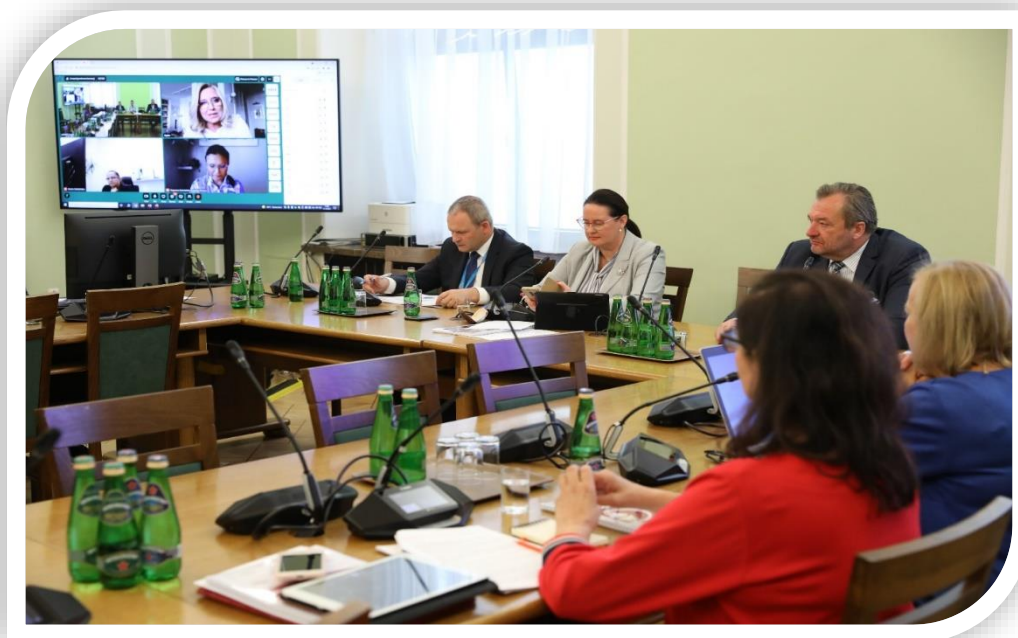


SZYBKA ŚCIEŻKA OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA PACJENTÓW PIERWSZORAZOWYCH Z ZAPALENIEM STAWÓW



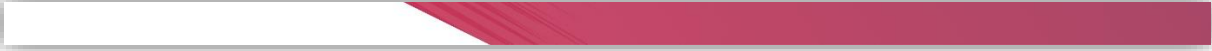
Raport opracowany przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Reumatologii, Fundację Eksperci dla Zdrowia. Powstał z inicjatywy Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów.



Posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów, debata pt. "Zmiany w opiece zdrowotnej nad pacjentem pierwszorazowym z zapaleniem stawów", Sejm RP, Warszawa, 11 października 2021 r.

„Z perspektywy misji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia centralnym ogniwem jest perspektywa Pacjenta”

*Violetta Porowska
Przewodnicząca Parlamentarnego
Zespołu ds. Praw Pacjentów
Poseł na Sejm RP*



AUTORZY RAPORTU

NARODOWY INSTYTUT GERIATRII, REUMATOLOGII I REHABILITACJI W WARSZAWIE

dr n. med. Marek Tombarkiewicz, MBA

dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr n. med. Eleonory Reicher (NIGRiR), podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2016-2018

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE REUMATOLOGII

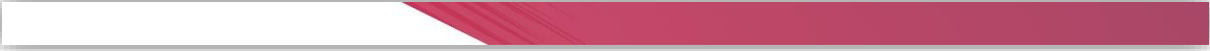
prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska

kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów NIGRiR, zastępca dyrektora NIGRiR

FUNDACJA EKSPERCI DLA ZDROWIA

mgr Marzena Domańska-Sadynica, MBA

ekspert ochrony zdrowia, prezes Fundacji Eksperci dla Zdrowia, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego



SPIS TREŚCI

Wstęp/**1**

1. Choroby reumatyczne/**5**

2. Wczesne zapalenie stawów/**13**

3. Szybka ścieżka pacjenta w ramach kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów/**17**

4. Ocena dostępu do świadczeń w reumatologii na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku/**37**

5. Perspektywy dla reumatologii w świetle dokumentu Ministerstwa Zdrowia *„Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”* /**41**

Spis rysunków i tabel/**47**

Bibliografia/**50**

Załącznik 1. Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce wybrane aspekty/**51**

Załącznik 2. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Zapalnych Chorób Autoimmunologicznych oparte o rekomendacje EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów/**65**

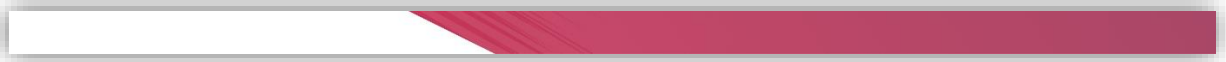
Załącznik 3. Projekt Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOWZS – projekt/**73**

Załącznik 4. Warunki wymagane do zawarcia umowy – projekt Załącznika do umowy nr 1/**86**

Załącznik 5. Formularz indywidualnego planu leczenia w ramach KOWZS – projekt Załącznika nr 9/**88**

Załącznik 6. Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa Opieka nad Pacjentem z Wczesnym Zapaleniem Stawów (KOWZS) – projekt Załącznika nr 11/ **91**

Załącznik nr 7. Pakiet badań dodatkowych. Badania immunologiczne w diagnostyce, monitorowaniu i różnicowaniu zapalnych chorób reumatycznych/**102**



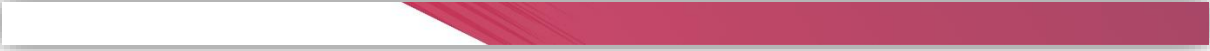
Wstęp

Aktualnie jednym z najważniejszych aspektów decydujących o skuteczności leczenia chorego na zapalne choroby reumatyczne i możliwości całkowitego zahamowania postępu choroby w czasie, kiedy nie dokonała ona jeszcze zmian, jest wczesne rozpoznanie i włączenie leczenia na wczesnym etapie choroby.

Rekomendacje Europejskiej Ligi Reumatologicznej (EULAR) dotyczące wczesnego zapalenia stawów wyznaczają czas 6 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów (choćby obrzęku pojedynczego stawu) do dotarcia do reumatologa i rozpoczęcia leczenia. W przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów pacjent powinien mieć postawione rozpoznanie i włączone leczenie w terminie nieprzekraczającym 12 tygodni od pierwszych objawów tej choroby.

Tymczasem, w Polsce opóźnienia diagnostyczne w chorobach zapalnych stawów są najdłuższe w Europie, w reumatoidalnym zapaleniu stawów wynoszą 35 tygodni, przy rekomendowanym czasie maksymalnym do 12 tygodni, a w przypadku np. łuszczykowego zapalenia stawów 7 – 8 lat przy rekomendowanym nieprzekraczalnym czasie maksymalnie 6 miesięcy. Najczęściej rozpoznanie choroby następuje dopiero w momencie, gdy jest ona w zaawansowanym stadium. Oznacza to istotne pogorszenie perspektyw chorego oraz wyższe koszty leczenia, przy jednoczesnym zmniejszeniu szansy uzyskania remisji.

Szacuje się, że w Polsce około 400 000 osób choruje na schorzenia stawów o podłożu zapalnym. W ciągu pierwszych tygodni trwania objawów zapalenia stawów *znaczna część pacjentów* nie spełnia kryteriów kwalifikacyjnych i diagnostycznych dla konkretnej choroby reumatycznej. Zapalenie takie określa się jako: *wczesne zapalenie stawów*, które może rozwinąć się w reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) lub inne określone zapalenie stawów może ustąpić samoistnie lub może pozostać niezróżnicowane przez nieokreślony przedział czasu. Objawem wczesnego zapalenia stawów jest ból i obrzęk przynajmniej jednego stawu, nie będący wynikiem dużego urazu, przebiegający z bólem i sztywnością stawu, o krótkim czasie trwania od 6 do 12 miesięcy. *Ludzie młodzi, którzy często chorują na zapalne choroby reumatyczne, łączą pierwsze takie objawy choroby z niewielkim urazem związanym z ich normalną aktywnością fizyczną, a zapalne bóle kręgosłupa z ich przeciążeniem.* Tymczasem taka osoba wymaga jak najszybszej diagnostyki i włączenia leczenia na początkowym etapie choroby, zanim dojdzie do nieodwracalnych uszkodzeń stawów i narządów. *Czas, jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów do rozpoczęcia właściwego leczenia jest kluczowym czynnikiem, który wpływa na dalsze perspektywy chorego.*



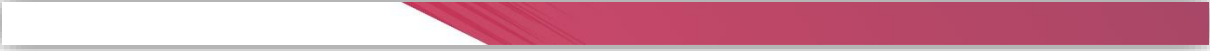
Właściwa ocena pacjentów i szybkie kierowanie osób z podejrzeniem zapalnej choroby reumatycznej do specjalisty są niezwykle ważne w kontekście absencji chorobowej, powikłań przewlekłego leczenia, przede wszystkim lekami przeciwbólowymi, postępującej niepełnosprawności chorych i świadczeń rentowych.

Zbyt późno podjęta właściwa interwencja medyczna oznacza długi czas rozwoju procesu zapalnego i nadmiernej aktywności układu immunologicznego oraz może być przyczyną mniejszej skuteczności podjętego później leczenia. To z kolei przekłada się na pogorszenie jakości życia chorego i wyższe koszty po stronie płatnika (stosowanie droższych terapii, mniejsza szansa na uzyskanie remisji, czyli wygaszenia aktywności choroby). Wydłużenie czasu do rozpoznania choroby reumatycznej wynika również z faktu, że pacjent najpierw jest kierowany do innych specjalistów, takich jak ortopedzi, neurologi, lekarze rehabilitacji, a dopiero na końcu trafia do reumatologa.

Istotnym wskaźnikiem dostępności do świadczeń są dane dotyczące kolejek. Jak wskazują mapy potrzeb zdrowotnych z 2020 roku, w roku 2019 przeciętny czas oczekiwania do poradni reumatologicznej wyniósł 112 dni (przy liczbie 25 652 oczekujących), przeciętny czas oczekiwania na przyjęcie na oddział reumatologiczny wyniósł 272 dni (przy liczbie 3 936 oczekujących) a przeciętny czas oczekiwania na leczenie dla pacjentów zakwalifikowanych do leczenia w programie lekowym Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2019 wyniósł, dla pacjentów z ZZSK –127 dni, dla pacjentów dla RZS i ŁZS - po 39 dni.

W celu efektywnego skrócenia czasu, jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów chorób reumatycznych do ustalenia rozpoznania, konieczny jest szybki dostęp do porady reumatologicznej. Stworzenie „szybkiej ścieżki” w systemie opieki zdrowotnej dla pacjenta z objawami wczesnego zapalenia stawów, włączenie leczenia farmakologicznego, rehabilitacji na wczesnym etapie choroby, w ciągu 12 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów chorobowych, to gwarancja na szybką i długą remisję choroby oraz przywrócenie chorego do życia społecznego, rodzinnego i zawodowego.

Celem raportu pt.: *„Szybka ścieżka opieki zdrowotnej dla pacjentów pierwszorazowych z zapaleniem stawów”* jest przedstawienie projektu nowej organizacji opieki nad pacjentem z chorobami zapalnymi stawów. Opracowane rozwiązanie zakłada wdrożenie nowego projektu świadczenia zdrowotnego *„Kompleksowej opieki specjalistycznej dla chorego z wczesnym zapaleniem stawów”* (KOWZS). Każda osoba, u której lekarz rodzinny (lub inny lekarz specjalista) podejrzewa zapalną chorobę stawów, powinna być bezzwłocznie skierowana do ośrodka KOWZS. Przed przyjęciem do KOWZS zalecana jest weryfikacja choroby zapalnej stawów przez lekarza kierującego pacjenta do KOWZS.



Opracowanie zawiera *optymalną ścieżkę dla pacjenta pierwszorazowego z zapaleniem stawów*. Proponowany projekt świadczenia jest efektem prac Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii - prof. dr hab. n.med. Brygidy Kwiatkowskiej, Fundacji Ekspertki dla Zdrowia oraz współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

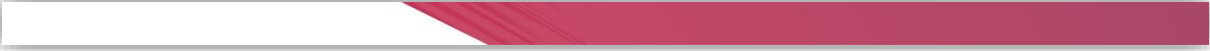
Stworzenie kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) ma na celu szybkie postępowanie w celu weryfikacji rozpoznania, a także jak najszybsze wyodrębnienie z tej grupy wczesnego reumatoidalnego zapalenia stawów lub wczesnej, nieradiologicznej spondyloartropatii – jeszcze przed stadium rozwoju zmian radiologicznych oraz zapewnienie specjalistycznej opieki nad pacjentem w celu uzyskania jak najszybszej remisji choroby.

Pacjenci, u których po raz pierwszy rozpoznano chorobę zapalną *będą traktowani priorytetowo* – „*szybką ścieżką*” realizowaną w ramach rozwiązań przewidzianych dla kompleksowej opieki specjalistycznej dla pacjentów wymagających szybkiej diagnostyki i leczenia w dedykowanych do tego celu wysokospecjalistycznych ośrodkach reumatologicznych.

Wprowadzanie modelu wczesnej diagnostyki i leczenia w obszarze reumatologii poprawi dostęp do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów z chorobami o podłożu zapalnym, czyli dla grupy osób z chorobami stawów, u których można uzyskać najlepsze efekty leczenia. U około 70% chorych na wczesne zapalenie stawów wdrożenie skutecznego leczenia zaraz po ustaleniu rozpoznania umożliwia uzyskanie remisji utrzymującej się przez 2 lata trwania choroby. Jednoczesne wdrożenie indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej poprawi efektywność leczenia i zmniejszy ryzyko wystąpienia niepełnosprawności oraz znacząco zmniejszy liczbę hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów oraz zmniejszy koszty społeczne tych krótko- i długookresowej niezdolności do pracy.

Podstawowe badania laboratoryjne i radiologiczne powinny być wykonywane na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pozwolić na rozpoznanie i weryfikację bardzo wczesnych objawów chorób reumatologicznych i wykazanie ich charakteru zapalnego i skierowanie pacjenta do ośrodka kompleksowej opieki.

Proponowane rozwiązanie jest w pełni zgodne z obecną koncepcją Ministra Zdrowia, która zakłada zwiększenie dostępu do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów dotychczas niediagnozowanych i nieleczonych (pierwszorazowych), zmniejszenie liczby osób oczekujących na wizytę w poradniach specjalistycznych oraz zapewnienia wysokiej jakości kompleksowych świadczeń realizowanych przez ośrodki reumatologiczne gwarantujące pełny dostęp diagnostyki, terapii i rehabilitacji reumatologicznej.



W zaprezentowanym modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenia Stawów (KOWZS) wykorzystano rozwiązania wdrażane obecnie przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia, w których realizowana i finansowana jest opieka nad pacjentem, skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, leczenie szpitalne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz – w zależności od wskazań medycznych – różne formy rehabilitacji. W przypadku kompleksowej opieki specjalistycznej chorych na wczesne zapalenie stawów założono, że ośrodkiem koordynującym powinien być oddział reumatologii z poradnią przyszpitalną, posiadający duże doświadczenie w wykonywaniu procedur diagnostyczno - leczniczych w tym realizujący świadczenia z zakresu programów lekowych oraz zapewniający dostęp do rehabilitacji reumatologicznej.

Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów obejmuje procedury diagnostyczne i terapeutyczne realizowane w ramach świadczeń szpitalnych, ambulatoryjnych i rehabilitacji leczniczej, w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia. Ważnym elementem świadczenia jest wymóg opracowania indywidualnego planu leczenia pacjenta przez ośrodek koordynujący, który kwalifikuje pacjentów do leczenia w ramach kompleksowego świadczenia.

W przypadku świadczeń kompleksowych przewidziano wprowadzenie współczynników jakościowych uzależniających możliwość zwiększenia wartości sfinansowanych świadczeń od uzyskanych efektów leczenia.

Należy założyć konieczność wprowadzenia nowego rejestru medycznego. Projekt takiego rejestru zaprezentowano w Raporcie Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji i Fundacji Eksperti dla Zdrowia, pt.: *Wczesne zapalenia stawów – rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem* z 2018 roku. Istotnym elementem świadczeń kompleksowych jest ich monitorowanie, możliwe dzięki wprowadzeniu obowiązku sprawozdawania danych do odpowiedniego Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów.

Nowy projekt świadczenia zdrowotnego „Kompleksowa opieka nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów” jest spójny z kierunkami zmian określonymi w strategicznym dokumencie Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość w szczególności z „Obszarem Procesy, Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej”, który rekomenduje *stworzenie i wdrożenie nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej*”.

Ścieżka diagnostyczno- terapeutyczna w kompleksowej opiece specjalistycznej nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów została opracowana zgodnie z Zaleceniami Polskiego Towarzystwa Zapalnych Chorób Autoimmunologicznych opartych o rekomendacje EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

1. Choroby reumatyczne

Choroby reumatyczne można podzielić na choroby zapalne tzn. przebiegające z przewlekłym procesem zapalnym np. *reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)* i *niezapalne* choroby, np. *choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS)* oraz takie, w których objawy stawowe są przejawem innej choroby ogólnoustrojowej np. *choroby nowotworowej*. W 1983 roku organizacja American Rheumatism Association (ARA, obecnie: American College of Rheumatology) zaproponowała podział na 10 grup, zmodyfikowany w 1988 roku.

Rysunek 1. I Grupa chorób reumatycznych: układowe choroby tkanki.

I. Układowe choroby tkanki łącznej

A. Reumatoidalne zapalenie stawów

B. Młodzieńcze przewlekłe zapalenie stawów o początku:

- układowym
- wielostawowym
- nielicznostawowym

C. Toczeń rumieniowaty układowy

- Toczeń rumieniowaty krażkowy
- Toczeń rumieniowaty układowy
- Toczeń indukowany lekami

D. Zespół antyfosfolipidowy

E. Twardzina układowa

F. Zapalenie wielomięśniowe i skórno-mięśniowe

G. Martwicze zapalenie naczyń i inneaskulopatie

- Guzkowate zapalenie tętnic
- Eozynofilowa ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (dawna nazwa zespół Churga-Strauss)
- Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (dawna nazwa ziarniniak Wegenera)
- Zapalenie naczyń z nadwrażliwości (np. plamica Schönleina – Henocha)
- Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, w tym zapalenie tętnicy skroniowej i zapalenie tętnic Takayasu
- Choroba Kawasaki
- Choroba Behceta
- Krioglobulinemia

H. Zespół Sjögrena

I. Zespoły nakładania

J. Mieszana choroba tkanki łącznej

K. Niezróżnicowana choroba tkanki łącznej

L. Inne

- Polimialgia reumatyczna
- Zapalenie tkanki tłuszczowej (panniculitis)
- Rumień guzowaty
- Nawracające zapalenie chrząstek
- Eozynofilowe zapalenie powięzi
- Choroba Still'a u dorosłych

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji American Rheumatism Association (ARA).

Rysunek 2. II Grupa chorób reumatycznych: seronegatywne zapalenie stawów kręgosłupa (spondyloartropatie seronegatywne).

- II. Seronegatywne zapalenie stawów kręgosłupa** (spondyloartropatie seronegatywne)
- A. Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK)
 - B. Reaktywne zapalenie stawów (Zespół Reitera)
 - C. Łuszczykowe zapalenie stawów (ŁZS)
 - D. Zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji American Rheumatism Association (ARA).

Rysunek 3. III Grupa chorób reumatycznych: choroba zwyrodnieniowa stawów.

- III. Choroba zwyrodnieniowa stawów**
- A. Pierwotna
 - B. Wtórna

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji American Rheumatism Association (ARA).

Rysunek 4. IV Grupa chorób reumatycznych: zapalenie stawów towarzyszące zakażeniu.

- IV. Zapalenie stawów towarzyszące zakażeniu**
- A. Bezpośrednie działanie drobnoustrojów
 - Zakażenie bakteryjne
 - Zakażenie wirusowe
 - Zakażenie grzybicze
 - Zakażenie pasożytnicze
 - B. Zapalenie odczynowe
 - Bakteryjne (gorączka reumatyczna, po zespoleniu omijającym jelit, po zakażeniu bakteriami Gram (-), np. *Shigella*, *Yersinia*)
 - Wirusowe (zakażenie HB, HCV)

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji American Rheumatism Association (ARA).

Rysunek 5. V Grupa chorób reumatycznych: zapalenie stawów towarzyszące chorobom metabolicznym i gruczołów dokrewnych.

V. Zapalenie stawów towarzyszące chorobom metabolicznym i gruczołów dokrewnych

- A. Związane z obecnością kryształów
 - Moczanu sodu – dna moczanowa
 - Dwuwodzianu pirofosforanu wapniowego – dna rzekoma, chondrokalcynoza
 - Zasadowych fosforanów wapnia (hydroksyapatytu)
 - Szczawianów
- B. W innych zaburzeniach biochemicznych
 - Amyloidozą
 - Hemofilia
 - Inne wrodzone wady metaboliczne: hiperlipoproteinemia, hemoglobinopatie, mukopolisacharydozy, wrodzona łamliwość kości, ochronozą, choroba Gauchera i inne
- A. W chorobach gruczołów dokrewnych
 - Cukrzyca
 - Akromegalia
 - Nadczynność przytarczyc
 - Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność)
- B. W niedoborach immunologicznych
 - Hipogammaglobulinemia
 - Niedobory IgA
 - Niedobory składowych dopełniacza
 - Niedobory deaminazy adenozyne
- C. W chorobach dziedzicznych
 - Artrogrypoza
 - Zespoły nadmiernej wiotkości (Marfana, Ehlersa- Danlosa)
 - Postępujące kostnienie mięśni

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji American Rheumatism Association (ARA).

Rysunek 6. VI Grupa chorób reumatycznych: nowotwory.

VI. Nowotwory

- A. Pierwotne
- B. Złośliwe przerzutowe
- C. Szpiczak mnogi
- D. Białaczki, chłoniaki
- E. Nowotwory łagodne (osteochondromatosis, ganglion)

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji American Rheumatism Association (ARA).

Rysunek 7. VII Grupa chorób reumatycznych: zaburzenia nerwowo-naczyniowe.

VII. Zaburzenia nerwowo – naczyniowe

- A. Staw Charcota
- B. Zespoły uciskowe
 - Uwięźnięcie obwodowe (np. zespół cieśni nadgarstka)
 - Zespoły korzeniowe
 - Zwężenie kanału kręgowego
- C. Algodystrofia
- D. Erytromelagia
- E. Choroba lub objaw Raynauda

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji American Rheumatism Association (ARA).

Rysunek 8. VIII Grupa chorób reumatycznych: choroby kości i chrząstek.

VIII. Choroby kości i chrząstek

- A. Osteoporoza
 - Uogólniona
 - Miejscowa
- B. Osteomulacja
- C. Osteoartropatia przerostowa (choroba Forestiera)
- D. Choroba Pageta
- E. Osteoliza i chondroliza
- F. Martwica jałowa kości
- G. Costochondritis (zespół Tietzego)
- H. Dysplaza kości i stawów

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji American Rheumatism Association (ARA).

Rysunek 9. IX Grupa chorób reumatycznych: zmiany pozastawowe.

IX. Zmiany pozastawowe

- A. Zespół bólowy mięśniowo-powięziowy
 - Uogólniony (fibromialgia)
 - Miejscowy (ból karku, kręcz karku, ból szyjno-ramienny)
- B. Zapalenie kałek maziowych
- C. Zmiany w obrębie ścięgien
- D. Zmiany w obrębie krążków międzykręgowych
- E. Torbiele
- F. Zapalenie powięzi
- G. Przewlekłe napięcie więzadeł i mięśni
- H. Różne zespoły bólowe (nadwrażliwość na zmiany pogody, „reumatyzm psychogeny”)

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji American Rheumatism Association (ARA).

Rysunek 10. X Grupa chorób reumatycznych: zmiany w stawach w innych zespołach chorobowych.

X. Zmiany w stawach w innych zespołach chorobowych

- A. Pourazowe
- B. W chorobach trzustki
- C. W przebiegu sarkoidoza
- D. Reumatyzm palindromiczny
- E. Okresowa puchlina stawów
- F. Zespoły reumatyczne polekowe
- G. Zespół towarzyszący dializom
- H. Zaburzenie czynnościowe
- I. Inne

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji American Rheumatism Association (ARA).

Choroby reumatyczne mają charakter przewlekły i powodują uszkodzenie narządu ruchu, co prowadzi do postępującej niepełnosprawności chorego. Najczęstszą chorobą reumatyczną jest *choroba zwyrodnieniowa stawów* (ChZS), natomiast szczególnie niebezpieczne dla zdrowia chorego są choroby zapalne stawów (m.in. reumatoidalne zapalenie stawów i spondyloartropatie).

Pacjentów z chorobami reumatycznymi często utożsamia się z populacją osób w podeszłym wieku, jednak schorzenia te mogą dotyczyć każdego, niezależnie od wieku.

