



ZMIANY SYSTEMOWE W OPIECE NAD PACJENTEM Z WCZESNYM ZAPALENIEM STAWÓW

Raport opracowany przez:
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej
Fundację Ekspertów dla Zdrowia
Warszawa, wrzesień 2019 r.

e- ISBN 978-83-956149-7-2



EFZ eksperci
dla zdrowia



NARODOWY INSTYTUT
GERIATRII, REUMATOLOGII
I REHABILITACJI
IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE REUMATOLOGII

Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. Tadeusza Sokołowskiego

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

Opinia dotycząca programu Wczesne zapalenie stawów. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem

Wprowadzenie zaproponowanych rekomendacji poprawi dostęp do świadczeń specjalistycznych chorych na zapalenie stawów. Wczesne rozpoznanie i leczenie w czasie pierwszych 12 tygodni od rozpoznania wg ekspertów jest podstawą sukcesu w leczeniu chorych na zapalenie stawów.

Zaletą programu jest potraktowanie tych pacjentów priorytetowo w dostępie do specjalisty reumatologa. Obecnie AOTMiT przeprowadził analizę dotyczącą kosztów diagnostyki 12 grup chorych na choroby reumatyczne. Zostało to wypracowane przez AOTMiT, konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii i grupę ekspertów przy konsultancie reumatologii oraz członków Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

Wypracowane zmiany mają na celu przesunięcie diagnostyki przeprowadzanej w warunkach szpitalnych na korzyść diagnostyki ambulatoryjnej. Zapalenia stawów znajdują się już w takim programie. Wycena jest adekwatna do ponoszonych kosztów na wczesną diagnostykę zapaleń stawów. Jeżeli program zostanie zatwierdzony przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia, będzie to bardzo korzystna zmiana. Jednocześnie będzie ona w dużej mierze zgodna z proponowanymi rekomendacjami dotyczącymi kompleksowej opieki nad chorymi na zapalenie stawów. Proponowany program jest zgodny z propozycjami EULAR.

Zaproponowany program zapewnia opiekę kompleksową, tj. diagnostykę i leczenie u jednego świadczeniodawcy, rehabilitację leczniczą i stałą kontrolę reumatologiczną.

Wszystkie te działania powinny także przyczynić się do oszczędności w systemie opieki zdrowotnej oraz zmniejszenia kosztów społecznych chorób zapalnych stawów.

Należy mieć nadzieję, że przedstawiony w niniejszej publikacji program zostanie zatwierdzony i będzie mógł być realizowany.

Zi poważaniem
Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko
Konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii

e- ISBN 978-83-956149-7-2

Autorzy Raportu:

NARODOWY INSTYTUT GERIATRII, REUMATOLOGII I REHABILITACJI

im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher (NIGRiR)

dr n. med. Marek Tombarkiewicz – dyrektor NIGRiR

prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska – zastępca dyrektora NIGRiR ds. Klinicznych,
kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów

dr hab. n. med. Beata Tarnacka – kierownik Kliniki Rehabilitacji NIGiR

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

Andrzej Śliwczyński – zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej
Narodowego Funduszu Zdrowia

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE REHABILITACJI MEDYCZNEJ

prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher

21 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY

SP ZOZ w Busku-Zdroju

Mdr n. med Bernard Solecki – dyrektor 21 Wojskowego Szpitala
Uzdrowskowo-Rehabilitacyjnego SP ZOZ w Busku-Zdroju

dr Agnieszka Nitera-Kowalik - kierownik Zakładu Przyrodoleczniczego,
21 Wojskowego Szpitala Uzdrowskowo-Rehabilitacyjnego SP ZOZ w Busku-Zdroju

FUNDACJA EKSPERCI DLA ZDROWIA

Marzena Domańska-Sadynica - ekspert ochrony zdrowia, prezes Fundacji Eksperci
dla Zdrowia, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego

Magdalena Wiciak-Obrębska – doradca prawny, Fundacja Eksperci dla Zdrowia

Jerzy Gryglewicz – ekspert ochrony zdrowia, Fundacja Eksperci dla Zdrowia,
Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego

RECENZJA RAPORTU

prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko – Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii,
prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Spis treści:

1. Wstęp	6
2. Recenzja Konsultanta Krajowego w dziedzinie reumatologii	10
3. Epidemiologia wczesnych zapaleń stawów	11
4. Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów	19
5. Projekt Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS.	28
6. Spis wymaganych Załączników	46
7. Warunki wymagane do zawarcia umowy- Załącznik nr 1- Projekt	47
8. Formularz indywidualnego planu leczenia w ramach KOWZS - Załącznik nr 9- Projekt	49
9. Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS)- Załącznik nr 11 - Projekt	52
10. Opis świadczenia - Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowskiego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z Wczesnym Zapaleniem Stawów (KOWZS) - Projekt.....	63

1 Wstęp

Raport jest podsumowaniem ponad rocznej pracy Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz Fundacji „Eksperti dla Zdrowia” dotyczącej wypracowania modelu kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS).

Niniejszy Raport pt.: *„Zmiany systemowe w opiece nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów”* jest aktualizacją Raportu z ubiegłego roku pt.: *„Wczesne zapalenia stawów – rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem”* zawierającym propozycję rozwiązań z zakresu kompleksowej opieki specjalistycznej.

W lipcu 2019 roku opublikowane zostało Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM (kompleksowa opieka w stwardnieniu rozsianym), co spowodowało konieczność opracowania nowego projektu zarządzenia wprowadzającego model kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów.

Drugą przesłanką aktualizacji Raportu, była konieczność uzupełnienia świadczeń z rodzaju rehabilitacja lecznicza o nowe rozwiązanie, jakim jest rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowiskowego. W opracowaniu świadczenia rehabilitacyjnego wykorzystano praktyczne doświadczenia dr n. med. Bernarda Soleckiego i dr Agnieszki Nitery- Kowalik z 21 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego SP ZOZ w Busku – Zdroju. Projekt nowego świadczenia rehabilitacyjnego został skonsultowany przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie rehabilitacji medycznej prof. dr hab. n. med. Piotra Majchera.

Ponadto, dzięki prof. dr hab. n. med. Brygidzie Kwiatkowskiej w niniejszym opracowaniu przedstawiono aktualne *„Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów”*.

Dane dotyczące epidemiologii wczesnych zapaleń stawów zostały opracowane przez dr n. o zdr. Andrzeja Śliwczyńskiego, zastępcę dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia.

Autorzy raportu z zadowoleniem odnotowują merytoryczną współpracę z przedstawicielami Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, mającą na celu poprawę jakości i skuteczności leczenia chorych na wczesne zapalenie stawów przez wprowadzenie nowego kompleksowego modelu leczenia.

Pacjenci dotychczas nieleczeni (pierwszorazowi) będą traktowani priorytetowo – „szybka ścieżka” realizowana w ramach rozwiązań przewidzianych dla kompleksowej opieki specjalistycznej dla pacjentów wymagających szybkiej diagnostyki i leczenia w dedykowanych do tego celu 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 umożliwi 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 długookresowej niezdolności do pracy.

Proponowane rozwiązanie jest w pełni zgodne z obecną koncepcją Ministra Zdrowia, która zakłada zwiększenie dostępu do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów dotychczas niediagnostowanych 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 Zapalenie 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 tym rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach szpitala uzdrowiskowego.

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.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowiskowego będzie realizowana po uzyskaniu u pacjenta poprzez leczenie farmakologiczne, ustąpienia ostrych objawów zapalenia stawu i indywidualnym ustaleniu terminu turnusu w szpitalu uzdrowiskowym o profilu leczniczym: choroby reumatyczne.

Ważnym elementem świadczenia jest wymóg opracowania planu leczenia pacjenta dla ośrodka koordynującego, który kwalifikuje pacjentów do leczenia w ramach kompleksowego świadczenia.

W przypadku świadczeń kompleksowych NFZ przewiduje wprowadzenie współczynników jakościowych uzależniających możliwość zwiększenia wartości sfinansowanych świadczeń od uzyskanych efektów leczenia. Dodatkowa premia będzie wypłacana świadczeniodawcy, jeżeli czynnemu zawodowo pacjentowi w ciągu 12 miesięcy od wdrożenia programu leczenia nie zostanie wypisane zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby zapalnej stawów.

Istotnym elementem świadczeń kompleksowych jest także ich monitorowanie, możliwe dzięki wprowadzeniu obowiązku sprawozdawania danych do odpowiedniego Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów. W związku z powyższym należy założyć konieczność wprowadzenia nowego rejestru medycznego. Projekt takiego rejestru zaprezentowano w raporcie pt.: „*Wczesne zapalenia stawów – rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem*” z 2018 roku.

