



RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów

WCZESNE ZAPALENIE STAWÓW

Rekomendacje

w zakresie
kompleksowej
opieki nad pacjentem

**eksperci
dla zdrowia**

Raport opracowany przez:
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
Fundację Eksperci dla Zdrowia

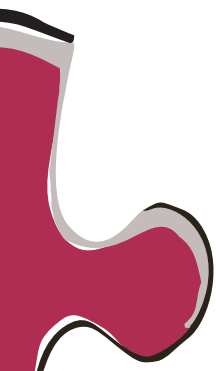
Warszawa, listopad 2018 r.

ISBN 978-83-956149-5-8



NARODOWY INSTYTUT
GERIATRII, REUMATOLOGII
I REHABILITACJI

IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER



WCZESNE ZAPALENIE STAWÓW
Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem

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.

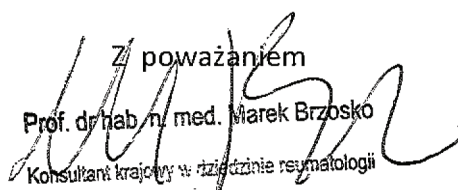
Zaletą programu jest potraktowanie tych pacjentów priorytetowo w dostępie do specjalisty reumatologa. Obecnie AOTMiT przeprowadził analizę dotyczącą kosztów diagnostyki 12 grup chorych na choroby reumatyczne. Zostało to wypracowane przez AOTMiT, konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii i grupę 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.

Z poważaniem

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

ISBN 978-83-956149-5-8

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 Analiz i Strategii
Narodowego Funduszu Zdrowia

FUNDACJA EKSPERCI DLA ZDROWIA

Marzena Domańska-Sadynica

- ekspert ochrony zdrowia, prezes Fundacji Eksperci dla Zdrowia

Magdalena Wiciak-Obrębska

- doradca prawny, Fundacja Eksperci dla Zdrowia

Jerzy Gryglewicz

- ekspert ochrony zdrowia, Fundacja Eksperci dla Zdrowia, Uczelnia Jazarskiego

RECENZJA RAPORTU

prof. dr hab. n. med. Marek Brzosko

- konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii,
prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Spis treści:

1. Wstęp	4
2. Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce – wybrane aspekty	6
2.1. Występowanie chorób zapalnych stawów w poszczególnych województwach	8
3. Rekomendacje European League Against Rheumatism (EULAR) w zakresie diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów	14
4. Funkcjonowanie i organizacja poradni i oddziałów reumatologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem chorób zapalnych tkanki łącznej, na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku	18
4.1. Analiza organizacji i funkcjonowania poradni reumatologicznych w Polsce w 2014 roku	19
4.2. Współczynnik chorobowości szpitalnej dla oddziału reumatologii w 2016 roku w Polsce i poszczególnych województwach	22
4.3. Prognozowana zmiana liczby łóżek w oddziale reumatologii w 2031 roku	22
5. Kompleksowa opieka specjalistyczna nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów	25
5.1. Świadczenie kompleksowe – definicja	26
5.2. Parametry jakościowe służące do oceny udzielanych świadczeń	30
6. Rehabilitacja w chorobach zapalnych stawów	32
7. Krajowy rejestr wczesnego zapalenia stawów	36
8. Aspekty prawne	39
8.1. Obecny stan prawny	39
8.2. Prawne możliwości wdrożenia modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS)	40
9. Program pilotażowy kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów – wymogi formalne	43
10. Rekomendacje końcowe	46
11. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia	47
12. Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku	77
13. Spis tabel i rysunków	124

1 Wstęp

Raport *Wczesne zapalenie stawów – rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem* prezentuje szereg aktualnych zagadnień związanych z organizacją leczenia chorych na wczesne zapalenie stawów oraz przedkłada propozycję rozwiązań mających na celu poprawę jakości i skuteczności leczenia tych pacjentów.

Wprowadzanie modelu wczesnej diagnostyki i leczenia do praktyki klinicznej w obszarze reumatologii z pewnością poprawi dostęp do świadczeń specjalistycznych pacjentów dotkniętych chorobami o podłożu zapalnym, czyli tej grupy osób z chorobami stawów, w której spodziewane jest uzyskanie najlepszych efektów leczenia.

Zgodnie z proponowanym rozwiązaniem pacjenci dotychczas nieleczeni (pierwszorazowi) powinni być traktowani priorytetowo (wprowadzenie tzw. „szybkiej ścieżki” postępowania w ramach rozwiązań przewidzianych dla kompleksowej opieki specjalistycznej).

Nie sposób nie wspomnieć także o innych korzyściach płynących z zastosowania proponowanego modelu, tj.: poprawa jakości życia osób z chorobą zapalną stawów, uzyskanie oszczędności w systemie opieki zdrowotnej (skuteczniejszy, a przez to tańszy proces leczenia), zmniejszenie absencji chorobowej i wydatków na świadczenia rentowe wynikające z niepełnosprawności, będącej następstwem chorób reumatycznych.

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

W raporcie przedstawiono ponadto szereg argumentów przemawiających za koniecznością przeprowadzenia zmian organizacyjno-finansowych w zakresie diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów (WZS). Niniejszą analizę oparto między innymi na mapach potrzeb zdrowotnych, opracowanych i opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2018 roku, a także na raportach i rekomendacjach Europejskiej Ligi ds. Walki z Reumatyzmem (ang. European League Against Rheumatism, EULAR) w zakresie diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

W celu dokonania oceny możliwości poprawy jakości i dostępności do leczenia reumatologicznego w Polsce przedstawiono liczne analizy, opracowane na podstawie danych zaczerpniętych z wyżej wymienionych map potrzeb zdrowotnych, odnoszących się do poradni i oddziałów reumatologii w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem udzielonych porad i liczby pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalnych chorób stawów.

W zaprezentowanym modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS) wykorzystano rozwiązania wdrażane obecnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i Ministerstwo Zdrowia w odniesieniu do innych dziedzin medycyny, w których realizowana i finansowana jest opieka nad pacjentem, skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, leczenie szpitalne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz – w zależności od wskazań medycznych – różne formy rehabilitacji.

W przypadku kompleksowej opieki specjalistycznej dotyczącej 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.

Autorzy niniejszego raportu mają nadzieję, że przedstawione analizy oraz model Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS) okażą się przydatne przy tworzeniu rozwiązań mających na celu poprawę skuteczności leczenia, jak i organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce.

2 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 łuszczycowe 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

2 Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce – wybrane aspekty

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.

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

2 Epidemiologia chorób zapalnych stawów w Polsce – wybrane aspekty

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

2 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

2 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

2 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

2 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

2 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

3 Rekomendacje European League Against Rheumatism (EULAR) w zakresie diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów

Zapalenie stawów obwodowych jest częstą kliniczną manifestacją różnych zapalnych chorób reumatycznych. Rozpoznanie konkretnej jednostki chorobowej na początkowym etapie występowania objawów może nastręczać trudności lub jest wręcz niemożliwe. Wczesne zapalenie stawów może się bowiem rozwinąć w reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), obwodową lub osiową spondyloartropatię, łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), toczeń rumieniowaty, układowe i inne artropatie, ale może również ulec samoistnej remisji lub przez dłuższy czas może pozostać niesklasyfikowanym zapaleniem stawów.

W każdym przypadku wczesnego zapalenia stawów należy dokładnie ocenić ryzyko przetrwałości takiego zapalenia, czy też możliwości jego przejścia w nadżerkową postać zapalenia stawów, oraz ustalić strategię leczenia.

Koncepcja leczenia zapalenia stawów w ciągu ostatnich kilku lat uległa zmianie. Okazało się bowiem, że klasyczne syntetyczne leki modyfikujące przebieg choroby (ksLMPCh) nie hamują całkowicie progresji chorób, takich jak reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) czy łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), a jedynie bardzo je spowalniają, podczas gdy biologiczne leki modyfikujące przebieg choroby (bLMPCh) powodują szybką kontrolę nad chorobą i zapobiegają niszczeniu stawów. Zaznaczyć jednak należy, że włączenie ksLMPCh na wczesnym jej etapie, a zatem przed pojawieniem się nadżerek, może zapobiec destrukcji stawów i inwalidztwu. Istotną rolę odgrywa również stałe monitorowanie przebiegu wczesnego zapalenia stawów i modyfikacja leczenia, które powinno być zawsze dostosowane do aktualnego obrazu choroby. Nadrzędnym celem leczenia wczesnego zapalenia stawów powinno być doprowadzenie do remisji choroby oraz zapobieganie powstawaniu nadżerek.

Pacjent z wczesnym zapaleniem stawów powinien być wcześniej zidentyfikowany i skierowany do reumatologa, który z kolei powinien potwierdzić zapalenie stawów, ustalić potencjalne rozpoznanie, ocenić czynniki ryzyka przejścia choroby w postać przewlekłą, nadżerkową i ustalić strategię leczenia.

Strategia postępowania terapeutycznego w przypadku wczesnego zapalenia stawów opiera się na kilku celach nadrzędnych i szczegółowych zaleceniach, które przytaczamy poniżej.

Cele nadrzędne

- A. Zarządzanie wczesnym zapaleniem stawów powinno być oparte na najlepszej praktyce lekarskiej i wynikać ze wspólnej decyzji lekarza i pacjenta.**
- B. Lekarzem prowadzącym pacjenta, nawet z początkowymi objawami choroby, powinien być reumatolog.**
- C. Ustalenie ostatecznego rozpoznania u pacjenta z wczesnym zapaleniem stawów powinno być oparte na dokładnym zebraniu wywiadu, badaniu klinicznym (przedmiotowym), wynikach zalecanych badań laboratoryjnych i zastosowaniu innych niezbędnych procedur.**