Dorośli w wieku 18-45 lat to grupa wiekowa, w której najczęściej pojawiają się pierwsze objawy chorób reumatycznych, głównie układowych chorób tkanki łącznej, takich jak *toczeń rumieniowaty układowy*, *zespół antyfosfolipidowy*, *twardzina układowa*., *mieszana choroba tkanki łącznej*, *choroba Still'a* i *niektóre zapalenia naczyń*. Należy podkreślić, że w pierwszych 2-5 latach przebieg tych chorób jest w wielu przypadkach ostry i powikłany, a pacjenci są najbardziej zagrożeni zgonem.

Wiek zachorowania (druga i trzecia dekada życia) jest również charakterystyczny dla całej grupy seronegatywnych spondyloartropatii: *zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)*, *reaktywnego zapalenia stawów (Zespół Reitera)*, *łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)* oraz *zapalenia stawów towarzyszącego przewlekłym zapalnym chorobom jelit*.

Rysunek 11. Najczęściej występujące choroby reumatyczne dla wieku od 18 do 45.rz.

Najczęściej występujące choroby reumatologiczne od 18 do 45.rz.

Układowe choroby tkanki łącznej:

- Toczeń rumieniowaty układowy
- Zespół antyfosfolipidowy
- Twardzina układowa
- Mieszana choroba tkanki łącznej
- Choroba Still'a

Zapalenie naczyń:

- Choroba Takayasu
- Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń
- Eozynofilowa ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń

Seronegatywne spondyloartropatie:

- Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK)
- Reaktywne zapalenie stawów (Zespół Reitera)
- Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS)
- Zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Reumatologia w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”, M. Olesińska (red) Warszawa, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2019, s.17.

W grupie wiekowej 46-65 lat dolegliwości ze strony narządu ruchu są bardzo częste i mogą mieć równocześnie wiele przyczyn, co utrudnia diagnostykę. Kobiety w tym wieku najczęściej zapadają na *reumatoidalne zapalenie stawów* (RZS). W większości przypadków początek choroby jest powolny i skryty (55-65%). Istotne jest różnicowanie z chorobą zwyrodnieniową, która również zaczyna dawać objawy w tej grupie wiekowej. Kolejną jednostką chorobową wywołującą dolegliwości chorobowe w tym wieku to *dna moczanowa*. Jest ona najczęstszą postacią zapalenia stawów u mężczyzn po 40. roku życia.

Spośród układowych chorób tkanki łącznej u pacjentów w wieku 18-65 lat najczęściej ujawniają się: *zespół Sjögrena*, *zapalenie wielomięśniowe/skórno mięśniowe i guzkowate zapalenie tętnic*. Powszechnym problemem dotyczącym nawet 30-40% kobiet i 10-13% mężczyzn po 50. roku życia jest zmniejszenie masy kostnej, które może prowadzić do *osteoporozy*.

Rysunek 12. Najczęściej występujące choroby reumatyczne dla wieku od 46 do 65.rz.

Najczęściej występujące choroby reumatologiczne od 46 do 65.rz.

Reumatoidalne zapalenie stawów

Dna moczanowa

Choroba zwyrodnieniowa stawów

Zespół Sjögrena

Zapalenie wielomięśniowe/skórno mięśniowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Reumatologia w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”, M. Olesińska (red) Warszawa, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2019, s.17.

U dorosłych w starszym wieku powyżej 65 lat wśród chorób reumatycznych dominuje choroba zwyrodnieniowa stawów. Charakterystyczną dla tej grupy wiekowej jednostką chorobową jest polimialgia reumatyczna, która rzadko ujawnia się przed 60. rokiem życia. W tej grupie wiekowej najczęściej dochodzi do manifestacji powikłań nieleczonej osteoporozy.

Rysunek 13. Najczęściej występujące choroby reumatyczne dla wieku powyżej 65.rz.

Najczęściej występujące choroby reumatologiczne > 65.rz.

Guzkowate zapalenie tętnic
Choroba zwyrodnieniowa stawów
Osteoporoza
Dna moczanowa
Polimialgia reumatyczna
Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Reumatologia w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”, M. Olesińska (red) Warszawa, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2019, s.17.

Specyfika chorób reumatycznych jest zależna od płci. Niektóre grupy chorób reumatycznych występują z różną częstotliwością w zależności od płci. W przypadku większości chorób tkanki łącznej stwierdza się większą zapadalność u kobiet, natomiast na seronegatywne spondyloartropatie częściej chorują mężczyźni.

Rysunek 14. Zróżnicowanie częstości występowania chorób reumatycznych pod względem płci.

MĘŻCZYŹNI

Spondyloartropatie:

- ZZSK
- Reaktywne zapalenie stawów

Dna moczanowa

Choroby IgG4- zależne

Zapalenie naczyń:

- Choroba Burgera
- Guzkowate zapalenie tętnic

Choroba Kawasaki

KOBIETY

Układowe choroby tkanki łącznej:

- RZS
- MIZS
- Toczeń rumieniowaty układowy
- Zespół antyfosfolipidowy
- Twardzina układowa
- Zapalenie wielomięśniowe / skórno-mięśniowe
- Mieszana choroba tkanki łącznej
- Zespół Sjögrena
- Zapalenie naczyń, w tym choroba Takayasu i olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic

Polimialgia reumatyczna

Artropatia pirofosforanowa

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Reumatologia w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”, M. Olesińska (red) Warszawa, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2019, s. 20.

2. Wczesne zapalenie stawów

W ciągu pierwszych tygodni trwania objawów zapalenia stawów *znaczna część pacjentów* nie spełnia kryteriów kwalifikacyjnych i diagnostycznych dla konkretnej choroby reumatycznej. Zapalenie takie określa się jako: *wczesne zapalenie stawów*, które może rozwinąć się w reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) lub inne określone zapalenie stawów może ustąpić samoistnie lub może pozostać niezróżnicowane przez nieokreślony przedział czasu.

Rysunek 15. Wykaz chorób reumatycznych przebiegających z objawami wczesnego zapalenia stawów.

Do najczęściej występujących zapalnych chorób reumatycznych, które mogą rozwinąć się z objawami wczesnego zapalenia stawów należą;

- **reumatoidalne zapalenie stawów (M05)**
częstość występowania w populacji wynosi 0,24 -1,4%
- **grupa schorzeń określanych jako spondyloartropatie seronegatywne:**
 - **zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (M45)** – częstość występowania w populacji wynosi 0,55% - 6,1%
 - **odczynowe zapalenie stawów - zespół Reitera (M02)** – częstość występowania w populacji u osób po przebytych zakażeniach pałeczkami z rodziny Enterobacteriaceae (np. Salmonella, Yersinia, Campylobacter, Shigella), chlamydie (Ch. Trachomatis, Ch. Pneumoniae), innymi (np. Clostridium difficile, Mycoplasma, Mycobacterium tuberculosis) wynosi od 1 do 4%
 - **atropatie łuszczykowe i towarzyszące chorobom jelit (M07)** -zapalenie stawów obwodowych lub stawów krzyżowo-biodrowych i stawów kręgosłupa rozwija się u 20-50% chorych z zapalnymi chorobami jelit
 - **łuszczyca stawowa (L-40,5)** – częstość występowania w rasie kaukaskiej (białej) wynosi 0,25%, zapalenie stawów obserwowane jest u 7-25% chorych na łuszczycę
- **dna moczanowa (M10)** – częstość występowania w populacji ludzi w wieku produkcyjnym wynosi 3,9%, a w populacji powyżej 70. roku życia- 9,0-12,6%
- **pierwotny zespół Sjögrena (M35)** - częstość występowania w populacji w wieku do 55 lat wynosi 0,2 -3,2%, a w populacji w wieku > 55 lat – 5%.

Rzadziej występują takie choroby, jak: toczeń rumieniowaty układowy (M32), twardzina układowa (M34), zapalenie skórno-mięśniowe (M33), polimialgia reumatyczna czy zapalenie naczyń. Częstość występowania tych schorzeń w populacji ogólnej wynosi od 01 do 0,5%.

Źródło: opracowanie własne.

Wczesne zapalenie stawów, to zapalenie przynajmniej jednego stawu, z towarzyszącym bólem i ograniczeniem ruchomości zajętego stawu, potwierdzone badaniem klinicznym lub badaniami obrazowymi przez lekarza reumatologa, o krótkim czasie trwania od 6-12 tygodni, bez możliwości ustalenia rozpoznania dla konkretnej choroby reumatycznej.

Objawem wczesnego zapalenia stawów jest ból i obrzęk przynajmniej jednego stawu, nie będący wynikiem dużego urazu, przebiegający z bólem i sztywnością stawu, o krótkim czasie trwania od 6 do 12 miesięcy. *Ludzie młodzi, którzy często chorują na zapalne choroby reumatyczne, łączą pierwsze takie objawy choroby z niewielkim urazem związanym z ich normalną aktywnością fizyczną, a zapalne bóle kręgosłupa z ich przeciążeniem.* Tymczasem taka osoba wymaga jak najszybszej diagnostyki i włączenia leczenia na początkowym etapie choroby, zanim dojdzie do nieodwracalnych uszkodzeń stawów i narządów. *Czas, jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów do rozpoczęcia właściwego leczenia jest kluczowym czynnikiem, który wpływa na dalsze perspektywy chorego.*

Szacuje się, że w Polsce około 400 000 osób choruje na schorzenia stawów o podłożu zapalnym. Najczęściej są to osoby w okresie największej aktywności zawodowej i osobistej. Częstym następstwem choroby zapalanej późno zdiagnozowanej jest niepełnosprawność i niemożność funkcjonowania na rynku pracy.

Dla większości chorób zapalnych stworzono pojęcie tzw. „okna terapeutycznego”, czyli przedziału czasu liczonego od pierwszych objawów choroby, w którym włączenie leczenia warunkuje największe korzyści, czyli uzyskanie remisji (w tym nawet remisji wolnej od leków). Dla reumatoidalnego zapalenia stawów „okno terapeutyczne” wynosi 12 tygodni, a dla innych chorób (ze względu na duże opóźnienie diagnostyczne) – od kilku miesięcy do kilku lat.

Diagnostyka w chorobach reumatycznych przebiegających z objawami wczesnego zapalenia stawów wymaga „czujności diagnostycznej” pacjenta oraz współpracy lekarza rodzinnego z reumatologiem.

Chory powinien zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku obrzęku stawu, który pojawił się nagle i trwa krótko, i nie jest związany z przebytem urazem lub deformacją kostną z towarzyszącym bólem. Objawami zwiększającymi prawdopodobieństwo zapalenia stawów jest zajęcie, co najmniej dwóch stawów oraz sztywność poranna trwająca powyżej 30 minut.

Istotną rolą lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zgłosi się chory z objawami wczesnego zapalenia stawów, jest przeprowadzenie screeningu w kierunku zapalnej choroby reumatycznej, a w przypadku jej podejrzenia, jak najszybsze skierowanie chorego do lekarza reumatologa. Ból i obrzęk stawu niespowodowanego urazem, kwalifikuje się zazwyczaj do konsultacji ortopedycznej lub neurologicznej.

Chory, u którego stwierdzono zapalenie stawów, powinien być skonsultowany przez reumatologa przed upływem 6 tygodni od pojawienia się objawów.

Podstawowe badania laboratoryjne pozwalają na rozpoznanie i weryfikację bardzo wczesnych objawów chorób reumatologicznych i wykazanie ich charakteru zapalnego.

Wstępna diagnostyka chorób reumatycznych u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oparta jest na dobrze zebranych wywiadzie od chorego, badaniu układu ruchu i na wynikach podstawowych badań laboratoryjnych, jak: OB, CRP, morfologia, ASPAT, ALAT, kreatynina, kwas moczowy, fosfataza zasadowa, ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu oraz wynikach podstawowych badań radiologicznych: zdjęciach klatki piersiowej w projekcji AP, zdjęciach obrzękniętego stawu w dwóch pozycjach.

Na tej podstawie lekarz może podejrzewać chorobę reumatyczną i szybko kierować pacjenta do reumatologa.

Pacjent powinien być kierowany do reumatologa:

- Z bólami i obrzękami stawów utrzymującymi się przynajmniej 2–4 tygodnie i podwyższonymi wartościami OB i CRP.
- Z największymi dolegliwościami stawowymi, w godzinach porannych z towarzyszącym uczuciem sztywności porannej.
- Z bólami kręgosłupa pojawiającymi się w nocy i utrzymującymi się do godzin porannych, z wyraźną poprawą, czyli zmniejszeniem dolegliwości bólowych lub ustąpieniem po ćwiczeniach i nasileniem w spoczynku.
- Z łuszczycą zwykłą skóry lub łuszczycą w rodzinie, u którego wystąpił obrzęk stawu/stawów.
- Z uczuciem osłabienia ogólnego, leukopenią i uczuleniem na światło.
- Z obecnymi przeciwciałami przeciwjądrowymi (ANA) w mianie $\geq 1:320$.

Proces diagnostyczno-terapeutyczny w przypadku chorych z wczesnym zapaleniem stawów powinien obejmować następujące etapy:

- Potwierdzenie obecności zapalenia stawów przez reumatologa.
- Wykluczenie zapalenia stawów w przebiegu zdefiniowanych schorzeń (np. toczenia rumieniowatego trzewnego, łuszczycowego zapalenia stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów itp.) przez reumatologa.
- Określenie indywidulanego ryzyka rozwoju przewlekłego nadżerkowego zapalenia stawów przez lekarza reumatologa.
- Zaproponowanie optymalnej terapii przez lekarza reumatologa.

Bóle stawów i mięśni oraz towarzyszące im objawy ogólne, takie jak osłabienie, utrata masy ciała, obniżenie nastroju mogą również występować w wielu chorobach pierwotnie

niezwiązanych z układem ruchu, np. w nadczynności i niedoczynności tarczycy czy przytarczyc, infekcjach wirusowych grypowych i paragrypowych, wirusowych zapaleniach wątroby B i C, a także w chorobach nowotworowych.

Z tych powodów, często w początkowym okresie diagnostyka wczesnych zapaleń stawów opiera się na diagnostyce różnicowej, której istotą jest ocena prawdopodobieństwa, że dany objaw kliniczny (dana grupa objawów klinicznych) występuje w odnośnej chorobie.

Stopniowo eliminuje się hipotezy najmniej prawdopodobne i w miarę potrzeby zleca nowe badania. Procedura ta trwa do momentu postawienia satysfakcjonującej (najbardziej prawdopodobnej) diagnozy.

W podejmowaniu decyzji terapeutycznych lekarz wstępnie szacuje czynniki złej prognozy, a więc i ryzyko rozwoju uszkodzeń strukturalnych prowadzących do destrukcji stawów i niepełnosprawności. Czas nie jest tutaj sprzymierzeńcem, a każdy tydzień opóźnienia właściwej terapii może nieść ze sobą poważne konsekwencje. Powinno się dążyć do skrócenia czasu od wystąpienia pierwszych objawów choroby do wizyty u reumatologa.

Głównym celem leczenia wczesnego zapalenia stawów jest jak najszybsze osiągnięcie remisji choroby, czyli całkowitego zniesienia objawów i zahamowanie zmian destrukcyjnych stawów, jeśli jest to trudne do zrealizowania, to celem jest uzyskanie niskiej aktywności choroby. Aby ocenić, czy udaje się cel leczenia, reumatolog stosuje metody monitorowania procesu chorobowego.

Chory powinien być poinformowany o czynnikach prognostycznych i planowanym postępowaniu terapeutycznym. Leczenie nefarmakologiczne (m.in. fizyko- i kinezyterapia) ma znaczenie pomocnicze.

3. Szybka ścieżka pacjenta w ramach kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów

Rozpoznanie choroby reumatycznej to złożony proces, który obecnie zależy zarówno od pacjenta, jak i od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz reumatologa. Czas, jaki upływa od pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania i rozpoczęcia właściwego leczenia, jest w Polsce najdłuższy w Europie, w reumatoidalnym zapaleniu stawów wynosi 35 tygodni, przy rekomendowanym czasie maksymalnym do 12 tygodni, a w przypadku np. łuszczykowego zapalenia stawów 7 – 8 lat przy rekomendowanym nieprzekraczalnym czasie maksymalnie 6 miesięcy.

Obecnie w Polsce nie jest realizowana koncepcja optymalnego leczenia chorób zapalnych stawów zgodna z zaleceniami EULAR, opierająca się na wykorzystaniu tzw. okna terapeutycznego, wczesnej interwencji, w ramach której, chory powinien zostać zdiagnozowany w ciągu 6 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów, a skuteczne leczenie powinno zostać wdrożone do 12. tygodnia choroby.

Jednym z powodów takiego stanu jest późne diagnozowanie zapalnych chorób stawów. Najczęściej rozpoznanie choroby następuje dopiero w momencie, gdy jest ona w zaawansowanym stadium. Oznacza to istotne pogorszenie perspektyw chorego oraz wyższe koszty leczenia, przy jednoczesnym zmniejszeniu szansy uzyskania remisji.

Właściwa ocena pacjentów i szybkie kierowanie osób z podejrzeniem choroby reumatycznej do specjalisty są niezwykle ważne w kontekście absencji chorobowej, powikłań przewlekłego leczenia, przede wszystkim lekami przeciwbólowymi, postępującej niepełnosprawności chorych i świadczeń rentowych. Zbyt późno podjęta właściwa interwencja medyczna oznacza długi czas rozwoju procesu zapalnego i nadmiernej aktywności układu immunologicznego oraz może być przyczyną mniejszej skuteczności podjętego później leczenia. To z kolei przekłada się na pogorszenie jakości życia chorego i wyższe koszty po stronie płatnika (stosowanie droższych terapii, mniejsza szansa na uzyskanie remisji, czyli wygaszenia aktywności choroby). Wydłużenie czasu do rozpoznania choroby reumatycznej wynika również z faktu, że pacjent najpierw jest kierowany do innych specjalistów, takich jak ortopedzi, neurologi, lekarze rehabilitacji, a dopiero na końcu trafia do reumatologa.

W celu efektywnego skrócenia czasu, jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów chorób reumatycznych do ustalenia rozpoznania, konieczny jest szybki dostęp do porady reumatologicznej. Zgodnie z zaleceniami EULAR leczeniem zapalnych chorób reumatycznych powinien zajmować się reumatolog. Stworzenie „szybkiej ścieżki” w systemie opieki zdrowotnej dla pacjenta z objawami wczesnego zapalenia stawów, włączenie leczenia farmakologicznego, rehabilitacji na wczesnym etapie choroby, w ciągu 12 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów chorobowych, to gwarancja na szybką i długą remisję choroby oraz przywrócenie chorego do życia społecznego, rodzinnego i zawodowego.

Podstawowe badania laboratoryjne i radiologiczne powinny być wykonywane na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pozwolić na rozpoznanie i weryfikację bardzo wczesnych objawów chorób reumatologicznych i wykazanie ich charakteru zapalnego i skierowanie pacjenta do ośrodka kompleksowej opieki.

Stworzenie kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) ma na celu szybkie postępowania w celu weryfikacji rozpoznania a także jak najszybsze wyodrębnienie z tej grupy wczesnego reumatoidalnego zapalenia stawów lub wczesnej, nieradiologicznej spondyloartropatii – jeszcze przed stadium rozwoju zmian radiologicznych oraz zapewnienie specjalistycznej opieki nad pacjentem w celu uzyskania jak najszybszej remisji choroby.

Założenia projektu świadczenia zdrowotnego „Kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów” są następujące:

1. Wprowadzenie nowego kompleksowego modelu leczenia opartego na szybkiej ścieżce diagnostycznej, leczeniu oraz rehabilitacji pacjentów we wczesnym stadium zapalenia stawów.
2. Skoncentrowanie leczenia wokół wyspecjalizowanych ośrodków koordynujących, posiadających duże doświadczenie w wykonywaniu procedur diagnostyczno-leczniczych, jak i z zakresu programów lekowych oraz zapewniających dostęp do rehabilitacji reumatologicznej.
3. Ograniczenie liczby hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów, a co się z tym wiąże krótko- i długookresowej niezdolności do pracy.
4. Poprawienie efektywności leczenia oraz zmniejszenie ryzyka wystąpienia niepełnosprawności.

Kluczowym elementem „szybkiej ścieżki” było określenie zasad postępowania na każdym jej etapie.

Rysunek 16. Szybka ścieżka diagnostyczna na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej według modelu kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów.

Szybka ścieżka diagnostyczna na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjenta z objawami wczesnego zapalenia stawów, polega na przeprowadzenie **screeningu przez lekarza w kierunku zapalnej choroby** reumatycznej, a w przypadku jej podejrzenia jak **najszybsze skierowanie chorego do ośrodka kompleksowej opieki (KOWZS).**

Źródło: opracowanie własne.

Ważnym elementem włączenia pacjenta do szybkiej ścieżki diagnostycznej na poziomie lekarza rodzinnego było określenie jej kryteriów.

Rysunek 17. Kryteria włączenia pacjenta do szybkiej ścieżki diagnostycznej na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej według modelu kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów.

Kryteria włączenia pacjenta do szybkiej ścieżki diagnostycznej na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Kryteria włączenia pacjenta na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w kierunku diagnostyki różnicującej choroby zapalne stawów i choroby zwyrodnieniowe dotyczą pacjenta, który nie był diagnozowany i nie był leczony w kierunku choroby zapalnej stawów są następujące:

1. zgłoszenie przez pacjenta bólu i obrzęku przynajmniej jednego stawu nie będącego wynikiem urazu.
2. czas trwania objawów maksymalnie 6 - 12 tygodni
3. brak możliwości ustalenia konkretnego rozpoznania przez lekarza

Należy zwrócić uwagę, że: większość pacjentów z wczesnym zapaleniem stawów rozwija reumatoidalne zapalenie stawów, spondyloartropatię lub rzadziej inną chorobę tkanki łącznej np. toczeń rumieniowaty układowy.

Kryteria są zgodne z rekomendacjami European League Against Rheumatism (EULAR) dotyczącymi diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

Źródło: opracowanie własne.

W ramach wstępnej diagnostyki na poziomie lekarza POZ został ustalony pakiet badań.

Rysunek 18. Pakiet badań podstawowych u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej według modelu kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów.

Pakiet badań podstawowych u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Wstępna diagnostyka chorób reumatycznych oparta na dobrze zebranych wywiadzie od chorego, badaniu układu ruchu i na wynikach podstawowych badań laboratoryjnych, oraz wynikach podstawowych badań radiologicznych.

Pakiet badań podstawowych, który powinien wykonywać lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w celu potwierdzenia choroby zapalnej stawów, to:

1. Badania laboratoryjne: morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), kreatynina, białko C-reaktywne (CPR), kwas moczowy, aminotransferaza asparaginowa (AST), aminotransferaza alaninowa (ALT), ogólne badanie moczu.

Źródło: opracowanie własne.

Została ustalona ścieżka pacjenta na poziomie wejścia do ośrodka KOWZS oraz charakter 6 porad u lekarza reumatologa.

Rysunek 19. Szybka ścieżka na poziomie wejścia do ośrodka kompleksowej opieki, porady 0-6 w modelu kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów.

1. Szybka ścieżka **na poziomie wejścia do ośrodka** kompleksowej opieki (KOWZS) odbywa się poprzez **preselekcję pacjentów, przeprowadzoną przez asystenta opieki**, na podstawie ankiety telefonicznej. *Celem jest wstępna selekcja pacjentów z chorobami zapalnymi stawów od pacjentów z chorobami zwyrodnieniowymi stawów przed pierwszą wizytą u lekarza reumatologa.*
2. **„Porada 0”** to konsultacja przeprowadzona przez lekarza reumatologa w celu weryfikacji pacjentów chorych na zapalne choroby stawów.
3. **„Porada 1”** to potwierdzenie obecności zapalenia stawów przez lekarza reumatologa i kwalifikacja pacjenta do KOWZS.
4. **„Porady 2-6” w KOWZS mają** na celu włączenie pacjenta w proces terapeutyczny na podstawie ustalonego indywidualnego planu leczenia, w tym rehabilitację w terminie 14 dni od rozpoczęcia leczenia, a w przypadku innej choroby niż RZS - przeprowadzenie w jak najkrótszym czasie pogłębionej diagnostyki (badania dodatkowe) – wszystko w celu uzyskania jak najszybszej i najdłuższej remisji/niskiej aktywności choroby definiowanej dla danej jednostki chorobowej.

Źródło: opracowanie własne.

Została ustalona kwalifikacja do kompleksowej opieki KOWZS podczas „Porady 1” według określonych rozpoznań ICD-10.

Rysunek 20. Kwalifikacja do kompleksowej opieki KOWZS podczas „Porady 1” według określonych rozpoznań ICD-10 w modelu kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów.

Do objęcia opieką kompleksową kwalifikują się pacjenci z podejrzeniem wczesnego zapalenia stawów według rozpoznań ICD-10:

- M02 Odczynowe zapalenie stawów (zespół Reitera)
- M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów
- M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów
- M07 Artropatie łuszczycowe i towarzyszące chorobom jelit
- L40,5 Łuszczyca stawowa
- M10 Dna moczanowa
- M13 Inne zapalenia stawów
- M30 Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne
- M33 Zapalenie skórno-mięśniowe
- M34 Twardzina układowa
- M32 Toczeń rumieniowaty układowa
- M35 Inne układowe zajęcie tkanki łącznej
- M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
- M46 Inne zapalne choroby kręgosłupa

Źródło: opracowanie własne.

Zostało określone świadczenie kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS).

Rys 21 a. Określenie świadczenia kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów.

Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów obejmuje procedury diagnostyczne i terapeutyczne realizowane w ramach świadczeń szpitalnych, ambulatoryjnych i rehabilitacji leczniczej, w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia.