Autorzy niniejszego Raportu mają nadzieję, że dane i analizy ujęte w obydwu Raportach oraz zaprezentowany model Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenia Stawów (KOWZS) będzie przydatny przy tworzeniu rozwiązań poprawiających skuteczność leczenia w Polsce.

2 Recenzja Konsultanta Krajowego w dziedzinie reumatologii

Wprowadzenie zaproponowanych rekomendacji poprawi dostęp do świadczeń specjalistycznych chorych na zapalenie stawów. Wczesne rozpoznanie i leczenie w czasie pierwszych 12 tygodni od rozpoznania według ekspertów jest podstawą sukcesu w leczeniu chorych na zapalenie stawów. Zaletą programu jest potraktowanie tych pacjentów priorytetowo w dostępie do specjalisty reumatologa.

W 2018 roku Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) przeprowadziła analizę dotyczącą kosztów diagnostyki 12 grup chorych na choroby reumatyczne. Zostało to wypracowane przez AOTMiT i konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii i grupy ekspertów przy konsultancie reumatologii i członków Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Wypracowane zmiany mają na celu przesunięcie diagnostyki przeprowadzanej w warunkach szpitalnych na korzyść diagnostyki ambulatoryjnej. Zapalenia stawów znajdują się już w takim programie. Wycena jest adekwatna do ponoszonych kosztów na wczesną diagnostykę zapaleń stawów. Jeżeli program zostanie zatwierdzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia będzie to bardzo korzystna zmiana. Jednocześnie będzie w dużej mierze zgodny z proponowanymi rekomendacjami dotyczącymi kompleksowej opieki nad chorymi na zapalenie stawów. Proponowany program jest zgodny z propozycjami EULAR.

Zaproponowany program zapewnia opiekę kompleksową tj. diagnostykę i leczenie u jednego świadczeniodawcy, rehabilitację leczniczą, stałą kontrolę reumatologiczną.

Wszystkie te działania powinny przyczynić się do oszczędności w systemie opieki zdrowotnej oraz zmniejszenia kosztów społecznych chorób zapalnych stawów.

Należy mieć nadzieję, że taki program zostanie zatwierdzony i będzie mógł być zrealizowany.

Prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko
Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii

3 Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce – wybrane aspekty

W celu dokonania analizy występowania chorób zapalnych stawów w Polsce autorzy raportu – na potrzeby niniejszego opracowania – uzyskali dane z centrali Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące niżej wymienionych jednostek chorobowych, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems):

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

Z danych zawartych w sprawozdaniach świadczeniodawców realizujących umowy z NFZ wynika, że ogólna liczba pacjentów dotkniętych chorobami zapalnymi stawów w latach 2015–2017 wyniosła 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

3 Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce - wybrane aspekty

Tabela 2. Ogólna liczba pacjentów z chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017 (według województw)

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

Tabela 3. Liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	2015	2016	2017
L40.5	6 533	7 370	8 321
M02	25 554	24 987	22 990
M05	153 521	155 513	155 038
M06	109 890	108 197	104 632
M07	25 058	26 487	27 150
M13	258 060	262 359	255 997
M32	16 188	16 020	16 188
M35	42 249	45 850	48 598
M45	28 660	28 455	27 717
M46.1	2 105	2 381	2 438

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Największą liczbę pacjentów odnotowano w województwach: mazowieckim (średnio ok. 78 tysięcy), śląskim (ok. 74 tysięcy) oraz wielkopolskim (ok. 54 tysięcy), natomiast najmniej pacjentów – w województwie lubuskim (średnio ok. 12 tysięcy), opolskim (ok. 13 tysięcy) oraz podlaskim (ok. 19 tysięcy). Szczegółowe dane zawiera tabela 2.

Do najczęściej występujących chorób zapalnych stawów, sprawozdawanych przez świadczeniodawców, którzy realizowali umowy z NFZ w latach 2015-2017, należą: M13 – Inne zapalenia stawów (ok. 260 tysięcy w ciągu roku), M05 – Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 155 tysięcy) oraz M06 – Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 108 tysięcy). Szczegółowe dane zawiera tabela 3.

2.1. Występowanie chorób zapalnych stawów w poszczególnych województwach

W latach 2015-2017 w województwie dolnośląskim (patrz tabela 4) najczęściej sprawozdawano występowanie następujących chorób zapalnych stawów: M13 – Inne zapalenia stawów (ok. 15 tysięcy w ciągu roku), M05 – Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 11 tysięcy) oraz M06 – Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 10 tysięcy).

W latach 2015-2017 w województwie kujawsko-pomorskim świadczeniodawcy najczęściej sprawozdawali rozpoznanie następujących chorób zapalnych stawów: M13 – Inne zapalenia stawów (ok. 11 tysięcy w ciągu roku), M05 – Serododatnie reuma-

Tabela 5. Województwo kujawsko-pomorskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

Tabela 4. Województwo dolnośląskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

Tabela 6. Województwo lubelskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

3 Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce - wybrane aspekty

toidalne zapalenie stawów (ok. 8 tysięcy) oraz M06 - Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 9 tysięcy).

Podobnie jak we wcześniej omawianych województwach, także w województwie lubelskim najczęściej wystąpiły: M13 - Inne zapalenia stawów (ok. 18 tysięcy w ciągu roku), M05 - Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 8 tysięcy) oraz M06 - Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 4 tysiące). Szczegółowe dane z woj. lubelskiego zawiera tabela 6.

Z kolei w województwie lubuskim (tabela 7) dane na temat najczęstszych rozpoznań w grupie chorób zapalnych stawów przedstawiają się następująco: M13 - Inne zapalenia stawów (ok. 5 tysięcy w ciągu roku), M05 - Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 3 tysiące) oraz M06 - Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 4 tysiące).

W latach 2015-2017 w województwie łódzkim (tabela 8) najczęściej były sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach umów zawartych z NFZ następujące choroby zapalne stawów: M13 - Inne zapalenia stawów (ok. 15 tysięcy w ciągu roku), M05 - Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 12 tysięcy) oraz M06 - Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 4 tysiące).

W województwie małopolskim (tabela 9) w omawianym okresie najczęstszymi

chorobami zapalnymi stawów były: M13 - Inne zapalenia stawów (ok. 22 tysiące

Tabela 7. Województwo lubuskie - liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

Tabela 8. Województwo łódzkie - liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

3 Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce - wybrane aspekty

w ciągu roku), M05 – Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 10 tysięcy) oraz M06 – Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 7 tysięcy).

Nie inaczej przedstawiała się sytuacja w województwie mazowieckim (patrz tabela 10). Świadczeniodawcy realizujący umowy z NFZ dostarczyli następujące dane na temat najczęściej występujących chorób zapalnych stawów: M13 – Inne zapalenia stawów (ok. 30 tysięcy w ciągu roku), M05 – Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 24 tysięcy) oraz M06 – Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 13 tysięcy).

W latach 2015-2017 w województwie opolskim największą liczbę chorych odnotowano w zakresie następujących rozpo-

znań: M13 – Inne zapalenia stawów (ok. 5 tysięcy w ciągu roku), M05 – Serododatnie

Tabela 9. Województwo małopolskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

Tabela 10. Województwo mazowieckie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

Tabela 11. Województwo opolskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

3 Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce - wybrane aspekty

reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 3,5 tysiąca) oraz M06 - Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 3 tysiące). Szczegółowe dane z tego województwa zawiera tabela 11.

Także w województwie podkarpackim (tabela 12) najczęściej występującymi chorobami zapalnymi stawów były: M13 - Inne zapalenia stawów (ok. 21 tysięcy rozpoznań w ciągu roku), M05 - Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 8 tysięcy) oraz M06 - Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 6 tysięcy).

Na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców, realizujących umowy z NFZ w województwie podlaskim, można stwierdzić, że w okresie poddanym niniejszej analizie najczęściej wystąpiły na-

stępujące choroby zapalne stawów: M13 - Inne zapalenia stawów (ok. 10 tysięcy

Tabela 12. Województwo podkarpackie - liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

Tabela 13. Województwo podlaskie - liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

Tabela 14. Województwo pomorskie - liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

3 Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce - wybrane aspekty

w ciągu roku), M05 – Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 4 tysiące) oraz M06 – Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 3 tysiące).

Podobnie przedstawia się sytuacja w województwie pomorskim. W tym przypadku odnotowano, co następuje (patrz tabela 14): M13 – Inne zapalenia stawów (ok. 14 tysięcy pacjentów ciągu roku), M05 – Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 11 tysięcy) oraz M06 – Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 8 tysięcy).

Z kolei w województwie śląskim (tabela 15) świadczeniodawcy sprawozdawali, że u około 35 tysięcy pacjentów rocznie postawiono rozpoznanie: „Inne zapalenia stawów” (M13 wg ICD-10), M05 – Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (u ok. 18 tysięcy pacjentów), natomiast M06 – Inne

reumatoidalne zapalenia stawów (u ok. 12 tysięcy).