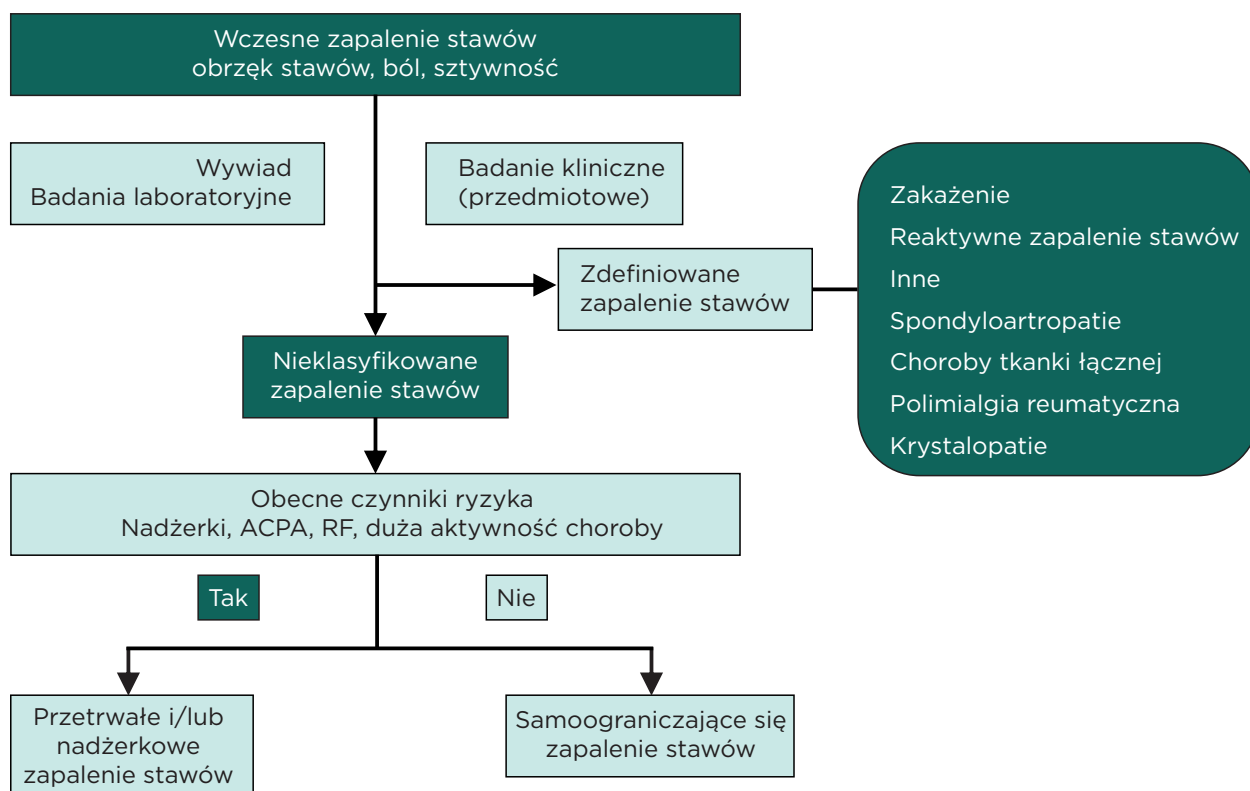
Szczegółowe zalecenia

1. Pacjent z początkowymi objawami choroby, tzn. taki, u którego stwierdza się występowanie obrzęku w obrębie choćby jednego stawu (z towarzyszącym bólem lub sztywnością), powinien być skierowany i konsultowany u reumatologa w ciągu 6 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów.
2. Badanie kliniczne (przedmiotowe) jest metodą wykrywającą zapalenie stawów, ale diagnoza może być poparta badaniem ultrasonograficznym (USG) – szczególnie w przypadkach wątpliwych.
3. Jeżeli ostateczne rozpoznanie choroby reumatycznej nie może być ustalone, należy ocenić występowanie czynników ryzyka rozwoju formy przetrwałej i/lub nadżerkowej, do których należą: liczba stawów bolesnych i obrzękniętych, podwyższone stężenie białka CRP, obecność czynnika reumatoidalnego (RF) i przeciwciał ACP (ang. anti-citrullinated peptide antibodies), zmiany w badaniach obrazowych. Dopiero wówczas należy podjąć decyzję terapeutyczną.
4. W przypadku stwierdzenia u pacjenta ryzyka przetrwałego zapalenia stawów należy tak szybko jak to jest możliwe rozpocząć leczenie lekami z grupy klasycznych leków modyfikujących przebieg choroby (ksLMPCh), najlepiej w ciągu początkowych 3 miesięcy od pojawienia się pierwszych objawów choroby, nawet jeżeli chory nie spełnia kryteriów klasyfikacyjnych dla żadnej zapalnej choroby reumatycznej.
5. Wśród leków z grupy ksLMPCh metotreksat jest rekomendowany jako lek najważniejszy (kotwica) – jeżeli nie występują przeciwwskazania do jego stosowania – powinien to być lek pierwszego rzutu u pacjentów z ryzykiem przetrwałej postaci choroby.

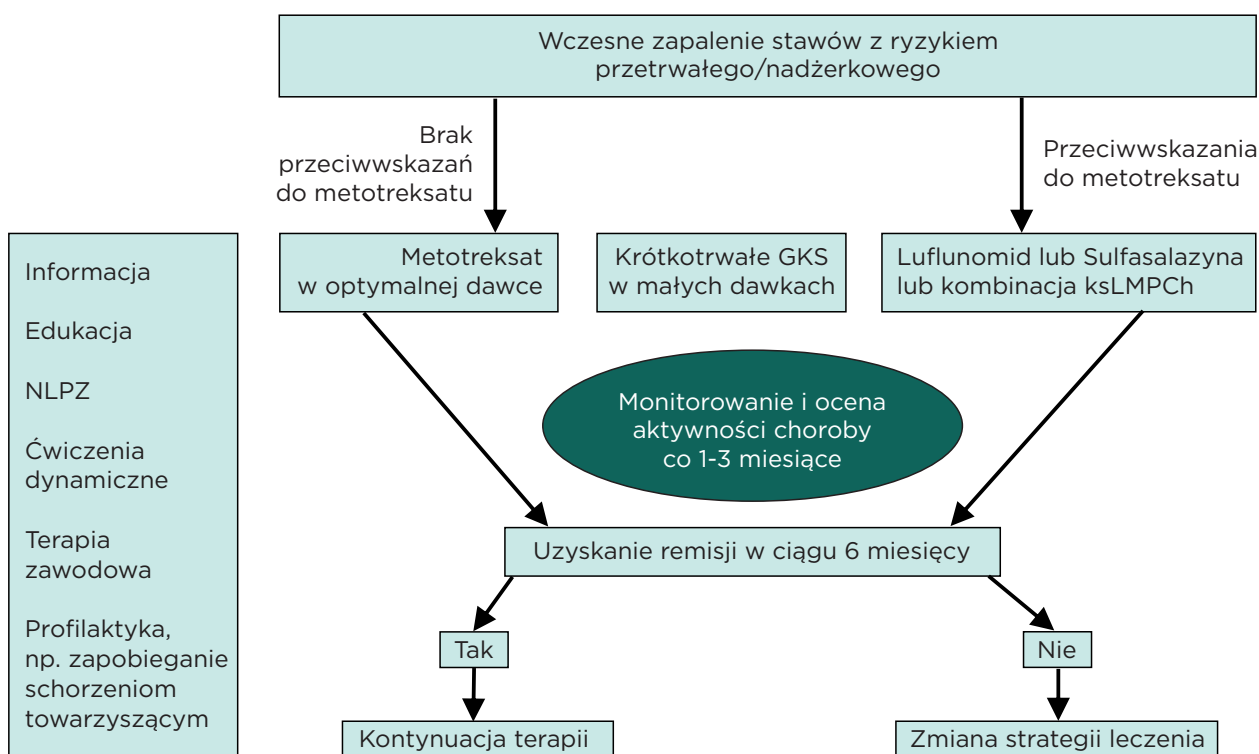
3 Rekomendacje European League Against Rheumatism (EULAR) w zakresie diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów

6. Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) są lekami skutecznymi w leczeniu objawowym, ale powinny one być stosowane w najmniejszych skutecznych dawkach, w możliwie najkrótszym czasie, po dokonaniu oceny ryzyka wystąpienia powikłań ze strony układu pokarmowego, nerek i układu sercowo-naczyniowego.
7. Glikokortykosteroidy (GKS) powodują redukcję odczuwanego bólu, obrzęku i postępu zmian nadżerkowych, ale ze względu na znane objawy niepożądane wynikające z dawki kumulacyjnej należy je stosować w możliwie najniższej dawce (< 6 miesięcy) jako leczenie wspomagające. Dostawowe iniekcje GKS powinny być zlecane w celu ograniczenia lokalnych objawów zapalenia.
8. Stosowanie leków z grupy ksLMPCCh powinno doprowadzić do remisji, lekarz zobowiązany jest do regularnego monitorowania aktywności choroby, objawów niepożądanych oraz występowania schorzeń współistniejących, co powinno powodować odpowiednie zmiany strategii leczenia, tak aby uzyskać remisję.
9. Monitorowanie choroby powinno polegać na ocenie liczby stawów bolesnych i obrzękniętych, ocenie aktywności choroby (dokonywanej zarówno przez pacjenta, jak i lekarza), oznaczeniu OB i CRP. Aktywność choroby powinna być oceniana co 1–3 miesiące aż do momentu osiągnięcia celu leczenia (remisji). Do oceny aktywności choroby powinny być wykorzystywane również badania obrazowe oraz analiza kwestionariuszy wypełnianych przez pacjentów (oceniających sprawność funkcjonalną).
10. Metody nefarmakologiczne, takie jak ćwiczenia dynamiczne i terapia zawodowa, powinny być traktowane jako terapia uzupełniająca leczenie farmakologiczne.
11. Niezbędną częścią terapii omawianej grupy pacjentów jest nakłanianie ich do zaprzestania palenia papierosów, przeprowadzenie kontroli potencjalnych ognisk infekcji w jamie ustnej i uzębieniu, monitorowanie wagi ciała, kontrola i leczenie schorzeń współistniejących oraz uzyskanie informacji na temat dotychczas przeprowadzonych szczepień.
12. Ważne jest, aby pacjent uzyskał informację na temat swojej choroby, jej przebiegu (w tym schorzeń współistniejących) oraz możliwych sposobów leczenia. Programy edukacyjne, dotyczące radzenia sobie z bólem i niepełnosprawnością, utrzymania zdolności do pracy i funkcjonowania społecznego, są niezbędnym elementem procesu leczenia.

3 Rekomendacje European League Against Rheumatism (EULAR) w zakresie diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów



Rysunek 1. Algorytm diagnostyki wczesnego zapalenia stawów



Rysunek 2. Algorytm strategii leczenia wczesnego zapalenia stawów

4 Funkcjonowanie i organizacja poradni i oddziałów reumatologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem chorób zapalnych tkanki łącznej, na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku

Ministerstwo Zdrowia opublikowało 30 maja 2018 r. drugą edycję map potrzeb zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego. Obszerne opracowanie składa się z szesnastu map regionalnych (dla każdego z województw) oraz – liczącej ponad 1,5 tys. stron – mapy ogólnopolskiej.

Mapy potrzeb zdrowotnych składają się z analizy demograficznej i epidemiologicznej, analizy stanu i wykorzystania zasobów oraz prognoz potrzeb zdrowotnych. Są one zarazem narzędziem wspomagającym podejmowanie decyzji o charakterze systemowym, jak i działań podejmowanych w odniesieniu do poszczególnych uczestników systemu ochrony zdrowia. W szczególności dane zawarte w mapach stanowią podstawę do ubiegania się o pozyskanie środków unijnych przeznaczanych na rozwój infrastruktury szpitalnej oddziałów reumatologii. Mapy potrzeb zdrowotnych są także, na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą do ustalania przez wojewodę – w porozumieniu z Wojewódzką Radą ds. Potrzeb Zdrowotnych – priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Priorytety w zakresie regionalnej polityki zdrowotnej oraz mapy potrzeb zdrowotnych mają wpływ na decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ odnośnie ewentualnego podniesienia poziomu finansowania świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny, co może mieć istotne znaczenie w zwiększeniu dostępności do świadczeń z zakresu reumatologii.

Poniżej przedstawiono szereg szczegółowych zestawień dotyczących funkcjonowania oddziałów reumatologii ze szczególnym uwzględnieniem hospitalizacji pacjentów dotkniętych chorobami zapalnymi stawów. Opracowano je na podstawie danych z 2016 roku, które z kolei posłużyły do sporządzenia map na 2018 rok.

Należy zaznaczyć, że w mapach nie uwzględniono zmian związanych z wprowadzeniem tzw. sieci szpitali, co nastąpiło 1 października 2017 roku i miało istotne znaczenie dla

4 Funkcjonowanie i organizacja poradni i oddziałów reumatologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem chorób zapalnych tkanki łącznej, na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku

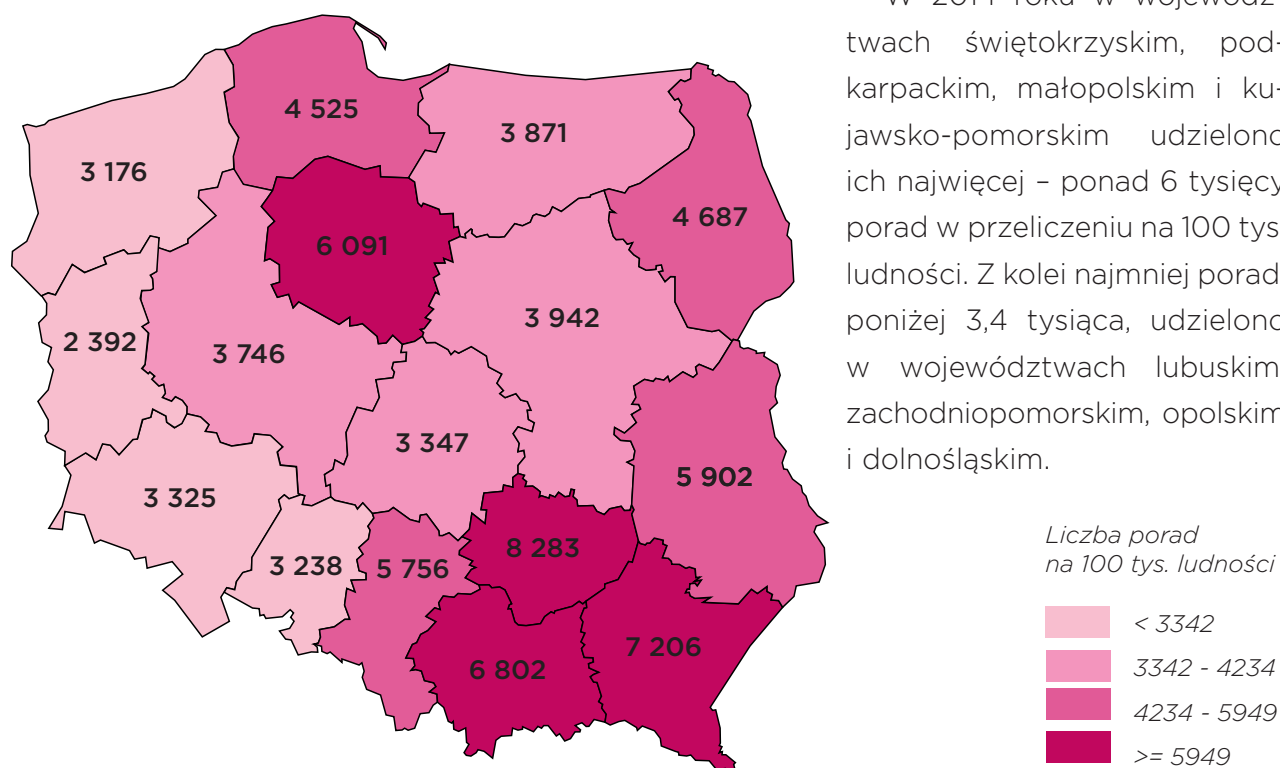
funkcjonowania wielu oddziałów reumatologii. Ponadto w niektórych tabelach zawartych w opublikowanych mapach stwierdzono brak pewnych danych, np. dotyczących liczby łóżek szpitalnych czy liczby hospitalizowanych pacjentów.

