnych kosztów oraz organizacji systemu ochrony zdrowia

Wycena ocenianej interwencji względem aktualnych uwarunkowań finansowania nieinwazyjnej diagnostyki oceny choroby wieńcowej lub perfuzji:

- w zakresie katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych wyszczególniono następujące pozycje, taryfy przeliczono biorąc pod uwagę aktualną na drugą połowę 2026 r. średnią 1,49 zł/pkt:
 - o badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego) także ze wzmocnieniem kontrastowym; taryfa 667 pkt, tj. 993,83 zł;
 - o tomografia komputerowa: angiografia tętnic wieńcowych; taryfa 621 pkt, tj. 925,29 zł;
 - o radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT, w zależności od wariantu (spoczynkowe, obciążeniowe, spoczynkowe+obciążeniowe); taryfa 370–721 pkt, tj. 551,30–1 074,29 zł;
 - o rezonans magnetyczny serca; taryfa 896–1 315 pkt, tj. 1 335,04–1 959,35 zł;
- w odniesieniu do echokardiografii obciążeniowej wskazuje się finansowanie w oparciu o grupy świadczeń specjalistycznych, taryfy przeliczono zgodnie z aktualną średnią 1,86 zł/pkt.:
 - o procedura 88.726 została ujęta w liście dodatkowej W12 i może być rozliczana w grupach W18 lub W47; taryfa 219 i 244 pkt odpowiednio; 407–454 zł;
 - o procedura 88.723 została ujęta w liście dodatkowej W13 i może być rozliczana w grupach W19 lub W48; taryfa 316 i 340 pkt odpowiednio; 588–632 zł;
- przeprowadzona wycena w oparciu o cennik ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych wskazuje na koszt w kwocie 1 959 zł.

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

Analizę przeprowadzono z perspektywy NFZ w dwuletnim horyzoncie czasowym. Ze względu na znaczący zakres niepewności związany z prognozowaniem wykorzystania nowego świadczenia odstąpiono od przeprowadzenia pełnej analizy scenariuszowej, przedstawiono wyłącznie prognozę kosztów finansowania świadczenia. Liczebność populacji docelowej, rozumianą jako liczba wykonywanych badań stress CMR, oszacowano na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej [KŚOZ], opinii eksperckich oraz danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ dotyczących realizacji nieinwazyjnych badań obrazowych serca w warunkach obciążenia w AOS w latach 2022–2025. Wariant podstawowy analizy określono jako 5% prognozowanej liczby badań obciążeniowych, zgodnie z udziałem stress CMR obserwowanym w rejestrze EURECA, natomiast w wariancie maksymalnym założono udział na poziomie 10%. Koszt jednostkowy świadczenia przyjęto zgodnie z proponowaną wyceną.

Liczebność potencjalnej populacji pacjentów kwalifikującej się do wykonania stress CMR oszacowano na:

- ok. 2,3 tys. (max.: 4,6 tys.) w I roku analizy;
- ok. 2,5 tys. (max.: 5,0 tys.) w II roku analizy.

Szacowane roczne wydatki płatnika publicznego związane z finansowaniem świadczenia wyniosą:

- ok. 4,5 mln zł (max.: 9,0 mln zł) w I roku analizy;
- ok. 4,9 mln zł (max.: 9,7 mln zł) w II roku analizy.

Ograniczenia oceny wpływu na budżet

Ograniczeniem oceny wpływu na budżet jest brak klasycznej analizy scenariuszowej, rozumianej jako porównanie kosztów w wariancie istniejącym i nowym. W konsekwencji nie jest możliwe jednoznaczne oszacowanie, o ile wzrosłyby wydatki płatnika publicznego względem stanu aktualnego. Prognoza ma charakter statystyczny i opiera się na założeniu kontynuacji dotychczasowych trendów w danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ, bez uwzględnienia potencjalnych zmian organizacyjnych, finansowych lub epidemiologicznych mogących wpływać na liczbę realizowanych świadczeń. Nie modelowano również wpływu ewentualnego finansowania przedmiotowych badań na dalszą ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną.