Tabela 15. Województwo śląskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

Tabela 16. Województwo świętokrzyskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

Tabela 17. Województwo warmińsko-mazurskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

3 Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce - wybrane aspekty

Tabela 16 zawiera dane z województwa świętokrzyskiego: rozpoznanie M13 - Inne zapalenia stawów postawiono u około 12 tysięcy chorych w każdym roku analizowanego okresu, M05 - Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów u około 6 tysięcy chorych oraz M06 - Inne reumatoidalne zapalenia stawów u około 4,5 tysiąca chorych.

W województwie warmińsko-mazurskim (tabela 17) najczęściej wystąpiły: M13 - Inne zapalenia stawów (ok. 9 tysięcy przypadków w ciągu roku), M05 - Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 5 tysięcy) oraz M06 - Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 5 tysięcy).

W latach 2015-2017 w województwie wielkopolskim (tabela 18) następujące choroby zapalne stawów występowały najczęściej: M13 - Inne zapalenia stawów (ok. 24 tysiące przypadków w ciągu roku), M05 - Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (ok. 15 tysięcy), a także M06 - Inne reumatoidalne zapalenia stawów (ok. 9 tysięcy przypadków).

Nie inaczej przedstawia się sytuacja w województwie zachodniopomorskim (tabela 19). W latach 2015- 2017 świadczeniodawcy przekazali do z NFZ następujące dane na temat częstości występowania chorób zapalnych stawów: rozpoznanie M13 - Inne zapalenia stawów postawiono u około 9 tysięcy chorych w ciągu każdego roku omawianego okresu, serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów (M05) rozpoznano u ok. 7 tysięcy pacjentów, natomiast inne reumatoidalne zapalenia sta-

wów (M06) stwierdzono u ok. 5 tysięcy chorych.

Tabela 18. Województwo wielkopolskie - liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

Tabela 19. Województwo zachodniopomorskie - liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)

ICD-10	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

4

Polskie rekomendacje 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 nieodróżnioną 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 nieodróżnioną 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 rozwinięcia 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.

Definicja choroby.

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

4 Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

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

4 Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

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 przeciwciał. Dużą nadzieję pokłada się w przeciwciałach anti-CarP (anti-carbamylated

4 Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

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 pok 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 25-30mg 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].

4 Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

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.

U niektórych chorych można posiłkować się badaniami obrazowymi takimi jak USG czy MRI w celu oceny remisji. Wiadomo bowiem, że wykazanie utrzymania 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.

4 Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

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

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

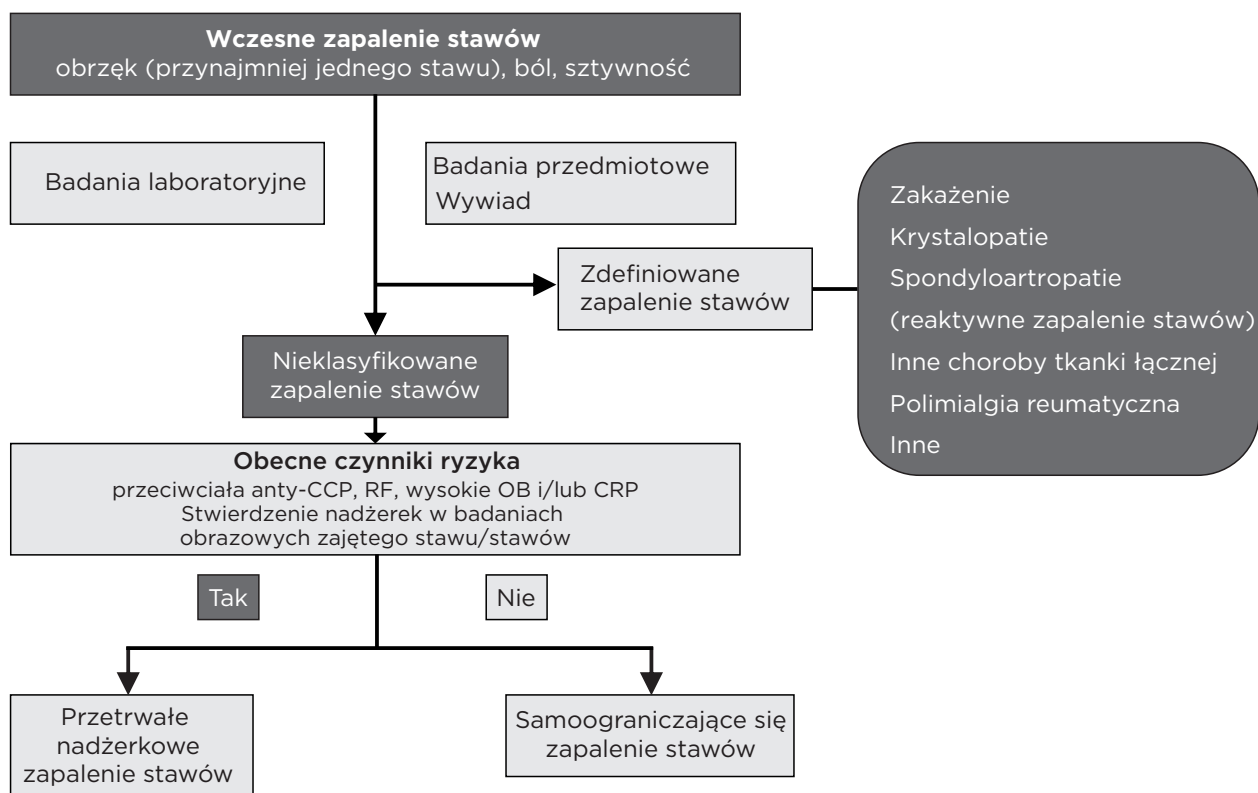
11. Opieka nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów powinna obejmować też takie ważne elementy jak:

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

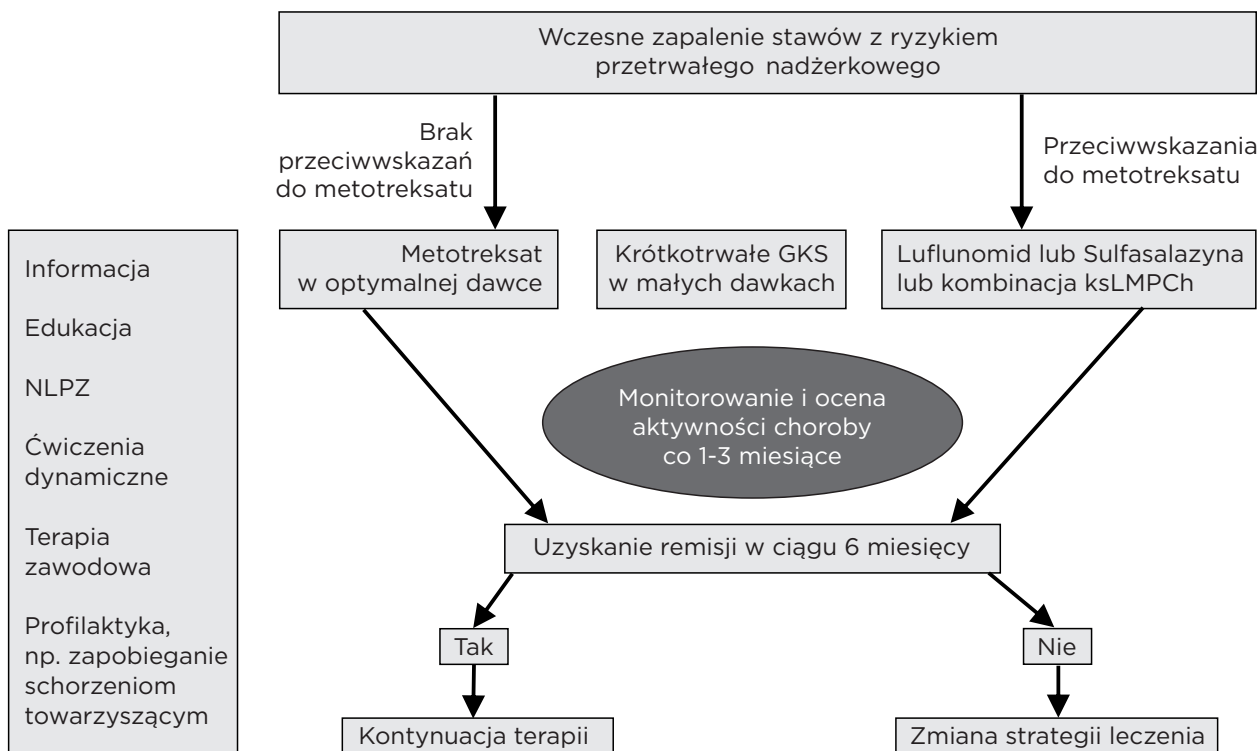
Palenie tytoniu i otyłość powodują gorszą odpowiedź na stosowane leczenie [22]. Wiadomo także, że RZS współistnieje z paradontozą i zakażenia jamy ustnej mogą sprzyjać rozwojowi tej choroby, dlatego niezwykle ważne systematyczna kontrola stanu uzębienia i likwidacja ognisk infekcji [23]. U każdego chorego 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].