Istotne informacje dotyczą zasobów kadrowych w reumatologii. Według mapy ogólnopolskiej obecnie 1 538 lekarzy wykonuje zawód reumatologa, co w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi 4,00 lekarza. Najmniej lekarzy reumatologów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców pracuje w województwie lubuskim (2,06), zaś najwięcej – w województwie małopolskim (5,20).

4.1. Analiza organizacji i funkcjonowania poradni reumatologicznych w Polsce w 2014 roku

Poniżej zaprezentowano dane dotyczące poradni reumatologicznych w Polsce w 2014 roku, pochodzące z mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie 30 grup chorób.

Ważnym parametrem, określającym różnice w dostępności pacjentów do poradni reumatologicznych, jest liczba udzielonych porad w przeliczeniu na 100 tys. ludności.



Rysunek 3. Poradnia reumatologiczna – liczba udzielonych porad w przeliczeniu na 100 tys. ludności

4 Funkcjonowanie i organizacja poradni i oddziałów reumatologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem chorób zapalnych tkanki łącznej, na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku

W tabeli 20. przedstawiono ogólną liczbę porad reumatologicznych, udzielonych w poradniach reumatologicznych w 2014 roku, a także liczbę pacjentów oraz wskaźnik dotyczący liczby porad w przeliczeniu na jednego pacjenta i procentowy udział porad zachowawczych w ogólnej liczbie porad.

Najwięcej porad udzielono w województwie śląskim (ponad 260 tys.), a najmniej w województwie lubuskim (ponad 24 tys.).

We wszystkich województwach średnia liczba porad udzielonych jednemu pacjentowi w ciągu analizowanego roku nie przekroczyła 3. Na uwagę zasługuje wysoki procentowy udział porad zachowawczych, wynoszący we wszystkich województwach ponad 95%, co oznacza, że porady zabiegowe we wszystkich województwach nie przekroczyły 5%.

Tabela 20 Poradnia reumatologiczna – podstawowe dane statystyczne dotyczące chorób układu kostno-mięśniowego (według województw)

Województwo	Liczba porad [tys.]	Liczba pacjentów [tys.]	Liczba udzielonych porad w przeliczeniu na 1 pacjenta	Procentowy udział porad
dolnośląskie	95,07	38,46	2,47	98,31
kujawsko-pomorskie	122,20	43,00	2,84	95,99
lubelskie	126,22	43,87	2,88	99,58
lubuskie	24,13	9,84	2,45	98,85
łódzkie	83,32	29,19	2,85	99,40
małopolskie	225,26	79,52	2,83	98,32
mazowieckie	207,17	79,49	2,61	98,51
opolskie	31,24	11,07	2,82	96,39
podkarpackie	151,33	52,40	2,89	98,63
podlaskie	54,29	20,74	2,62	97,18
pomorskie	101,93	40,69	2,51	97,85
śląskie	260,52	90,38	2,88	98,68
świętokrzyskie	104,34	37,67	2,77	99,72
warmińsko-mazurskie	55,67	18,70	2,98	99,60
wielkopolskie	129,76	44,93	2,89	99,76
zachodniopomorskie	54,23	20,17	2,69	99,52

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla poszczególnych województw

4 Funkcjonowanie i organizacja poradni i oddziałów reumatologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem chorób zapalnych tkanki łącznej, na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku

W tabeli nr 21 przedstawiono liczbę porad udzielonych w poradniach reumatologicznych w 2014 roku, liczbę pacjentów z rozpoznaniem choroby układowej tkanki łącznej oraz wskaźnik określający procentowy udział porad udzielonych pacjentom z chorobami układowymi tkanki łącznej w całkowitej liczbie porad udzielonych wszystkim pacjentom.

Najwięcej porad (ponad 70 tys.) udzielono w województwach mazowieckim i śląskim. Najwyższy wskaźnik pacjentów z chorobami tkanki łącznej w poradniach reumatologicznych odnotowano w województwach łódzkim, opolskim i zachodniopomorskim.

Tabela 21. Poradnia reumatologiczna – podstawowe dane statystyczne dotyczące chorób układowych tkanki łącznej (według województw)

Województwo	Liczba porad [tys.]	Liczba pacjentów [tys.]	Liczba udzielonych porad w przeliczeniu na 1 pacjenta	Procentowy udział porad
dolnośląskie	31,30	10,89	2,87	32,37
kujawsko-pomorskie	37,58	11,88	3,16	29,52
lubelskie	29,80	8,46	3,52	23,51
lubuskie	9,14	3,08	2,96	37,43
łódzkie	35,52	11,35	3,13	42,38
małopolskie	38,80	12,02	3,23	16,93
mazowieckie	77,00	24,90	3,09	36,62
opolskie	13,21	3,95	3,34	40,76
podkarpackie	35,09	10,26	3,42	22,87
podlaskie	15,60	5,15	3,03	27,92
pomorskie	36,15	12,55	2,88	34,70
śląskie	75,77	22,70	3,34	28,70
świętokrzyskie	20,58	6,17	3,33	19,67
warmińsko-mazurskie	22,34	7,16	3,12	39,97
wielkopolskie	49,51	15,01	3,30	38,07
zachodniopomorskie	24,32	7,98	3,05	44,64

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla poszczególnych województw

4 Funkcjonowanie i organizacja poradni i oddziałów reumatologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem chorób zapalnych tkanki łącznej, na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku

4.2 Współczynnik chorobowości szpitalnej dla oddziału reumatologii w 2016 roku w Polsce i poszczególnych województwach

Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych z powodu wszystkich przyczyn lub z powodu danej jednostki chorobowej w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Współczynnik chorobowości szpitalnej dla oddziału reumatologii w Polsce wynosi 154 pacjentów na 100 tys. ludności. Największy odnotowano w województwie świętokrzyskim, tj. 232, natomiast najmniejszy w województwie podlaskim, tj. 96.

Oznacza to, że pacjenci w oddziale reumatologii są około 2,5-krotnie częściej hospitalizowani w województwie świętokrzyskim niż w województwie podlaskim.

Szczegółowe dane dotyczące poszczególnych województw zostały zaprezentowane w tabeli nr 22.

Tabela 22. Oddział reumatologii – podstawowe dane statystyczne dotyczące chorób układowych tkanki łącznej (według województw)

Województwo	Współczynnik chorobowości szpitalnej
świętokrzyskie	232,5
lubelskie	214,92
dolnośląskie	214,42
podkarpackie	191,34
wielkopolskie	171,13
pomorskie	169,63
śląskie	162,73
Polska	154,32
zachodniopomorskie	145,54
opolskie	142,59
mazowieckie	135,75
łódzkie	133,7
kujawsko-pomorskie	115,93
lubuskie	105,86
warmińsko-mazurskie	105,54
małopolskie	105,11
podlaskie	95,99

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla poszczególnych województw

4.3. Prognozowana zmiana liczby łóżek w oddziale reumatologii w 2031 roku

Poniżej przedstawiono prognozy utworzone w celu oszacowania przyszłego zapotrzebowania na łóżka szpitalne w odniesieniu do oddziału reumatologii oraz przeanalizowania możliwości aktualnych zasobów w długoterminowej perspektywie (2018–2031).

Prognoza zapotrzebowania na łóżka dla każdego oddziału szpitalnego, w tym oddziału reumatologii, odbywała się następująco:

- W pierwszym kroku zbudowano modele prognozujące liczbę hospitalizacji na oddziałach dla odpowiednich przekrojów (grup pacjentów). Przekroje te dotyczyły: demografii

4 Funkcjonowanie i organizacja poradni i oddziałów reumatologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem chorób zapalnych tkanki łącznej, na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku

(płeć, wiek, miejsce zamieszkania pacjenta), podziału na hospitalizacje z uwzględnieniem wypisu w dniu przyjęcia oraz wypisu w dniu innym niż w dzień przyjęcia, zakresów, w ramach których sprawozdawano hospitalizacje oraz innych przekrojów wskazanych przez ekspertów na drodze konsultacji;

- Następnie wyznaczono ALOS (średni czasu pobytu) dla wyżej wspomnianych przekrojów;
- Docelowo prognozy zapotrzebowania na hospitalizacje i łóżka szpitalne dotyczyły województwa wykonywanych świadczeń, a nie miejsca zamieszkania pacjenta, dlatego w kolejnym kroku określono migracje lecznicze pacjentów. Przez migrację leczniczą rozumiano hospitalizacje sprawozdawane w województwie niebędącym województwem zamieszkania pacjenta;
- Następnie, za pomocą wskaźnika ALOS (średni czas pobytu) oraz prognozowanej liczby hospitalizacji uwzględniającej migracje, wyznaczono prognozę osobodni w grupach, co ostatecznie odpowiednio podsumowano, otrzymując prognozowaną liczbę osobodni w Polsce (ogółem) i poszczególnych województwach dla danego oddziału, w tym przypadku oddziału reumatologii;
- W ostatnim etapie wyznaczono prognozowaną liczbę łóżek szpitalnych z uwzględnieniem czy obecna infrastruktura zapewnia potrzeby na przyszłą liczbę osobodni w województwach.

Tabela nr 23 przedstawia prognozy, z których wynika, że w 8 województwach przewidywany jest spadek liczby łóżek w oddziale reumatologii, natomiast w 7 województwach nastąpi wzrost. Tylko w jednym województwie (woj. świętokrzyskie) nie przewiduje się zmian.

W wartościach bezwzględnych podano liczbę łóżek, która ulegnie zmianie. Zakłada się między innymi, że najwięcej łóżek zostanie zlikwidowanych w województwie śląskim, a największy wzrost liczby łóżek powinien nastąpić w województwie zachodniopomorskim.

Należy jednak zaznaczyć, że prognoza ta nie uwzględnia planowanych zmian w organizacji udzielania świadczeń z zakresu reumatologii, w szczególności zwiększenia możliwości realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki reumatologicznej w warunkach ambulatoryjnych, wprowadzania nowych koordynowanych form udzielania świadczeń, prawdopodobnej w przyszłości możliwości refundowania leków biologicznych w ramach refundacji aptecznej czy wprowadzenia nowych testów diagnostycznych i skuteczniejszych terapii lekowych.