Celem opieki kompleksowej jest zapewnienie pacjentowi:

- 1) Koordynacji leczenia obejmującego przeprowadzenie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie wczesnej choroby stawów, rozpoczęcie terapii, monitorowanie efektów leczenia;
- 2) Rehabilitacji leczniczej;
- 3) Zapewnienie dostępu do leczenia w ramach programów lekowych, w przypadku wskazań do tego typu terapii.

Kompleksowa opieka skoordynowana jest przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji kompleksowej opieki opracowanym przez podmiot koordynujący.

Podmiotem koordynującym jest szpital posiadający oddział reumatologii, zapewniający jednocześnie wymaganą infrastrukturę do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej w dostępie, tj. przyszpitalną poradnię reumatologiczną.

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 21 b. Określenie świadczenia kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów-określenie zadań podmiotu koordynującego.

Wszystkie działania związane z opieką nad pacjentem w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia organizuje i nadzoruje podmiot koordynujący, który:

- 1) **Prowadzi diagnostykę, w tym obrazową i laboratoryjną, leczenie zachowawcze i procedury zabiegowe** - zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta, przy uwzględnieniu świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej;
- 2) **Opracowuje indywidualny plan leczenia pacjenta**, obejmujący informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, orientacyjnych terminów oraz świadczeniodawców będących podwykonawcami (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone - w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta dokonuje zmiany planu leczenia pacjenta;
- 3) **Koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych**, koniecznych w procesie opieki oraz zapewnia dostęp do realizacji procedur zabiegowych zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta;
- 4) **Zapewnia odpowiednią rehabilitację zgodnie** ze stanem pacjenta oraz prowadzi edukację dotyczącą stylu życia, czynników ryzyka;
- 5) **Zapewnia i koordynuje ambulatoryjną specjalistyczną opiekę reumatologiczną**;
- 6) **Zapewnia możliwość kontaktu w godz. 8-20** (w ramach oddziału reumatologicznego) zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOWZS;
- 7) **Odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej** zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) **Prowadzi sprawozdawczość** z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii wczesnych zapaleń stawów do Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów - po jego ewentualnym wdrożeniu na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia;
- 9) W przypadku, gdy pacjent nie kwalifikuje się do objęcia opieką w ramach KOWZS, odnotowuje ten fakt w historii choroby oraz (niezwłocznie) w systemie informatycznym dedykowanym do monitorowania KOWZS, po jego udostępnieniu przez NFZ;
- 10) Po zakończeniu udzielania świadczenia w ramach KOWZS przekazuje informacje lekarzowi POZ/AOS o świadczeniach zalecanych pacjentowi.

Źródło: opracowanie własne.

Zostały ustalone dwa moduły opieki w kompleksowej opiece nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów.

Rysunek 22. Moduł I kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów.

Moduł I obejmuje:

Reumatologiczną opiekę specjalistyczną, realizowaną w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia, w tym:

- a. co najmniej **6 porad** specjalistycznych i/lub hospitalizację w okresie objęcia pacjenta programem KOWZS, przy czym porady i hospitalizacje będą rozliczane ryczałtem po ich zrealizowaniu w ramach produktu z katalogu świadczeń kompleksowych.
- b. **poradę specjalistyczną oraz przeprowadzenie bilansu opieki** u pacjenta kończącego leczenie w ramach KOWZS wraz z przekazaniem danych sprawozdawczych do Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów (badania i ocena stanu klinicznego); porada ta będzie rozliczana w ramach produktu rozliczeniowego: „Specjalistyczna opieka reumatologiczna – bilans opieki” z katalogu świadczeń kompleksowych.

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 23. Moduł II kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów.

W zakresie II Modułu pacjentowi należy zapewnić:

1) rehabilitację ogólnoustrojową, realizowaną według indywidualnego planu leczenia i rozliczaną w ramach katalogu świadczeń kompleksowych. W ramach tego modułu realizowana jest konsultacja dietetyczna i psychologiczna.

Źródło: opracowanie własne.

Porady specjalistyczne lub hospitalizacje w ramach KOWZS będą odbywały się według harmonogramu obejmującego wykonanie procedur przedstawionych poniżej.

Rysunek 24. Weryfikacja pacjenta na wejściu do KOWZS przez asystenta opieki, Porada 0 - selekcja pacjentów z zapalnymi chorobami stawów. Moduł II kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów.

Asystent opieki dokonuje pierwszej weryfikacji pacjentów na podstawie telefonicznej ankiety

Porada 0 – lekarz reumatolog – selekcja pacjentów z chorobami zapalnymi stawów

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 25. Porada 1 – potwierdzenie obecności zapalenia stawów, kwalifikacja do KOWZS oraz pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż RZS.

Porada 1 (do 7 dni od kwalifikacji do KOWZS)

- a. dokładny wywiad i badanie fizykalne stawów, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS, badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, RF, anty-CCP, ANA 2 profil, HLA-B27 (opcjonalnie), badania obrazowe: RTG klatki piersiowej AP i boczne, RTG ręce i stopy, USG zajętej ręki lub stopy, MRI zajętej ręki lub stopy (opcjonalnie), RTG stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie), MRI stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie),
- b. pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż RZS

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 26. Porada 2 w ramach KOWZS – ocena otrzymanych wyników, ocena natężenia bólu, badanie fizykalne, ustalenie rozpoznania i włączenie leczenia modyfikującego przebieg choroby oraz pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż RZS.

Porada 2 (7-14 dni od pierwszej porady)

- a. ocena otrzymanych wyników, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS, badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ.
- b. ustalenie rozpoznania i włączenie leczenia modyfikującego.
- c. kwalifikacja do konsultacji u lekarza rehabilitacji medycznej.
- d. pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż w kierunku RZS.

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 27. Porada 3 w ramach KOWZS – badanie fizykalne, ocena natężenia bólu, badania laboratoryjne oraz pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż w kierunku RZS.

Porada 3 (90 dni od drugiej porady +/- 10 dni)

ze względu na proces diagnostyczno-terapeutyczny dopuszcza się ustalenie przez lekarza przy poradzie 2, innego niż terminu porady niż zakładane - 90 dni od drugiej porady +, - 10 dni, także w przypadku wystąpienia działań niepożądanych u pacjenta termin porady 3 może ulec skróceniu.

- a. badanie fizykalne z oceną DAS28 i opcjonalnie HAQ, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS, badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy.
- b. pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż w kierunku RZS.

Źródło: opracowanie własne

Rysunek 28. Porada 4 w ramach KOWZS – badanie fizykalne, ocena remisji, ocena natężenia bólu, badania laboratoryjne oraz pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż w kierunku RZS.

Porada 4 (90 dni od trzeciej porady, +, - 10 dni)

ze względu na proces diagnostyczno-terapeutyczny dopuszcza się ustalenie przez lekarza przy poradzie 3, innego niż terminu porady niż zakładane - 90 dni od drugiej porady +, - 10 dni, także w przypadku wystąpienia działań niepożądanych u pacjenta termin porady 4 może ulec skróceniu.

- a. badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena remisji ACR/EULAR, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS, badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy.
- b. pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż w kierunku RZS.

Źródło: opracowanie własne

Rysunek 29. Porada 5 w ramach KOWZS – badanie fizykalne, ocena natężenia bólu, badania laboratoryjne.

Porada 5 (90 dni +/- od czwartej porady)

ze względu na proces diagnostyczno-terapeutyczny dopuszcza się ustalenie przez lekarza przy poradzie 4, innego niż terminu porady niż zakładane - 90 dni od drugiej porady +, - 10 dni; także w przypadku wystąpienia działań niepożądanych u pacjenta termin porady 5 może ulec skróceniu.

- a. badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS, **badania** laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy.

Źródło: opracowanie własne

Rysunek 30. Porada 6 w ramach KOWZS – badanie fizykalne, ocena remisji, ocena natężenia bólu, badania laboratoryjne i obrazowe, skierowanie do poradni reumatologicznej w bliskości zamieszkania pacjenta.

Porada 6 (90 dni od piątej porady +, - 10 dni)

ze względu na proces diagnostyczno-terapeutyczny dopuszcza się ustalenie przez lekarza przy poradzie 5, innego niż terminu porady niż zakładane - 90 dni od drugiej porady +, - 10 dni; także w przypadku wystąpienia działań niepożądanych u pacjenta termin porady 6 może ulec skróceniu.

- a. badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena remisji ACR/EULAR, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS, badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, badania obrazowe: RTG klatki piersiowej AP i boczne, RTG ręce i stopy, USG zajętej ręki lub stopy, MRI zajętej ręki lub stopy (opcjonalnie), RTG stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie), MRI stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie), ocena wyników leczenia w programie (Rejestr WZS), skierowanie do poradni reumatologicznej w bliskości zamieszkania pacjenta.

Źródło: opracowanie własne

Zostały określone warunki organizacji świadczeń i ich realizacji przez KOWZS.

Rysunek 31. Warunki organizacji świadczeń i ich realizacji w ramach KOWZS.

Warunki organizacji świadczeń i ich realizacji

- 1) liczba świadczeniobiorców objętych kompleksową opieką przez jeden ośrodek koordynujący obejmuje **nie mniej 1000 osób wg. danych z 2019 roku;**
- 2) leczenie w ramach programów, **co najmniej 3 programów lekowych** (w przypadku wskazań do tego typu terapii);
- 3) zapewnienie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynującego:
 - a) oddziału szpitalnego o profilu reumatologicznym,
 - b) poradni reumatologicznej,
 - c) poradni ortopedycznej,
 - d) poradni rehabilitacyjnej,
 - e) ośrodka rehabilitacji dziennej albo zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji dziennej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach,
 - f) oddziału rehabilitacji stacjonarnej albo zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji stacjonarnej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach,

Źródło: opracowanie własne

Została określona organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez KOWZS.
Rysunek 32. Organizacja udzielania świadczeń w ramach KOWZS.

Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

- 1) kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w pilotażu dokonuje koordynator terapii;
- 2) zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń dostępu do opieki lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji – w przypadku świadczeń stacjonarnych, ustalone zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- 3) zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń całodobowej opieki pielęgniarstwa – w przypadku świadczeń stacjonarnych;
- 4) zapewnienie dostępu do usług rehabilitacyjnych zgodnego z indywidualnym programem opracowanym dla świadczeniobiorcy – godziny pracy personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń ustalone zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- 5) zapewnienie dostępu do:
 - a) konsultacji lekarzy specjalistów,
 - b) badań obrazowych (RTG, TK, NMR, USG),
 - c) badań laboratoryjnych,
 - d) asystenta opieki zgodnie z harmonogramem pracy personelu ośrodka;
 - 6) zapewnienie współpracy podwykonawców udzielających świadczeń z ośrodkiem koordynującym.

Źródło: opracowanie własne

Zostały określone warunki formalne wymagane do zawarcia umowy przez NFZ z KOWZS.

Rysunek 33. Warunki formalne wymagane do zawarcia umowy w ramach KOWZS.

Warunki formalne wymagane do zawarcia umowy:

Posiadanie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynującego:

1. oddziału szpitalnego o profilu reumatologicznym,
2. poradni reumatologicznej,
3. poradni ortopedycznej,
4. poradni rehabilitacyjnej,
5. ośrodka rehabilitacji dziennej lub zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji dziennej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
6. oddziału rehabilitacji stacjonarnej lub zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji stacjonarnej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
7. zapewnienie dostępu do poradni laryngologicznej, okulistycznej, dermatologicznej, psychiatrycznej, psychologicznej: możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni specjalistycznych na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
8. posiadanie w strukturze organizacyjnej lub na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lekarzy specjalistów innych dziedzin, niezbędnych do realizacji programu.

Źródło: opracowanie własne

Zostały wypracowane wskaźniki realizacji pilotażu przez NFZ.

Rysunek 34. Wskaźniki realizacji pilotażu KOWZS przez NFZ.

Wskaźniki realizacji pilotażu przez NFZ

1. średnia i mediana czasu od rozpoznania do włączenia leczenia modyfikującego przebieg choroby;
2. średnia i mediana częstości hospitalizacji;
3. odsetek pacjentów, u których hospitalizacja wyniosła poniżej 7 osobodni (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia);
4. średnia i mediana długości hospitalizacji (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia);
5. odsetek pacjentów, u których hospitalizacja wyniosła powyżej 10 osobodni (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia)
6. odsetek pacjentów, u których liczba hospitalizacji wyniosła poniżej 2 razy (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia);
7. średnia i mediana liczby pacjentów konsultowanych przez specjalistów poza programem pilotażowym;
8. średnia i mediana liczby konsultacji u pacjenta w ramach programu pilotażowego;
9. odsetek pacjentów rehabilitowanych w ramach oddziału stacjonarnego;
10. średnia i mediana osobodni w oddziale stacjonarnej rehabilitacji;
11. odsetek pacjentów, u których uzyskano remisję lub niską aktywność choroby, definiowaną dla danej choroby;
12. odsetek pacjentów, u których uzyskano remisję lub niską aktywność choroby równą lub powyżej 2 lat;
13. odsetek chorych którym wystawiono zwolnienie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy z powodu choroby zapalnej stawów;
14. odsetek pacjentów, którzy zostali włączeni do programu lekowego.
15. odsetek pacjentów, u których ból został zredukowany do 90%.

Źródło: opracowanie własne

Zostały ustalone zasady rozliczania świadczeń w ramach KOWZS.

Rysunek 35. Zasady rozliczania świadczeń w ramach KOWZS.

Zasady rozliczania świadczeń w ramach KOWZS:

1) Poszczególne elementy opieki kompleksowej, realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjenta w ramach leczenia szpitalnego, rehabilitacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowane w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, rozliczane są w następujący sposób:

- każdorazowo po realizacji porady specjalistycznej,
- po zakończeniu indywidualnego programu rehabilitacji.

W sytuacji, gdy ze względów medycznych niemożliwe było zrealizowanie u pacjenta wszystkich świadczeń wynikających z indywidualnego planu leczenia, wówczas rozliczeniu podlegają wyłącznie elementy opieki kompleksowej dotychczas zrealizowane u pacjenta (bez uwzględnienia współczynników jakościowych).

Źródło: opracowanie własne

Kwota na finansowanie KOWZS obejmuje procedury (wykonywane w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym) wskazane w przepisach rozporządzenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji, oraz w niniejszym zarządzeniu, nie uwzględnia natomiast świadczeń w innych dziedzinach medycyny, związanych ze schorzeniami innych narządów.

Zostały wypracowane współczynniki jakościowe uwzględniane przy ostatnim etapie rozliczania KOWZS.

Rysunek 36. Współczynniki jakościowe uwzględniane w rozliczeniach w ramach KOWZS.

Po spełnieniu określonych warunków, przy ostatnim etapie rozliczania KOWZS uwzględnia się współczynniki jakościowe:

- a) jeżeli pacjentowi (czynnemu zawodowo) w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOWZS nie zostanie wydane zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu WZS, wówczas przy ostatnim etapie rozliczania KOWZS wartość zrealizowanych w ramach modułu, korygowana jest o współczynnik 1,1;
- b) w przypadku realizacji w terminie porad rozliczenie korygowane współczynnik 1,15;
- c) w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji w ciągu 14 dni od rozpoczęcia programu rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest o współczynnik 1,1;
- d) jeżeli pacjent w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOWZS uzyska remisję choroby lub niską aktywność definiowaną dla danej choroby, wówczas w ostatnim etapie rozliczenia wartość zrealizowanych świadczeń w ramach modułu, korygowana jest współczynnik o 1,1;
- e) jeżeli pacjent w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOWZS uzyska remisję choroby lub niską aktywność i remisja lub niska aktywność jest $\geq$, lub $>$ niż 2 lata po zakończeniu programu, wówczas w ostatnim etapie rozliczenia wartość zrealizowanych świadczeń w ramach modułu korygowana jest o współczynnik 1,15;
- f) jeżeli czas hospitalizacji pacjenta w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOWZS (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podania leczenia) wynosi poniżej 7 osobodni, wówczas w ostatnim etapie rozliczenia wartość zrealizowanych świadczeń w ramach modułu, korygowana jest o współczynnik 1,1;
- g) jeżeli liczba hospitalizacji pacjenta w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOWZS (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podania leczenia) wynosi poniżej 2 razy, wówczas w ostatnim etapie rozliczenia wartość zrealizowanych świadczeń w ramach modułu, korygowana jest o współczynnik 1,1;
- h) jeżeli u pacjenta na zakończenie programu KOWZS ból został zredukowany o 90%, to wówczas w ostatnim etapie rozliczenia, wartość zrealizowanych świadczeń w ramach modułu, korygowana jest o wskaźnik 1,1.

Źródło: opracowanie własne

Zostały obliczone koszty realizacji programu KOWZS dla 8 ośrodków.

Rysunek 37. Koszty realizacji programu KOWZS.

Koszty realizacji programu KOWZS dla 8 ośrodków

Koszty realizacji kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów wynoszą 4254 złotych na jednego pacjenta, z uwzględnieniem największej liczby rozpoznań RZS (80%) wśród wczesnych zapaleń stawów oraz z uwzględnieniem:

- 6 porad specjalistycznych w ramach KOWZS tj. konsultacji, badań laboratoryjnych, obrazowych

2. Koszty realizacji kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów wynoszą 7254 złotych na jednego pacjenta, w przypadku pacjenta z innym rozpoznaniem niż RZS z uwzględnieniem kosztów pakietu badań dodatkowych (dla 20 % pacjentów) oraz z uwzględnieniem:

- 6 porad specjalistycznych w ramach KOWZS tj. konsultacji, badań laboratoryjnych, obrazowych

2. Zakłada się programie 150 pacjentów 1 rok / 1 ośrodek:

80 % pacjentów tj. $120 \times 4254 / \text{os} = 510\,480 \text{ zł} / 1 \text{ ośrodek} \times 8 \text{ ośrodków} = 4\,083\,840 \text{ zł}$

20 % pacjentów tj. $30 \times 7254 \text{ zł} / \text{os} = 217\,620 / 1 \text{ ośrodek} \times 8 \text{ ośrodków} = 1\,740\,960 \text{ zł}$

Razem koszt dla 1 ośrodka wynosi 728 100 1 ośrodek / 1 rok

RAZEM koszty dla 8 ośrodków wynoszą = 5 824 800 złotych/1 rok

Źródło: opracowanie własne

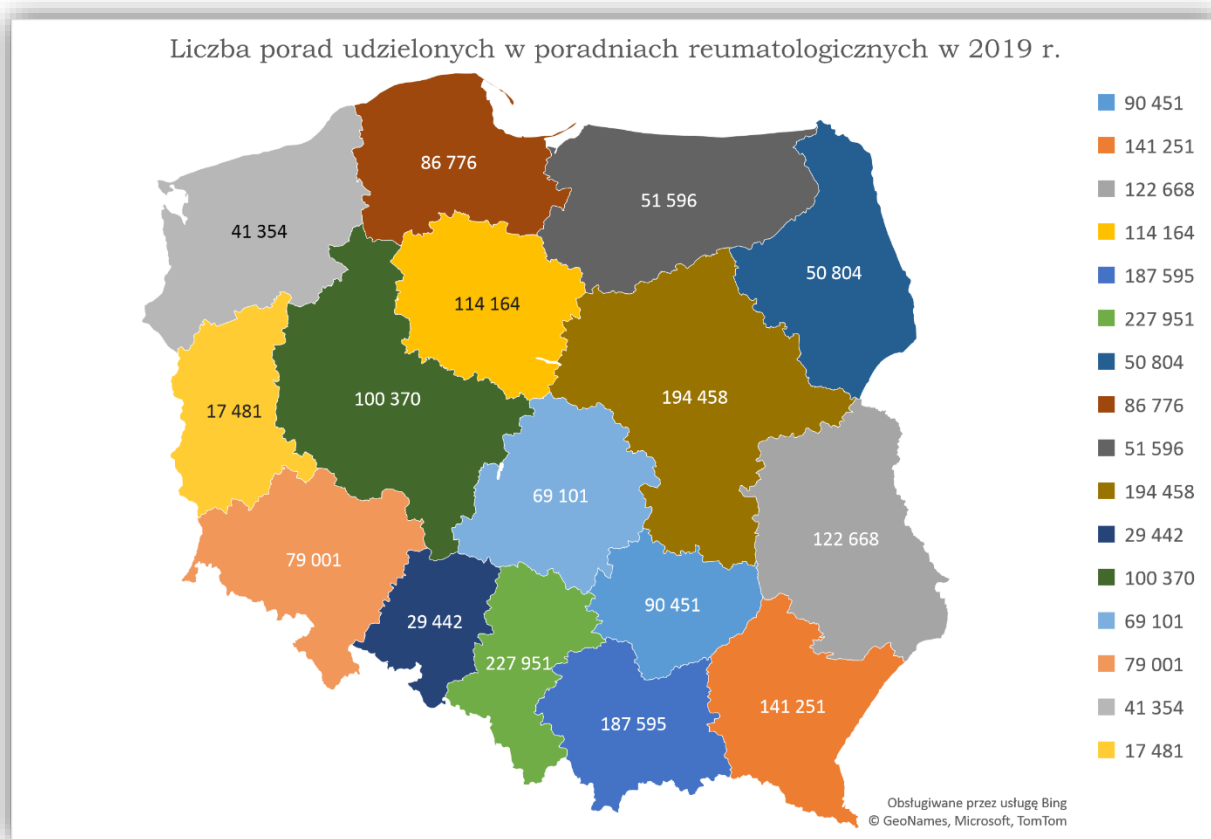
4. Ocena dostępu do świadczeń w reumatologii na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku.

Dane dotyczące porad udzielanych w poradni reumatologicznych przedstawiono na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku.

Przez porady wykazane w danych Narodowego Funduszu Zdrowia rozumie się każdy kontakt sprawozdany w ramach umowy dotyczącej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W roku 2019 udzielono łącznie 1 604 449 porad specjalistycznych w poradniach reumatologicznych na terenie 16 województw. Poniżej przedstawiono liczbę porad specjalistycznych w poradniach reumatologicznych.

Rysunek 38. Liczba porad specjalistycznych udzielonych w poradniach reumatologicznych w 2019 roku według map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku.



Źródło. Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych 2020 r.

Liczba porad specjalistycznych udzielanych w poradniach reumatologicznych w perspektywie lat 2015-2019 z roku na rok spada.

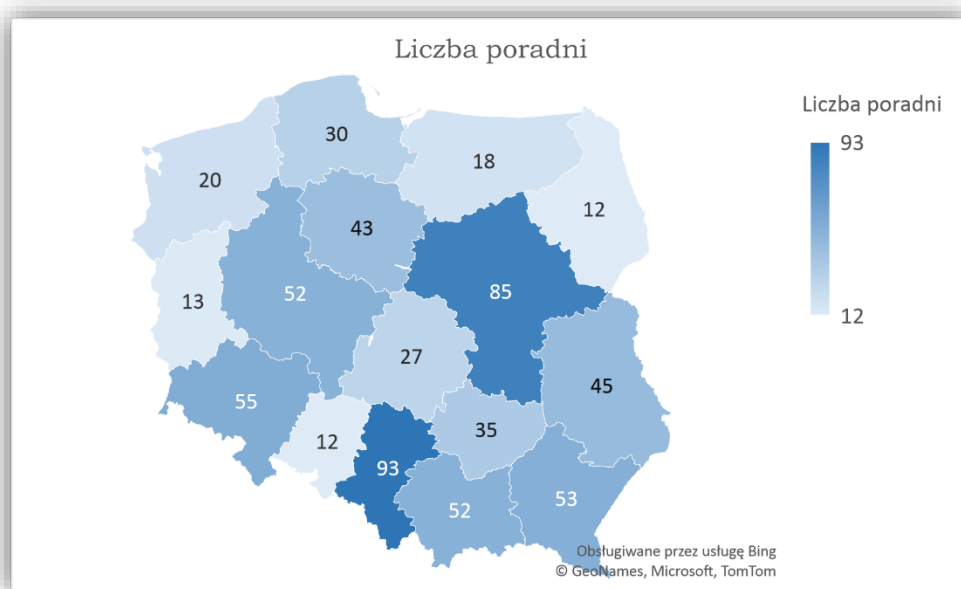
Rysunek 39. Liczba porad specjalistycznych udzielonych w poradniach reumatologicznych w latach 2015 - 2019 według map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku.

Rok	Liczba porad	Liczba poradni
2015	1 844 790	698
2016	1 797 727	694
2017	1 714 229	677
2018	1 653 465	662
2019	1 604 449	645

Źródło. Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych 2020.

Łączna liczba poradni reumatologicznych w roku 2019 wyniosła 645. Liczba poradni zmalała w stosunku do liczby z roku 2015 o prawie o 10%. Najmniejsza liczba poradni – 12, znajduje się w województwie opolskim, największa w województwie śląskim – 93.

Rysunek 40. Liczba poradni reumatologicznych w 2019 roku według map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku.