4 Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.



Rysunek 1. Schemat postępowania diagnostycznego we wczesnym zapaleniu stawów (na podstawie [1]).



Rysunek 2. Schemat postępowania terapeutycznego we wczesnym zapaleniu stawów (na podstawie [1]).

4 Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

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 ABO278. 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 Steenberghe 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). *Arthritis 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.

4 Polskie rekomendacje oparte na rekomendacjach EULAR dotyczące diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

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*. 2099; 4: CD006853
20. Ekelman 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. Bacconier 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, -Dougadosd 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.

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOWZS

W niniejszym rozdziale przedstawiamy 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 ../2019/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.

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

§ 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 świad-

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

czeń 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 rozpoznany 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 łuszcycowe 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

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

§ 4. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być udzielane nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2020 r. i nie później niż do dnia 31 grudnia 2023 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 oraz rehabilitację uzdrowiskową;

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:

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

- 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 z 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 300 osób;
- 2) leczenie w ramach programów lekowych (w przypadku wskazań do tego typu terapii);

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

- 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):

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

- 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 reumatologiem:
- 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,

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

- 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 sytuacji odbycia 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,
- l) pielęgniarka.

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

§ 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;

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

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 tempa zmiany jakości życia mierzona kwestionariuszem SF-36;
- 3) średnia i mediana częstości hospitalizacji;
- 4) średnia i mediana długości hospitalizacji;
- 5) średnia i mediana liczby chorych konsultowanych przez specjalistów poza programem pilotażowym;
- 6) średnia i mediana liczby konsultacji u pacjenta w ramach programu pilotażowego;
- 7) odsetek chorych rehabilitowanych w ramach oddziału stacjonarnego;
- 8) średnia i mediana osobodni w oddziale stacjonarnej rehabilitacji;
- 9) odsetek i mediana chorych rehabilitowanych w ramach rehabilitacji uzdrowskiej;
- 10) odsetek chorych, u których uzyskano remisję lub niską aktywność choroby;
- 11) odsetek chorych którym wystawiono zwolnienie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy z powodu choroby zapalnej stawów;
- 12) odsetek pacjentów, którzy zostali włączeni do programu lekowego.

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

§ 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 odbywa 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

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

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;

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

- 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 obowiązywania 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 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

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 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

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.

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOWZS

- § 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 Upoważnień 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 wnioski, 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 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

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.

5 Projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOWZS

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**

6 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.

7 Warunki wymagane do zawarcia umowy - załącznik nr 1 - projekt

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 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 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 - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej
1.1.3 WARUNKI WYMAGANE DLA REHABILITACJI STACJONARNEJ, DZIENNEJ, AMBULATORYJNEJ - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

7 Warunki wymagane do zawarcia umowy - załącznik nr 1 - projekt

1.2 WARUNKI WYMAGANE - do zawarcia umowy	
1.2.1 Wymagania formalne	<p>Posiadanie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynującego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 neurologii - 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 pielęgniarska - 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	<p>W wyniku przeprowadzonego monitorowania zespół terapeutyczny ośrodka koordynującego podejmuje decyzję o zakończeniu lub kontynuowaniu leczenia, w tym o ewentualnym wydłużeniu leczenia.</p>

8 Formularz indywidualnego planu leczenia w ramach KOWZS – załącznik nr 9 - projekt

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)

.....

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

.....

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

.....

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

.....

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

.....

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

.....

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

.....

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

.....

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

.....

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

.....

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

.....

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

.....

16) Leczenie farmakologiczne (produkty lecznicze wraz z dawkowaniem)

.....

**8 Formularz indywidualnego planu leczenia w ramach KOWZS
- załącznik nr 9 - projekt**

17) Data kolejnej wizyty u koordynatora terapii

.....

18) Asystent opieki (imię i nazwisko oraz numer telefonu)

.....

19) Numer telefonu do kontaktów w pilnych przypadkach

.....

.....

Czytelny podpis pacjenta

.....

Oznaczenie i podpis lekarza/ koordynatora

.....

Data

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

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

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 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 Łuszczycza 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.

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapalenie stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

1.3	Określenie świadczenia	<p>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.</p> <p>Podmiotem koordynującym jest szpital posiadający oddział reumatologii, zapewniający jednocześnie wymaganą infrastrukturę do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej w dostępie, tj. przyszpitalną poradnię reumatologiczną.</p> <p>Wszystkie działania związane z opieką nad pacjentem z w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia organizuje i nadzoruje podmiot koordynujący, który:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; 3) Zapewnia odpowiednią rehabilitację zgodnie ze stanem pacjenta oraz prowadzi edukację dotyczącą stylu życia, czynników ryzyka; 4) Zapewnia i koordynuje ambulatoryjną specjalistyczną opiekę reumatologiczną; 5) Zapewnia możliwość kontaktu w godz. 8-20 (w ramach oddziału reumatologicznego) zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOWZS; 6) Odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami; 7) 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; 8) 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; 9) Po zakończeniu udzielania świadczenia w ramach KOWZS przekazuje informacje lekarzowi POZ/AOS o świadczeniach zalecanych pacjentowi.
-----	------------------------	--

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapalenie stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

1.4	Częstość występowania chorób układowych tkanki łącznej oraz liczba hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów i tkanki łącznej	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	<p>87.440 RTG klatki piersiowej</p> <p>87.441 RTG płuc - inne</p> <p>87.241 RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego</p> <p>87.242 RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego celowane lub czynnościowe</p> <p>87.231 RTG kręgosłupa odcinka piersiowego</p> <p>87.221 RTG kręgosłupa odcinka szyjnego</p> <p>87.222 RTG kręgosłupa odcinka szyjnego celowane lub czynnościowe</p> <p>88.23 RTG nadgarstka/ręki</p> <p>88.28 RTG stawu skokowego/stopy</p> <p>88.110 RTG miednicy przeglądowe</p> <p>88.26 RTG kości miednicy/stawy biodrowe - inne</p> <p>88.241 RTG kości kończyny górnej celowane lub czynnościowe</p> <p>88.291 RTG kości kończyny dolnej celowane lub czynnościowe</p> <p>88.27 RTG uda/stawu kolanowego/podudzia</p> <p>88.21 RTG kości barku i ramienia</p> <p>88.796 USG stawów rąk lub stawów stóp</p> <p>88.798 USG stawów kolanowych</p> <p>88.794 USG stawów barkowych</p> <p>88.797 USG stawów biodrowych</p> <p>88.713 USG tarczycy i przytarczyc</p> <p>88.769 USG jamy brzusznej</p> <p>88.94 Rezonans magnetyczny układu mięśniowo-szkieletowego</p> <p>88.932 Rezonans magnetyczny kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego)</p> <p>88.97 Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych</p> <p>87.411 TK klatki piersiowej bez kontrastu i z kontrastem</p> <p>88.38 Dual Energy TK</p> <p>88.981 Dwufotonowa absorpcjometria</p> <p>89.394 Elektromiografia</p> <p>99.9950 Kapilaroskopia</p> <p>89.522 Elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami</p> <p>89.521 Elektrokardiogram nieokreślony</p> <p>89.511 Elektrokardiogram z 1-3 odprowadzeniami</p> <p>88.721 Echokardiografia</p> <p>86.11 Biopsja skóry/tkanki podskórnej</p> <p>83.21 Biopsja mięśni</p> <p>26.21 Biopsja ślinianki</p>