4 Funkcjonowanie i organizacja poradni i oddziałów reumatologii, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji świadczeń związanych z leczeniem chorób zapalnych tkanki łącznej, na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku

Tabela 23. Prognozowana na 2031 rok zmiana liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury

Województwo	Liczba aktualnie zapewnionych osobodni [tys.]	Kierunek zmian	Liczba bezwzględna [tys.]	Liczba względna [%]
dolnośląskie	62,3 - 65,1	spadek	6 - 17	2,7 - 7,6
kujawsko-pomorskie	22,2 - 23,3	spadek	9 - 17	10,5 - 19,8
lubelskie	35,9 - 37,7	wzrost	13 - 27	9,4 - 19,6
lubuskie	3,7 - 4,0	wzrost	2 - 6	12,5 - 37,5
łódzkie	38,6 - 40,4	spadek	24 - 39	16,9 - 27,5
małopolskie	29,6 - 30,8	spadek	10 - 23	9,9 - 22,8
mazowieckie	80,9 - 84,4	wzrost	20 - 43	7,0 - 15,1
opolskie	16,4 - 17,1	spadek	11 - 16	18,3 - 26,7
podkarpackie	51,5 - 53,9	spadek	15 - 29	7,8 - 15,1
podlaskie	7,7 - 8,2	wzrost	14 - 24	42,4 - 72,7
pomorskie	50,2 - 52,2	spadek	28 - 46	16,5 - 27,1
śląskie	101,6 - 105,7	spadek	40 - 70	11,7 - 20,4
świętokrzyskie	26,0 - 27,3	brak	-	-
warmińsko-mazurskie	10,3 - 10,9	wzrost	4 - 10	9,8 - 24,4
wielkopolskie	50,9 - 53,2	wzrost	14 - 29	7,7 - 15,8
zachodniopomorskie	17,0 - 17,9	wzrost	50 - 78	75,8 - 118,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla poszczególnych województw

5 Kompleksowa opieka specjalistyczna nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów

W 2017 roku Narodowy Fundusz Zdrowia opracował odrębną regulację dotyczącą świadczeń kompleksowych, zgodnie z którą w ramach jednej umowy świadczeniodawca wykonuje i rozlicza poszczególne świadczenia, dotychczas realizowane przez wielu świadczeniodawców w ramach wiele umów.

Świadczenia kompleksowe, zgodnie z rozporządzeniem z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz.U. z 2017 r. poz. 1225 z późn. zm.), znajdują się w wykazie świadczeń wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Niniejszy wykaz został wydany zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 884), wprowadzającej tak zwaną „sieć szpitali”.

Omawiane świadczenia będą więc miały zapewnione wyodrębnione finansowanie w ramach oddzielnych umów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami i nie będą finansowane w ramach ryczału szpitalnego. Należy także dodać, że jednym z podstawowych założeń wskazanej nowelizacji było zapewnienie kompleksowości i ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych i świadczeń specjalistycznych udzielanych w trybie ambulatoryjnym.

W dniu 29 maja 2017 roku Prezes NFZ podpisał Zarządzenie 38/2017/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. Zarządzenie to dotyczy wprowadzenia nowego świadczenia, jakim jest kompleksowa opieka nad pacjentem po przebytych zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał).

Wszystkie następne świadczenia kompleksowe będą sprawozdawane, rozliczane i finansowane zgodnie z regulacjami zawartymi w tym zarządzeniu.

W przypadku wdrożenia projektu dotyczącego pacjentów po raz pierwszy diagnozowanych i leczonych z powodu choroby zapalnej stawów nowe świadczenie powinno przyjąć zbliżoną nazwę, np.: „Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS)”.

5.1. Świadczenie kompleksowe – definicja

Świadczenie kompleksowe to zakres świadczeń, w ramach którego realizowana i finansowana jest kompleksowa opieka nad pacjentem, skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz – w zależności od wskazań medycznych – różne formy rehabilitacji.

Podstawą finansowania takiego świadczenia jest ryczałt definiowany jako uśredniona kwota przeznaczona na sfinansowanie określonych procedur medycznych. W ramach świadczenia realizowane są zarówno świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, w szczególności procedury zabiegowe, jak i porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz inne świadczenia konieczne do zapewnienia optymalnego postępowania terapeutycznego.

Koordinatorem leczenia, wybranym w postępowaniu konkursowym ogłoszonym przez NFZ, powinien być oddział reumatologii z poradnią przyszpitalną, posiadający renomę i doświadczenie w obszarze diagnostyki i leczenia chorób zapalnych stawów, w tym także w zakresie realizacji umów z NFZ dotyczących programów lekowych.

Wartość poszczególnych procedur, realizowanych w ramach świadczenia kompleksowego, powinna być zgodna z ich aktualną wyceną zawartą w katalogach dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego oraz rehabilitacji leczniczej.

Kluczowymi elementami, mającymi wpływ na wysokość ryczałtu, będą: szczegółowe analizy oparte na danych związanych z rzeczywistymi kosztami świadczeń realizowanych dla chorych na wczesne zapalenie stawów, wytyczne w zakresie postępowania terapeutycznego opracowane przez European League Against Rheumatism (EULAR), a także wnioski płynące z polskich doniesień naukowych omawiających doświadczenia poszczególnych ośrodków.

Ważnym elementem świadczenia jest wymóg opracowania indywidualnego planu leczenia pacjenta przez ośrodek koordynujący, który kwalifikuje pacjentów do leczenia w ramach kompleksowego świadczenia.

W przypadku tych świadczeń NFZ przewiduje wprowadzenie współczynników jakościowych, uzależniających możliwość zwiększenia wartości sfinansowanych świadczeń od uzyskanych efektów leczenia.

5 Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów

Dodatkowa premia będzie wypłacana świadczeniodawcy, jeżeli czynnemu zawodowo pacjentowi w ciągu 12 miesięcy od wdrożenia programu leczenia nie zostanie wydane za świadczenie 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 niniejszym raporcie.

Do zalet omawianego modelu można zaliczyć następujące elementy:

- kompleksowe świadczenia udzielane pacjentowi choremu na wczesne zapalenie stawów są realizowane u jednego świadczeniodawcy,
- zapewnienie wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w dziedzinie reumatologii, opisanych wieloma parametrami dotyczącymi warunków udzielania świadczeń,
- wprowadzenie rozwiązań premiujących wysoką jakość leczenia,
- utworzenie Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów,
- wprowadzenie indywidualnego planu leczenia jako elementu optymalnego zarządzania chorobą,
- brak ryzyk związanych z wykonywaniem i rozliczaniem świadczeń w ramach ryczału ogólnoszpitalnego,
- stworzenie możliwości monitorowania efektów programu i przeprowadzania jego szybkiej ewaluacji,
- realizowanie świadczeń zgodnie z nowymi rozwiązaniami opracowanymi i preferowanymi przez NFZ,
- zwiększenie dostępności polskich pacjentów do diagnostyki i nowoczesnego leczenia chorób zapalnych,
- stworzenie możliwości porównania efektów leczenia w poszczególnych ośrodkach.

Wady powyższego modelu są następujące:

- konieczność przeprowadzenia przez NFZ nowych postępowań konkursowych w celu dokonania wyboru świadczeniodawców,
- konieczność zapewnienia przez NFZ dodatkowego finansowania świadczeń,

5 Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów

- brak możliwości realizacji koordynowanej opieki w oddziałach i poradniach niespełniających wysokich wymogów jakościowych,
- bariery w dostępie do leczenia związane z dużą odległością pomiędzy ośrodkiem realizującym program a miejscem zamieszkania pacjenta.

Najważniejszym celem kompleksowej opieki nad pacjentem dotkniętym wczesnym zapaleniem stawów jest zapewnienie mu dostępu do szybkiej diagnostyki oraz właściwego, a zarazem skoordynowanego postępowania terapeutycznego, co w rezultacie opóźni wystąpienie niepełnosprawności.

Wczesna rehabilitacja i reumatologiczna opieka specjalistyczna w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia mają poprawić nie tylko jakość opieki nad pacjentem, ale także zapewnić właściwą kontrolę czynników ryzyka. Może to pozytywnie wpłynąć na zmniejszenie dolegliwości, ale też na przywrócenie zdolności do pracy tym osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy, a jednocześnie dobrze rokują, jeśli chodzi o odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.

W ramach opieki kompleksowej pacjent będzie miał zapewnioną:

- koordynację leczenia, obejmującą wykonanie niezbędnych świadczeń diagnostycznych realizowanych u jednego świadczeniodawcy,
- rehabilitację leczniczą,
- reumatologiczną opiekę specjalistyczną, obejmującą badania diagnostyczne i cykliczną kontrolę stanu zdrowia pacjenta.

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

Podmiotem koordynującym będzie szpital posiadający w swojej strukturze oddział reumatologiczny oraz dysponujący infrastrukturą konieczną do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej, tj. przyszpitalną poradnię reumatologiczną.

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

5 Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów

1. Prowadzi diagnostykę, w tym obrazową,, przeprowadza leczenie zachowawcze i zabiegowe zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta oraz uwzględniając świadczenia wchodzące w zakres opieki kompleksowej;
2. Opracowuje indywidualny plan leczenia pacjenta, obejmujący informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, orientacyjnych terminów oraz świadczeniodawców (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta dokonuje też zmiany planu leczenia pacjenta;
3. Koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki nad pacjentem;
4. Zapewnia leczenie zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta;
5. Zapewnia odpowiednią rehabilitację zgodnie ze stanem pacjenta oraz edukację dotyczącą stylu życia i czynników ryzyka;
6. Zapewnia/koordynuje ambulatoryjną specjalistyczną opiekę reumatologiczną;
7. Zapewnia możliwość 24-godzinnego kontaktu (w ramach oddziału reumatologicznego), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOS – WZS;
8. Odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
9. Prowadzi sprawozdawczość z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii do Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów – po ewentualnym utworzeniu rejestru w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia;
10. W przypadku gdy po przeprowadzonej diagnostyce pacjent nie kwalifikuje się do objęcia go opieką w ramach KOS – WZS, odnotowuje ten fakt w historii choroby oraz (niezwłocznie) w systemie informatycznym przeznaczonym do monitorowania KOS – WZS, po jego uruchomieniu przez NFZ;
11. Po zakończeniu udzielania świadczenia w ramach KOS – WZS przekazuje informacje lekarzowi POZ/AOS o świadczeniach zalecanych pacjentowi.

Opieka nad pacjentem, mająca na celu zapewnienie kompleksowości i ciągłości leczenia w optymalnym z punktu widzenia klinicznego czasie, składa się z dwóch modułów postępowania, realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów:

5 Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów

Moduł I obejmuje:

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

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

W zakresie II Modułu pacjentowi należy zapewnić:

- a. rehabilitację ogólnoustrojową, realizowaną według indywidualnego planu leczenia i rozliczaną w ramach katalogu świadczeń kompleksowych.

Istniejące wytyczne postępowania medycznego

Postępowanie terapeutyczne odbywa się zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European League Against Rheumatism (EULAR), dotyczącymi diagnostyki i leczenia wczesnego zapalenia stawów.

5.2. Parametry jakościowe służące do oceny udzielanych świadczeń

Monitorowanie i ewaluacja programu opieki kompleksowej nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów będą obejmowały zarówno wskaźniki dotyczące jakości opieki na poziomie ośrodka realizującego program opieki kompleksowej, jak i wskaźniki dotyczące efektów leczenia.

Na podmiocie koordynującym ciąży obowiązek sprawozdawania do Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów następujących danych dotyczących stanu pacjenta po zakwalifikowaniu go do leczenia oraz po 12 miesiącach realizacji KOS – WZS lub w momencie zakończenia leczenia:

- odsetek pacjentów, u których potwierdzono rozpoznanie choroby zapalnej stawów [%],
- odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację oraz powody rezygnacji z rehabilitacji [%],

5 Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów

- odsetek pacjentów, którzy nie zrealizowali programu leczenia [%],
- odsetek pacjentów, u których wystawiono zwolnienie lekarskie z powodu niezdolności do pracy [%],
- odsetek pacjentów, u których wdrożono leczenie w ramach programu lekowego [%],
- odsetek pacjentów, u których osiągnięto remisję choroby [%].