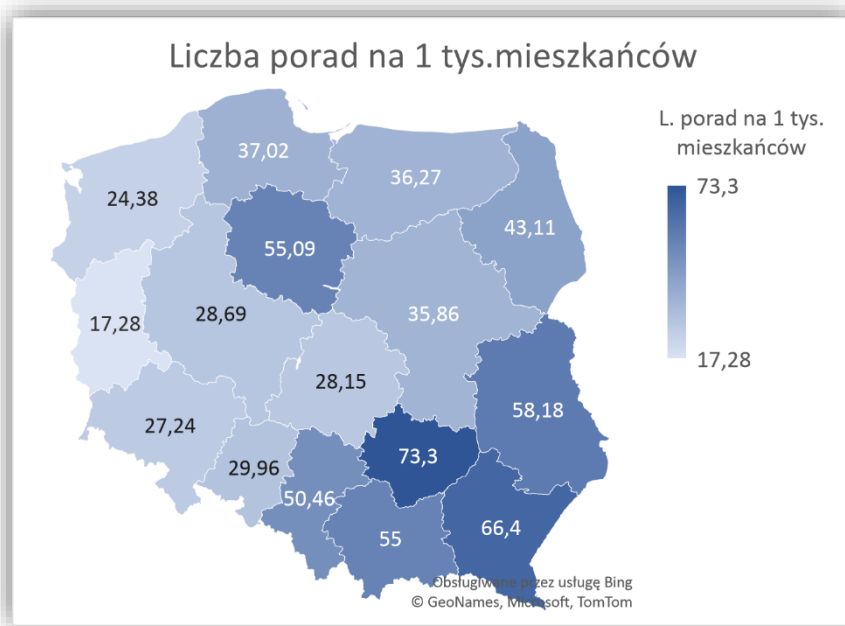


Źródło. Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych 2020.

Ważnym parametrem określającym różnice w dostępności pacjentów do poradni reumatologicznych jest liczba udzielonych porad w przeliczeniu na 1 tysiąc mieszkańców.

Liczba udzielonych porad wahała się w roku 2019 w różnych województwach od 17 do 73 porad na 1 tysiąc mieszkańców. Najwięcej porad - ponad 73 na 1 tysiąc mieszkańców udzielono w województwie świętokrzyskim, najmniej udzielono w województwie lubuskim - 17 porad na 1 tys. mieszkańców.

Rysunek 41. Liczba porad specjalistycznych udzielonych w poradniach reumatologicznych w latach 2015 - 2019 według map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku.



Źródło. Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych 2020.

Istotnym wskaźnikiem dostępności do świadczeń dla pacjenta z chorobą reumatologiczną są dane dotyczące kolejek do poradni reumatologicznej dla dorosłych, oddziału reumatologicznego, zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej.

Tabela 1. Kolejki do poradni reumatologicznej, oddziału reumatologicznego, zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej w roku 2019 – przeciętny czas oczekiwania, liczba osób oczekujących według map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku.

Kolejka	Przeciętny czas oczekiwania (dni)	Maks. czas oczekiwania (dni)	Liczba osób oczekujących	Liczba osób skreślonych	Liczba poradni/oddziałów	Liczba województw
poradnia reumatologiczna	112	842	25 651	6 309	371	16
oddział reumatologiczny	272	564	3 936	458		
zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	336	1 298	49 030	6 348	393	16

Źródło. Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych 2020.

Istotnym elementem właściwego leczenia chorób zapalnych stawów jest szybki dostęp do terapii dla pacjentów z ZSSK, RZS, ŁZS. spełniających kryteria kwalifikacji do programu lekowego NFZ. Poniższa tabela przedstawia dostęp pacjentów zakwalifikowanych do programów lekowych NFZ w poszczególnych jednostkach chorobowych.

Tabela 2. Kolejki do leczenia w programie lekowym NFZ dla ZSSK, RZS, ŁZS w roku 2019 – przeciętny czas oczekiwania, liczba osób oczekujących, lista osób skreślonych, liczba poradni oddziałów i województw.

Kolejka	Przeciętny czas oczekiwania (dni)	Maks. czas oczekiwania (dni)	Liczba osób oczekujących	Liczba osób skreślonych	Liczba poradni/oddziałów	Liczba województw
leczenie ciężkiej, aktywnej postaci zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (zzsk)	127	241	88	37	10	7
leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym	39	143	160	124	14	8
leczenie aktywnej postaci łuszczykowego zapalenia stawów (łzs)	39	96	35	27	9	7

Źródło. Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych 2020.

5. Perspektywy dla reumatologii w świetle dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”

„Zdrowa Przyszłość” jest dokumentem strategicznym w ochronie zdrowia do 2027 roku z perspektywą do 2030 roku. Przedstawia główne działania oraz niezbędne kierunki zmian, które należy podjąć, aby zapewnić obywatelom dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Wyznaczone cele i narzędzia stanowią ramy strategiczne dla działań wszystkich instytucji w ochronie zdrowia. Skupia w sobie założenia ze społeczno-ekonomicznego programu „Polski Ład”, gdzie system ochrony zdrowia stanowi jeden z głównych obszarów oraz uwzględnia wytyczne Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności.

Dokument określa ramy strategiczne koniecznych do podjęcia działań w ramach systemu ochrony zdrowia. Identyfikuje on główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian. Stanowi kompleksową odpowiedź na nowe wyzwania stojące przed szeroko definiowaną polityką społeczno-gospodarczą współczesnego państwa, w tym przede wszystkim w obszarze zdrowia. Jego uzupełnieniem na poziomie operacyjnym będą m.in. plany transformacji – krajowy i wojewódzkie, które zastąpią regionalne priorytety polityki zdrowotnej i stanowić będą istotny element operacjonalizacji wniosków z mapy potrzeb zdrowotnych.

Dokument określa wizję oraz cele pogrupowane w obszary: pacjent, procesy, rozwój, finanse. Dla zrealizowania wizji w dokumencie wskazano 15 Celów, które będą realizowane poprzez sześć Kierunków interwencji wyznaczonych do realizacji tych Celów. Kierunki interwencji zostały podzielone na Narzędzia – jest ich 18. Zarówno cele, jak i kierunki interwencji są ze sobą związane i wynikają z diagnozy.

Perspektywy dla reumatologii w obszarze Pacjent.

Pacjent jest ostatecznym beneficjentem świadczeń zdrowotnych, a długość jego życia w zdrowiu stanowi najlepszą miarę skuteczności systemu. Jakkolwiek na osiągnięcie tego efektu wpływają różnorakie czynniki. Wśród tych najistotniejszych charakterystyk związanych z udzielaniem pacjentowi świadczeń zdrowotnych należy wyróżnić *jakość, dostępność i przyjazność*. Nie można również zapominać o skutecznym zapobieganiu chorobom i pogorszeniu stanu zdrowia realizowanym poprzez działania w obszarze *zdrowia publicznego*.

Tabela 3. Kluczowe cele określone w „Obszarze Pacjent” w perspektywie szans dla obszaru reumatologii w zakresie dostępności do świadczeń, poprawie bezpieczeństwa, zwiększenia zadowolenia i satysfakcji pacjenta oraz rozwoju profilaktyki i skutecznej promocji zdrowia oraz postaw prozdrowotnych.

OBSZAR PACJENT
Cel 1.1 [Dostępność] Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych
<i>dostępność farmakoterapii</i> , w szczególności <i>dostępność rynkowa</i> oraz <i>dostępność refundacyjna</i>
zwiększanie dostępności pacjentów do <i>nowoczesnych technologii lekowych</i> o udowodnionym działaniu, w tym szczególności technologii długodziałających
Cel 1.2 [Jakość] Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych
objęcie świadczeniodawców <i>obowiązkowym</i> systemem monitorowania i informowania o jakości leczenia
rozwijanie przez płatnika mechanizmów <i>płatnika za jakość</i>
utworzenie systemu <i>monitorowania</i> i wspierania skuteczności farmakoterapii
Cel 1.3 [Przyjazność] Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej
utworzenie systemu do <i>monitorowania zadowolenia pacjenta</i>
<i>zwiększenie roli pacjentów</i> w kształtowaniu systemu ochrony zdrowia
Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych
opracowanie, aktualizacja i realizacja <i>narodowych programów zdrowotnych</i> dla <i>kluczowych chorób przewlekłych</i>
realizacja programów <i>profilaktycznych, promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych</i>
okresowe <i>profilaktyczne bilanse zdrowotne</i> oraz programy badań przesiewowych w grupach podwyższonego ryzyka
intensyfikacji działań z zakresu <i>edukacji zdrowotnej</i>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość”.

Perspektywy dla reumatologii w obszarze Procesy.

Osiągnięcie celów perspektywy pacjenta jest możliwe tylko pod warunkiem skutecznej organizacji procesów. Właściwa organizacja systemu wspiera efektywną realizację celów zdrowotnych poprzez odpowiednią alokację i wykorzystanie ograniczonych zasobów. W tej perspektywie pięć obszarów zostało wytypowanych jako szczególnie kluczowe: przejrzystość, obsługa pacjenta, koordynacja opieki, piramida świadczeń oraz opieka społeczna.

Tabela 4. Kluczowe cele w „Obszarze Proces” w perspektywie szans dla obszaru reumatologii w zakresie zapewnienia przejrzystości procedur, rozwoju opieki koordynowanej, optymalizacji piramidy świadczeń innowacji, e-zdrowia.

OBSZAR PROCES
Cel 2.1 [Przejrzystość] Zapewnienie przejrzystości procedur
<i>Opracowanie i wdrożenie standardów organizacyjnych opieki, standardów informatyki medycznej oraz udzielania świadczeń telemedycznych, jak również ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznych</i>
<i>uporządkowanie standardów prowadzenia dokumentacji i sprawozdawczości (w szczególności rejestrów medycznych)</i>
Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej
☐ <i>stworzenie i wdrożenie nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej</i>
<i>niezbędne jest ustanowienie koordynatora procesu leczenia tj. podmiotu odpowiedzialnego za koordynację opieki nad pacjentem i ciągłość leczenia umiejscowionego na adekwatnym poziomie (POZ, AOS, LS) w zależności od rozpoznania i stopnia zaawansowania choroby w chorobach przewlekłych</i>
<i>wzmocnienie współpracy i więzi funkcjonalnych pomiędzy różnymi poziomami opieki m.in. poprzez wzmocnienie funkcji konsultacyjnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego dla podstawowej opieki zdrowotnej, wzmocnienie integracji POZ i AOS</i>
Cel 2.4 [Piramida świadczeń] Optymalizacja piramidy świadczeń
<i>zwiększenie kompetencji AOS, wraz z optymalizacją wyceny świadczeń oraz rozszerzenie katalogu ambulatoryjnych diagnostycznych pakietów specjalistycznych w celu ograniczenia hospitalizacji zachowawczych</i>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość

Perspektywy dla reumatologii w obszarze Rozwój

Kluczowym elementem systemu ochrony zdrowia są zasoby stanowiące podstawę jego funkcjonowania. Dlatego też ich rozwój jest nieodłącznym warunkiem leżącym u podstawy poprawy systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji - dobrostanu społeczeństwa. W obszarze tym szczególne znaczenie mają: kadry, infrastruktura, e-zdrowie oraz innowacje.

Tabela 5. Kluczowe cele w „Obszarze Rozwój” w perspektywie szans dla obszaru reumatologii w zakresie rozwoju i upowszechnianiu stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia.

OBSZAR ROZWÓJ
Cel 3.3 [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia:
skoordynowany rozwój rejestrów medycznych
Cel 3.4 [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-zdrowia
wdrożenie systemu do komunikacji i wymiany informacji pomiędzy uczestnikami systemu w tym narzędzi umożliwiających konsultację procesu diagnostycznego i ułatwiających koordynację świadczeń

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość

Perspektywy dla reumatologii w obszarze Finanse

Warunkiem koniecznym realizacji celów postawionych w pozostałych obszarach jest zapewnienie ich finansowania. Mając na uwadze utrzymujący się od lat niski (w porównaniu do innych krajów UE/OECD) poziom finansowania systemu ochrony zdrowia oraz rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa niezbędny jest wzrost i dywersyfikacja finansowania przy równoczesnym zapewnieniu wzrostu efektywności wydatkowania.

Tabela 6. Kluczowe cele w „Obszarze Finanse” w perspektywie szans dla obszaru reumatologii w zakresie wzrostu i dywersyfikacji finansowania i efektywności wydatkowania.

OBSZAR FINANSE
Cel 4.1 [Wzrost i dywersyfikacja finansowania] Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia
zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do poziomu co najmniej 6% PKB do roku 2023 oraz 7% do 2027 roku
Cel 4.2 [Efektywność wydatkowania] Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania
rozwój mechanizmów płacenia za jakość i/lub efekty zdrowotne w oparciu o obiektywne wskaźniki oraz realizację usług zgodnie z przyjętymi standardami
weryfikacja koszyka świadczeń gwarantowanych, listy leków refundowanych, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego pod kątem ich efektywności zdrowotnej oraz stworzenie mechanizmów oceny interwencji w systemie ochrony zdrowia pod kątem wnoszonej przez nie innowacyjności i wartości zdrowotnej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość

Zgodność proponowanych rozwiązań z dokumentem Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość”.

Zgodność dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa Przyszłość” z wprowadzeniem nowego świadczenia „Kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów” występuje w szczególności w następujących rekomendacjach:

- Obszar Pacjent, Cel 1.2 [Jakość] Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych:
„rozwijanie *przez płatnika mechanizmów płacenia za jakość*”.
- Obszar Procesy, Cel 2.1 [Przejrzystość] Zapewnienie przejrzystości procedur:
„Opracowanie i implementacja standardów organizacyjnych opieki i obsługi pacjenta oraz *ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla często występujących jednostek chorobowych*”.
- Obszar Procesy, Cel 2.3[Koordinacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej:
„stworzenie i wdrożenie *nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej*”.
- Obszar Procesy, Cel 2.4 [Piramida świadczeń] Optymalizacja piramidy świadczeń:

„zwiększenie kompetencji AOS, wraz z optymalizacją wyceny świadczeń oraz rozszerzenie katalogu ambulatoryjnych diagnostycznych pakietów specjalistycznych w celu ograniczenia hospitalizacji zachowawczych”.

- e) Obszar Finanse, Cel 4.2 [Efektywność wydatkowania] Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania:

„rozwój mechanizmów płacenia za jakość i/lub efekty zdrowotne w oparciu o obiektywne wskaźniki oraz realizację usług zgodnie z przyjętymi standardami”.

Biorąc pod uwagę powyższą analizę wdrożenie w system opieki zdrowotnej „Kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów” jest zgodne ze strategicznym dokumentem „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”.

Spis rysunków i tabel:

Rysunek 1. I Grupa chorób reumatycznych: układowe choroby tkanki/5

Rysunek 2. II Grupa chorób reumatycznych: seronegatywne zapalenie stawów kręgosłupa (spondyloartropatie seronegatywne)/6

Rysunek 3. III Grupa chorób reumatycznych: choroba zwyrodnieniowa stawów/6

Rysunek 4. IV Grupa chorób reumatycznych: zapalenie stawów towarzyszące zakażeniu/6

Rysunek 5. V Grupa chorób reumatycznych: zapalenie stawów towarzyszące chorobom metabolicznym i gruczołów dokrewnych/7

Rysunek 6. VI Grupa chorób reumatycznych: nowotwory/7

Rysunek 7. VII Grupa chorób reumatycznych: zaburzenia nerwowo-naczyniowe/8

Rysunek 8. VIII Grupa chorób reumatycznych: choroby kości i chrząstek/8

Rysunek 9. IX Grupa chorób reumatycznych: zmiany pozastawowe/9

Rysunek 10. X Grupa chorób reumatycznych: zmiany w stawach w innych zespołach chorobowych/9

Rysunek 11. Najczęściej występujące choroby reumatyczne dla wieku od 18 do 45.rz/10

Rysunek 12. Najczęściej występujące choroby reumatyczne dla wieku od 46 do 65.rz/11

Rysunek 13. Najczęściej występujące choroby reumatyczne dla wieku powyżej 65.rz/12

Rysunek 14. Zróżnicowanie częstości występowania chorób reumatycznych pod względem płci/12

Rys 15. Wykaz chorób reumatycznych przebiegających z objawami wczesnego zapalenia stawów/13

Rys 16. Szybka ścieżka diagnostyczna na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej według modelu kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów/19

Rysunek 17. Kryteria włączenia pacjenta do szybkiej ścieżki diagnostycznej na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej według modelu kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów/19

Rysunek 18. Pakiet badań podstawowych u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej według modelu kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów/20

Rysunek 19. Szybka ścieżka na poziomie wejścia do ośrodka kompleksowej opieki, porady 0-6 w modelu kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów/21

Rysunek 20. Kwalifikacja do kompleksowej opieki KOWZS podczas „Porady 1” według określonych rozpoznań ICD-10 w modelu kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów/22

Rysunek 21a. Określenie świadczenia kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów/23

Rysunek 21b. Określenie świadczenia kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów-określenie zadań podmiotu koordynującego/24

Rysunek 22. Moduł I kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów/25

Rysunek 23. Moduł II kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów/26

Rysunek 24. Weryfikacja pacjenta na wejściu do KOWZS przez asystenta opieki, Porada 0 - selekcja pacjentów z zapalnymi chorobami stawów. Moduł II kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów/26

Rysunek 25. Porada 1 – potwierdzenie obecności zapalenia stawów, kwalifikacja do KOWZS oraz pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż RZS/27

Rysunek 26. Porada 2 w ramach KOWZS – ocena otrzymanych wyników, ocena natężenia bólu, badanie fizykalne, ustalenie rozpoznania i włączenie leczenia modyfikującego przebieg choroby oraz pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż RZS/27

Rysunek 27. Porada 3 w ramach KOWZS – badanie fizykalne, ocena natężenia bólu, badania laboratoryjne oraz pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż w kierunku RZS/28

Rysunek 28. Porada 4 w ramach KOWZS – badanie fizykalne, ocena remisji, ocena natężenia bólu, badania laboratoryjne oraz pakiet badań dodatkowych w przypadku diagnostyki innej niż w kierunku RZS/28

Rysunek 29. Porada 5 w ramach KOWZS – badanie fizykalne, ocena natężenia bólu, badania laboratoryjne/29

Rysunek 30. Porada 6 w ramach KOWZS – badanie fizykalne, ocena remisji, ocena natężenia bólu, badania laboratoryjne i obrazowe, skierowanie do poradni reumatologicznej w bliskości zamieszkania pacjenta/29

Rysunek 31. Warunki organizacji świadczeń i ich realizacji w ramach KOWZS/30

Rysunek 32. Organizacja udzielania świadczeń w ramach KOWZS/31

Rysunek 33. Warunki formalne wymagane do zawarcia umowy w ramach KOWZS/32

Rysunek 34. Wskaźniki realizacji pilotażu KOWZS przez NFZ/33

Rysunek 35. Zasady rozliczania świadczeń w ramach KOWZS/34

Rysunek 36. Współczynniki jakościowe uwzględniane w rozliczeniach w ramach KOWZS/35

Rysunek 37. Koszty realizacji programu KOWZS/36

Rysunek 38. Liczba porad specjalistycznych udzielonych w poradniach reumatologicznych w 2019 roku według map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku/37

Rysunek 39. Liczba porad specjalistycznych udzielonych w poradniach reumatologicznych w latach 2015 - 2019 według map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku. /38

Rysunek 40. Liczba poradni reumatologicznych w 2019 roku według map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku/38

Rysunek 41. Liczba porad specjalistycznych udzielonych w poradniach reumatologicznych w latach 2015 - 2019 według map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku/39

Tabela 1 Kolejki do poradni reumatologicznej, oddziału reumatologicznego, zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej w roku 2019 – przeciętny czas oczekiwania, liczba osób oczekujących według map potrzeb zdrowotnych z 2020 roku/40

Tabela 2. Kolejki do leczenia w programie lekowym NFZ dla ZSSK, RZS, ŁZS w roku 2019 – przeciętny czas oczekiwania, liczba osób oczekujących, lista osób skreślonych, liczba poradni oddziałów i województw/40

Tabela 3. Kluczowe cele określone w „Obszarze Pacjent” w perspektywie szans dla obszaru reumatologii w zakresie dostępności do świadczeń, poprawie bezpieczeństwa, zwiększenia zadowolenia i satysfakcji pacjenta oraz rozwoju profilaktyki i skutecznej promocji zdrowia oraz postaw prozdrowotnych/42

Tabela 4. Kluczowe cele w „Obszarze Proces” w perspektywie szans dla obszaru reumatologii w zakresie zapewnienia przejrzystości procedur, rozwoju opieki koordynowanej, optymalizacji piramidy świadczeń innowacji, e-zdrowia/43

Tabela 5. Kluczowe cele w „Obszarze Rozwój” w perspektywie szans dla obszaru reumatologii w zakresie rozwoju i upowszechnianiu stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia /44

Tabela 6. Kluczowe cele w „Obszarze Finanse” w perspektywie szans dla obszaru reumatologii w zakresie wzrostu i dywersyfikacji finansowania i efektywności wydatkowania/45

Bibliografia:

1. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Zapalnych Chorób Autoimmunologicznych oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów. Dostępne: <https://wczesniejznaczylepiej.pl/zalecenia/zalecenia-nigrir/>
2. Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat>
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020, Ministerstwo Zdrowia. Dostęp: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?pid=3304>
4. Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian. Instytut Reumatologii w Warszawie, Warszawa 2014.
5. Wczesne zapalenie stawów. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem. Raport Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Fundacji Ekspertów dla Zdrowia, Warszawa 2018.
6. Reumatologia w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”, M. Olesińska (red) Warszawa, PZWL Warszawa 2019.
7. Świadczenia gwarantowane z zakresu reumatologii finansowane z ramach JGP:H86-H98. Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Warszawa 2018.
8. Zmiany systemowe w opiece nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów. Raport Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej, Fundacji Ekspertów dla Zdrowia, 2019.
9. Świadczenia gwarantowane z zakresu reumatologii finansowane z ramach JGP:H86-H98. Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Warszawa 2018.

Złącznik 1.

Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce. Wybrane aspekty.

W celu dokonania analizy epidemiologii chorób zapalnych stawów autorzy raportu na potrzeby niniejszego opracowania uzyskali dane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące następujących jednostek chorobowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10:

- M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów
- M06 Inne reumatoidalne zapalenie stawów
- M32 Toczeń rumieniowaty układowy
- M35 Inne układowe zajęcie tkanki łącznej
- M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
- M02 Odczynowe zapalenie stawów (zespół Reitera)
- M07 Atropatie łuszczykowe i towarzyszące chorobom jelit
- L40.5 Łuszczyca stawowa
- M46.1 Zapalenie stawów krzyżowo – biodrowych (sacroilitis) niesklasyfikowane gdzie indziej
- M13 Inne zapalenie stawów

Ogólna liczba pacjentów chorobami zapalnymi stawów sprawozdanych przez świadczeniodawców realizujących umowy z NFZ wyniosła w latach 2015 – 2017 około 580 tysięcy.

Szczegółowe dane zawarte są w tabeli poniżej (tabela 1).

Tabela 1. Całkowita liczba pacjentów, u których rozpoznano w latach 2015 -2017 chorobę zapalną stawów

Rok	Liczba pacjentów
2015	576 700
2016	587 663
2017	582 780

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Województwami w których występowała największa liczba pacjentów z chorobami zapalnymi stawów określona na podstawie danych zawartych w sprawozdaniach świadczeniodawców do NFZ w latach 2015-2017 są mazowieckie (średnio około 78 tysięcy), śląskie (ok. 74 tysięcy) oraz wielkopolskie (ok. 54 tysięcy).

Natomiast najmniej pacjentów występowało w województwach lubuskim (średnio około 12 tysięcy), następnie opolskim (ok. 13 tysięcy) oraz podlaskim (ok. 19 tysięcy).

Szczegółowe dane zawarte są w tabeli poniżej:

Tabele 2. Ogólna liczba pacjentów z chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

Województwo	2015	2016	2017
Dolnośląskie	39 037	40 988	40 862
Kujawsko-Pomorskie	31 903	32 571	32 588
Lubelskie	34 987	34 940	35 070
Lubuskie	12 287	12 797	12 243
Łódzkie	36 478	37 656	38 316
Małopolskie	48 804	49 544	49 362
Mazowieckie	77 812	79 664	78 711
Opolskie	12 686	13 215	12 958
Podkarpackie	39 548	40 886	40 367
Podlaskie	19 197	19 577	19 689
Pomorskie	35 289	36 473	35 792
Śląskie	74 632	75 429	73 273
Świętokrzyskie	24 513	24 021	23 680
Warmińsko-Mazurskie	20 941	20 952	21 075
Wielkopolskie	54 194	54 542	54 505
Zachodniopomorskie	24 015	24 850	24 674

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015-2017 najczęściej w Polsce były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów:

M13 Inne zapalenia stawów (około 260 tysięcy w ciągu roku),

M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 155 tysięcy),

M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 108 tysięcy).

Szczegółowe dane zawarte są w tabeli poniżej.

Tabela 3. Liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5 Łuszczyca stawowa	6 533	7 370	8 321
M02 Odczynowe zapalenie stawów (zespół Reitera)	25 554	24 987	22 990
M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów	153 521	155 513	155 038
M06 Inne reumatoidalne zapalenie stawów	109 890	108 197	104 632
M07 Atropatie łuszczycowe i towarzyszące chorobom jelit	25 058	26 487	27 150
M13 Inne zapalenie stawów	258 060	262 359	255 997
M32 Toczeń rumieniowaty układowy	16 188	16 020	16 188
M35 Inne układowe choroby tkanki łącznej	42 249	45 850	48 598
M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	28 660	28 455	27 717
M46.1 Zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych (sacroilitis) niesklasyfikowane gdzie indziej	2 105	2 381	2 438

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Epidemiologia chorób zapalnych w poszczególnych województwach

W latach 2015-2017 najczęściej w województwie dolnośląskim (patrz tabela 4) były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 15 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 11 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 10 tysięcy).