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapalenie stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	<p>86.9 Biopsja tkanki tłuszczowej brzucha w kierunku amyloidozy</p> <p>38.99 Nakłucie żyły - inne</p> <p>I81 Białko C-reaktywne (CRP)</p> <p>C59 Odczyn opadania krwinek czerwonych</p> <p>C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów</p> <p>C53 Morfologia krwi 8-parametrowa</p> <p>C66 Płytki krwi</p> <p>M37 Kreatynina</p> <p>N13 Mocznik</p> <p>I17 Aminotransferaza alaninowa (ALT)</p> <p>I19 Aminotransferaza asparaginianowa (AST)</p> <p>L31 Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)</p> <p>I89 Bilirubina całkowita</p> <p>L11 Fosfataza alkaliczna</p> <p>L43 Glukoza z krwi żyłnej</p> <p>O35 Sód (Na)</p> <p>N45 Potas (K)</p> <p>O77 Wapń całkowity (Ca)</p> <p>O75 Wapń zjonizowany (Ca²⁺)</p> <p>L23 Fosfor nieorganiczny</p> <p>M87 Magnez całkowity (Mg)</p> <p>I97 Chlorki (Cl)</p> <p>A01 Badanie ogólne moczu (profil)</p> <p>A19 Osad moczu</p> <p>A07 Białko w moczu</p> <p>M45 Kwas moczowy</p> <p>L69 Hormon tyreotropowy (TSH)</p> <p>O69 Tyroksyna wolna (FT4)</p> <p>O55 Trijodotyronina wolna (FT3)</p> <p>O09 Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej</p> <p>O18 Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie</p> <p>I99 Cholesterol całkowity</p> <p>K01 Cholesterol HDL</p> <p>K03 Cholesterol LDL</p> <p>O49 Trójglicerydy</p> <p>M18 Kinaza fosfokreatynowa (CK)</p> <p>M21 Kinaza fosfokreatynowa, izoenzymy</p> <p>K33 Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)</p> <p>I79 Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny</p> <p>I09 Albuminy</p> <p>I77 Białko całkowite</p> <p>G21 Czas protrombinowy (PT)</p> <p>O91 Witamina D - 25 OH</p> <p>G11 Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)</p> <p>O95 Żelazo (Fe)</p> <p>88.981 Dwufotonowa absorpcjometria</p> <p>V48 Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)</p> <p>V49 Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała (potwierdzający)</p>
-----	---	--

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	<p>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 Czynniki 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 kardiolinie 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</p>
-----	---	--

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapalenie stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	<p>S 73 Chlamydia trachomatis. Przeciwciała IgG</p> <p>S 71 Chlamydia trachomatis. Przeciwciała IgA</p> <p>Antygen HLA B27</p> <p>91.83 Badania bakteriologiczne</p> <p>89.61 Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego</p> <p>93.0504 Badanie zakresów ruchów stawów obwodowych</p> <p>93.0402 Dynamometryczna ocena siły mięśni</p> <p>93.0401 Manualna ocena siły mięśniowej - Test Lovetta</p> <p>99.18 Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów</p> <p>99.218 Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie</p> <p>81.911 Aspiracja stawu</p> <p>81.92 Wstrzyknięcie leku do stawu lub więzadeł</p> <p>99.239 Wstrzyknięcie innych sterydów</p> <p>23.0105 Konsultacja specjalistyczna</p> <p>95.02 Obszerne badanie oka</p> <p>89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia</p>
1.6	Oczekiwane wyniki postępowania	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Jednoczesne wdrożenie indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej poprawi efektywność leczenia i zmniejszy ryzyko wystąpienia niepełnosprawności</p>

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

1.6	Oczekiwane wyniki postępowania	Wdrożenie KOWZS powinno także znacząco zmniejszyć liczbę hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów oraz zmniejszyć koszty społeczne tych krótko i długookresową niezdolność do pracy, ty społeczne, w tym 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	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pracownię radiologii; - pracownię rezonansu magnetycznego; - pracownię tomografii komputerowej; - pracownię USG; - poradnię specjalistyczną przyszpitalną o profilu: reumatologia, spełniającą warunki określone w lp. 28 załącznika nr 1 do rozporządzenia ambulatoryjnego, <p>Ponadto świadczeniodawca powinien spełnić dodatkowe warunki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizować co najmniej 2 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 rocznie w rodzaju leczenia i szpitalne lub AOS. <p>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.</p> <p>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:</p> <p>I Moduł - diagnostyka i terapia i monitorowanie efektów leczenia WZS obejmuje:</p> <p>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;</p>

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapalenie stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

2.2	Organizacja udzielania świadczenia	<p>2) co najmniej 6 porad specjalistycznych lub hospitalizacji według harmonogramu obejmującego wykonanie następujących procedur:</p> <p>a) Porada 1 (do 7 dni od kwalifikacji do KOWZS)</p> <ul style="list-style-type: none"> dokładny wywiad i badanie fizykalne stawów, 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). <p>b) Porada 2 ((7-14 dni od pierwszej porady)</p> <ul style="list-style-type: none"> ocena otrzymanych wyników, badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ustalenie rozpoznania i włączenie leczenia modyfikującego. <p>c) Porada 3 (80-100 dni od drugiej porady)</p> <ul style="list-style-type: none"> badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy. <p>d) Porada 4 (80 - 100 dni od trzeciej porady)</p> <ul style="list-style-type: none"> badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena remisji ACR/EULAR, badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy. <p>e) Porada 5 (80 - 100 dni od czwartej porady)</p> <ul style="list-style-type: none"> badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, badania laboratoryjne: OB, CRP, morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, badania obrazowe (opcjonalnie): USG zajętej ręki lub stopy. <p>f) Porada 6 (80 - 100 dni od piątej porady)</p> <ul style="list-style-type: none"> badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, ocena remisji ACR/EULAR, 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.
-----	------------------------------------	--

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

2.2	Organizacja udzielania świadczenia	<p>II Moduł – rehabilitacja obejmuje:</p> <p>1) rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną według indywidualnego planu rehabilitacyjnego prowadzoną w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego.</p> <p>W ramach tego modułu realizowana jest konsultacja dietetyczna i psychologiczna.</p> <p>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.</p>
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	<p>Rozliczenie pacjenta zakwalifikowanego do opieki kompleksowej następuje po wykonaniu każdej z porad oraz ustaleniu indywidualnego planu leczenia dla pacjenta.</p> <p>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.</p> <p>Finansowanie poszczególnych modułów kompleksowej opieki, realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów, obejmuje:</p> <p>w zakresie I Modułu: reumatologiczną opiekę specjalistyczną w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia, obejmującą:</p> <p>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,</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapalenie stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

2.4	Warunki i etapy finansowania świadczenia	<p>Zasady rozliczania świadczeń w ramach KOWZS:</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - każdorazowo po realizacji porady specjalistycznej, - po zakończeniu indywidualnego programu rehabilitacji. <p>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).</p> <p>2) Po spełnieniu określonych warunków, przy ostatnim etapie rozliczania KOWZS uwzględnia się współczynniki jakościowe:</p> <p>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;</p> <p>b) w przypadku realizacji w terminie porad rozliczenie korygowane współczynnik 1,15;</p> <p>c) w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji w ciągu 14 dni od rozpoczęcia programu rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest o współczynnik 1,1.</p> <p>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.</p>
2.5	Pozostałe zasady rozliczania	<p>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.</p>
3.	Dane do sprawozdawczości	
		Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz.

9 Opis uzupełniający przedmiotu umowy. Kompleksowa opieka nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - załącznik nr 11 - projekt

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
	<p>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.</p> <p>Podmiot koordynujący zobowiązany jest do obowiązkowego sprawozdania do Krajowego Rejestru Pacjentów z Wczesnym Zapaleniem Stawów po 12 miesiącach realizacji KOWZS, danych umożliwiającym określenie następujących wskaźników:</p> <ul style="list-style-type: none"> - średnia i mediana czasu od rozpoznania do włączenia leczenia modyfikującego przebieg choroby; - średnia i mediana tempa zmiany jakości życia mierzona kwestionariuszem SF-36; - średnia i mediana częstości hospitalizacji; - średnia i mediana długości hospitalizacji; - średnia i mediana liczby chorych konsultowanych przez specjalistów poza programem pilotażowym; - średnia i mediana liczby konsultacji u pacjenta w ramach programu pilotażowego; - odsetek chorych rehabilitowanych w ramach oddziału stacjonarnego; - średnia i mediana osobodni w oddziale stacjonarnej rehabilitacji; - odsetek i mediana chorych rehabilitowanych w ramach rehabilitacji uzdrowiskowej; - odsetek chorych, u których uzyskano remisję lub niską aktywność choroby; - odsetek chorych którym wystawiono zwolnienie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy z powodu choroby zapalnej stawów; - odsetek pacjentów, którzy zostali włączeni do programu lekowego.