6 Rehabilitacja w chorobach zapalnych stawów

Choroby reumatyczne to przewlekłe choroby prowadzące do uszkodzenia narządu ruchu i stopniowego narastania niepełnosprawności. Najczęstszą chorobą reumatyczną jest choroba zwyrodnieniowa stawów, natomiast szczególne wyzwanie medyczne i społeczno-ekonomiczne stanowią choroby zapalne stawów (chzs). Charakteryzują się one przewlekłymi zmianami zapalnymi w obrębie tkanki łącznej, które rozwijają się na podłożu zaburzeń autoimmunologicznych. Schorzenia te prowadzą do dysfunkcji wielu układów i narządów, postępującego ograniczenia sprawności i uczestnictwa w zajęciach zawodowych i rekreacyjnych, spadku jakości życia, a także przedwczesnej śmierci.

Mimo znacznego postępu, jaki odnotowujemy w leczeniu farmakologicznym, osiągniętemu dzięki wczesnemu włączaniu leków modyfikujących przebieg choroby i wprowadzeniu terapii biologicznych, u znaczącego odsetka pacjentów aktywność choroby utrzymuje się na poziomie istotnie wpływającym na ich funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne i społeczne. Z tego powodu terapia niefarmakologiczna wciąż stanowi integralną część leczenia osób ze zdiagnozowaną zapalną chorobą stawów.

Głównym celem leczenia jest długoterminowe utrzymanie dobrej jakości życia i uczestnictwa pacjenta w życiu społecznym oraz zawodowym, co można osiągnąć poprzez: regularną kontrolę aktywności choroby, kontrolę bólu, zapobieganie uszkodzeniom stawów, zmianom strukturalnym i progresji zmian układowych oraz zachowanie lub przywrócenie sprawności funkcjonalnej.

Kompleksowe leczenie chorób reumatycznych obejmuje:

- leczenie farmakologiczne zgodne z zaleceniami międzynarodowych organizacji reumatologicznych,
- rehabilitację włączaną bezpośrednio po rozpoznaniu i trwającą do końca życia.

Proces rehabilitacji powinien uwzględniać:

- kompleksową wstępną ocenę pacjenta, zgodną z modelem biopsychospołecznego funkcjonowania człowieka wg ICF, która dotyczy funkcji i zmian strukturalnych ciała, ograniczenia aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym oraz uwzględnia zarówno czynniki środowiskowe, jak i osobiste,

6 Rehabilitacja w chorobach zapalnych stawów

- badanie podmiotowe (wywiad, historię choroby, indeksy funkcjonalne, np. SF36, HAQ, AIMSII),
- badanie przedmiotowe (występowanie bólu, obrzęku, ocena zakresu ruchomości stawów, siły i wytrzymałości mięśni, występowanie uczucia sztywności, męczliwości, ocena jakości snu, tolerancja wysiłku, stereotyp chodu, deformacje stawów, postawa ciała, zaniki mięśni),
- badania dodatkowe (laboratoryjne – morfologia, kreatynina, CRP, badania obrazowe i EKG),
- wyznaczenie celów terapii – strategia leczenia powinna być dostosowana indywidualnie do każdego pacjenta. Oznacza to konieczność uwzględnienia w planowaniu postępowania terapeutycznego aktualnych objawów klinicznych choroby, stopnia zaawansowania uszkodzeń strukturalnych, wielomiejscowej lokalizacji zmian, co jest istotne dla prawidłowego kierowania mechanizmami kompensacyjnymi, zajęcia układu oddechowego i krążenia, chorób towarzyszących oraz oczekiwań pacjenta. Opracowana strategia leczenia powinna być wynikiem wspólnej decyzji pacjenta i lekarza.
- edukację pacjenta na temat choroby, w tym problematykę dotyczącą ochrony stawów podczas codziennych czynności, elementy ergonomii, kinezyterapii (aktywność fizyczna i ćwiczenia terapeutyczne), fizykoterapii i balneoterapii oraz informacje na temat zaopatrzenia ortopedycznego (ortozy i urządzenia wspomagające).

Zasady rehabilitacji w chorobach zapalnych stawów

W okresie aktywnych rzutów choroby główny nacisk kładziony jest na złagodzenie bólu środkami farmakologicznymi i fizykoterapią oraz utrzymanie zakresu ruchów w stawach i zapobieganie przykurczom.

W okresach remisji choroby należy:

- podejmować działania zmierzające do wzmocnienia siły mięśniowej, zmniejszenia bólu i sztywności stawów, poprawy zakresu ruchu, stabilności i koordynacji ruchowej. W tym czasie przeprowadza się okresową ocenę uwzględniającą postęp choroby i osiągnięcie (bądź nie) celu leczenia, a w razie potrzeby ustala się jego modyfikację;
- podjąć interwencję psychologiczną obejmującą terapię poznawczo-behawioralną lub/i strategię relaksacyjną;
- przeprowadzić rehabilitację zawodową.

Rehabilitacja powinna stanowić integralną część standardowej opieki nad pacjentem chorym na zapalną chorobę stawów, przy czym musi ona być zindywidualizowana, dosto-

6 Rehabilitacja w chorobach zapalnych stawów

sowana do stopnia zaawansowania i aktualnej aktywności choroby. Dobrze, jeśli pacjent zostanie objęty rehabilitacją na jak najwcześniejszym etapie choroby. Rehabilitacja powinna być prowadzona równolegle z farmakoterapią.

Wykazano pozytywny wpływ wysiłku fizycznego na zminimalizowanie objawów choroby i jej aktywności. Ćwiczenia fizyczne poprawiają wytrzymałość i siłę mięśni, wydolność tlenową, koordynację ruchową, korzystnie wpływają na stopień odczuwanego bólu.

Bardzo ważnym aspektem w usprawnianiu chorych są ćwiczenia prowadzone w grupach pod nadzorem fizjoterapeuty (rekomendacje B), w tym ćwiczenia aerobowe. Aktywność fizyczna, zgodna z rekomendacjami opracowanymi przez Amerykańskie Kolegium Medycyny Sportowej (ang. American College of Sports Medicine) i Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (ang. American Heart Association), została oceniona w rekomendacjach EULAR, jako bezpieczna dla tej grupy pacjentów (choć często może wymagać indywidualnych modyfikacji w zależności od istniejących i nowo powstałych obciążeń pacjenta).

Zaleca się przeprowadzanie następujących zestawów ćwiczeń:

- umiarkowany wysiłek aerobowy po 30 minut 5 razy w tygodniu lub intensywny 30-minutowy wysiłek aerobowy 3 dni w tygodniu,
- ćwiczenia oporowe, utrzymujące lub zwiększające siłę i wytrzymałość mięśni, co najmniej 2 razy w tygodniu,
- ćwiczenia rozciągające, utrzymujące i poprawiające zakres ruchu w stawie, co najmniej 2 razy w tygodniu,
- ćwiczenia koordynacji ruchowej, równoważne, co najmniej 3 razy w tygodniu.

Należy podkreślić, że chorzy podejmujący wzmożoną aktywność fizyczną często uskarżają się na poważne trudności związane z bólem i uczuciem zmęczenia, które towarzyszą chorobie, jednak równocześnie osoby te znacznie lepiej sobie radzą ze zwalczaniem tych nieprzyjemnych objawów w porównaniu z pacjentami, którzy nie ćwiczą.

W terapii chzs zaleca się również stosowanie ćwiczeń manualnych, chociaż autorzy kilku badań dowodzą niewielkiej skuteczności ćwiczeń dłoni reumatoidalnej w zakresie siły i jakości chwytu czy zmniejszenia bólu.

Jeśli dolegliwości bólowe i deformacje utrudniają codzienne funkcjonowanie, powinno się rozważyć zaopatrzenie pacjenta w ortezy nadgarstka i dłoni, buty zdrowotne, wkładki oraz urządzenia wspomagające, tj.: laski, kule i sprzęt rehabilitacyjny do stosowania w domu oraz miejscu pracy. Dowody dotyczące krótko- i długoterminowej skuteczności ortez nadgarstka i dłoni w łagodzeniu bólu i poprawie funkcjonalnej są nikłe. W przypadku

6 Rehabilitacja w chorobach zapalnych stawów

bólu w obrębie kończyn dolnych buty zdrowotne i wykonane na zamówienie wkładki ortopedyczne skutecznie zmniejszają ból i poprawiają funkcjonowanie pacjenta.

Fizykoterapia nie została uwzględniona w wytycznych EULAR, jednakże jeśli pacjent wykazuje zainteresowanie jedną z tych form terapii, można je stosować pod okiem specjalistów. Hydroterapia, termoterapia, zmienne pole elektromagnetyczne, przezskórna stymulacja nerwów (TENS), ultradźwięki i terapia laserowa zostały uznane za skuteczne i mogą być stosowane jako leczenie uzupełniające farmakoterapię. Żadna z wytycznych nie zawiera jednak standardowych zaleceń dotyczących metody, intensywności i czasu trwania tych form fizykoterapii. Potrzebne są dobrze zaprojektowane, wysokiej jakości badania w celu opracowania standardowego podejścia do leczenia fizykalnego.

Ważnym elementem w postępowaniu rehabilitacyjnym jest edukacja pacjenta oraz jego rodziny w zakresie wykrywania zaostrzeń choroby i koniecznej zmiany stylu życia. Należy stale podkreślać istotną rolę aktywności fizycznej i higieny snu. Nie mniej ważnymi elementami edukacji zdrowotnej są: sposoby przeciwdziałania barierom powodującym zmniejszenie aktywności, metody ochrony stawów, elementy racjonalnego żywienia, informowanie na temat działań niepożądanych leków stosowanych w chorobach zapalnych stawów, czy wreszcie edukacja seksualna w zakresie planowania potomstwa (ograniczenie prokreacji ze względu na teratogenność stosowanych leków).

Konkluzje

Najwięcej badań randomizowanych w zakresie chzs dotyczy chorych w średnio zaawansowanym stadium choroby. Ogólnie rzecz biorąc, nie stwierdzono, by jeden określony rodzaj ćwiczeń był bardziej skuteczny w zwalczaniu objawów choroby od innych. W literaturze podkreśla się, że programy rehabilitacyjne są bardziej skuteczne niż brak rehabilitacji. Programy oparte na treningu aerobowym przynoszą wymierne korzyści. np. poprawę wydolności krążeniowo-oddechowej. Coraz więcej danych z literatury przemawia za wczesnym usprawnianiem chorych cierpiących na choroby reumatyczne. Ćwiczenia aerobowe poprawiają wytrzymałość, zwiększają siłę mięśniową i wydolność oddechowo-krążeniową. Rekomenduje się, by leczenie farmakologiczne było skorelowane z rehabilitacją już od momentu rozpoznania choroby. Niestety wielu chorych nie ćwiczy regularnie z powodu uczucia zmęczenia, bólu oraz braku czasu.

7 Krajowy rejestr wczesnego zapalenia stawów

Zagadnienia dotyczące tworzenia rejestrów medycznych zostały szczegółowo uregulowane w ustawie z dnia 20 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r. poz. 1524).

Według definicji zawartej w powołanej ustawie rejestr medyczny to tworzony zgodnie z prawem rejestr, ewidencja, lista, spis albo inny uporządkowany zbiór danych osobowych, jednostkowych danych medycznych lub danych niebędących danymi osobowymi, służący do realizacji zadań publicznych, prowadzony przez podmiot funkcjonujący w systemie ochrony zdrowia.

Minister właściwy do spraw zdrowia w celu:

- monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej,
- monitorowania stanu zdrowia usługobiorców,
- prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych albo programów polityki zdrowotnej,
- monitorowania i oceny bezpieczeństwa, skuteczności, jakości i efektywności kosztowej badań diagnostycznych lub procedur medycznych

może tworzyć i prowadzić albo tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych osobowych, w tym jednostkowych danych medycznych.

Utworzenie rejestru medycznego może nastąpić na wniosek podmiotów wykonujących działalność leczniczą, NFZ albo innych jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Każdorazowo decyzja w sprawie utworzenia danego rejestru medycznego musi być poprzedzona analizą potrzeb w tym zakresie i powinna się opierać między innymi na: zdefiniowaniu problemu i weryfikacji potrzeby utworzenia rejestru, spodziewanych korzyściach wynikających z jego wdrożenia, uzasadnieniu konieczności sfinansowania lub dofinansowania rejestru przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ocenie przydatności rejestru i sposobów jego wykorzystania w przyszłości oraz na możliwości dalszego prowadzenia tego rejestru, a także wskaźnikach monitorowania i oczekiwanych efektach wdrożenia rejestru.