Opinia NFZ

Do dnia realizacji zlecenia nie otrzymano opinii.

Opinie ekspertów klinicznych

Analiza objęta jedną opinię ekspertki nie będącej wnioskodawcą. Ekspertka pozytywnie oceniła zasadność włączenia rezonansu magnetycznego serca z perfuzją obciążeniową, wskazując na jego wartość w nieinwazyjnej ocenie niedokrwienia, żywotności mięśnia sercowego oraz kwalifikacji do rewaskularyzacji. W opinii podkreślono, że badanie może ograniczać wykonywanie badań inwazyjnych bez jednoznacznych wskazań.

Ekspertka zwróciła uwagę na ryzyko niejednoznacznego podziału kompetencji między radiologiem i kardiologiem; w jej ocenie opis i interpretacja badania powinny pozostawać w kompetencji lekarza specjalisty radiologii i diagnostyki obrazowej, natomiast udział kardiologa jest konieczny w kwalifikacji do podania leków obciążających, monitorowaniu pacjenta oraz ocenie zapisu EKG.

Uwagi do opisu świadczenia

Nie zgłasza się uwag. W raporcie zaproponowano warunki realizacji świadczenia.

Omówienie rekomendacji klinicznych w odniesieniu do ocenianej technologii

Analizie poddano 8 dokumentów obejmujących wytyczne kliniczne i stanowiska ekspertów. W wytycznych wskazuje się na zastosowanie stress CMR przede wszystkim w diagnostyce niedokrwienia mięśnia sercowego, ocenie perfuzji i żywotności oraz stratyfikacji ryzyka u pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby wieńcowej, w szczególności przy pośrednim lub umiarkowanie wysokim prawdopodobieństwie CAD, niejednoznacznych wynikach wcześniejszej diagnostyki albo potrzebie oceny przed dalszym postępowaniem terapeutycznym. Stanowiska Society for Cardiovascular Magnetic

Resonance [SCMR] podkreślają konieczność standaryzacji protokołu badania, monitorowania odpowiedzi na obciążenie, właściwego doboru środka farmakologicznego oraz zapewnienia odpowiednich kompetencji personelu wykonującego i interpretującego badanie. W dokumentach wskazywano także na ograniczenia stosowania badania, w tym przeciwwskazania do stress CMR, środków wazodylatacyjnych lub gadolinu, niekompatybilne urządzenia wszczepialne oraz ciężką klaustrofobię.

Analiza rozwiązań stosowanych w sześciu krajach europejskich (Belgii, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Francji, Czechach i Litwie) wykazała zróżnicowane podejście do organizacji i finansowania stress CMR. Odrębną procedurę lub kategorię rozliczeniową dla rezonansu magnetycznego serca z obciążeniem zidentyfikowano we Francji oraz w Wielkiej Brytanii, przy czym w Wielkiej Brytanii pozycja dotyczy rezonansu magnetycznego serca bez doprecyzowania rodzaju obciążenia. W Belgii, Niemczech i Czechach odnaleziono świadczenia obejmujące rezonans magnetyczny serca lub rezonans zbliżonej okolicy anatomicznej, jednak bez odrębnej procedury dla badania z obciążeniem farmakologicznym. Na Litwie refundacja obrazowych badań diagnostycznych jest powiązana z wykazem chorób, w tym wybranymi wskazaniami kardiologicznymi, ale nie wskazano szczegółowej procedury odpowiadającej stress CMR.

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 świadczenia pn. „RM serca z oceną perfuzji w obciążeniu”, jako świadczenia gwarantowanego 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 100/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „RM serca z oceną perfuzji w obciążeniu”.
2. Raport nr DRISZOZ.4100.1.2026 „Rezonans magnetyczny serca – badanie perfuzyjne z obciążeniem farmakologicznym (stres-CMR)”, data ukończenia: 23 lipca 2026 r.