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowiskowego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

WOPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Opis świadczenia

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowiskowego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z Wczesnym Zapaleniem Stawów (KOWZS)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu: _____ Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowiskowego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS)
1.2	Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców wymagających udzielenia świadczenia	Do rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach szpitala uzdrowiskowego kwalifikują się pacjenci z wczesnym zapaleniem stawów według rozpoznai ICD-10, w ramach Modułu II KOWZS: 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 układowy M35 Inne układowe zajęcie tkanki łącznej M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa M46 Inne zapalne choroby kręgosłupa M60 Zapalenie mięśni

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowskiego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

1.3	Określenie świadczenia	<p>choroby reumatyczne) pacjentów z wczesnym zapaleniem stawów obejmuje: badanie lekarskie, diagnostykę funkcjonalną, opiekę dietetyka i psychologa, procedury rehabilitacji ogólnoustrojowej wg kodów ICD-9, monitorowanie terapii, ewaluację efektów leczenia pacjentów z WZS.</p> <p>Rehabilitacja ogólnoustrojowa realizowana jest po uzyskaniu u pacjenta poprzez leczenie farmakologiczne, ustąpienia ostrych objawów zapalenia stawu i indywidualnym ustaleniu terminu turnusu w szpitalu uzdrowskim o profilu leczniczym: choroby reumatyczne. Czas trwania turnusu rehabilitacyjnego dla pacjentów z WZS, od trzech do czterech tygodni.</p> <p>1. Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowskiego o profilu leczniczym: choroby reumatyczne obejmuje:</p> <p>1) Zabiegi balneologiczne z wykorzystaniem naturalnych tworzyw leczniczych w uzdrowsku o profilu leczniczym: choroby reumatyczne;</p> <p>2) Zabiegi kinezyterapii: kinezyterapii miejscowej (w oparciu o ćwiczenia izotoniczne koncentryczne i ekscentryczne; izometryczne; izokinetyczne; koordynacji i równowagi z biologicznym sprzężeniem zwrotnym; reedukacji zaburzonej funkcji motorycznej lub statycznej); kinezyterapii ogólnokondycyjnej (ogólnousprawniającej na sali i w basenie rehabilitacyjnym); metod specjalnych (neurofizjologicznych, mechanicznych, edukacyjnych); wybranych technik terapii manualnej; edukacji pacjenta w aspekcie profilaktyki wtórnej, kompensacji kierowanej i/lub adaptacji.</p> <p>3) Zabiegi fizykalne z zakresu: termoterapii (zimnolecznictwa i ciepłolecznictwa); elektroterapii (z zastosowaniem prądu stałego, prądu impulsowego małej częstotliwości, prądu impulsowego średniej częstotliwości); terapii polem magnetycznym małej częstotliwości (magnetoterapii, magnetostymulacji, magnetoledoterapii, terapii sygnałem pulsacyjnym, głębokiej stymulacji elektromagnetycznej); terapii impulsowym polem elektromagnetycznym wielkiej częstotliwości; światłolecznictwa (z zastosowaniem promieniowania podczerwonego IR, promieniowania laserowego); ultrasonoterapii;</p> <p>4) Zabiegów masażu: ręcznego, mechanicznego, podwodnego, pneumatycznego;</p> <p>2. Działania lecznicze związane z kompleksową rehabilitacją pacjentów z WZS realizowane w ramach programu „Wczesne Zapalenie Stawów” obejmują:</p> <p>1) Wstępne badanie lekarskie oraz nie mniej niż 3 porady lekarskie w trakcie turnusu. Wykonanie przez fizjoterapeutę diagnostyki funkcjonalnej, co najmniej w dniu rozpoczęcia i zakończenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach szpitala uzdrowskiego;</p> <p>2) Opracowanie indywidualnego dla pacjenta, planu leczenia i rehabilitacji przez: lekarza specjalistę rehabilitacji, fizjoterapeutę (specjalistę fizjoterapii/ mgr fizjoterapii), terapeutę zajęciowego oraz pielęgniarkę (mgr pielęgniarstwa) dietetyka, psychologa oraz konieczność przeprowadzenia edukacji prozdrowotnej;</p>
-----	------------------------	--

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowskiego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

1.3	Określenie świadczenia	<p>3. W opracowanym indywidualnym planie leczenia rehabilitacyjnego należy uwzględnić:</p> <p>3.1 zabiegi balneologiczne - z wykorzystaniem naturalnych tworzyw leczniczych w uzdrowsku o profilu leczniczym: choroby reumatyczne.</p> <p>3.2 kinezyterapię miejscową: ćwiczenia bierne, ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie, ćwiczenia czynno - bierne, samo wspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne z oporem, ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia równoważne i koordynacji ruchowej z wykorzystaniem zastępczego sprzężenia zwrotnego (biofeedback), czynne ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia sprawności manualnej, ćwiczenia samoobsługi, nauka czynności lokomocyjnych, nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym;</p> <p>kinezyterapię ogólnokondycyjną: ćwiczenia zespołowe na sali, ćwiczenia zespołowe w basenie rehabilitacyjnym;</p> <p>metody specjalne: PNF, McKenzie, S-E-T, wybrane techniki terapii manualnej - odtwarzanie gry stawowej, mobilizacje stawów, poizometryczna relaksacja mięśni, stretching powięzi, stretching mięśni lub ścięgien;</p> <p>3.3 zabiegi fizykalne: krioterapia miejscowa ciekłym azotem, krioterapia ogólnoustrojowa, przeskórna elektrostymulacja nerwów (TENS), galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy Traberta, prądy interferencyjne, prądy Kotza, naświetlanie promieniami IR -miejscowe, laseroterapia, ultradźwięki, fonoforeza, pole magnetyczne małej częstotliwości, impulsowe pole elektromagnetyczne wielkiej częstotliwości;</p> <p>3.4 masaż : klasyczny -częściowy, pneumatyczny, mechaniczny;</p> <p>3.5 terapia zajęciowa - usprawnianie motoryki małej, trening funkcjonalny czynności dnia codziennego, edukacja w zakresie mechanizmów ochrony stawów;</p> <p>3.6 Łączna ilość zaplanowanych zabiegów powinna wynosić średnio nie mniej niż 5 zabiegów w dniu zabiegowym;</p> <p>4. Końcowe badanie lekarskie i fizjoterapeutyczne w kontekście ewaluacji uzyskanych efektów terapeutycznych prowadzonej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach szpitala uzdrowskiego.</p> <p>5. Całodobową opiekę specjalistyczną w ramach oddziału rehabilitacyjnego zgodnie ze schematem organizacyjnym szpitala uzdrowskiego.</p> <p>6. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.</p> <p>7. Pozostałe wymagania podmiotowe, jak w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 85/2019/DSOZ z dnia 28.06.2019, Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135), Ustawy o lecznictwie uzdrowskim, uzdrowskach i obszarach ochrony z dnia 31 maja 2017 roku.</p>
-----	------------------------	--

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowskiego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

1.4	Częstość występowania chorób układowych tkanki łącznej oraz liczba hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów i tkanki łącznej	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	<p>93.1121</p> <p>93.1121 Ćwiczenia bierne wykonywane manualnie</p> <p>93.1122 Ćwiczenia bierne redresyjne</p> <p>93.1131 Ćwiczenia czynno - bierne</p> <p>93.1132 Ćwiczenia wspomagane</p> <p>93.1139 Inne ćwiczenia z udziałem fizjoterapeuty</p> <p>93.1202 Ćwiczenia czynne wolne</p> <p>93.1204 Ćwiczenia samowspomagane</p> <p>93.1205 Ćwiczenia czynne w odciążeniu</p> <p>93.1301 Ćwiczenia izometryczne</p> <p>93.1303 Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem</p> <p>93.1304 Ćwiczenia izotoniczne</p> <p>93.1305 Ćwiczenia izokinetyczne</p> <p>93.1501 Mobilizacja odcinka szyjnego kręgosłupa</p> <p>93.1502 Mobilizacja odcinka piersiowego kręgosłupa</p> <p>93.1503 Mobilizacja odcinka lędźwiowego kręgosłupa</p> <p>93.1601 Mobilizacja małych stawów</p> <p>93.1602 Mobilizacja dużych stawów</p> <p>93.1701 Ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie</p> <p>93.1709 Inne ćwiczenia bierne</p> <p>93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe</p> <p>93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem</p> <p>93.1901 Ćwiczenia równoważne</p> <p>93.1903 Ćwiczenia sprawności manualnej</p> <p>93.1904 Ćwiczenia samoobsługi</p> <p>93.1907 Ćwiczenia zespołowe</p> <p>93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne</p> <p>93.1911 Ćwiczenia koordynacji ruchowej</p> <p>93.1912 Poizometryczna relaksacja mięśni</p> <p>93.1915 Ćwiczenia synergistyczne</p> <p>93.2204 Nauka czynności lokomocyjnych</p> <p>93.2402 Nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym</p> <p>93.27 Stretching mięśni lub ścięgien</p> <p>93.28 Stretching powięzi</p> <p>93.3301 Kąpiel wirowa kończyn górnych</p> <p>93.3302 Kąpiel wirowa kończyn dolnych</p> <p>93.3808 Metody neurofizjologiczne - Metoda PNF</p>