7 Krajowy rejestr wczesnego zapalenia stawów

Tworzenie rejestrów medycznych następuje w drodze rozporządzenia. W rozporządzeniu minister właściwy do spraw zdrowia określa:

- podmiot prowadzący rejestr,
- okres, na jaki tworzony jest rejestr – w przypadku rejestru tworzonego na czas oznaczony,
- usługodawców lub podmioty prowadzące rejestry publiczne i rejestry medyczne oraz sposób i terminy przekazywania przez nich danych,
- sposób prowadzenia rejestru,
- zakres i rodzaj danych przetwarzanych w rejestrze.

19 czerwca 2017 r. Minister Zdrowia przedstawił do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia w sprawie Krajowego Rejestru Raka Płuca. W projekcie założono, że podmiotem prowadzącym rejestr będzie Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, który otrzyma z Ministerstwa Zdrowia środki na zarządzanie rejestrem. Wysokość nakładów na ten cel oszacowano na 400 000 złotych.

Projekt wspomnianego rozporządzenia określa:

1. Podmiot prowadzący rejestr oraz sposób jego prowadzenia,
2. Okres, na jaki utworzono rejestr,
3. Zakres danych przetwarzanych,
4. Rodzaje identyfikatorów w rejestrze,
5. Sposób zabezpieczenia danych zawartych w rejestrze przed nieuprawnionym dostępem.

Ad 1. W przypadku Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów potencjalnym podmiotem prowadzącym go powinien być ośrodek reumatologii, odznaczający się wieloletnim doświadczeniem w zakresie zabiegowego leczenia pacjentów z chorobami zapalnymi stawów oraz w zakresie realizacji programów zdrowotnych. Rejestr powinien być prowadzony z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego.

Ad 2. Okres prowadzenia rejestru powinna określać umowa zawarta z Ministerstwem Zdrowia, które powinno także zapewnić środki na jego finansowanie. Wydaje się, że optymalny czas prowadzenia rejestru wynosi co najmniej 5 lat.

Ad 3. W rejestrze powinno się przetwarzać następujące dane:

1. Dane osobowe usługobiorcy:
 - a. imię i nazwisko,
 - b. płeć,

- c. obywatelstwo,
- d. wykształcenie,
- e. numer PESEL,
- f. data urodzenia,
- g. adres zamieszkania,
- h. miejsce pobytu,
- i. zgon.

2. Jednostkowe dane medyczne dotyczące usługobiorcy powinny być podobne jak w przypadku pacjenta chorego na nowotwór płuca. Zatem – w przypadku pacjenta chorego na chorobę zapalną stawów – powinny one obejmować:

- a. czynniki ryzyka:
 - narażenia środowiskowe, palenie papierosów, zaawansowana próchnica, paradontoz,
 - zapalne choroby autoimmunologiczne występujące w rodzinie,
 - inne czynniki (cukrzyca, niewydolność nerek, przebyte nowotwory),
 - wzrost BMI o 30%,
 - przebyte szczepienia;
- b. przeprowadzone badania diagnostyczne, tj. rezonans magnetyczny (RM), badanie ultrasonograficzne (USG) stawów i inne badania laboratoryjne;
- c. dane dotyczące przebiegu leczenia, w tym:
 - zastosowane klasyczne syntetyczne leki modyfikujące przebieg choroby (ksLMPCh),
 - zastosowane biologiczne leki modyfikujące przebieg choroby (bLMPCh),
 - inne leki zaordynowane w trakcie leczenia,
 - przeprowadzone zabiegi rehabilitacyjne,
 - data rozpoczęcia i zakończenia leczenia,
 - stosowana dieta,
 - masa ciała,
 - wzrost.

Należy zaznaczyć, że Minister Zdrowia przedstawił także analogiczne projekty rozporządzeń w sprawie utworzenia innych rejestrów medycznych, tj.: Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rejestru Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych z dnia 1 marca 2018 r. oraz Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych z dnia 26 marca 2018 r.

8

Aspekty prawne

8.1. Obecny stan prawny

Zgodnie z obecnym stanem prawnym świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Obowiązek zapewnienia określonego standardu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne, a zatem ochrona zdrowia stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych.

Podstawowe regulacje dotyczące zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawierają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. z dnia 08.08.2017 r. Dz.U. poz. 1510 z późn. zm.), zwanej dalej Ustawą o świadczeniach. Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach podstawą rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ.

Umowy te są zawierane w zakresach określonych w art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach, które to zakresy są zgodne z uprawnieniami pacjentów do otrzymywania określonego rodzaju świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wykazy przysługujących świadczeniobiorcom świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach określa, w drodze rozporządzeń, Minister Zdrowia.

Przedmiotem przedkładanego raportu i analizy jest leczenie pacjentów dotkniętych wczesnym zapaleniem stawów. Zgodnie ze wskazanymi powyżej regułami leczenie tych pacjentów odbywa się w szczególności w ramach umów na świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zawartych między NFZ a świadczeniodawcą w następujących zakresach:

- leczenie szpitalne,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- rehabilitacja lecznicza.

Szczegółowy wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tj. z dnia 12.12.2017 r. Dz.U. poz. 2295 z późn. zm.), zwane dalej rozporządzeniem koszykowym w zakresie leczenia szpitalnego.

Szczegółowy wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tj. z dnia 16.03.2016 r. Dz.U. poz. 357 z późn. zm.), zwane dalej rozporządzeniem koszykowym w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Szczegółowy wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tj. z dnia 02.03.2018 r. Dz.U. poz. 465), zwane dalej rozporządzeniem koszykowym w zakresie rehabilitacji.

8.2. Prawne możliwości wdrażania modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS)

Wdrożenie modelu **Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów** może zostać zrealizowane w dwojaki sposób.

Model może zostać wdrożony w ramach programu pilotażowego, zdefiniowanego w przepisach ustawy o świadczeniach, jako zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych.

Zgodnie z art. 48e ustawy o świadczeniach program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje Minister Zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluje Narodowy Fundusz Zdrowia. Program pilotażowy może być finansowany z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. W programie pilotażowym powinien zostać określony między innymi:

- cel programu pilotażowego,
- okres realizacji programu pilotażowego,

- zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy,
- w przypadkach wynikających z celu programu pilotażowego – populację zamieszkującą określony obszar terytorialny objętą programem pilotażowym,
- warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
- sposób rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wysokość kapitałowej stawki rocznej, ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej lub ryczałtu, w tym ryczałtu na populację objętą programem pilotażowym,
- sposób wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania i prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia, lub sposób objęcia przez świadczeniodawcę danej populacji świadczeniami opieki zdrowotnej,
- realizatora programu pilotażowego albo tryb jego wyboru,
- wskaźniki realizacji programu pilotażowego,
- sposób pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego,
- sposób oceny wyników programu pilotażowego,
- podmiot zobowiązany do finansowania programu pilotażowego.

Przepisy ustawy o świadczeniach przewidują dwa modele wdrażania programu pilotażowego. W pierwszym Minister Zdrowia ustala, w drodze rozporządzenia, program pilotażowy, mając na uwadze poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a NFZ zawiera umowę o realizację programu pilotażowego z realizatorem programu pilotażowego.

Drugi model odnosi się do programu pilotażowego, który dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w zakresie i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d. W takim przypadku Minister Zdrowia wyraża zgodę na opracowanie i ustalenie programu przez Prezesa NFZ.

Wybór sposobu realizacji i wdrażania programu pilotażowego będzie należał do Ministra Zdrowia, który – dokonując oceny przedłożonego modelu pod kątem spełnienia kryterium zgodności przedstawionych zakresów świadczeń z przepisami rozporządzeń koszykowych w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji – wskaże właściwą procedurę realizacji programu.

Dodatkowym sposobem wdrożenia modelu jest nowelizacja zarządzenia z dnia 29 maja 2017 **Nr 38/2017/DSOZ** Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenie kompleksowe poprzez dodanie regulacji odnoszących się do realizacji świadczeń w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów.

Stworzenie nowego świadczenia w zakresie kompleksowej opieki może także wymagać oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Decyzja w tym względzie również należy do Ministra Zdrowia.

Podsumowując omawiane zagadnienie, należy stwierdzić, że najbardziej pożądanym modelem wdrożenia proponowanego rozwiązania w zakresie Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS) byłoby stworzenie oraz wdrożenie przez NFZ programu pilotażowego, który wykazałby efektywność organizacyjną, kliniczną i kosztową proponowanych rozwiązań.

9 Program pilotażowy Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów – wymogi formalne

Zgodnie z art. 48e ustawy o świadczeniach program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje Minister Zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluje Narodowy Fundusz Zdrowia. Program pilotażowy może być finansowany z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. W programie pilotażowym powinien zostać określony między innymi:

1. Cel programu pilotażowego

Celem programu jest skrócenie procesu diagnostycznego i szybkie wdrożenie leczenia u pacjentów, u których po raz pierwszy w życiu wystąpiły objawy wczesnego zapalenia stawów, co w efekcie zmniejszy koszty zdrowotne – w szczególności związane z hospitalizacją – oraz koszty społeczne spowodowane niepełnosprawnością.

2. Okres realizacji programu pilotażowego

Program powinien być realizowany przez 3 lata.

3. Zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy

Program będzie realizowany w następujących rodzajach i zakresach:

- rodzaj leczenie szpitalne – zakres reumatologia,
- rodzaj ambulatoryjna opieka specjalistyczna – zakres reumatologia,
- rodzaj rehabilitacja lecznicza.

4. W przypadkach wynikających z celu programu pilotażowego – populację zamieszkującą określony obszar terytorialny objętą programem pilotażowym

Obszarem terytorialnym objętym programem jest cały kraj.

5. Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną

Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach KOS – WZS, spełniający rolę ośrod-

9 Program pilotażowy Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów – wymogi formalne

ka koordynującego, zapewnia w strukturze organizacyjnej oddział szpitalny o profilu reumatologia wraz poradnią przyszpitalną oraz w lokalizacji:

- pracownię radiologii,
- pracownię rezonansu magnetycznego.

Ponadto:

- realizuje obecnie co najmniej 2 umowy z NFZ z zakresu programów lekowych dotyczących leczenia biologicznego w dziedzinie reumatologii,
 - zapewnia personel medyczny, w tym co najmniej 5 lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii, 1 lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji leczniczej, psychologa oraz dietetyka,
 - zrealizował w ciągu ubiegłego roku świadczenia dla co najmniej 1000 pacjentów z chorobami układowymi tkanki łącznej w rodzaju leczenie szpitalne lub AOS.
6. Sposób rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wysokość kapitałowej stawki rocznej, ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej lub ryczałtu, w tym ryczałtu na populację objętą programem pilotażowym

Ryczałt roczny wyliczony na podstawie aktualnych wycen świadczeń określonych w katalogach Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. Sposób wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania i prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia, lub sposób objęcia przez świadczeniodawcę danej populacji świadczeniami opieki zdrowotnej

Wybór świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę dokonywany jest na podstawie skierowania z poradni reumatologicznej z wymaganym rozpoznaniem wstępnym: wczesne zapalenie stawów lub podejrzenie choroby zapalnej stawów.

8. Realizatora programu pilotażowego albo tryb jego wyboru

Realizator programu wybierany jest na podstawie stosownych procedur Narodowego Funduszu Zdrowia.

9. Wskaźniki realizacji programu pilotażowego

- odsetek pacjentów, u których potwierdzono rozpoznanie choroby zapalnej stawów,

9 Program pilotażowy Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów – wymogi formalne

- odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację oraz powody rezygnacji z rehabilitacji,
- odsetek pacjentów, którzy nie zrealizowali programu leczenia,
- odsetek pacjentów, którym wystawiono zwolnienie lekarskie z powodu niezdolności do pracy,
- odsetek pacjentów, u których wdrożono leczenie w ramach programu lekowego,
- odsetek pacjentów, u których osiągnięto remisję choroby.