Tabela 4. Województwo dolnośląskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	943	1 088	1 206
M02	1 402	1 550	1 422
M05	10 877	11 209	11 132
M06	9 696	10 211	9 851
M07	1 558	1 564	1 568
M13	15 260	16 288	15 903
M32	1 145	1 137	1 118
M35	3 052	3 208	3 563
M45	1 769	1 714	1 648
M46.1	291	315	348

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W latach 2015 - 2017 najczęściej w województwie kujawsko-pomorskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 11 tysięcy w ciągu roku, M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 8 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 9 tysięcy).

Tabela 5. Województwo kujawsko-pomorskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	330	394	395
M02	1 137	1 083	1 082
M05	8 065	8 319	8 440
M06	9 516	9 187	8 826
M07	1 964	2 048	2 036
M13	10 720	11 177	11 130
M32	1 436	1 448	1 358
M35	2 547	2 609	2 852
M45	2 310	2 282	2 231
M46.1	75	120	110

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015 - 2017 najczęściej w województwie lubelskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 18 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 8 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 4 tysiące).

Tabela 6. Województwo lubelskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	326	375	398
M02	1 357	1 228	1 138
M05	8 337	8 356	8 368
M06	4 570	4 294	4 229
M07	1 302	1 317	1 362
M13	18 784	18 631	18 505
M32	804	856	900
M35	2 840	3 169	3 394
M45	1 131	1 055	1 008
M46.1	36	39	52

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015 - 2017 najczęściej w województwie lubuskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 5 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 3 tysiące) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 4 tysiące).

Tabela 7. Województwo lubuskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	110	150	202
M02	614	644	521
M05	3 338	3 500	3 435
M06	2 231	2 318	2 074
M07	575	655	603
M13	5 612	5 594	5 276
M32	316	346	310
M35	635	833	935
M45	666	674	640
M46.1	49	16	18

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015-2017 najczęściej w województwie łódzkim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 15 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 12 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 4 tysiące).

Tabela 8. Województwo łódzkie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	372	370	446
M02	1 306	1 375	1 210
M05	12 578	12 764	12 778
M06	5 728	6 045	6 214
M07	1 073	1 142	1 195
M13	14 887	15 198	15 298
M32	1 176	1 135	1 174
M35	2 457	2 832	3 057
M45	1 869	1 772	2 008
M46.1	50	61	86

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015- 2017 najczęściej w województwie małopolskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 22 tysiące w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 10 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 7 tysięcy).

Tabela 9. Województwo małopolskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	609	743	826
M02	2 953	3 023	2 826
M05	10 405	10 652	10 576
M06	7 867	7 854	7 767
M07	2 360	2 427	2 606
M13	22 925	23 210	22 585
M32	1 588	1 499	1 532
M35	3 760	3 654	3 905
M45	2 663	2 578	2 612
M46.1	178	168	230

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015- 2017 najczęściej w województwie mazowieckim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 30 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 24 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 13 tysięcy).

Tabela 10. Województwo mazowieckie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	903	1 063	1 124
M02	2 968	2 647	2 442
M05	24 526	24 789	24 210
M06	13 314	13 353	12 624
M07	3 594	4 108	4 176
M13	30 346	31 063	30 678
M32	1 964	1 922	1 932
M35	7 745	8 316	8 587
M45	4 044	4 082	3 916
M46.1	324	359	252

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015- 2017 najczęściej w województwie opolskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 5 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 3,5 tysiąca) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 3 tysiące).

Tabela 11. Województwo opolskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	228	281	316
M02	533	470	388
M05	3 406	3 562	3 679
M06	3 074	3 151	2 983
M07	592	612	637
M13	5 230	5 359	5 113
M32	311	287	289
M35	722	982	969
M45	609	628	614
M46.1	24	20	22

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015- 2017 najczęściej w województwie podkarpackim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 21 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok.8 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 6 tysięcy).

Tabela 12. Województwo podkarpackie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	292	336	361
M02	2 066	2 035	1 901
M05	8 260	8 419	8 254
M06	6 709	6 529	6 016
M07	1 631	1 687	1 711
M13	20 772	21 589	21 176
M32	924	917	976
M35	2 602	2 932	3 054
M45	1 671	1 663	1 887
M46.1	59	118	100

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015-2017 najczęściej w województwie podlaskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 10 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 4 tysiące) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (około 3 tysiące).

Tabela 13. Województwo podlaskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	237	211	230
M02	1 296	1 162	1 179
M05	4 238	4 352	4 447
M06	2 931	2 942	3 074
M07	579	649	767
M13	10 603	10 862	10 457
M32	232	240	260
M35	795	823	946
M45	575	537	580
M46.1	33	60	63

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015-2017 najczęściej w województwie pomorskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 14 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 11 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 8 tysięcy).

Tabela 14. Województwo pomorskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	461	527	664
M02	1 258	1 214	989
M05	10 758	10 791	10 663
M06	8 106	7 758	7 233
M07	1 905	2 007	2 048
M13	13 453	14 288	13 778
M32	1 128	1 088	1 038
M35	2 710	2 951	2 953
M45	1 850	1 877	1 815
M46.1	356	400	438

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015 - 2017 najczęściej w województwie śląskich były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 35 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 18 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 12 tysięcy).

Tabela 15. Województwo śląskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	586	636	735
M02	3 062	3 114	2 909
M05	18 185	18 222	18 238
M06	12 881	12 371	12 007
M07	3 425	3 545	3 547
M13	35 856	36 022	34 200
M32	2 039	2 031	2 070
M35	4 723	5 024	5 132
M45	4 942	5 033	4 325
M46.1	346	341	398

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015- 2017 najczęściej w województwie świętokrzyskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 12 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 6 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 4,5 tysiąca).

Tabela 16. Województwo świętokrzyskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017.

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	199	212	265
M02	607	543	521
M05	6 332	6 079	5 892
M06	4 665	4 457	4 322
M07	680	750	825
M13	12 303	11 920	11 759
M32	501	480	469
M35	1 078	1 275	1 297
M45	1 255	1 296	1 220
M46.1	25	10	17

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015- 2017 najczęściej w województwie warmińsko-mazurskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 9 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 5 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 5 tysięcy).

Tabela 17. Województwo warmińsko-mazurskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017.

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	142	170	188
M02	1 097	1 078	945
M05	5 293	5 498	5 645
M06	5 195	4 953	4 961
M07	707	739	814
M13	9 374	9 032	8 799
M32	730	677	709
M35	945	1 026	1 165
M45	767	701	791
M46.1	47	53	59

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015 - 2017 najczęściej w województwie wielkopolskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 24 tysiące w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 15 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 9 tysięcy).

Tabela 18. Województwo wielkopolskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017.

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	738	863	965
M02	2 595	2 499	2 333
M05	15 419	15 871	16 003
M06	9 164	8 774	8 597
M07	1 979	2 090	2 135
M13	24 067	23 851	22 978
M32	1 508	1 564	1 669
M35	3 883	4 295	4 940
M45	2 536	2 602	2 483
M46.1	56	55	67

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W latach 2015 - 2017 najczęściej w województwie zachodniopomorskim były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 Inne zapalenia stawów (około 9 tysięcy w ciągu roku), M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 7 tysięcy) oraz M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 5 tysięcy).

Tabela 19. Województwo zachodniopomorskie - liczba pacjentów z poszczególnymi chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017.

ICD10	2015	2016	2017
L40.5	275	313	329
M02	1 404	1 421	1 279
M05	7 009	6 945	6 902
M06	5 159	4 985	4 836
M07	1 346	1 379	1 401
M13	8 733	9 189	9 358
M32	944	958	938
M35	2 377	2 639	2 605
M45	940	920	889
M46.1	173	264	199

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Załącznik 2.

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Zapalnych Chorób Autoimmunologicznych oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

Wstęp

Zapalenie stawów obwodowych jest najczęstszym objawem wśród pacjentów leczonych przez reumatologów. W praktyce klinicznej wczesne zapalenie stawów jest często niezróżnicowaną chorobą reumatyczną wymagającą przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki różnicowej. Wczesne zapalenie stawów może rozwinąć się w reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) lub inne określone zapalenie stawów, może ustąpić samoistnie lub może pozostać niezróżnicowane przez nieokreślony przedział czasu. Wstępna diagnostyka powinna rozpocząć się od potwierdzenia zapalenia stawu, a więc wykazania zapalenia błony maziowej (synovitis), następnie zaś, należy próbować ustalić rozpoznanie, a na koniec oszacować możliwość ryzyka rozwinęcia się przewlekłego nadżerkowego zapalenia stawów, tak aby ostatecznie ustalić strategię leczenia. Chociaż prognozowanie na wczesnym etapie choroby jest trudne, to opierając się na parametrach klinicznych, laboratoryjnych i radiologicznych można zdefiniować dość dokładnie rokowanie u danego pacjenta.

Wczesne zapalenie stawów to zapalenie przynajmniej jednego stawu potwierdzone badaniem klinicznym przez reumatologa lub badaniami obrazowymi, o krótkim czasie trwania i bez możliwości ustalenia rozpoznania dla konkretnej choroby reumatycznej.

Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR [1].

Ogólne zasady postępowania

1. Diagnostyka i terapia wczesnego zapalenia stawów powinna być oparta na postępowaniu zgodnie z najnowszą wiedzą i opierać się na wspólnej decyzji pacjenta i lekarza.

Pacjent powinien być szeroko poinformowany o możliwym przebiegu wczesnego zapalenia stawów. W przypadku występowania czynników ryzyka i możliwości przejścia w postać przewlekłą, nadżerkową należy podjąć działania edukacyjne wyjaśniające konieczność włączenia leczenia metotreksatem, nawet jeżeli jeszcze zapalenie dotyczy jednego lub kilku stawów. Pozwoli to na uzyskanie większego compliance ze strony pacjenta, co przełoży się na większą skuteczność leczenia.

2. Lekarzem, który powinien diagnozować i leczyć wczesne zapalenie stawów jest przede wszystkim reumatolog.

Pacjent z wczesnym zapaleniem stawów powinien być od pierwszych objawów choroby pod stałą opieką reumatologa, który w szybki sposób ustali rozpoznanie i włączy właściwe leczenie oraz we właściwy sposób będzie monitorował dalszy

przebieg choroby. Bardzo często pacjent z wczesnym zapaleniem stawów jest kierowany do specjalisty z zakresu ortopedii, a z dodatkowo występującym bólem kręgosłupa do neurologa, co bardzo wydłuża opóźnienie diagnostyczne i pogarsza wyniki leczenia.

3. Ostateczne rozpoznanie wczesnego zapalenia stawów powinno być postawione po przeprowadzeniu pełnego wywiadu, szczegółowego badania klinicznego i wykonaniu badań dodatkowych laboratoryjnych oraz innych np. ultrasonograficznych, koniecznych do ustalenia rozpoznania.

W celu ustalenia rozpoznania wczesnego zapalenia stawów wymagana jest szeroka wiedza i często wykonanie kompleksowych badań w celu sprecyzowania czy chory nie spełnia już kryteriów dla konkretnej choroby reumatycznej oraz wykluczenie innych nie reumatologicznych przyczyn zapalenia stawów np. takich jak choroby nowotworowe czy zakażenia.

Szczegółowe rekomendacje

1. Pacjent z zapaleniem stawów (wystarczy jeden staw z obrzękiem, któremu towarzyszy ból lub sztywność) powinien być kierowany i konsultowany przez reumatologa jak najszybciej to możliwe, najlepiej w ciągu 6 tygodni od pierwszych objawów.

W warunkach polskich, chorzy tacy wymagają bezwzględnego przyjęcia w trybie pilnym poza obowiązującą kolejką jak tzw. pacjenci pierwszorazowi do diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych lub w warunkach szpitalnych. Konieczne jest zatem utworzenie tzw. „szybkiej ścieżki” oraz dokonanie niezbędnego przeszkolenia lekarzy rodzinnych oraz specjalistów, do których trafiają pacjenci, aby kierowani pacjenci mieli rzeczywiście obrzęk stawu, a nie poszerzenie jego zarysu z powodu choroby zwyrodnieniowej. Istotna jest wiedza, że obrzęk stawu nie jest wynikiem urazu oraz, że sztywność stawu, którą odczuwa pacjent jest dłuższa niż 30 minut, co w dużym stopniu może wykluczyć zmiany zwyrodnieniowe.

Wczesna diagnoza i włączenie leczenia w okresie wczesnego zapalenia stawów jest kluczowe dla osiągnięcia remisji i opóźnienia pełnoobjawowego rozwoju np. reumatoidalnego zapalenia stawów.

2. Badanie kliniczne jest metodą wykrywającą zapalenie stawów, ale można je potwierdzić badaniem ultrasonograficznym.

Badanie ultrasonograficzne jest dobrą metodą potwierdzającą zapalenie błony maziowej z dużą czułością (0,71) i swoistością (0,94) [2]. Dodatkowo wykrywa u 25% chorych subkliniczne zapalenie błony maziowej, które może nie zostać wykryte badaniem klinicznym [3]. Dodatkowymi atutami potwierdzającymi sensowność wykonywania badań ultrasonograficznych, u chorych u których istnieją wątpliwości diagnostyczne, to mała szkodliwość badania dla pacjenta, jego powtarzalność i niska cena badania. Badania te powinien jednak wykonywać lekarz, który ma doświadczenie w ocenie badania ultrasonograficznego u chorych na choroby

reumatyczne. Ze względu na znaczenie w diagnostyce zapalenia błony maziowej badanie ultrasonograficzne stawów jest aktualnie rekomendowane przez EULAR do diagnostyki i monitorowania reumatoidalnego zapalenia stawów [4].

Bardzo dobrą metodą do oceny wczesnych zmian zapalnych w stawach jest rezonans magnetyczny (MRI), niestety ze względu na koszty badania i małą dostępność w wielu ośrodkach reumatologicznych w Polsce szersze zastosowanie tej metody jest niemożliwe [5].

3. Jeżeli ustalenie ostatecznego rozpoznania jest niemożliwe (chory nie spełnia kryteriów diagnostycznych dla żadnej choroby reumatycznej) u pacjenta z wczesnym zapaleniem stawów należy ocenić czy występują czynniki ryzyka przetrwałego i/lub nadżerkowego zapalenia stawów takie jak: liczba obrzękniętych stawów, wartość CRP (C reactive protein) i OB, obecność przeciwciała ACPA (anti-citrullinated protein antibody) i czynnika reumatoidalnego (RF) oraz wyniki badań obrazowych, gdyż od tego będzie zależeć dalsze postępowanie terapeutyczne.

Obecność przeciwciał ACPA (zwłaszcza w wysokim mianie) z RF lub bez RF stanowi zawsze zły czynnik rokowniczy, nawet we wczesnej fazie choroby [6]. Należy jednak pamiętać, że około 30% chorych na RZS nie posiada RF i ACPA i nie wykluczać możliwości tej choroby na jej wczesnym etapie, mimo braku tych autoprzeciwciał. Dużą nadzieję pokłada się w przeciwciałach anty-CarP (anti-carbamylated protein) [7]. Obecność typowych dla RZS nadżerek w badaniach radiograficznych uzasadnia podjęcie natychmiastowego agresywnego leczenia zalecanego dla tej choroby. Zapalenie błony maziowej ścięgien zginaczy i/lub prostowników w badaniu MRI lub USG wskazuje z dużą specyficznością na rozwój RZS [8,9].

Schemat postępowania diagnostycznego we wczesnym zapaleniu stawów został przedstawiony na ryc.1.

4. Pacjenci, u których stwierdza się obecny czynniki ryzyka rozwoju przetrwałego/nadżerkowego zapalenia stawów powinni mieć jak najszybciej to możliwe (najlepiej w przeciągu 3 miesięcy od pierwszych objawów choroby) włączone leczenie klasycznymi syntetycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby (ksLMPCh) – **nawet jeżeli nie spełnia kryteriów dla żadnej zapalnej choroby reumatycznej.**

Optymalny okres 3 miesięcy na włączenie leczenia od pierwszych objawów choroby (nawet jeżeli to dotyczy jednego stawu zmienionego zapalnie) mieści się w tzw. „oknie terapeutycznym” i wpływa na możliwość u chorego uzyskania remisji, poprawia skuteczność leczenia skuteczniej wyhamowując postęp zmian radiologicznych a także poprawia sprawność chorego ocenianą w kwestionariuszu HAQ (Health Assessment Questionnaire) [10,11]. Włączenie terapii ksLMPCh po roku od wystąpienia pierwszych objawów nigdy nie należy traktować jako wczesnego!

5. Wśród ksLMPCh metotreksat (MTX) traktowany jest jako najważniejszy z tej grupy leków i jeżeli nie ma przeciwwskazań do jego stosowania powinien być najważniejszą pierwszą linią strategii leczenia chorych z wczesnym zapaleniem stawów ze złymi czynnikami prognostycznymi [12].

Dawka MTX powinna być szybko zwiększana do dawki 25-30 mg tygodniowo. Jeżeli u pacjenta nie obserwuje się dobrej odpowiedzi na leczenie lub MTX jest źle tolerowany należy przejść na formę podskórną.

Leflunomid i sulfasalazyna stanowi alternatywną formę leczenia u chorych z przeciwwskazaniami do leczenia MTX. U chorych planujących ciążę lub będących w ciąży jedyną dopuszczalną formę leczenia stanowi sulfasalazyna [13].

Chlorochina i hydroksychlorochina nie powinny być stosowane w monoterapii ze względu na niehamowanie postępu zmian radiologicznych. Ze względu na pozytywny efekt metaboliczny można je stosować w terapii skojarzonej z ksLMPCh [14].
6. Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) są skuteczne w leczeniu objawowym, ale powinny być stosowane u pacjentów bez przeciwwskazań do ich stosowania, najkrócej jak to możliwe, w minimalnej skutecznej dawce po ocenie występowania ryzyka powikłań ze strony nerek, przewodu pokarmowego i układu sercowo-naczyniowego.
7. Ogólne stosowanie glikokortykosteroidów (GKS) powoduje redukcję bólu, obrzęku i progresji radiologicznej, ale ze względu na objawy niepożądane zależne od dawki i czasu ich przyjmowania [15] powinny być stosowane w minimalnej dawce i nie dłużej niż 6 miesięcy. Dostawowe stosowanie GKS jest zalecane w celu redukcji lokalnego procesu zapalnego.

Istnieją twarde dowody potwierdzające, że stosowanie GKS jako terapii pomostowej (wraz z ksLMPCh) poprawia przebieg kliniczny choroby i hamuje postęp zmian radiologicznych [16].
8. Zastosowane leczenie ksLMPCh powinno doprowadzić do szybkiego osiągnięcia remisji, co spowoduje zapobieganie zmianom strukturalnym i podniesie jakość życia pacjentom oraz zapobiega utracie pracy. Należy regularnie monitorować aktywność choroby przy użyciu wskaźników aktywności choroby DAS-28 i SDAI, a remisję oceniać na podstawie kryteriów ACR-EULAR: Booleana lub SDAI.

Niska aktywność choroby jest akceptowana tylko u chorych, u których mimo intensywnego leczenia nie udało się osiągnąć remisji.

U niektórych chorych można posilkować się badaniami obrazowymi takimi jak USG czy MRI w celu oceny remisji. Wiadomo bowiem, że wykazanie utrzymywania się zapalenia w badaniu USG czy MRI, mimo spełnienia kryteriów klinicznych remisji przekłada się na progresję zmian radiologicznych [17, 18].
9. Monitorowanie skuteczności leczenia wczesnego zapalenia stawów powinno być oparte na ocenie liczby stawów bolesnych i obrzękniętych, ocenie aktywności choroby przez pacjenta i lekarza oraz wykonywaniu badań OB. i CRP.

Wizyty monitorujące w przypadku dużej aktywności choroby powinny odbywać się

nie rzadziej niż co 1- 3 miesiące, tak aby dobrze ocenić skuteczność i bezpieczeństwo zastosowanego leczenia, a w przypadku braku skuteczności dokonać szybkiej zmiany leku zgodnie z zasadami „treat to target”.

Badania obrazowe oraz ocena skuteczności leczenia przez pacjenta powinny być składową prawidłowego monitorowania leczenia.

10. Leczenie nefarmakologiczne takie jak ćwiczenia dynamiczne oraz terapia zajęciowa powinno być składową procesu terapeutycznego we wczesnym zapaleniu stawów. U niektórych chorych wskazana jest również konsultacja psychologiczna.

Forma leczenia nefarmakologicznego powinna być dobrana indywidualnie do pacjenta [19,20,21].

11. Opieka nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów powinna obejmować też takie ważne elementy jak:

- zaprzestanie palenia tytoniu (u palaczy)
- kontrola wagi ciała
- kontrola stanu uzębienia
- szczepienia
- choroby współistniejące

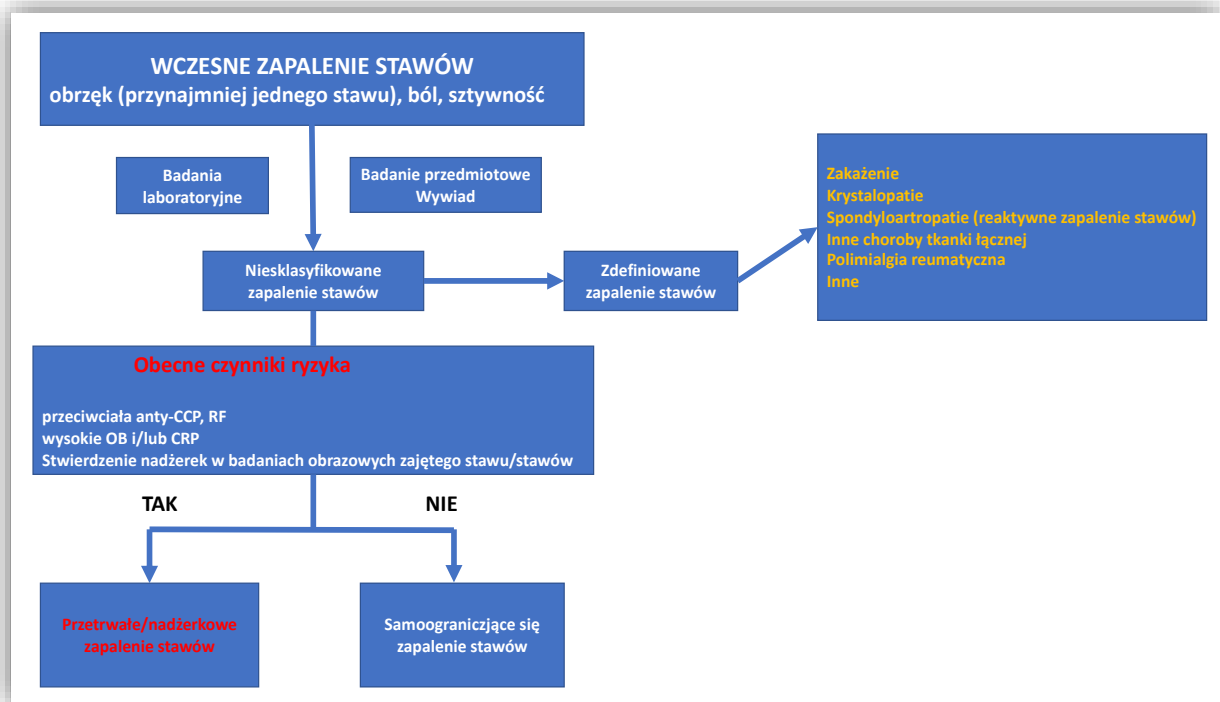
Palenie tytoniu i otyłość powodują gorszą odpowiedź na stosowane leczenie [22].

Wiadomo także, że RZS współistnieje z paradontozą i zakażenia jamy ustnej mogą sprzyjać rozwojowi tej choroby, dlatego niezwykle ważne systematyczna kontrola stanu uzębienia i likwidacja ognisk infekcji [23]. U każdego chorego należy dokonać kontroli wykonanych szczepień ochronnych szczególnie przeciw WZW B [24].