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowskiego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	<p>93.3810 Metody neurofizjologiczne - ćwiczenia wspomagane zastępczym sprzężeniem zwrotnym (biofeedback)</p> <p>93.3912 Masaż klasyczny - częściowy</p> <p>93.3917 Masaż mechaniczny</p> <p>93.3919 Galwanizacja</p> <p>93.3920 Jonoforeza</p> <p>93.3928 Prądy diadynamiczne</p> <p>93.3929 Prądy interferencyjne</p> <p>93.3930 Prądy TENS</p> <p>93.3931 Prądy KOTZA</p> <p>93.3932 Prądy TRABERTA</p> <p>93.3937 Naświetlanie promieniami IR - miejscowe</p> <p>93.3939 Laseroterapia</p> <p>93.3943 Ultradźwięki</p> <p>93.3944 Fonoforeza</p> <p>93.3951 Krioterapia miejscowa ciekłym azotem</p> <p>93.3953 Zawijania lub okłady borowinowe częściowe</p> <p>93.3967 Kąpiel siarczkowa</p> <p>93.3982 Pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości</p> <p>93.3983 Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości</p> <p>93.3986 Drenaż limfatyczny miejscowy</p> <p>93.83 Terapija zajęciowa</p>
1.6	Oczekiwane wyniki postępowania	<p>Rehabilitacja stanowi nieodłączny element kompleksowego leczenia chorych na wczesne zapalenie stawów na każdym etapie leczenia wspomagając osiągnięcie remisji choroby.</p> <p>Kompleksowe leczenie rehabilitacyjne w warunkach szpitala uzdrowskiego po ustąpieniu ostrych objawów zapalenia, umożliwia wykorzystanie zabiegów bodźcowych z naturalnych tworzyw leczniczych zwłaszcza zaliczanych do najsilniej działających balneologicznych kąpeli w wodach siarczkowo- siarkowodorowych stonich oraz zawijań/okładów borowinowych stymulujących mechanizmy obronne organizmu, działających przeciwbólowo, przeciwbakteryjnie, przeciwgrzybiczo i przeciwzapalnie. Równocześnie właściwie dobrane, działające synergistycznie zabiegi fizykalne, kinezyterapii i masażu sprzyjają odżywieniu chrząstki stawowej, poprawie zakresu ruchów, przywróceniu prawidłowej pracy mięśni, tworzeniu nowych wzorców ruchowych, właściwej kompensacji i umożliwiają powrót utraconych funkcji.</p> <p>Istotna jest także możliwość doboru odpowiednio zbilansowanej w zależności od preferencji żywieniowych i wskazań medycznych diety, sprzyjającej właściwemu leczeniu czy możliwość konsultacji z psychologiem oraz edukacja prozdrowotna.</p> <p>Oddziaływanie na pacjenta z WZS na wielu płaszczyznach podkreśla holistyczny charakter leczenia rehabilitacyjnego w warunkach uzdrowska i optymalne warunki do tworzenia indywidualnie dobranego, kompleksowego programu leczenia pacjentów z WZS.</p>

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowskiego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

1.6	Oczekiwane wyniki postępowania	<p>Jednoczesowe wdrożenie indywidualnego programu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach szpitala uzdrowskiego u pacjentów z WZS, poprzez zahamowanie postępu destrukcji stawów, utrzymanie optymalnego zakresu funkcji układu ruchu, obniżenie lub zniesienie dolegliwości bólowych dzięki poprawie określonych struktur (funkcji) ciała wpływa na poprawę efektywności leczenia na poziomie aktywności i uczestnictwa w życiu codziennym, zawodowym i społecznym.</p> <p>Wdrożenie kompleksowej rehabilitacji w warunkach szpitala uzdrowskiego u pacjentów z WZS zmniejsza ryzyko wystąpienia niepełnosprawności oraz koszty społeczne w tym krótko i długookresową niezdolność do pracy oraz ma wpływ na wielopłaszczyznową poprawę jakości życia chorych.</p>
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	Warunki wykonania świadczenia	<p>Zgodnie z warunkami określonymi w Zarządzeniu nr 85/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r.</p> <p>Zarządzenie 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.12.2016 r. z późniejszymi zmianami w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacji leczniczej.</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowskiego.</p>
2.2	Organizacja udzielania świadczenia	<p>Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach KOWZS spełniający rolę szpitala uzdrowskiego o profilu leczniczym: choroby reumatyczne zapewnia w strukturze organizacyjnej oddział rehabilitacyjny i/lub oddział rehabilitacji narządu ruchu.</p> <p>Oraz w ramach dostępu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stanowiska do kąpeli w wodach leczniczych, - stanowiska do zabiegów borowinowych, - gabinety kinezyterapii indywidualnej - sale/ę kinezyterapii ogólnokondycyjnej, - gabinety do zabiegów fizykalnych - basen rehabilitacyjny, - baza socjalna; - opieka lekarska, - opieka pielęgniarska, - fizjoterapeuci, - dietetyk, - psycholog, - terapeuta zajęciowy. <p>Zakład Przyrodolecznicy jest komórką organizacyjną Szpitala Uzdrowskiego.</p> <p>W skład Zakładu wchodzi dział: balneoterapii i hydroterapii, kinezyterapii, fizykoterapii i masażu oraz dział planowania zabiegów.</p>

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowiskowego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

2.2	Organizacja udzielania świadczenia	<p>Ponadto świadczeniodawca powinien spełnić dodatkowe warunki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizować co najmniej 1 umowę z NFZ na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych; - wykazać personel medyczny w tym co najmniej 1 lekarza - specjalistę w dziedzinie reumatologii, 1 lekarza - specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej i 1 lekarza - specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub 1 lekarza ze specjalizacją z balneologii/medycyny fizykalnej lub pokrewnej, co najmniej 3 fizjoterapeutów, w tym co najmniej 1 mgr fizjoterapii, terapeutę zajęciowego, psychologa, dietetyka; - wykazać realizację świadczeń z zakresu chorób narządu ruchu o podłożu zapalnym i zwyrodnieniowym dla co najmniej 150 pacjentów rocznie. <p>Opieka nad pacjentem, mająca na celu zapewnienie kompleksowości i ciągłości w optymalnym z punktu widzenia klinicznego czasie tj. po uzyskaniu w leczeniu farmakologicznym ustąpienia ostrych objawów zapalenia stawu i indywidualnym ustaleniu terminu turnusu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach szpitala uzdrowiskowego w zakresie Modułu II B - Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowiskowego o profilu leczniczym: choroby reumatyczne obejmuje:</p> <p>1) Kompleksowe leczenie i rehabilitację pacjentów z wczesnym zapaleniem stawów z wykorzystaniem specyficznych dla leczenia uzdrowiskowego metod leczenia balneologicznego z wykorzystaniem naturalnych tworzyw leczniczych w uzdrowisku o profilu leczniczym: choroby reumatyczne;</p> <p>2) Wybrane adekwatnie do stanu klinicznego oraz sprawności funkcjonalnej środki kinezyterapii:</p> <p>kinezyterapia miejscowa: ćwiczenia bierne, ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie, ćwiczenia czynno - bierne, samowspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne z oporem, ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia równoważne i koordynacji ruchowej z wykorzystaniem zastępczego sprzężenia zwrotnego (biofeedback), czynne ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia sprawności manualnej z wykorzystaniem zastępczego sprzężenia zwrotnego, ćwiczenia samoobstugi, nauka czynności lokomocyjnych, nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym;</p> <p>kinezyterapia ogólnokondycyjna: ćwiczenia zespołowe na sali, ćwiczenia zespołowe w basenie rehabilitacyjnym;</p> <p>metody specjalne: PNF, Mc Kenzie, S-E-T, Wybrane techniki terapii manualnej - odtwarzanie gry stawowej, mobilizacje stawów, poizometryczna relaksacja mięśni, stretching powięzi, stretching mięśni lub ścięgien;</p> <p>3) Wybrane adekwatnie do stanu klinicznego oraz sprawności funkcjonalnej pacjenta zabiegi fizykalne o działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym, regulującym napięcie mięśni:</p> <p>krioterapia miejscowa ciekłym azotem, krioterapia ogólnoustrojowa, przezskórna elektrostymulacja nerwów(TENS),galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy Traberta, prądy interferencyjne, prądy Kotza, naświetlanie promieniami IR -miejscowe, laseroterapia, ultradźwięki, fonoforeza, pole magnetyczne małej częstotliwości, impulsowe pole elektromagnetyczne wielkiej częstotliwości;</p>
-----	------------------------------------	---

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowskiego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