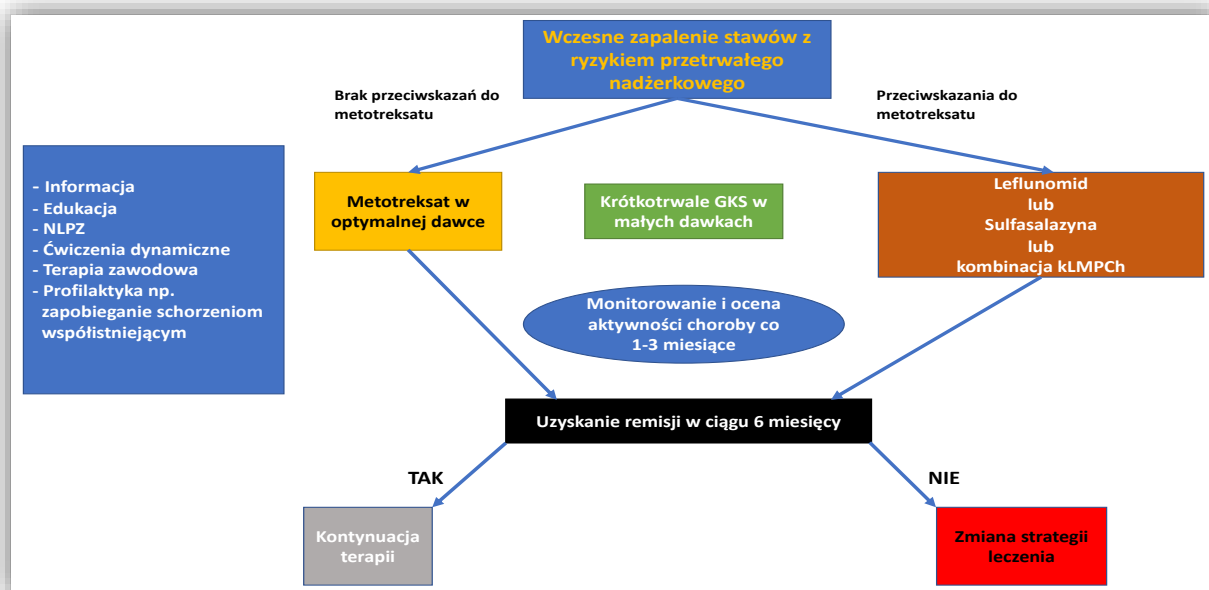
Ważnym elementem kompleksowej terapii chorego w wczesnym zapaleniem stawów jest ocena schorzeń współistniejących, szczególnie takich jak choroby sercowo-naczyniowe, zespół metaboliczny, cukrzyca, choroby płuc, przewlekłe zakażenia, nowotwory, osteoporoza czy depresja. Choroby współistniejące wpływają na skrócenie życia pacjenta, ograniczają stosowanie niektórych leków powodując gorszą skuteczność leczenia zapalenia stawów oraz pogarszają jakość życia pacjenta [25,26].

12. Pacjent powinien być dokładnie poinformowany o charakterze swojej choroby, jej potencjalnym przebiegu, schorzeniach współistniejących oraz stosowanej terapii, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR [27].

Ryc. 1. Schemat postępowania diagnostycznego we wczesnym zapaleniu stawów (na podstawie Combe, B i wsp. [1]).



Ryc. 2 Schemat postępowania terapeutycznego we wczesnym zapaleniu stawów (na podstawie Combe B i wsp. [1]).



Piśmiennictwo.

1. Combe B, Landewe R, Daien CI i wsp. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017; 76: 948-959.
2. Takase-Minegishi K, Horita N, Kobayasi K i wsp. Diagnostic test accuracy of ultrasound for synovitis in rheumatoid arthritis: a systemic review and meta-analysis. *Rheumatology.* 2018; 57: 49-58.
3. Hamdi W, Miladi S, Matallah K i wsp. Ultrasound examination in diagnosis of early rheumatoid arthritis. Abstract AB0278. Doi: 10.1136/annrheumdis-2017-eular.6230
4. Colebach AN, Edwards CJ, Østergaard M I wsp. EULAR recommendation for the use of imaging of the joints in the clinical management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013; 72: 804-814.
5. Duer-Jensen A, Hørslev-Peterson K, Hetland ML I wsp. Bone edema on magnetic resonance imaging is an independent predictor of rheumatoid arthritis development in patients with early undifferentiated arthritis. *Arthritis Rheum.* 2011; 63: 2192-2202.
6. Van Steenbergen HW, Aletaha D, Beart-van de Voorde LJJ. i wsp. EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017; 76 (3): 491-496.
7. Shi J, van de Stadt LA, Levarht EW i wsp. Anti-carbamylated protein antibodies are present in arthralgia patients and predict the development of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2013; 65(4): 911-915.
8. Nieuwenhuis WP, Krabben A, Sromp W I wsp. Evaluation of magnetic resonance imaging-detected tenosynovitis in the hand and wrist in early arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2015; 67: 869-876.
9. Sahbudin I, Pickup L, Cader Z I wsp. OP0015 ultrasound-defined tenosynovitis is a strong predictor of early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015; 74 (suppl 2): 69-70.
10. Lukas C, Combe B, Ravaud P I wsp. Favorable effect of very early disease-modifying antirheumatic drug treatment on radiographic progression in early inflammatory arthritis: data from the Étude et DSuivi des polyarthritides indifférenciées récentes (study and follow-up of early inflammatory polyarthritis). *Wrthritis Rheum.* 2011; 63: 1804-1811.
11. Van Nies JAB, Tsonaka R, Gaujoux-Viala C I wsp. Evaluating relationship between symptoms duration and persistence of rheumatoid arthritis: does a window of opportunity exist? Results on the Leiden early clinic and ESPOIR cohorts. *Ann Rheum Dis.* 2015; 74: 806-812.
12. Visser K, Katchamart W, Loza E I wsp. Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus of rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a board international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis.* 2009; 68: 1086-1093.

13. Götestam Skorpen C, Hoeltzenbein M, Tincani A I wsp. The ERUKLASR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during of pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis.* 2016; 0: 1-16.
14. Katz SJ, Russel AS. Re-evaluation of antimalarials in treating rheumatic diseases: re-appreciation and insight into new mechanisms of action. *Curr Opin Rheumatol.* 2011; 23: 278-281.
15. Del Rincón I, Battafarano DF, Restrepo JF I wsp. Glucocorticoid dose thresholds associated with all-cause and cardiovascular mortality in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2014; 66: 264-272.
16. Verschueren P, De Cock D, Corluy L I wsp. Patients lacking classical poor prognostic markers might also benefit from step-down glucocorticoid bridging scheme in early rheumatoid arthritis; week 16 results from the randomized multicenter CareRA trial. *Arthritis Res Ther.* 2015; 17: 79
17. Dale J, Stirling A, Zhang R I wsp. Targeting ultrasound remission in early rheumatoid arthritis: the results of the TaSER study, a randomized clinical trial. *Ann Rheum Dis.* 2016; 75: 1043-1050.
18. Klarenbeek NB, Güler-Yüksel M, van der Heijde DMFM i wsp. Clinical synovitis in a particular joint is associated with progression of erosions and joint space narrowing in that same joint, but not in patients initially treated with infliximab. *Ann Rheum Dis.* 2010; 69: 2107-2013.
19. Hurkmans E, van der Giesen FJ, Vlet Vieland TP I wsp. Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength training) in patients with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009; 4: CD006853
20. Ekkelman BA, Hooker L, Davis A I wsp. Occupational therapy intervention for adults with rheumatoid arthritis: an appraisal of the evidence. *Occup Ther Health Care.* 2014; 28: 347-361.
21. Baconnier L, Rincheval N, Filipo R-M I wsp. Psychological distress over time in early rheumatoid arthritis: results from a longitudinal study in an early arthritis cohort. *Rheumatology.* 2015; 54; 54:520-527.
22. Daïen CI, Sellam J. Obesity and inflammatory arthritis: impact on occurrence, disease characteristic and therapeutic response. *RMD Open.* 2015; 1: e000012.
23. Fuggle NR, Smith TO, Kaul A I wsp. Hand to mouth: a systemic review and meta-analysis of the association between rheumatoid arthritis and periodontitis. *Front Immunol.* 2016; 7:80.
24. Elkayam O, Yaron M, Caspi D. Safety and efficacy of vaccination against hepatitis B in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2002; 61: 623-625.
25. Baillet AS, Gossec L, Carmona L I wsp. Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis.* 2016; 75: 965-973.
26. Gherghe AM, Dougados M, Combe B I wsp. Cardiovascular and selected comorbidities in early arthritis and early spondyloarthritis, a comparative study: results from then ESPOIR and DESIR cohorts. *RMD Open* 2015; 1: e000128.
27. Zangi HA, Ndosi M, ASdams J i wsp. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015; 74: 954-962.

ZAŁĄCZNIK 3.

PROJEKT ZARZĄDZENIA PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W SPRAWIE PROGRAMU PILOTAŻOWEGO Z ZAKRESU LECZENIA SZPITALNEGO – ŚWIADCZENIA KOMPLEKSOWE KOWZS

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia pod nazwą kompleksowa opieka z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS), uwzględniający aktualne regulacje prawne dotyczące świadczeń kompleksowych oraz standard opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów.

PROJEKT ZARZĄDZENIA Nr. /2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia r.

w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOWZS

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Zarządzenie określa:

1) program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe udzielane w koordynowanej opiece nad świadczeniobiorcą ze wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS), zwany dalej „pilotażem”;

2) tryb zawierania umów o realizację pilotażu;

3) wzór umowy o realizację pilotażu;

4) warunki realizacji umów, o których mowa w pkt 2.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1) **AOS** – ambulatoryjną opiekę specjalistyczną;

2) **asystent opieki** – osobę z wykształceniem medycznym lub absolwenta studiów na kierunku zdrowie publiczne (licencjat lub magister zdrowia publicznego) zgłoszoną do rejestru absolwentów prowadzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) odpowiedzialnych za bezpośredni kontakt ze świadczeniobiorcą w celu zapewnienia mu informacji o trybie i terminie udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnych z planem terapii;

3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

4) **koordynator terapii** – lekarza specjalistę w dziedzinie reumatologii zatrudnionego w ośrodku koordynującym oraz odpowiedzialnego za zaplanowanie i uzyskanie odpowiednich do stanu zdrowia świadczeniobiorcy świadczeń opieki zdrowotnej;

5) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;

6) **Ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów określone w załączniku do

rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

7) **świadczenia kompleksowe** – zakres świadczeń określony w niniejszym zarządzeniu, w ramach którego realizowana i finansowana jest kompleksowa opieka nad świadczeniobiorcą skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz w zależności od wskazań medycznych różne formy rehabilitacji;

8) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;

9) **współrealizator** – komórkę organizacyjną znajdującą się w strukturze podmiotu składającego wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pilotażu, koordynującego KOWZS, która współuczestniczy w realizacji świadczeń objętych umową, o której mowa w § 1 pkt 2;

10) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie o świadczeniach oraz w Ogólnych warunkach umów.

§ 3. Celem pilotażu jest zbadanie możliwości uzyskania poprawy efektów terapii pacjentów z rozpoznanym wczesnym zapaleniem stawów, w tym: uzyskania remisji i ograniczenia zaostrzeń choroby oraz ograniczenie niepełnosprawności i objęcie kompleksową opieką świadczeniobiorców z WZS według rozpoznań ICD-10.

M02 Odczynowe zapalenie stawów (zespół Reitera)

M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów

M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów

M07 Artropatie łuszczykowe i towarzyszące chorobom jelit

L40,5 Łuszczyca stawowa

M10 Dna moczanowa

M13 Inne zapalenia stawów

M30 Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne

M33 Zapalenie skórno-mięśniowe

M34 Twardzina układowa

M32 Toczeń rumieniowaty układowy

M35 Inne układowe zajęcie tkanki łącznej

M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa

M46 Inne zapalne choroby kręgosłupa

M60 Zapalenie mięśni

§ 4. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być udzielane nie wcześniej niż od dnia r. i nie później niż do dnia r.

§ 5. 1. Kompleksowa opieka nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) obejmuje: postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz, w zależności od wskazań medycznych, różne formy rehabilitacji.

2. Celem terapeutycznym kompleksowej opieki jest wczesne rozpoznanie choroby, ograniczenie jej aktywności – hamowanie jej postępu, ograniczanie występowania nawrotów i pojawiania się nowych schorzeń współistniejących, w szczególności poprzez:

- 1) pogłębioną diagnostykę, w tym m.in. weryfikację rozpoznania wczesnej choroby zapalnej, wykonanie badań obrazowych i laboratoryjnych;
- 2) terapię zgodnie ze wskazaniami klinicznymi oraz monitorowanie efektów leczenia;
- 3) ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (dostęp do lekarzy specjalistów);
- 4) kompleksową rehabilitację leczniczą;
- 5) opiekę z zakresu psychologii i psychiatrii;
- 6) współpracę z lekarzem i pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

§ 6. 1. KOWZS skoordynowana przez jeden ośrodek koordynujący realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych lub podmiotach współpracujących w szczególności na podstawie umowy o podwykonawstwo. Ośrodek koordynujący obowiązany jest do opracowania schematu organizacyjnego koordynowanej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów. Schemat ten wymaga akceptacji Oddziału Funduszu.

2. Wszystkie działania związane z opieką nad świadczeniobiorcą organizuje i nadzoruje ośrodek koordynujący, który w szczególności:

- 1) prowadzi diagnostykę, leczenie zachowawcze - zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w zakresie świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej;
- 2) opracowuje indywidualny plan leczenia świadczeniobiorcy, o którym mowa w § 21 ust. 3, obejmujący informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, przybliżonych terminów podjęcia leczenia oraz informacje dotyczące świadczeniodawców (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone – w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy dokonuje zmiany planu leczenia świadczeniobiorcy;
- 3) koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;
- 4) realizuje odpowiednią rehabilitację leczniczą, zgodnie ze stanem świadczeniobiorcy (stacjonarną/dzienną/ambulatoryjną/uzdrowiskową);
- 5) prowadzi edukację dotyczącą stylu życia, czynników zwiększających ryzyko postępu choroby;
- 6) zapewnia lub koordynuje udzielanie świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

7) zapewnia świadczeniobiorcy możliwość niezwłocznego kontaktu z ośrodkiem zgodnie z harmonogramem pracy personelu ośrodka;

8) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;

9) prowadzi sprawozdawczość z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki;

10) po zakończeniu udzielania świadczenia przekazuje informacje lekarzowi POZ lub AOS o świadczeniach zalecanych świadczeniobiorcy.

§ 7. Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji:

1) liczba świadczeniobiorców objętych kompleksową opieką przez jeden ośrodek koordynujący obejmuje nie mniej 1000 osób;

2) leczenie w ramach co najmniej 3 programów lekowych (w przypadku wskazań do tego typu terapii);

3) zapewnienie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynującego:

a) oddziału szpitalnego o profilu reumatologicznym,

b) poradni reumatologicznej,

c) poradni ortopedycznej,

d) poradni rehabilitacyjnej,

e) ośrodka rehabilitacji dziennej albo zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji dziennej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach,

f) oddziału rehabilitacji stacjonarnej albo zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji stacjonarnej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach,

4) zapewnienie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynacyjnego (na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach) personelu - lekarzy specjalistów niezbędnych do realizacji programu opieki koordynowanej;

5) personel:

a) koordynator terapii - lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii, zatrudniony w ośrodku koordynującym, odpowiedzialny za ustalenie planu opieki, opiekę nad świadczeniobiorcą (w trybie ambulatoryjnym, dziennym lub stacjonarnym, w tym w zakresie programów lekowych) oraz za zakwalifikowanie i dyskwalifikację świadczeniobiorcy do lub z opieki koordynowanej,

b) asystent opieki - osoba z wykształceniem medycznym lub absolwent studiów na kierunku zdrowie publiczne (licencjat lub magister zdrowia publicznego) zgłoszona do rejestru absolwentów prowadzonego przez NIZP-PZH. Do obowiązków takiej osoby należy:

- zbieranie informacji (ewentualne zgłoszenie problemów w zakresie codziennego funkcjonowania):

- cyklicznie co najmniej raz na 3 miesiące konsultacje lub w razie uzasadnionej potrzeby z inicjatywy świadczeniobiorcy lub jego rodziny lub opiekunów,

- cyklicznie co najmniej raz na 3 miesiące lub w razie uzasadnionej potrzeby -

uzgadnianie wizyty z lekarzem specjalista w dziedzinie reumatologii,

- ustalanie wizyt u innych lekarzy według wskazań lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii,

- koordynowanie indywidualnego programu rehabilitacji według wskazań lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej,

- pomoc w prowadzeniu dokumentacji medycznej,

- monitorowanie realizacji leczenia zgodnie z wcześniej ustalonym jego planem,

- wsparcie pacjenta w uzyskaniu pomocy socjalnej,

c) reumatolog - lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii,

d) lekarz rehabilitacji – lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji ustala indywidualny program rehabilitacji:

- pierwsza wizyta lekarza odbywa się po włączeniu do opieki koordynowanej,

następnie dwa razy w roku oraz w razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i po wskazaniu przez lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii oraz

- poza wizytą kwalifikującą do rehabilitacji, podczas każdego programu rehabilitacji odbywają się co najmniej 2 wizyty u lekarza, tj. w dniu rozpoczęcia terapii (ustalenie celu i planu rehabilitacji) oraz po zakończeniu terapii (ustalenie efektów programu rehabilitacji, celu i planu usprawniania pozainstytucjonalnego),

e) fizjoterapeuta - do jego zadań należy w szczególności:

- zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego,

- ocena i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii,

- badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii lub postępowania fizjoterapeutycznego,

- końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii,

- udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Długość programu rehabilitacji określa lekarz specjalista rehabilitacji, przy pogorszeniu się stanu pacjenta decyduje o zmianie trybu rehabilitacji na stacjonarny.

W przypadku realizacji rehabilitacji w trybie stacjonarnym – ponowna ewaluacja programu rehabilitacji po powrocie ze szpitala.

f) okulista – lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie okulistyki,

g) dermatolog - lekarz specjalista w dziedzinie dermatologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie dermatologii

h) laryngolog - lekarz specjalista w dziedzinie laryngologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie laryngologii,

i) psychiatra - lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrycznej.

j) ortopeda – lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii lub lekarz w trakcie specjalizacji,

k) psycholog - planowaną kontrolę przeprowadza cyklicznie co 6 miesięcy lub w razie

potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki,

1) pielęgniarka.

§ 8. Organizacja udzielania świadczeń:

- 1) kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w pilotażu dokonuje koordynator terapii;
- 2) zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń dostępu do opieki lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji – w przypadku świadczeń stacjonarnych, ustalone zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- 3) zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń całodobowej opieki pielęgniarskiej – w przypadku świadczeń stacjonarnych;
- 4) zapewnienie dostępu do usług rehabilitacyjnych zgodnego z indywidualnym programem opracowanym dla świadczeniobiorcy – godziny pracy personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń ustalone zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- 5) zapewnienie dostępu do:
 - a) konsultacji lekarzy specjalistów,
 - b) badań obrazowych (RTG, TK, NMR, USG),
 - c) badań laboratoryjnych,
 - d) asystenta opieki zgodnie z harmonogramem pracy personelu ośrodka;
- 6) zapewnienie współpracy podwykonawców udzielających świadczeń z ośrodkiem koordynującym.

§ 9. 1. Realizatorem pilotażu (ośrodkiem koordynującym) może być świadczeniodawca realizujący umowę z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, zwanej dalej „umową”.

2. Realizator pilotażu jest obowiązany do:

- 1) przekazania danych, o których mowa w § 23, niezbędnych do sfinansowania i rozliczenia pilotażu;
- 2) sporządzenia sprawozdania dla Oddziału Funduszu dotyczącego wskaźników realizacji pilotażu, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 12** do zarządzenia.

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 2 pkt 2, są sporządzane:

- 1) okresowo - po każdym roku realizacji pilotażu;
- 2) częściowo - po każdym kwartale realizacji pilotażu (na podstawie danych narastająco od początku funkcjonowania pilotażu).

§ 10. Wskaźnikami realizacji pilotażu są:

- 1) średnia i mediana czasu od rozpoznania do włączenia leczenia modyfikującego przebieg choroby;
- 2) średnia i mediana częstości hospitalizacji;

- 3) odsetek pacjentów, u których hospitalizacja wyniosła poniżej 7 osobodni (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia);
- 4) średnia i mediana długości hospitalizacji (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia);
- 5) odsetek pacjentów, u których hospitalizacja wyniosła powyżej 10 osobodni (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia)
- 6) odsetek pacjentów, u których liczba hospitalizacji wyniosła poniżej 2 razy (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia);
- 7) średnia i mediana liczby pacjentów konsultowanych przez specjalistów poza programem pilotażowym;
- 8) średnia i mediana liczby konsultacji u pacjenta w ramach programu pilotażowego;
- 9) odsetek pacjentów rehabilitowanych w ramach oddziału stacjonarnego;
- 10) średnia i mediana osobodni w oddziale stacjonarnej rehabilitacji;
- 11) odsetek pacjentów, u których uzyskano remisję lub niską aktywność choroby, definiowaną dla danej choroby;
- 12) odsetek pacjentów, u których uzyskano remisję lub niską aktywność choroby powyżej 2 lat;
- 13) odsetek chorych którym wystawiono zwolnienie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy z powodu choroby zapalnej stawów;
- 14) odsetek pacjentów, którzy zostali włączeni do programu lekowego.
- 15) odsetek pacjentów, u których ból został zredukowany do 90%.

§ 11. 1. Na podstawie sprawozdań, o których mowa w § 9 ust. 3, przekazywanych przez ośrodek koordynujący, Oddział Funduszu dokonuje pomiaru wskaźników realizacji pilotażu oraz sporządza raport zawierający ich ocenę, uwzględniając także ocenę kosztów oraz efekty realizacji pilotażu dla każdego z realizatorów odrębnie.

2. Raport zbiorczy sporządzony na podstawie sprawozdań okresowych, o których mowa w § 9 ust. 3 pkt 1, każdorazowo po jego sporządzeniu, Centrala Funduszu niezwłocznie przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

§ 12. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne;
- 2) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 3) 85312100-0 Usługi opieki dziennej;

- 4) 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne;
- 5) 85312500-4 Usługi rehabilitacyjne;
- 6) 85111400-4 Usługi szpitalne rehabilitacyjne;
- 7) 85142100-7 Usługi fizjoterapii.

§ 13.1. Realizacja i finansowanie pilotażu odbywają się na podstawie umowy zawieranej między realizatorem pilotażu a dyrektorem Oddziału Funduszu.

2. O przyjęciu świadczeniodawcy do realizacji pilotażu decyduje dyrektor Oddziału Funduszu na podstawie wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe KOWZS, biorąc pod uwagę spełnianie przez świadczeniodawcę warunków, o których mowa w § 7 oraz wymagań określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

3. Dyrektor Oddziału Funduszu zawiera umowę, o której mowa w ust. 1, mając na uwadze zabezpieczenie potrzeb świadczeniobiorców na danym terenie, posiadane środki finansowe oraz kolejność zgłoszeń świadczeniodawców, o których mowa w ust. 2, we wszystkich Oddziałach Funduszu, a także liczbę świadczeniodawców realizujących pilotaż w pierwszym roku realizacji pilotażu na terenie całego kraju, wynoszącą nie więcej niż 14.

4. Dyrektor Oddziału Funduszu może podpisać umowę z nie więcej niż dwoma ośrodkami koordynującymi.

5. Po upływie roku od dnia realizacji pilotażu Oddział Funduszu dokonuje weryfikacji świadczeniodawców realizujących pilotaż w oparciu o sprawozdania i raport o których mowa w § 11.

§ 14. 1. Wzór umowy określony jest w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

2. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 15. 1. W celu zawarcia umowy świadczeniodawca, o którym mowa w § 9, zwany dalej również „wnioskodawcą”, składa w Oddziale Funduszu właściwym ze względu na obszar udzielania świadczeń, wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe KOWZS.

2. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1, określony jest w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

3. Wniosek składa się nie później niż w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 16. 1. Do zawarcia umowy wymaga się dołączenia do wniosku, o którym mowa w § 15, następujących dokumentów:

- 1) oświadczenia wnioskodawcy, zgodnego ze wzorem określonym w **załączniku nr 4** do zarządzenia;
- 2) oświadczenia wnioskodawcy o wpisach do rejestrów, zgodnego ze wzorem określonym w **załączniku nr 5** do zarządzenia;
- 3) w przypadku wnioskodawców wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopię umowy spółki lub wyciągu z tej umowy zawierających postanowienia

o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;

4) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskodawcę umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania; świadczeniodawca może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie w przedmiocie obowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy;

5) kopię umowy z podwykonawcą lub z podwykonawcami (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy lub podwykonawców do jej zawarcia z wnioskodawcą, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach;

6) oświadczenia wnioskodawcy w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy – w sytuacji, w której nie zostanie złożony dokument, o którym mowa w pkt 5.; Wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 6** do zarządzenia;

7) wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony jest w **załączniku nr 7** do zarządzenia;

8) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy, w szczególności do złożenia wniosku, o którym mowa w § 15 – w przypadku, gdy wnioskodawca jest reprezentowany przez pełnomocnika.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, składane przez wnioskodawcę potwierdzają stan faktyczny i prawny istniejący w dniu ich złożenia.

3. Wnioskodawca albo osoby uprawnione do reprezentowania wnioskodawcy poświadczają kopie dokumentów za zgodność z oryginałem.

4. Dyrektor Oddziału Funduszu może zażądać przedstawienia oryginału dokumentu w sytuacji, w której kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej zgodności z oryginałem, a brak jest możliwości weryfikacji jej prawdziwości w inny sposób.

5. Formularz wniosku, o którym mowa w § 15, składa się w zamkniętej kopercie oznaczonej: „Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe KOWZS”.

6. W przypadku wystąpienia braków formalnych wniosku, dyrektor oddziału Funduszu wzywa wnioskodawcę do ich usunięcia wskazując termin dokonania tej czynności.

7. W przypadku wezwania, o którym mowa w ust. 6, wnioskodawca obowiązany jest do usunięcia braków we wniosku, w terminie określonym w wezwaniu.

8. Termin usunięcia braków uważa się za zachowany, w sytuacji doręczenia dokumentów do siedziby Oddziału Funduszu najpóźniej do godz. 16.00 w dniu określonym w wezwaniu do usunięcia braków.

9. Uzupełnienie braków w złożonym wniosku składa się w zamkniętej kopercie lub paczce oznaczonej: „Usunięcie braków wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe KOWZS”.

§ 17. 1. W przypadku pozytywnej oceny wniosku, o którym mowa w § 15, dyrektor Oddziału Funduszu ustala z wnioskodawcą kwotę zobowiązania na pierwszy okres rozliczeniowy. Ustalenie kwoty, o której mowa w zdaniu pierwszym, stanowi warunek zawarcia umowy.

2. Dyrektor Oddziału Funduszu przesyła wnioskodawcy projekt umowy w celu jej podpisania albo informuje wnioskodawcę o możliwości zawarcia umowy w siedzibie Oddziału Funduszu.

3. W przypadku negatywnej oceny wniosku, dyrektor Oddziału Funduszu informuje wnioskodawcę o przyczynie odmowy zawarcia umowy.

4. Dyrektor Oddziału Funduszu ma prawo do przeprowadzenia czynności sprawdzających u wnioskodawcy w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy, w celu sprawdzenia stanu przedstawionego we wniosku.

5. Czynności sprawdzające, o których mowa w ust. 4, przeprowadza, po uprzednim powiadomieniu wnioskodawcy, co najmniej dwóch upoważnionych członków powołanego przez dyrektora Oddziału Funduszu „Zespołu do oceny wniosków”, w obecności wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej.

6. Osoby przeprowadzające czynności sprawdzające, o których mowa w ust. 5, sporządzają protokół z tych czynności, potwierdzony przez wnioskodawcę lub osobę przez niego upoważnioną.

§ 18. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę, obowiązany jest spełniać wymagania w szczególności, o których mowa w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń realizowanych na podstawie umowy.

3. Świadczenia w ramach pilotażu realizowane są przez osoby zgłoszone do harmonogramu pracy personelu w ramach umów o udzielanie świadczeń w zakresach stanowiących elementy świadczeń z zakresu kompleksowej opieki.

4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do poinformowania świadczeniobiorcy o przysługujących mu w ramach pilotażu KOWZS świadczeniach opieki zdrowotnej w oparciu o informacje określone w **załączniku nr 8** do zarządzenia.

§ 19. 1. Podwykonawców, udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy realizującego pilotaż wskazuje się w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w załączniku nr 2 do umowy.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania określone w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą, zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie

wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

4. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

§ 20. 1. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca zobowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

3. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

4. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 2, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na niego karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 **załącznika nr 2** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

5. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie odrębnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartej z dyrektorem Oddziału Funduszu, upoważnienie, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w związku z zawarciem takiej umowy, zachowuje ważność.

§ 21. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do sporządzenia indywidualnego planu leczenia świadczeniobiorcy zakwalifikowanego do KOWZS oraz uzyskania zgody, o której mowa w art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 i 1128).

4. Wzór formularza indywidualnego planu leczenia, o którym mowa w ust. 3, jest określony w **załączniku nr 9** do zarządzenia.

5. Świadczeniodawca w ramach sprawowanej opieki wyznacza świadczeniobiorcy koordynatora terapii oraz asystenta opieki.

6. Lekarz prowadzący leczenie albo koordynator terapii informuje lekarza, który wystawił skierowanie do poradni neurologicznej o podjętym przez świadczeniobiorcę leczeniu w ramach programu pilotażowego.

7. Świadczeniodawca realizujący pilotaż udostępnia świadczeniobiorcom przygotowane przez Fundusz mobilne systemy wspomagające organizację świadczeń lub terapię.

8. Świadczeniodawca prowadzi wykaz świadczeniobiorców, którzy zakwalifikowani zostali do leczenia w ramach pilotażu KOWZS. Wzór sprawozdania dotyczący zakresu danych świadczeniobiorców jest określony w **załączniku nr 13** do zarządzenia.

§ 22. 1. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania produktów rozliczeniowych jest punkt.

2. Katalog świadczeń i produktów jednostkowych dedykowanych do rozliczania i sprawozdawania udzielonych świadczeń jest określony w **załączniku nr 10** do zarządzenia.

3. W przypadku zrealizowania przez świadczeniodawcę procedur z katalogu określonego w **załączniku nr 11** do zarządzenia, stanowiących nie mniej niż połowę zaplanowanych w skali roku w planie opieki usług – rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,3.

§ 23. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym przekazany w oparciu o narzędzie informatyczne udostępniane przez Fundusz.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w załączniku nr 1 do umowy.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym wymaganych informacji zgodnie z zasadami sprawozdawczości.

4. Informacje, o których mowa w ust. 3, winny być zgodne z danymi:

- 1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wydanym na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej - MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów wydanego na podstawie ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 649 i 730);
- 3) określonymi w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151 i 1669).

5. Spełnienie wymagań, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 3, stanowi warunek rozliczenia świadczeń.

6. Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie przez podmiot realizujący umowę w ramach świadczeń udzielonych pacjentowi włączonemu do KOWZS, związanych

z diagnostyką oraz leczeniem zachowawczym w chorobach zapalnych stawów , obejmującym zgodnie ze stanem klinicznym rehabilitację, psychiatrię oraz opiekę ambulatoryjną, będących przedmiotem zakresu tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że postanowienia **załączników nr 11**, do zarządzenia stanowią inaczej.

7. Poszczególne elementy opieki kompleksowej realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjenta w ramach leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji oraz opieki psychiatrycznej finansowane są odrębnie.

§ 24. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

PREZES

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

SPIS WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

1. Załącznik nr 1 – Warunki wymagane do zawarcia umowy;
2. Załącznik nr 2 – Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pilotażu KOWZS;
3. Załącznik nr 3 – Wzór wniosku o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego;
4. Załącznik nr 4 – Oświadczenie wnioskodawcy;
5. Załącznik nr 5 – Oświadczenie wnioskodawcy o wpisach do rejestrów;
6. Załącznik nr 6 - Oświadczenie wnioskodawcy o samodzielnym wykonywaniu umowy;
7. Załącznik nr 7 – Wniosek w sprawie rachunku bankowego;
8. Załącznik nr 8 – Deklaracja o przystąpieniu do programu pilotażowego KOWZS u wskazanego świadczeniodawcy;
9. Załącznik nr 9 – Formularz indywidualnego planu leczenia w ramach KOWZS;
10. Załącznik nr 10 – Katalog produktów rozliczeniowych KOWZS;
11. Załącznik nr 11 - Opis uzupełniający przedmiotu umowy KOWZS;
12. Załącznik nr 11a – Charakterystyka grup rehabilitacyjnych;
13. Załącznik nr 11b – Wybrane kody procedur ICF stosowanych u osób chorych na WZS;
14. Załącznik nr 12 – Wzór sprawozdania dotyczący wskaźników realizacji pilotażu;
15. Załącznik nr 13 – Wzór sprawozdania dotyczący zakresu danych świadczeniobiorców.

ZAŁĄCZNIK 4.**WARUNKI WYMAGANE DO ZAWARCIA UMOWY – PROJEKT ZAŁĄCZNIKA NR 1****WARUNKI WYMAGANE DO ZAWARCIA UMOWY**

Nazwa zakresu świadczeń
1. Kod zakresu: - KOMPLEKSOWA OPIEKA WE WCZESNYM ZAPALENIU STAWÓW (KOWZS)
1.1 WARUNKI WYMAGANE - realizacja świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego
Realizacja świadczeń, zgodnie z indywidualnym stanem klinicznym pacjenta z rozpoznaniem wg ICD-10: M02 Odczynowe zapalenie stawów (zespół Reitera) M05, Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów M07 Artropatie łuszczykowe i towarzyszące chorobom jelit L40,5 Łuszczyca stawowa M10 Dna moczanowa M13 Inne zapalenia stawów M30 Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne M33 Zapalenie skórno-mięśniowe M34 Twardzina układowa M32 Toczeń rumieniowaty układowy M35 Inne układowe zajęcie tkanki łącznej M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa M46. Inne zapalne choroby kręgosłupa M60. Zapalenie mięśni 1 leczenie szpitalne, 2 rehabilitację stacjonarną, dzienną, ambulatoryjną, 3 ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, 4. leczenie psychiatryczne.
1.1.1 WARUNKI WYMAGANE DLA LECZENIA SZPITALNEGO - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego
1.1.2 WARUNKI WYMAGANE DLA REHABILITACJI STACJONARNEJ, DZIENNEJ, AMBULATORYJNEJ - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej
1.1.3 WARUNKI WYMAGANE DLA AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
1.2 WARUNKI WYMAGANE - do zawarcia umowy

1.2.1 Wymagania formalne	Posiadanie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynującego: 1. oddziału szpitalnego o profilu reumatologicznym, 2. poradni reumatologicznej, 3. poradni ortopedycznej, 4. poradni rehabilitacyjnej, 5. ośrodka rehabilitacji dziennej lub zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji dziennej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 6. oddziału rehabilitacji stacjonarnej lub zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji stacjonarnej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 7. Zapewnienie dostępu do poradni laryngologicznej, okulistycznej dermatologicznej, psychiatrycznej, psychologicznej: możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni specjalistycznych na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 8. posiadanie w strukturze organizacyjnej lub na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lekarzy specjalistów innych dziedzin, niezbędnych do realizacji programu opieki koordynowanej.
1.2.2 Organizacja udzielania świadczeń	1) Harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów, 2) Zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń dostępu do opieki lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub reumatologii – w przypadku świadczeń stacjonarnych, ustalone zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, 3) Całodobowa opieka pielęgnarska - w przypadku usług stacjonarnych, 4) Dostęp do usług rehabilitacyjnych zgodny z indywidualnym programem opracowanym dla świadczeniobiorcy - zgodnie z regulacją wynikającą z Rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej, 5) Dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, 6) Dostęp do badań obrazowych (RTG, TK, NMR, urodynamiki), 7) Dostęp do badań laboratoryjnych, 8) Współpraca podwykonawców z ośrodkiem koordynującym, 9) Dostępność do asystenta opieki zgodnie z harmonogramem pracy personelu ośrodka.
1.2.3 Pozostałe warunki	W wyniku przeprowadzonego monitorowania zespół terapeutyczny ośrodka koordynującego podejmuje decyzję o zakończeniu lub kontynuowaniu leczenia, w tym o ewentualnym wydłużeniu leczenia.

ZAŁĄCZNIK 5.

**FORMULARZ INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA W RAMACH KOWZS – PROJEKT
ZAŁĄCZNIKA NR 9**

FORMULARZ INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA W RAMACH KOWZS

.....
.....
Nazwa podmiotu

Pani/Pan:

.....
(imię i nazwisko)

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zgodnie z Pani/Pana akceptacją, została/został Pani/Pan objęta/objęty z dniem

.....
**KOMPLEKSOWĄ OPIEKĄ NAD PACJENTEM Z WCZESNYM ZAPALENIEM STAWÓW,
ZGODNIE Z NINIEJSZYM INDYWIDUALNYM PLANEM LECZENIA:**

- 1) **Badania laboratoryjne** (wykaz badań, nazwa, adres oraz numer telefonu
świadczeniodawcy, ewentualnie data wykonania badania)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 2) **Badania obrazowe** (wykaz badań, nazwa, adres oraz numer telefonu
świadczeniodawcy, data wykonania badania)

.....
.....
.....
.....

- 3) **Badanie – USG stawów** (nazwa, adres i numer telefonu świadczeniodawcy, data
wykonania badania)

.....
.....
.....
.....
.....

- 4) **Poradnia ortopedyczna** (nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*)

.....

-

 5) **Poradnia okulistyczna** (nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*)

 6) **Poradnia laryngologiczna** (nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*)

 7) **Poradnia okulistyczna** (nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*)

 8) **Poradnia rehabilitacyjna** (nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*)

 9) **Ośrodek rehabilitacji dziennej** (nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*)

 10) **Oddział rehabilitacji stacjonarnej** (nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*)

 11) **Poradnia psychiatryczna** (nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*)

 12) **Poradnia psychologiczna** (nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*)

 13) **Terapia lekowa w programie lekowym** (nazwa leku, dawka, częstość podania)

 14) **Leczenie farmakologiczne** (produkty lecznicze wraz z dawkowaniem)

.....
.....
15) Data kolejnej wizyty u koordynatora terapii

.....
.....
16) Asystent opieki (*imię i nazwisko oraz numer telefonu*)

17) Numer telefonu do kontaktów w pilnych przypadkach

.....
Czytelny podpis pacjenta

.....
Oznaczenie i podpis lekarza/ koor

.....
Data

** Wyznaczona przez koordynatora terapii w momencie opracowywania indywidualnego planu leczenia.*

ZAŁĄCZNIK 6.**OPIS UZUPEŁNIAJĄCY PRZEDMIOTU UMOWY. KOMPLEKSOWA OPIEKA NAD PACJENTEM Z WCZESNYM ZAPALENIEM STAWÓW (KOWZS) – PROJEKT ZAŁĄCZNIKA NR 11**

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS)
1.2	Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców wymagających udzielenia świadczenia	Do objęcia opieką kompleksową kwalifikują się pacjenci z podejrzeniem wczesnego zapalenia stawów według rozpoznania ICD-10: M02 Odczynowe zapalenie stawów (zespół Reitera) M05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów M06 Inne reumatoidalne zapalenia stawów M07 Artropatie łuszczykowe i towarzyszące chorobom jelit L40,5 Łuszczyca stawowa M10 Dna moczanowa M13 Inne zapalenia stawów M30 Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne M33 Zapalenie skórno-mięśniowe M34 Twardzina układowa M32 Toczeń rumieniowaty układowy M35 Inne układowe zajęcie tkanki łącznej M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa M46 Inne zapalne choroby kręgosłupa M60 Zapalenie mięśni
1.3.	Określenie świadczenia	Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów obejmuje procedury diagnostyczne i terapeutyczne realizowane w ramach świadczeń szpitalnych, ambulatoryjnych i rehabilitacji leczniczej, w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia. Celem opieki kompleksowej jest zapewnienie pacjentowi: 1) Koordynacji leczenia obejmującego przeprowadzenie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie wczesnej choroby stawów, rozpoczęcie terapii, monitorowanie efektów leczenia; 2) Rehabilitacji leczniczej; 3) Zapewnienie dostępu do leczenia w ramach programów lekowych, w przypadku wskazań do tego typu terapii. Kompleksowa opieka skoordynowana jest przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji kompleksowej opieki opracowanym przez podmiot koordynujący. Podmiotem koordynującym jest szpital posiadający oddział reumatologii, zapewniający jednocześnie wymaganą infrastrukturę do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej w dostępie, tj. przyszpitalną poradnię reumatologiczną. Wszystkie działania związane z opieką nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia organizuje i nadzoruje podmiot koordynujący, który: 1) Prowadzi diagnostykę, w tym obrazową i laboratoryjną, leczenie zachowawcze i procedury zabiegowe - zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta, przy uwzględnieniu świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej; 2) Opracowuje indywidualny plan leczenia pacjenta, obejmujący informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich

		kolejności, orientacyjnych terminów oraz świadczeniodawców będących podwykonawcami (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone - w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta dokonuje zmiany planu leczenia pacjenta; 3) Koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych, koniecznych w procesie opieki oraz zapewnia dostęp do realizacji procedur zabiegowych zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta; 4) Zapewnia odpowiednią rehabilitację zgodnie ze stanem pacjenta oraz prowadzi edukację dotyczącą stylu życia, czynników ryzyka; 5) Zapewnia i koordynuje ambulatoryjną specjalistyczną opiekę reumatologiczną; 6) Zapewnia możliwość kontaktu w godz. 8-20 (w ramach oddziału reumatologicznego) zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOWZS; 7) Odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami; 8) Prowadzi sprawozdawczość z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii wczesnych zapaleń stawów do Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów - po jego ewentualnym wdrożeniu na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia; 9) W przypadku, gdy pacjent nie kwalifikuje się do objęcia opieką w ramach KOWZS, odnotowuje ten fakt w historii choroby oraz (niezwłocznie) w systemie informatycznym dedykowanym do monitorowania KOWZS, po jego udostępnieniu przez NFZ; 10) Po zakończeniu udzielania świadczenia w ramach KOWZS przekazuje informacje lekarzowi POZ/AOS o świadczeniach zalecanych pacjentowi
1.4.	Częstość występowania chorób układowych tkanki łącznej oraz liczba hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów i tkanki łącznej	Według danych z Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych 30 grup chorób dla Polski opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia w 2017 roku dla Chorób układowych tkanki łącznej w 2014 roku współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wynosi 154,5 natomiast współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności wynosi 1 357,7. Oznacza to, że liczba nowych rozpoznań w grupie choroby układowe tkanki łącznej rocznie wynosi około 60 tysięcy natomiast liczba ogólna liczba chorujących wynosi ponad 522 tysiące. W 2016 roku liczba hospitalizacji pacjentów rozliczonych w ramach grupy JGP H87C - Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej < 4 dni wyniosła 6927 natomiast rozliczonych w ramach grupy JGP H87D - Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni wyniosła 50 103.
1.5.	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	87.440 RTG klatki piersiowej 87.441 RTG płuc - inne 87.241 RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego 87.242 RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego celowane lub czynnościowe 87.231 RTG kręgosłupa odcinka piersiowego 87.221 RTG kręgosłupa odcinka szyjnego 87.222 RTG kręgosłupa odcinka szyjnego celowane lub czynnościowe 88.23 RTG nadgarstka/ręki 88.28 RTG stawu skokowego/stopy 88.110 RTG miednicy przeglądowe 88.26 RTG kości miednicy/stawy biodrowe – inne 88.241 RTG kości kończyny górnej celowane lub czynnościowe 88.291 RTG kości kończyny dolnej celowane lub czynnościowe 88.27 RTG uda/stawu kolanowego/podudzia 88.21 RTG kości barku i ramienia

	88.796	USG stawów rąk lub stawów stóp
	88.798	USG stawów kolanowych
	88.794	USG stawów barkowych
	88.797	USG stawów biodrowych
	88.713	USG tarczycy i przytarczyc
	88.769	USG jamy brzusznej
	88.94	Rezonans magnetyczny układu mięśniowo-szkieletowego
	88.932	Rezonans magnetyczny kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego)
	88.97	Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych
	87.411	TK klatki piersiowej bez kontrastu i z kontrastem
	88.38	Dual Energy TK
	88.981	Dwufotonowa absorpcjometria
	89.394	Elektromiografia
	99.9950	Kapilaroskopia
	89.522	Elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami
	89.521	Elektrokardiogram nieokreślony
	89.511	Elektrokardiogram z 1-3 odprowadzeniami
	88.721	Echokardiografia
	86.11	Biopsja skóry/tkanki podskórnej
	83.21	Biopsja mięśni
	26.21	Biopsja ślinianki
	86.9	Biopsja tkanki tłuszczowej brzucha w kierunku amyloidozy
	38.99	Nakłucie żyły - inne
	I81	Białko C-reaktywne (CRP)
	C59	Odczyn opadania krwinek czerwonych
	C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów
	C53	Morfologia krwi 8-parametrowa
	C66	Płytki krwi
	M37	Kreatynina
	N13	Mocznik
	I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)
	I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
	L31	Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)
	I89	Bilirubina całkowita
	L11	Fosfataza alkaliczna
	L43	Glukoza z krwi żyłnej
	O35	Sód (Na)
	N45	Potas (K)
	O77	Wapń całkowity (Ca)
	O75	Wapń zjonizowany (Ca ²⁺)
	L23	Fosfor nieorganiczny
	M87	Magnez całkowity (Mg)
	I97	Chlorki (Cl)
	A01	Badanie ogólne moczu (profil)
	A19	Osad moczu
	A07	Białko w moczu
	M45	Kwas moczowy
	L69	Hormon tyreotropowy (TSH)
	O69	Tyroksyna wolna (FT4)
	O55	Trijodotyronina wolna (FT3)
	O09	Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej
	O18	Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie
	I99	Cholesterol całkowity
	K01	Cholesterol HDL
	K03	Cholesterol LDL
	O49	Trójglicerydy
	M18	Kinaza fosfokreatynowa (CK)
	M21	Kinaza fosfokreatynowa, izoenzymy
	K33	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)
	I79	Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny
	I09	Albuminy
	I77	Białko całkowite
	G21	Czas protrombinowy (PT)
	O91	Witamina D - 25 OH

G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)
O95	Żelazo (Fe)
88.981	Dwufotonowa absorpcjometria
V48	Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)
V49	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała (potwierdzający)
V39	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen
V40	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen (ilościowo)
F91	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała
G53	Fibrynogen (FIBR)
G49	D-Dimer
N66	Przeciwciała przeciw białkom bogatym w cytrulinę
K21	Czynnik reumatoidalny (RF)
O21	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) + ANA profil w kierunku tocznia lub innych choroby tkanki łącznej
N75	Przeciwciała przeciw DNA dwuniciowemu (dsDNA)
N69	Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA)
N85	Przeciwciała przeciw histonom
O05	Przeciwciała przeciw mitochondriom
N69	Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA)
K75	Dopełniacz, składowa C3
K77	Dopełniacz, składowa C4
L93	Immunoglobuliny G (IgG)
L85	Immunoglobuliny A (IgA)
L95	Immunoglobuliny M (IgM)
N89	Przeciwciała przeciw kardiolipinie
	Przeciwciała przeciw Beta-2 glikoproteinie
L05	Ferrytyna
N58	Prokalcytonina
90.59	Mikroskopowe badanie krwi - inne badania mikroskopowe
A17	Krew utajona w kale
I53	Antygen karcynoembrionalny (CEA)
I45	Antygen CA 19-9 (CA19-9)
I25	Amylaza
U75	ASO
S21	Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG)
S29	Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG/ IgM Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG/ IgM)
S31	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG/ IgM - test potwierdzający
S25	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM (anty-B.burgdorferi IgM)
U87	Yersinia Przeciwciała IgG (anty-Yersinia IgG)
U88	Yersinia Przeciwciała IgM (anty-Yersinia IgM)
U89	Yersinia Przeciwciała IgA (anty-Yersinia IgA)
U57	Salmonella spp. Przeciwciała IgA
U58	Salmonella spp. Przeciwciała IgG
U59	Salmonella spp. Przeciwciała IgM
S 65	Chlamydia pneumoniae. Przeciwciała IgM
S 63	Chlamydia pneumoniae. Przeciwciała IgG
S 67	Chlamydia pneumoniae. Przeciwciała IgA
S 75	Chlamydia trachomatis. Przeciwciała IgM
S 73	Chlamydia trachomatis. Przeciwciała IgG
S 71	Chlamydia trachomatis. Przeciwciała IgA
	Antygen HLA B27
91.83	Badania bakteriologiczne
89.61	Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego
93.0504	Badanie zakresów ruchów stawów obwodowych
93.0402	Dynamometryczna ocena siły mięśni
93.0401	Manualna ocena siły mięśniowej - Test Lovetta
99.18	Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów
99.218	Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie

		81.911 Aspiracja stawu 81.92 Wstrzyknięcie leku do stawu lub więzadeł 99.239 Wstrzyknięcie innych sterydów 23.0105 Konsultacja specjalistyczna 95.02 Obszerne badanie oka 89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia <i>Pakiet badań dodatkowych – według Załącznika Badania immunologiczne w diagnostyce, monitorowaniu i różnicowaniu zapalnych chorób reumatycznych</i>
1.6.	Oczekiwane wyniki postępowania	Według zaleceń EULAR (Europejskiej Ligi Walki z Reumatyzmem) każdy pacjent z utrzymującym się obrzękiem przynajmniej jednego stawu powinien być skierowany do reumatologa i zbadany przez niego w ciągu 6 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów choroby, a do 12. tygodnia powinno być rozpoczęte skuteczne leczenie. Według dostępnych danych dla polskiej populacji z 2010 roku, średni czas od wystąpienia pierwszych objawów choroby do wizyty u reumatologa wynosi aż 35 tygodni. W tym celu konieczne jest wprowadzenie takich zasad postępowania, które nawet w przypadku obrzęku jednego stawu skierują chorego na właściwą „ścieżkę diagnostyczną” – bez konieczności czekania na rozwój choroby i wystąpienie kolejnych objawów. Dzięki temu możliwe będzie wczesne rozpoznanie problemu zdrowotnego i wdrożenie optymalnego, celowanego i przede wszystkim skutecznego leczenia. Chorzy z objawami zapalnej choroby reumatycznej często nie spełniają żadnych obowiązujących kryteriów diagnostycznych dla rozpoznania konkretnej choroby reumatycznej. Dla tej grupy zapaleń stawów, z objawami choroby trwającymi nie dłużej niż 6–12 tygodni, przyjęto termin wczesne zapalenie stawów. Kompleksowa opieka specjalistyczna nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów ma na celu szybkie postępowania w celu weryfikacji rozpoznania a także jak najszybsze wyodrębnienie z tej grupy wczesnego reumatoidalnego zapalenia stawów lub wczesnej, nieradiologicznej spondyloartropatii – jeszcze przed stadium rozwoju zmian radiologicznych. Często jednym z pierwszych objawów tocznia jest zapalenie stawów. Ponadto szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia powinno mieć na celu osiągnięcie remisji choroby. U około 70% chorych na wczesne zapalenie stawów wdrożenie skutecznego leczenia zaraz po ustaleniu rozpoznania umożliwia uzyskanie remisji utrzymującej się przez 2 lata trwania choroby. Jednoczesne wdrożenie indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej poprawi efektywność leczenia i zmniejszy ryzyko wystąpienia niepełnosprawności. Wdrożenie KOWZS powinno także znacząco zmniejszyć liczbę hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów oraz zmniejszyć koszty społeczne tych krótko i długookresową niezdolność do pracy.
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1.	Warunki wykonania świadczenia	Zgodnie z warunkami określonymi w części I 4 załącznika określonych w Lp.41 Reumatologia oraz załącznika nr 1 do obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w lp 28 porada specjalistyczna reumatologiczna
2.2.	Organizacja udzielania świadczenia	Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach KOWZS spełniający rolę ośrodka koordynującego, zapewnia w strukturze organizacyjnej oddział szpitalny o profilu reumatologia spełniający warunki określone w części I lp.41 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego oraz w ramach dostępu: – pracownię radiologii; – pracownię rezonansu magnetycznego; – pracownię tomografii komputerowej; – pracownię USG; – poradnię specjalistyczną przyszpitalną o profilu: reumatologia,