2.2	Organizacja udzielania świadczenia	<p>4) Wybrane adekwatnie do stanu klinicznego oraz sprawności funkcjonalnej metody terapii zajęciowej trening funkcjonalny czynności dnia codziennego, ćwiczenia małej motoryki edukacja w zakresie mechanizmów ochrony stawów.</p> <p>Podmiot udzielający świadczenia 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 rehabilitacyjnego</p> <p>Porada 1. Wstępne badanie lekarskie (w dniu przyjazdu pacjenta z WZS na turnus rehabilitacyjny).</p> <ul style="list-style-type: none"> • wywiad, • badanie fizykalne stawów z oceną aktywności choroby wg skali DAS 28, • ocena stopnia niesprawności i jakości życia wg kwestionariusza HAQ, SF36, • ustalenie planu leczenia i rehabilitacji. <p>a) Porada 2 (7-10 dni od pierwszej porady).</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocena stanu klinicznego pacjenta, • ocena przebiegu leczenia i rehabilitacji, • indywidualna edukacja pacjenta dotycząca stylu życia, czynników ryzyka. <p>b) Porada 3. Końcowe badanie lekarskie (7- 8 dni od drugiej porady).</p> <ul style="list-style-type: none"> • badanie fizykalne stawów z oceną aktywności choroby wg skali DAS 28, • ocena stopnia niesprawności i jakości życia wg kwestionariusza HAQ, SF36, • ewaluacja uzyskanych efektów terapeutycznych, • ocena remisji ACR/EULAR. <p>6) Co najmniej 2 porady fizjoterapeutyczne według harmonogramu obejmującego wykonanie następujących procedur :</p> <p>a) Porada 1. Diagnostyka funkcjonalna, wstępna. Ocena wg Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia - ICF (w pierwszym - drugim dniu zabiegowym)</p> <ul style="list-style-type: none"> • badanie podmiotowe - wywiad, • badanie przedmiotowe (ocena natężenia dolegliwości bólowych w skali VAS, ocena zakresu ruchomości wg SFTR w stawie objętym WZS i symetrycznym, ocena postawy ciała, ocena siły mięśniowej zespołów dynamicznych generujących ruch w stawie objętym WZS i symetrycznym w skali Lovetta, ocena obrzęków - pomiary liniowe obwodów stawów, ocena stopnia uszkodzenia chrząstki stawowej wg testu Seyfrieda), • kompleksowa, wstępna ocena pacjenta, która dotyczy funkcji i zmian strukturalnych ciała. • identyfikacja indywidualnego dla każdego pacjenta problemu na poziomie uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym w kontekście czynników środowiskowych oraz ograniczenia aktywności,
-----	------------------------------------	--

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowiskowego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

2.2	Organizacja udzielania świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> • określenie adekwatnego poziomu aktywności, który stanie się celem terapeutycznym, • wyznaczenie celów krótkoterminowych i/lub etapowych izjoterapii , • ustalenie indywidualnego planu fizjoterapii. <p>b) Porada 2. Diagnostyka funkcjonalna końcowa. Ocena wg Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia - ICF. (w pierwszym-drugim dniu zabiegowym) (14 - 15 dni od pierwszej porady)</p> <ul style="list-style-type: none"> • badanie przedmiotowe (ocena napięcia dolegliwości bólowych w skali VAS, ocena zakresu ruchomości wg SFTR w stawie objętym WZS i symetrycznym, ocena postawy ciała, ocena siły mięśniowej zespołów dynamicznych generujących ruch w stawie objętym WZS i symetrycznym w skali Lovetta, ocena obrzęków - pomiary linijne obwodów stawów), • kompleksowa, końcowa ocena pacjenta, która dotyczy funkcji i zmian strukturalnych ciała, uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym w kontekście czynników środowiskowych i aktywności, • ewaluacja uzyskanych efektów terapeutycznych i osiągniętych celów kompleksowej fizjoterapii, • edukacja pacjenta w zakresie utrwalenia efektów leczenia i profilaktyki: Indywidualny Funkcjonalny Trening Medyczny. <p>7) W ramach Modułu II B - realizowana jest konsultacja dietetyczna (dobór diety) i psychologiczna (dobór strategii radzenia sobie ze stresem). 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 uzdrowiskowego.</p>
2.3	Zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia: rehabilitacja medyczna.
2.4	Warunki i etapy finansowania świadczenia	<p>Rozliczenie pacjenta zakwalifikowanego do rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach szpitala uzdrowiskowego w ramach KOWZS następuje po wykonaniu świadczenia zgodnego z indywidualnym planem uzdrowiskowego leczenia rehabilitacyjnego .</p> <p>Produkty jednostkowe do rozliczania świadczeń z zakresu: Rehabilitacji ogólnoustrojowej z wykorzystaniem zabiegów balneologicznych w warunkach szpitala uzdrowiskowego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) w ramach II Modułu KOS WZS, określone są w katalogu produktów rozliczeniowych dedykowanych do rozliczania świadczeń kompleksowych, stanowiącym załącznik nr 1k do zarządzenia.</p> <p>Finansowanie Rehabilitacji ogólnoustrojowej z wykorzystaniem zabiegów balneologicznych w warunkach szpitala uzdrowiskowego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOSWZS) obejmuje:</p>

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowiskowego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

2.4	Warunki i etapy finansowania świadczenia	<p>w zakresie Modułu II B:</p> <p>rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną według indywidualnego planu leczenia rozliczaną w ramach z katalogu świadczeń kompleksowych, w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji w IV kwartale od kwalifikacji pacjenta do KOS-WZS rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest o współczynnik 1,1</p>
2.4	Warunki i etapy finansowania świadczenia	<p>Zasady rozliczania świadczeń w ramach KOWZS:</p> <p>1. Poszczególne elementy rehabilitacji ogólnoustrojowej.</p> <p>Zabiegi balneologiczne z wykorzystaniem naturalnych tworzyw leczniczych w uzdrowisku,</p> <p>Zabiegi fizykalne z uwzględnieniem: termoterapii (zimno i ciepłolecznictwa, elektroterapii, światłolecznictwa, magnetoterapii, ultrasonoterapii),</p> <p>Kinezyterapia (miejscowa, ogólnousprawniająca, metody specjalne) realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjenta w ramach leczenia uzdrowiskowego finansowane w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, rozliczane są w następujący sposób:</p> <p>– po zakończeniu indywidualnego programu rehabilitacji.</p> <p>W sytuacji, gdy ze względów medycznych niemożliwe było zrealizowanie u pacjenta wszystkich świadczeń wynikających z indywidualnego planu leczenia uzdrowiskowego wówczas rozliczeniu podlegają wyłącznie elementy opieki kompleksowej dotychczas zrealizowane u pacjenta (bez uwzględnienia współczynników jakościowych), zgodnie z przyjętymi zasadami rozliczenia świadczenia z NFZ.</p> <p>2. Po spełnieniu określonych warunków, przy ostatnim etapie rozliczania KOWZS uwzględnia się współczynniki jakościowe:</p> <p>a) w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji w ciągu 21 dni od rozpoczęcia w IV kwartale od kwalifikacji pacjenta do KOWZS rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest o współczynnik 1,1</p> <p>3. Kwota na finansowanie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach uzdrowiska KOSWZS obejmuje procedury (wykonywane w trybie stacjonarnym wskazane w przepisach rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 6 listopada 2013 roku (Dz.U.2018 r. poz.465) oraz w niniejszym zarządzeniu, nie uwzględnia natomiast świadczeń w innych dziedzinach medycyny, związanych ze schorzeniami innych narządów.</p>

10 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach szpitala uzdrowiskowego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS) - projekt

2.5	Pozostałe zasady rozliczania	W przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach uzdrowiska KOWZS, Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, w sytuacji pacjenta włączonego do kompleksowej opieki, świadczeń będących przedmiotem tej umowy, tj. świadczeń związanych z rehabilitacją leczniczą (typ umowy O5), 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	
		<p>Monitorowanie i ewaluacja programu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach uzdrowiska KOWZS będzie obejmowała zarówno wskaźniki dotyczące jakości opieki nad pacjentem na poziomie ośrodka realizującego program rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach uzdrowiska KOWZS, jak i wskaźniki dotyczące efektów leczenia rehabilitacyjnego w oparciu o Evidence Based Medicine.</p> <p>Podmiot realizujący świadczenie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach uzdrowiska KOWZS zobowiązany jest do obowiązkowego sprawozdawania do Krajowego Rejestru Pacjentów z Wczesnym Zapaleniem Stawów po 21 dniowym leczeniu uzdrowiskowym w ramach KOWZS, danych umożliwiających określenie następujących wskaźników:</p> <ul style="list-style-type: none"> - odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację [%]; - odsetek pacjentów którzy nie ukończyli rehabilitacji oraz powody rezygnacji z rehabilitacji [%]; - odsetek pacjentów u których w ocenie funkcjonalnej uzyskano poprawę w zależności od stwierdzonej dysfunkcji motorycznej na poziomie aktywności i uczestnictwa [%]; - odsetek pacjentów u których uzyskano pozytywny efekt terapeutyczny w odniesieniu do dolegliwości bólowych (zmniejszenie/ustąpienie dolegliwości bólowych) [%]; - odsetek pacjentów u których nie występowały dolegliwości bólowe w momencie rozpoczęcia leczenia uzdrowiskowego [%]; - odsetek pacjentów u których uzyskano pozytywny efekt terapeutyczny w kontekście jakości życia [%]