2.2.	Organizacja udzielania świadczenia	spełniającą warunki określone w lp. 28 załącznika nr 1 do rozporządzenia ambulatoryjnego, – poradnię rehabilitacyjną. Ponadto świadczeniodawca powinien spełnić dodatkowe warunki: – realizować co najmniej 3 umowy z NFZ z zakresu programów lekowych dotyczących leczenia biologicznego w reumatologii; – wykazać personel medyczny, w tym co najmniej 5 lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii 1 lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji leczniczej, psychologa, dietetyka; – wykazać realizację świadczeń z zakresu chorób układowych tkanki łącznej, dla co najmniej 1000 pacjentów za rok 2019 w rodzaju leczenie i szpitalne lub AOS. Na potrzeby realizacji skoordynowanych działań związanych z KOWZS świadczeniodawca wyznacza koordynatora nadzorującego cały plan leczenia pacjenta, do którego zadań należy w szczególności: ustalanie terminów porad i hospitalizacji, nadzorowanie prowadzenia dokumentacji oraz czuwanie nad jakością całego procesu leczenia. Opieka nad pacjentem, mająca na celu zapewnienie kompleksowości i ciągłości w optymalnym z punktu widzenia klinicznego czasie, składa się z następujących modułów postępowania - realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów: I Moduł – diagnostyka i terapia i monitorowanie efektów leczenia WZS obejmuje: 1) specjalistyczną opiekę reumatologiczną w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia, w ramach której pacjent powinien mieć możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, jeżeli wynika to z indywidualnego planu opieki, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń opieki medycznej w oddziale szpitalnym o profilu reumatologia 24h na dobę, w przypadku wskazań medycznych, oraz uzyskania badań diagnostycznych; 2) co najmniej 6 porad specjalistycznych lub hospitalizacji według harmonogramu obejmującego wykonanie następujących procedur: a) Preselekcję pacjentów (asystent opieki na podstawie telefonicznej ankiety) b) Porada 0 (selekcja pacjentów z chorobami zapalnymi stawów przez lekarza reumatologa) c) Porada 1 (porada kwalifikacyjna do KOWZS) • dokładny wywiad i badanie fizykalne stawów, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS, • badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, RF, anty-CCP, ANA 2 profil, HLA-B27 (opcjonalnie), • pakiet badań dodatkowych (różnicowanie choroby w kierunku innym niż RZS), • badania obrazowe: RTG klatki piersiowej AP i boczne, RTG ręce i stopy, USG zajętej ręki lub stopy, MRI zajętej ręki lub stopy (opcjonalnie), RTG stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie), MRI stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie). d) Porada 2 (7-14 dni od pierwszej porady)
------	------------------------------------	---

	• ocena otrzymanych wyników, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS, • badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, • pakiet badań dodatkowych (różnicowanie choroby w kierunku innym niż RZS), • ustalenie rozpoznania i włączenie leczenia modyfikującego, • kwalifikacja do konsultacji u lekarza rehabilitacji medycznej e) Porada 3 (90 dni od drugiej porady, + - 10 dni) <i>ze względu na proces diagnostyczno-terapeutyczny dopuszcza się ustalenie przez lekarza przy poradzie 2 innego terminu niż zakładane 90 dni + - 10 dni, także w przypadku wystąpienia działań niepożądanych u pacjenta termin porady 3 może ulec skróceniu</i> • badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS • badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, • pakiet badań dodatkowych (różnicowanie choroby w kierunku innym niż RZS), • badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy. f) Porada 4 (90 dni od trzeciej porady +, - 10 dni) <i>ze względu na proces diagnostyczno-terapeutyczny dopuszcza się ustalenie przez lekarza przy poradzie 3 innego terminu niż zakładane 90 dni + - 10 dni, także w przypadku wystąpienia działań niepożądanych u pacjenta termin porady 4 może ulec skróceniu</i> • badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena remisji ACR/EULAR, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS. • badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, • pakiet badań dodatkowych (różnicowanie choroby w kierunku innym niż RZS), • badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy. g) Porada 5 (90 dni od trzeciej porady +, - 10 dni) <i>ze względu na proces diagnostyczno-terapeutyczny dopuszcza się ustalenie przez lekarza przy poradzie 4 innego terminu niż zakładane 90 dni od czwartej porady, + - 10 dni, także w przypadku wystąpienia działań niepożądanych u pacjenta termin porady 5 może ulec skróceniu</i> • badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS • badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, • badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy. h) Porada 6 (90 dni od trzeciej porady +, - 10 dni) <i>ze względu na proces diagnostyczno-terapeutyczny</i>
--	---

		<i>dopuszcza się ustalenie przez lekarza przy poradzie 5 innego terminu niż zakładane 90 dni + - 10 dni, także w przypadku wystąpienia działań niepożądanych u pacjenta termin porady 6 może ulec skróceniu</i> • badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena remisji ACR/EULAR, ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS • badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, • badania obrazowe: RTG klatki piersiowej AP i boczne, RTG ręce i stopy, USG zajętej ręki lub stopy, MRI zajętej ręki lub stopy (opcjonalnie), RTG stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie), MRI stawów krzyżowo-biodrowych (opcjonalnie), • ocena wyników leczenia w programie (Rejestr WZS), skierowanie do poradni reumatologicznej w bliskości zamieszkania pacjenta II Moduł – rehabilitacja obejmuje: 1) rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną według indywidualnego planu rehabilitacyjnego prowadzoną w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. W ramach tego modułu realizowana jest konsultacja dietetyczna i psychologiczna. Podmiot koordynujący odpowiada za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji, a także zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej. Na potrzeby realizacji skoordynowanych działań związanych z KORD świadczeniodawca wyznacza: • koordynatora terapii - lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii, zatrudniony w ośrodku koordynującym, odpowiedzialny za ustalenie indywidualnego planu leczenia oraz za zakwalifikowanie i dyskwalifikację świadczeniobiorcy do lub z opieki koordynowanej, • asystenta opieki - osoba z wykształceniem medycznym lub absolwent studiów na kierunku zdrowie publiczne (licencjat lub magister zdrowia publicznego) zgłoszona do rejestru absolwentów prowadzonego przez NIZP-PZH. Do obowiązków takiej osoby należy: wstępna preselekcja pacjentów na podstawie telefonicznej ankiety, ustalanie terminów badań diagnostycznych, prowadzenie dokumentacji sprawozdawczej.
2.3.	Zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia: reumatologia, rehabilitacja medyczna
2.4.	Warunki i etapy finansowania świadczenia	Rozliczenie pacjenta zakwalifikowanego do opieki kompleksowej następuje po wykonaniu każdej z porad oraz ustaleniu indywidualnego planu leczenia dla pacjenta. Z wykorzystaniem: • Stawki kapitałowej

		• Opłaty za usługę • Dodatku motywacyjnego • Dodatku za koordynację Produkty jednostkowe do rozliczania świadczeń z zakresu: Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów - realizowanych w ramach poszczególnych modułów, określone są w katalogu produktów rozliczeniowych dedykowanych do rozliczania świadczeń kompleksowych, stanowiącym załącznik nr 1k do zarządzenia. Finansowanie poszczególnych modułów kompleksowej opieki, realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów, obejmuje: w zakresie I Modułu: reumatologiczną opiekę specjalistyczną w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia, obejmującą: a) co najmniej 6 porad lub hospitalizacji u pacjenta w okresie objęcia KOWZS – rozliczanych ryczałtem po ich zrealizowaniu w ramach produktu w katalogu świadczeń kompleksowych, b) poradę specjalistyczną wraz z przeprowadzeniem bilansu opieki u pacjenta kończącego opiekę w ramach KOWZS wraz z przekazaniem danych sprawozdawczych do Krajowego Rejestru Pacjentów z Wczesnym Zapaleniem Stawów (badania i ocena stanu klinicznego) – rozliczaną w ramach produktu rozliczeniowego: „Specjalistyczna opieka reumatologiczna - bilans opieki” z katalogu świadczeń kompleksowych. w zakresie II Modułu: a) rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną według indywidualnego planu leczenia rozliczaną w ramach z katalogu świadczeń kompleksowych, w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji w ciągu 14 dni od kwalifikacji pacjenta do KOS-WZS rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest o współczynnik 1,1. Zasady rozliczania świadczeń w ramach KOWZS: 1) Poszczególne elementy opieki kompleksowej, realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjenta w ramach leczenia szpitalnego, rehabilitacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowane w ramach umowy w rodzaju leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe, rozliczane są w następujący sposób: – każdorazowo po realizacji porady specjalistycznej, – po zakończeniu indywidualnego programu rehabilitacji. W sytuacji, gdy ze względów medycznych niemożliwe było zrealizowanie u pacjenta wszystkich świadczeń wynikających z indywidualnego planu leczenia, wówczas rozliczeniu podlegają wyłącznie elementy opieki kompleksowej dotychczas zrealizowane u pacjenta (bez uwzględnienia współczynników jakościowych). 2) Po spełnieniu określonych warunków, przy ostatnim etapie rozliczania KOWZS uwzględnia się współczynniki jakościowe: a) jeżeli pacjentowi (czynnnemu zawodowo) w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOWZS nie zostanie wydane zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu WZS, wówczas przy ostatnim etapie rozliczania KOWZS wartość zrealizowanych w ramach modułu, korygowana jest o współczynnik 1,05; b) w przypadku realizacji w terminie porad rozliczenie korygowane o współczynnik 1,15; c) w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji
--	--	--

		w ciągu 14 dni od rozpoczęcia programu rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest o współczynnik 1,1. d) jeżeli pacjent w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOWZS uzyska remisję choroby lub niską aktywność definiowaną dla danej choroby, wówczas w ostatnim etapie rozliczenia wartość zrealizowanych świadczeń w ramach modułu, korygowana jest o współczynnik 1,1. e) jeżeli pacjent w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOWZS uzyska remisję choroby lub niską aktywność i remisja lub niska aktywność jest =, lub > niż 2 lata po zakończeniu programu, wówczas w ostatnim etapie rozliczenia wartość zrealizowanych świadczeń w ramach modułu korygowana jest o współczynnik 1,15 f) jeżeli czas hospitalizacji pacjenta w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOWZS (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podania leczenia) wynosi poniżej 7 osobodni, wówczas w ostatnim etapie rozliczenia wartość zrealizowanych świadczeń w ramach modułu, korygowana jest o współczynnik 1,1. g) jeżeli liczba hospitalizacji pacjenta w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOWZS (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podania leczenia) wynosi poniżej 2 razy, wówczas w ostatnim etapie rozliczenia wartość zrealizowanych świadczeń w ramach modułu, korygowana jest o współczynnik 1,1. h) jeżeli u pacjenta na zakończenie programu KOWZS ból został zredukowany o 90%, to wówczas w ostatnim etapie rozliczenia, wartość zrealizowanych świadczeń w ramach modułu, korygowana jest o wskaźnik 1,1. 3) Kwota na finansowanie KOWZS obejmuje procedury (wykonywane w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym) wskazane w przepisach rozporządzenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji, oraz w niniejszym zarządzeniu, nie uwzględnia natomiast świadczeń w innych dziedzinach medycyny, związanych ze schorzeniami innych narządów.
2.5.	Pozostałe zasady rozliczania	W przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KOWZS, Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, w sytuacji pacjenta włączonego do kompleksowej opieki, świadczeń będących przedmiotem tej umowy, tj. świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem chorób zapalnych stawów i tkanki łącznej, rehabilitacją, opieką ambulatoryjną, w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalnego (typ umowy - 03/01), AOS (typ umowy - 02/01), oraz rehabilitacji leczniczej (typ umowy 05), zgodnie z przepisami odpowiednich zarządzeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej.
3	Dane do sprawozdawczości	
		Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	
		Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego (PTR) i Europejskiej Ligi Walki z Reumatyzmem (EULAR) dotyczącymi postępowania z chorobami zapalnymi stawów i

		tkanki łącznej.
5.	Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń	
		Monitorowanie i ewaluacja programu opieki kompleksowej nad wczesnym zapaleniem stawów będzie obejmowała zarówno wskaźniki dotyczące jakości opieki nad pacjentem na poziomie ośrodka realizującego program opieki kompleksowej, jak i wskaźniki dotyczące efektów leczenia. Podmiot koordynujący zobowiązany jest do obowiązkowego sprawozdawania do Krajowego Rejestru Pacjentów z Wczesnym Zapaleniem Stawów po 12 miesiącach realizacji KOWZS, danych umożliwiających określenie następujących wskaźników: – średnia i mediana czasu od rozpoznania do włączenia leczenia modyfikującego przebieg choroby; – średnia i mediana częstości hospitalizacji; – odsetek pacjentów, u których hospitalizacja wyniosła poniżej 7 osobodni (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia); – średnia i mediana długości hospitalizacji (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia); – odsetek pacjentów, u których hospitalizacja wyniosła powyżej 10 osobodni (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia); – odsetek pacjentów, u których liczba hospitalizacji wyniosła poniżej 2 razy (z wyłączeniem hospitalizacji wynikającej z kwalifikacji pacjenta do programu lekowego i podaniem leczenia); – średnia i mediana liczby pacjentów konsultowanych przez specjalistów poza programem pilotażowym; – średnia i mediana liczby konsultacji u pacjenta w ramach programu pilotażowego; – odsetek pacjentów rehabilitowanych w ramach oddziału stacjonarnego; – średnia i mediana osobodni w oddziale stacjonarnej rehabilitacji; – odsetek pacjentów, u których uzyskano remisję lub niską aktywność choroby, definiowaną dla danej choroby; – odsetek pacjentów, u których uzyskano remisję lub niską aktywność choroby powyżej 2 lat; – odsetek chorych którym wystawiono zwolnienie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy z powodu choroby zapalnej stawów; – odsetek pacjentów, którzy zostali włączeni do programu lekowego. – odsetek pacjentów, u których ból został zredukowany do 90%.

ZAŁĄCZNIK 7.

PAKIET BADAŃ DODATKOWYCH.

BADANIA IMMUNOLOGICZNE W DIAGNOSTYCE, MONITOROWANIU I RÓŻNICOWANIU ZAPALNYCH CHOROÓB REUMATYCZNYCH.

Wykrycie autoprzeciwciał jest kluczowe w diagnostyce i monitorowaniu zapalnych chorób reumatycznych takich jak:

- a. reumatoidalne zapalenie stawów: RF, anty-CCP
- b. zespół Sjögrena: ANA, anty Ro-52
- c. toczeń rumieniowaty układowy : ANA, ds. DNA, Sm, anty-SSA, anty-SSB, anty r RNP
- d. zapalenie wielomięśniowe/skórno-mięśniowe: Jo-1, Mi-2, SRP
- e. twardzina uogólniona: SCL70, anty-polimerazie RNA, PM-Scl
- f. twardzina miejscowa: przeciw-centromerowe
- g. mieszana choroba tkanki łącznej: U1RNP
- h. zapalenie naczyń z ziarniniakowatością: cANCA, pANCA
- i. zespół antyfosfolipidowy : przeciwciała antyfosfolipidowe, przeciw-β2 glikoproteinie
- j. krioglobulinemia : krioglobuliny

W wielu przypadkach konieczne jest też wykonanie dodatkowych autoprzeciwciał w diagnostyce różnicowej u chorych z niejasnym obrazem chorobowym np. oznaczenie stężenia immunoglobulin G4 w przypadku podejrzenia choroby IgG4 zależnej w diagnostyce różnicowej zespołu Sjögrena, czy podejrzeniu współistniejącemu autoimmunologicznego zapalenia wątroby (przeciwciała przeciwjądrowe (ANA), przeciwko mięśniom gładkim (ASMA), przeciwko antygenowi mikrosomalnemu wątroby i nerek (anty-LKM), i antygenowi rozpuszczalnemu wątroby (anty-SLA)) lub pierwotnej marskości żółciowej wątroby (przeciwciała przeciw-mitochondrialne AMA).

Wartość diagnostyczna tych badań zależna jest od metodyki ich wykonywania, gdyż zła metodyka wykonywania może powodować wyniki fałszywie ujemnie jak i fałszywie dodatnie.

International Consensus on ANA Patterns oraz Autoantibody Standardization Committee (WHO), a także European Consensus Finding Study Group on Laboratory Investigation in Rheumatology zostały opublikowane wytyczne dotyczące rekomendowanych metod oznaczania tych autoprzeciwciał.

Etap I – stanowi wykonanie testy przesiewowego w kierunku obecności przeciwciał ANA

Używane testy powinny cechować się bardzo wysoką czułością i dlatego standardem powinno być zastosowanie techniki immunofluorescencji pośredniej (IIF). Przy użyciu tej techniki ocenia się tzw. „wzór świecenia”, na podstawie którego można wstępnie ukierunkować dalszą diagnostykę i zlecać badania.

Koszty wytworzenia badania przy zastosowaniu techniki immunofluorescencji pośredniej (IIF) dla NIGRiR (tzw. „cena wewnętrzna” bez marży):

1. Oznaczenie przeciwciał przeciwjądrowych metodą immunofluorescencji pośredniej (IIF), na substracie komórkowym linii HEp-2 (określenie miana i wzoru świecenia zaczynając od miana przesiewowego 1:80) – 39,91 zł

2. Oznaczenie metodą immunofluorescencji pośredniej (IIF) przeciwciała przeciwko mięśniom gładkim, na substracie z żołądka szczura (określenie miana) – 38,55 zł

3. Oznaczenie metodą immunofluorescencji pośredniej (IIF) przeciwciała przeciwko komórkom okładzionym żołądka, na substracie z żołądka szczura (określenie miana) - 38,55 zł

4. Oznaczenie metodą immunofluorescencji pośredniej (IIF) przeciwciała przeciwko błonie podstawnej kłębuszków nerkowych, na substracie z nerki małpy (określenie miana) – 49,80 zł

5. Oznaczenie metodą immunofluorescencji pośredniej (IIF) przeciwciała przeciwmitochondrialnych na substracie z nerki małpy (określenie miana) - 38,55 zł

6. Oznaczenie metodą immunofluorescencji pośredniej przeciwciała dla granulocytów obojętnochłonnych, na substracie z granulocytów ludzkich obojętnochłonnych utrwalanych etanolem, formaliną oraz na substracie komórkowym linii HEP-2 (określenie wzoru świecenia) – 37,55 zł

Etap II - W przypadku otrzymania dodatniego wyniku na etapie I wykonanie badań wykrywające przeciwciała swoiste antygenowo charakterystyczne dla danej choroby i znajdujące się w kryteriach diagnostycznych. Wszystkie techniki wykorzystywane w tych badaniach powinna cechować wysoka swoistość.

Rekomendowane są metody ELISA, immunofluorymetryczne (EIA), chemiluminescencyjne, blottingu (western blot i dot-blot).

Koszty wytworzenia badania typy blottingu (western blot i dot-blot) dla NIGRiR (tzw. „cena wewnętrzna” bez marży):

1. ANA profil ppj (minimalny zestaw antygenów: nRNP/Sm; Sm; Ro-52; SS-A; SS-B; Scl-70; PM-Scl; Jo-1; centromery białko B; PCNA; dsDNA; nukleosomy; histon; rybosomalne białko P; AMA M2) – 95,84 zł

2. ANA profil ppj z DFS 70 (minimalny zestaw antygenów: nRNP/Sm; Sm; Ro-52; SS-A; SS-B; Scl-70; PM-Scl; Jo-1; centromery białko B; PCNA; dsDNA; nukleosomy; histon; rybosomalne białko P; AMA M2, DFS 70) – 106,99 zł

3. ANA profil ppj z podjednostkami U1RNP (minimalny zestaw antygenów: nRNP/Sm; Sm; Ro-52; SS-A; SS-B; Scl-70; PM-Scl; Jo-1; centromery białko B; PCNA; dsDNA; nukleosomy; histon; rybosomalne białko P; AMA M2, RNP 70; RNP A; RNP C) – 143, 44 zł

4. Profil w kierunku autoimmunologicznych chorób wątroby (minimalny zestaw antygenów: AMA m2; BPO; SP 100; PML; gp210; LKM-1; LC-1; SLA/LP; podjednostka Ro-52) – 122,63 zł

5. Profil w kierunku twardziny (minimalny zestaw antygenów: Scl-70; CENP a; CENP b; RP11; RP155; Fibrylaryna; NOR-90; Th/To; PM-Scl-100; PM-Scl 75; Ku; PDGFR; podjednostka Ro-52) – 170, 94 zł

6. Profil w kierunku zapalenia mięśni (minimalny zestaw antygenów: Mi-2 a; Mi- 2 b; TIF 1g; MDA5; NXP2; SAE1; Ku; Pm-Scl-100; Pm-Scl 75; Jo-1; SRP; PL-7; PL-12; EJ; Oj oddzielnie) – 148,34 zł

Koszty wytworzenia badania do oznaczania przeciwciał monoswoistych przy użyciu metod ELISA, immunofluorymetrycznych (EIA), chemiluminescencyjnych, dla NIGRiR (tzw. „cena wewnętrzna” bez marży):

1. Przeciwciał przeciwko dsDNA – 28,72 zł
2. Przeciwciał przeciwko Ro52 – 28,87 zł
3. Przeciwciał przeciwko Ro60 – 28, 18 zł
4. Przeciwciał przeciwko SSB – 28,87 zł
5. Przeciwciał przeciwko Scl-70 – 43,62 zł
6. Przeciwciał przeciwko Jo-1 – 41,14 zł
7. Przeciwciał przeciwko DFS70 – 48,92 zł
8. Przeciwciał przeciwko PR3 – 29,58 zł
9. Przeciwciał przeciwko MPO – 29,47 zł
10. Przeciwciał przeciwko Sm – 54,20 zł
11. Przeciwciał przeciwko centromerom-centromerowe białkoB – 44,08 zł
12. Przeciwciał przeciwko U1RNP – 24,29 zł
13. Przeciwciał przeciwko PM-Scl – 39,24 zł
14. Przeciwciał przeciwko GBM – 76,10 zł
15. Przeciwciał przeciwkoRipoB – 98,83 zł
16. Przeciwciał antykardiolipidowych w klasie IgG i IgM ((każda oddzielnie) - 12,70 zł
17. Przeciwciał przeciw β 2 glikoproteinie klasie IgG i IgM ((każda oddzielnie) - 43,80 zł
18. Przeciwciał o aktywności antykoagulantu tocznia – 15,08 zł

Dodatkowymi badaniami podrażającymi koszty diagnostyki i leczenia zapalnych chorób reumatycznych są badania w kierunku współistniejącego zakażenia gruźlicą, gdzie zastosowanie leczenia immunosupresyjnego lub glikokortykosteroidami może uaktywnić utajone zakażenie Tbc

Koszty jednego badania w kierunku utajonego zakażenia Tbc – Quaniteron – 149,50 zł

Często wymagane jest również wykluczenie innego przetrwałego zakażenia poprzez oznaczenie stężenia prokalcytoniny.

Koszt 1 badania oznaczenia stężenia prokalcytoniny: 49, 20 zł

W ostatnich latach zmieniły się też kryteria diagnostyczne dla dny moczanowej. W ramach aktualnie obowiązujących kryteriów znajduje się badanie USG stawu podejrzanego o dnawę zapalenia oraz badanie tomografii komputerowej podwójnej energii tzw. dual Energy CT.

Cena badania USG jednego stawu: 150 PLN

NIGRiR jest jedynym w Polsce szpitalem wykonującym diagnostykę dny moczanowej przy użyciu dual Energy-CT co zwiększa prawdopodobieństwo wczesnego, prawidłowego rozpoznania tej choroby.

Cennik:

250 zł za 1 okolicę porównawczą, np.:

stawy barkowe- 250 zł

stawy łokciowe 250 zł

stawy rąk i nadgarstkowe 250 zł

stawy biodrowe 250 zł

stawy kolanowe 250 zł

stawy stóp i skokowe 250 zł

Całe kończyny górna 400 zł

Całe kończyny dolne 400 zł



Fundacja Eksperci dla Zdrowia
ul. Marymoncka 14 lok. 30, 01- 867 Warszawa
mob 502 709 282,
e-mail: mdomanska@ekspercidlazdrowia.pl
www.ekspercidlazdrowia.pl