10. Sposób pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego

Pomiar dokonywany jest na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych, przekazywanych przez realizatorów programu do oddziału wojewódzkiego NFZ lub na podstawie danych zawartych w Krajowym Rejestrze Wczesnego Zapalenia Stawów.

11. Sposób oceny wyników programu pilotażowego

Ocena wyników programu dokonywana jest wspólnie przez NFZ i Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

12. Podmiot zobowiązany do finansowania programu pilotażowego

Środki na realizację programu zapewnia Narodowy Fundusz Zdrowia.



10 Rekomendacje końcowe

1. Należy wdrożyć program pilotażowy Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS) w co najmniej 7 ośrodkach w Polsce.
2. Należy utworzyć Krajowy Rejestr Wczesnego Zapalenia Stawów.
3. Należy opracować standard rehabilitacji leczniczej dla pacjentów dotkniętych wczesnym zapaleniem stawów.
4. Należy wprowadzić procedurę obliczania DAS28 do koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
5. Należy rozważyć opracowanie przez AOTMiT wzoru programu polityki zdrowotnej w zakresie wykrywania wczesnego zapalenia stawów w formie rekomendacji dla jednostek samorządu terytorialnego.

11 Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik 1.

Projekt Zarządzania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia pod nazwą Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS)

Poniżej opisano projekt świadczenia pod nazwą: „Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS)”, uwzględniający aktualne regulacje prawne dotyczące świadczeń kompleksowych oraz standard opieki nad pacjentem dotkniętym wczesnym zapaleniem stawów.

PROJEKT ZARZĄDZENIA PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 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:

Rozdział 1 Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
 - w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

§ 2.1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 3) **Ogólne warunki umów** – przepisy 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”;
- 4) **podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;
- 5) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260);
- 6) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;
- 7) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 8) **rozporządzenie ambulatoryjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 9) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 10) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach;
- 11) **ryczałt** – uśrednioną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń ambulatoryjnej specjalistycznej opieki reumatologicznej w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów (KOS-WZS) określoną w załączniku nr 4 do zarządzenia;
- 12) **świadczenia kompleksowe** – zakres świadczeń, o którym mowa w pkt 15, w ramach którego realizowana i finansowana jest kompleksowa opieka nad pacjentem, skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie

nie diagnostyczno-terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz – w zależności od wskazań medycznych – różne formy rehabilitacji;

- 13) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;
- 14) **współrealizator** – komórkę organizacyjną w strukturze podmiotu składającego ofertę i koordynującego opiekę kompleksową, która uczestniczy w realizacji świadczeń w zakresie tej opieki;
- 15) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;
- 16) **zarządzenie w rodzaju leczenie szpitalne** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniach, o których mowa w ust. 1 pkt 6–10 oraz Ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2 Przedmiot postępowania

§ 3.1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) grupy powiatów;
- 3) powiatu;
- 4) dwóch lub więcej gmin;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

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

- 1) 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne;
- 3) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 4) 85312500-4 Usługi rehabilitacyjne;
- 5) 85141210-4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych.

3. Porównanie ofert w toku postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, następuje zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach oraz kryteriami wyboru ofert, określonymi w rozporządzeniu kryterialnym.

4. Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, są określone w rejestrze, w części VIII systemu kodu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 4.1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, zwanej dalej „umową”, jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, w zakresach określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

2. Wzór umowy określony jest w **załączniku nr 2** do zarządzenia.
3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.1. Katalog świadczeń i produktów jednostkowych dedykowanych do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1, stanowiący **załącznik nr 1k** do zarządzenia, obejmuje:

- 1) diagnostykę, leczenie zachowawcze lub zabiegowe realizowane w ramach hospitalizacji;
- 2) rehabilitację realizowaną w warunkach: stacjonarnych, oddziału/ośrodka dziennego, domowych;
- 3) porady w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

2. Dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami, określonymi w **załączniku nr 1k**, z produktami katalogowymi zawartymi w katalogu produktów do sumowania, określonymi w **załączniku nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile w katalogu produktów do sumowania dopuszczono taką możliwość.

3. W odniesieniu do świadczeniobiorców objętych kompleksową opieką, którym udzielane są świadczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (AiIT), rozliczanie świadczeń z tego zakresu następuje w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń: anestezjologia i intensywna terapia, odpowiednio przez produkt rozliczeniowy o kodzie 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – z katalogu produktów odrębnych, w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne lub ewentualnie łącznego rozliczenia produktów dopuszczonych do sumowania w OAiIT z katalogu produktów do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.

4. Szczegółowy opis przedmiotu umowy określony jest w **załączniku nr 4** do niniejszego zarządzenia.

§ 6.1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu szpitalnym, rozporządzeniu ambulatoryjnym oraz rozporządzeniu rehabilitacyjnym.

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

3. Godziny pracy personelu, określone w wymaganiach, o których mowa w ust.1, mogą być tożsame z godzinami pracy personelu udzielającego świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń w zakresach stanowiących elementy świadczeń z zakresu kompleksowej opieki.

§ 7.1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 6 ust. 1.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli każdego z podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

6. 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 niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

§ 8.1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do udostępniania, na żądanie Funduszu, rejestru zakażeń zakładowych.

3. 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.

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

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

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

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 9.1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

§ 10.1. 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.

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 w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznanie zasadnicze i nie więcej niż trzy rozpoznania współistniejące – według ICD-10;
- 2) istotne procedury medyczne łącznie z datą ich wykonania – według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

4. Dane, 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 (Dz.U. z 2016 r. poz. 186, 823, 836, 960 i 1070);
- 2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej – MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów, wydanego na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1068 i z 2017 r. poz. 60);

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 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173).

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

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym:

- 1) zakresu świadczeń, grupy według zasad określonych przez charakterystykę JGP i algorytm JGP lub produktów jednostkowych z katalogu, stanowiącego **załącznik nr 1k** do niniejszego zarządzenia;
- 2) produktów jednostkowych określonych w katalogu produktów do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile miały one zastosowanie.

7. Przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów, dotyczącego świadczeń z zakresu Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS), następuje w oparciu o narzędzie informatyczne udostępniane przez Fundusz.

8. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające produktom rozliczeniowym określonym w **załączniku nr 1k** do niniejszego zarządzenia oraz **załączniku nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

9. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń w ramach Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS) przekroczy kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 2, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz odpowiednio kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy.

10. Informacje dotyczące algorytmu JGP oraz obowiązującej w danym okresie sprawozdawczym wersji ICD-9 ogłaszane są przez Prezesa Funduszu.

§ 11.1. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania produktów rozliczeniowych, o których mowa w § 5 ust. 1, jest punkt.

2. Szczegółowe zasady rozliczania oraz sposób finansowania świadczeń w zakresie Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS) są określone w załączniku nr 4 do zarządzenia.

3. Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie, przez podmiot realizujący umowę w zakresie KOS – WZS, świadczeń udzielonych pacjentowi włączonemu do KOS – WZS, związanych z diagnostyką w zakresie leczenia reumatologicznego, leczeniem zachowawczym lub zabiegowym, rehabilitacją oraz opieką ambulatoryjną, będących przedmiotem zakresu tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy **załącznika nr 4** do zarządzenia stanowią inaczej.

§ 12. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie KOS – WZS, w sytuacji rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym, żywieniem pozajelitowym, finansowanych w ramach produktów określonych w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie z wzorami określonymi odpowiednio w załącznikach: nr 5a, 5b i 6 do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 13. Wykazywanie przez świadczeniodawcę świadczeń do rozliczenia odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) poszczególne elementy opieki kompleksowej, realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjenta w ramach leczenia szpitalnego, rehabilitacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowane są osobno;
- 2) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu, do rozliczenia należy wykazywać wyłącznie jedną grupę JGP z katalogu świadczeń kompleksowych, stanowiącego **załącznik nr 1k** do niniejszego zarządzenia;
- 3) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami z innymi produktami rozliczeniowymi, na zasadach określonych w katalogu, stanowiącym **załącznik nr 1k** do niniejszego zarządzenia;
- 4) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu świadczeń kompleksowych, stanowiącego **załącznik nr 1k** do niniejszego zarządzenia z produktami katalogowymi

dedykowanymi do rozliczania świadczeń w OAiT, zawartymi w katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącym **załącznik 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, z zastrzeżeniem pkt 5;

- 5) finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28, odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu w rodzaju leczenie szpitalne;
- 6) finansowanie świadczeń z zakresu programów lekowych odbywa się zgodnie z zasadami określonymi dla tych zakresów świadczeń
- 7) w sytuacjach, o których mowa w pkt 4, świadczenia podlegające łącznemu rozliczaniu finansowane są na podstawie odrębnych umów;
- 8) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień;
- 9) jeżeli okres między udzieleniem świadczeniobiorcy świadczeń przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu świadczeń kompleksowych, określonego w **załączniku nr 1k** do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 9;
- 10) w uzasadnionych medycznie przypadkach dyrektor Oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni, w tym rozpoczętą w dniu zakończenia poprzedniej hospitalizacji;
- 11) w przypadkach, o których mowa w pkt 9, świadczeniodawca występuje do dyrektora Oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie z wzorami określonymi przepisami zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych, w trakcie hospitalizacji albo w terminie do 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, w celu uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku;
- 12) zgodę na rozliczenie świadczenia, o którym mowa w pkt 11, wydaje dyrektor Oddziału Funduszu, na zasadach i w terminie określonych w przepisach zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych;

- 13) nie dopuszcza się wyrażania zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na rozliczanie świadczeń, w tym łącznego wykazywania do rozliczenia, w sposób inny niż określony w niniejszym zarządzeniu;
- 14) dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS-WZS), wprowadza się współczynniki korygujące dla świadczeń, określonych w katalogu świadczeń kompleksowych, w sytuacjach spełnienia określonych warunków:
- a) w przypadku realizacji świadczeń KOS - WZS w ramach posiadanego w strukturze organizacyjnej oddziału rehabilitacji leczniczej, wartość tych produktów rozliczeniowych korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2,
 - b) w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala – rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1,
 - c) jeżeli pacjentowi po kwalifikacji do KOS – WZS czynnemu zawodowo nie zostanie wystawione zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby zapalnej stawów w ciągu 12 miesięcy – przy ostatnim etapie rozliczania Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS) wartość produktów rozliczeniowych (ustalona dla JGP i specjalistycznej opieki reumatologicznej), zrealizowanych w ramach modułów I oraz II, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1,
 - d) jeżeli u pacjenta wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zostały zrealizowane w ciągu 12 miesięcy zgodnie z założeniami KOS - WZS – przy ostatnim etapie rozliczania KOS - WZS wartość produktów rozliczeniowych (ustalona dla JGP i specjalistycznej opieki reumatologicznej), zrealizowanych w ramach modułów I oraz II, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,15,
 - e) w sytuacji spełnienia łącznie warunków wskazanych w lit. c i d - przy ostatnim etapie rozliczania KOS - WZS wartość produktów rozliczeniowych (ustalona dla JGP i specjalistycznej opieki reumatologicznej), zrealizowanych w ramach modułów I oraz II, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.

§ 14. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia jego podpisania.

ZAŁĄCZNIK 2.**Projekt umowy****Umowa nr...../.....****O udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe**

zawarta w, dnia.....roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – Oddziałem Wojewódzkim
w z siedzibą:..... (**Adres**), reprezentowanym
przez, zwanym dalej „**Oddziałem Funduszu**”

a

.....

(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.),

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez

.....

PRZEDMIOT UMOWY**§ 1.**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresie określonym w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:
 - 1) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
 - 2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z za-

- kresu leczenia szpitalnego, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 3) rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
 - 4) rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
 - 5) przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”;
 - 6) szczegółowych warunkach umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach.
3. Świadczeniodawca obowiązany jest do zapoznania z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. Świadczenia gwarantowane w zakresie objętym umową udzielane są przez Świadczeniodawcę samodzielnie lub na zasadzie współpracy z innymi podmiotami leczniczymi na podstawie podwykonawstwa lub wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach.
2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy lub podwykonawców przeznaczonym do realizacji umowy, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram - zasoby”.
3. Dane o wykazie współrealizatorów określone są w **załączniku nr 5** do umowy.
4. W przypadku realizacji umowy przez Świadczeniodawcę we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi „Wykaz podwykonawców” stanowi **załącznik nr 3** do umowy.
5. W przypadku wspólnej realizacji umowy na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach

niach, dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawców innych niż podmiot koordynujący (co do zasady podpisujący umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – szpital posiadający oddział o profilu kardiologicznym) wykazywane są z zastosowaniem **załącznika nr 2** do umowy.

6. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty spełniające warunki określone dla Świadczeniodawców w przepisach odrębnych i w warunkach zawierania umów.
7. Dopuszczalne jest zlecanie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
8. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń oraz jej wynikach.
9. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą, wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
10. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji wszystkich podmiotów biorących udział w realizacji umowy, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i wymagany sprzęt.
11. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 9 i 10, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.
12. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

§ 3.

Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4.

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi maksymalniezł (słownie:).
2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera kwotę stanowiącą realizację postanowień §4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU w okresie od dnia do dnia..... r., w wysokości zł (słownie:)¹⁾.
3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, o których mowa w § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU w sposób, o którym mowa w § 4 ust. 5 rozporządzenia zmieniającego OWU, kwota nieprzekazanych środków podlega zwrotowi.
4. Środki, o których mowa w ust. 2 przekazuje się na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia realizującym postanowienia § 4 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego OWU.
5. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.
6. W przypadku gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

¹⁾ stosuje się odpowiednio w odniesieniu do umów, o których mowa w § 4 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego OWU.

7. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:
8. Dane posiadacza rachunku bankowego:
..... nr
Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 7, wymaga uprzednio złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.
9. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.
10. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz.U. nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).
11. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przestać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 5.

1. Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazywania Funduszowi za dany okres sprawozdawczy, podlegający rozliczeniu w ramach umowy, informacji o realizacji świadczeń, sporządzonej na podstawie prowadzonej dokumentacji medycznej.
2. Informację, o której mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu comiesięcznie w formie elektronicznej, w formie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu, w zakresie wskazanym w **załączniku nr 4** do zarządzenia, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 6.

KARY UMOWNE

§ 6.

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. W przypadku wystawienia zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 345, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
5. W przypadku nieprzekazania przez Świadczeniodawcę informacji, o której mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia zmieniającego OWU, Fundusz nakłada karę umowną w wysokości do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
6. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, o których mowa:
 - 1) w § 2 ust. 1 pkt 1 lub w § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego OWU zgodnie z porozumieniem albo pozytywnie zaopiniowanym sposobem podziału, o których mowa w § 2 ust. 4 rozporządzenia zmieniającego OWU, albo sposobem podziału, o którym mowa w § 2 ust. 6 rozporządzenia zmieniającego OWU;

- 2) w § 2 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia OWU zgodnie z porozumieniem albo pozytywnie zaopiniowanym sposobem podziału, o których mowa w § 2 ust. 4 i 5 ogólnych warunków umów, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy
- Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

7. **Kary umowne, o których mowa w ust. 1–6, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.**

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dniado dniar.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8.

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 9.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzeń, o których mowa w § 1 ust. 2.

§ 10.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 11.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Harmonogram - zasoby;
- 3) **Załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców;
- 4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego;
- 5) **Załącznik nr 5 do umowy** – Wykaz współrealizatorów.

PODPISY STRON

Świadczeniodawca

Oddział Funduszu

ZAŁĄCZNIK 3.**Opis zakresu świadczenia**

Nazwa zakresu świadczeń	
1.Kod zakresu: _____	
KOMPLEKSOWA OPIEKA NAD PACJENTEM CHORYM NA WCZESNE ZAPALENIE STAWÓW (KOS - WZS)	
1.1 WARUNKI WYMAGANE - realizacja świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w Lp.41 załącznika 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, M05, M06, M07, L40,5, M13, M32, M35, M45, M46.1, obejmuje:	
1) Leczenie szpitalne, 2) Rehabilitację, 3) Reumatologiczną opiekę specjalistyczną.	
1.1.1 WARUNKI WYMAGANE DLA LECZENIA SZPITALNEGO - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	
1) Warunki ogólne - wynikające z § 4 ust. 1 pkt 1-7, § 5, § 5a, § 6, § 6a, § 6b, § 7 rozporządzenia szpitalnego; 2) Warunki szczegółowe - wynikające z części I 4 załącznika do rozporządzenia szpitalnego - spełnienie wymagań określonych w Lp.41 Reumatologia	
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 REUMATOLOGICZNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ - zgodnie z Lp.28 załącznika nr 1 do obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	
1.2 WARUNKI WYMAGANE do zawarcia umowy	
1.2.1 Wymagania formalne	1) Posiadanie w strukturze organizacyjnej (wpis w rejestrze): oddziału szpitalnego o profilu reumatologia, 2) Posiadanie w strukturze organizacyjnej na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach: - pracowni radiologii, - pracowni rezonansu magnetycznego, - poradni specjalistycznej o profilu reumatologia.
1.2.2 Organizacja udzielania świadczeń	1) Harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów. 2) Możliwość codziennego kontaktu telefonicznego (w ramach oddziału reumatologicznego) dla pacjentów objętych kompleksową opieką oraz możliwość uzyskania konsultacji w godz. 8-20.
1.2.3 Pozostałe warunki	Koordynacja wszystkich działań związanych z opieką nad pacjentem w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia zgodnie z opisem KOS - WZS.

ZAŁĄCZNIK 4.

Opis przedmiotu umowy

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu: _____ Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentem Chorym na Wczesne Zapalenie Stawów (KOS – WZS)
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 – Łuszczyca stawowa, M13 – Inne zapalenia stawów, M32 – Toczeń rumieniowaty układowy, M35 – Inne układowe zajęcie tkanki łącznej, M45 – Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, M46.1 – Zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych [sacroilitis] niesklasyfikowane gdzie indziej.
1.3	Określenie świadczenia	Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów obejmuje procedury diagnostyczne i terapeutyczne, realizowane w ramach świadczeń szpitalnych, ambulatoryjnych i rehabilitacji leczniczej w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia. Celem opieki kompleksowej jest zapewnienie pacjentowi: 1) Koordynacji leczenia obejmującego przeprowadzenie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie wczesnej choroby stawów, rozpoczęcie terapii, monitorowanie efektów leczenia; 2) Rehabilitacji leczniczej; 3) Zapewnienie dostępu do leczenia w ramach programów lekowych (w przypadku wskazań do tego typu terapii). Kompleksowa opieka skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący jest realizowana w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji kompleksowej opieki opracowanym przez podmiot koordynujący. Podmiotem koordynującym jest szpital posiadający oddział reumatologii, zapewniający jednocześnie wymaganą infrastrukturę do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej w dostępie, tj. przyszpitalną poradnię reumatologiczną. Wszystkie działania związane z opieką nad pacjentem w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia organizuje i nadzoruje podmiot koordynujący, który: 1) Prowadzi diagnostykę, w tym obrazową i laboratoryjną, leczenie zachowawcze i procedury zabiegowe – zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta, przy uwzględnieniu świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej;

		2) Opracowuje indywidualny plan leczenia pacjenta, obejmujący informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, orientacyjnych terminów oraz świadczeniodawców będących podwykonawcami (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone – w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta dokonuje zmiany planu leczenia pacjenta; 3) Koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki oraz zapewnia realizację procedur zabiegowych zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta; 4) Zapewnia odpowiednią rehabilitację zgodnie ze stanem pacjenta oraz prowadzi edukację dotyczącą stylu życia, czynników ryzyka; 5) Zapewnia i koordynuje ambulatoryjną specjalistyczną opiekę reumatologiczną; 6) Zapewnia możliwość kontaktu w godz. 8-20 (w ramach oddziału reumatologicznego) zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOS – WZS; 7) Odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami; 8) Prowadzi sprawozdawczość z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii wczesnych zapaleń stawów do Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów – po jego ewentualnym wdrożeniu na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia; 9) Jeśli pacjent nie kwalifikuje się do objęcia opieką w ramach KOS – WZS, odnotowuje ten fakt w historii choroby oraz (niezwłocznie) w systemie informatycznym służącym do monitorowania KOS – WZS, po jego udostępnieniu przez NFZ; 10) Po zakończeniu udzielania świadczenia w ramach KOS – WZS przekazuje informacje lekarzowi POZ/AOS o świadczeniach zalecanych pacjentowi.
1.4	Częstość występowania chorób układowych tkanki łącznej oraz liczba hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów i tkanki łącznej	Z danych Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych, opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia dla 30 grup chorób w 2017 roku, wynika, że w przypadku chorób układowych tkanki łącznej współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wynosi 154,5, natomiast współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności – 357,7. Oznacza to, że liczba nowych rozpoznań w grupie chorób układowych tkanki łącznej rocznie wynosi około 60 tys., natomiast całkowita liczba chorujących wynosi ponad 522 tysiące. W 2016 roku liczba hospitalizacji pacjentów rozliczonych w ramach grupy JGP H87C – Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej < 4 dni wyniosła 6927, natomiast rozliczonych w ramach grupy JGP H87D – Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni wyniosła 50 103.
1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	89.522 Elektrokaradiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami 87.440 RTG klatki piersiowej A01 Badanie ogólne moczu (profil) I81 Białko C-reaktywne (CRP) M37 Kreatynina I17 Aminotransferaza alaninowa (ALT) I19 Aminotransferaza asparaginianowa (AST) L43 Glukoza z krwi żyłnej C59 Odczyn opadania krwinek czerwonych O35 Sód (Na)

	N45	Potas (K)
	88.23	Zdjęcie RTG nadgarstka/dłoni
	88.28	Zdjęcie RTG kostki/stopy
	C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów
	88.769	Diagnostyka ultrasonograficzna brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
	89.61	Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego
	N66	Przeciwciała przeciw białkom bogatym w cytrulinę
	M45	Kwas moczowy
	L69	Hormon tyreotropowy (TSH)
	O77	Wapń całkowity (Ca)
	K21	Czynnik reumatoidalny (RF)
	N13	Mocznik
	O21	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) + ANA profil w kierunku tocznia lub innych chorób tkanki łącznej
	C53	Morfologia krwi 8-parametrowa
	38.99	Nakłucie żyły - inne
	L11	Fosfataza alkaliczna
	89.521	Elektrokardiogram nieokreślony
	I99	Cholesterol całkowity
	88.26	Zdjęcie RTG kości miednicy/biodra - inne
	M18	Kinaza fosfokreatynowa (CK)
	I79	Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny
	I77	Białko całkowite
	87.241	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego przeglądowe
	I89	Bilirubina całkowita
	G21	Czas protrombinowy (PT)
	O91	Witamina D
	A19	Osad moczu
	O49	Triglicerydy
	93.0504	Badanie zakresów ruchów stawów obwodowych
	93.3951	Krioterapia miejscowa ciekłym azotem
	G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)
	88.27	Zdjęcie RTG uda/kolana/podudzia
	87.221	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego (przeglądowe)
	88.796	USG stawów rąk lub stawów stóp
	88.798	USG stawów kolanowych
	K01	Cholesterol HDL
	K03	Cholesterol LDL
	89.511	Elektrokardiogram z 1-3 odprowadzeniami
	L23	Fosforan nieorganiczny
	89.01	Profilaktyka i promocja zdrowia
	V39	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen
	93.1910	Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe
	O95	Żelazo (Fe)

88.981	Dwufotonowa absorpcjometria
V48	Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)
93.0709	Inne pomiary antropometryczne
87.441	Zdjęcie RTG płuc - inne
L31	Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)
G53	Fibrynogen (FIBR)
K75	Dopełniacz, składowa C3
K77	Dopełniacz, składowa C4
V40	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen (ilościowo)
N75	Przeciwciała przeciw DNA dwuniciowemu (dsDNA)
88.241	RTG kości kończyny górnej celowane lub czynnościowe
G49	D-Dimer
I97	Chlorek (Cl)
88.721	Echokardiografia
88.291	RTG kości kończyny dolnej celowane lub czynnościowe
K33	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)
99.18	Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów
81.92	Wstrzyknięcie leku do stawu lub więzadeł
M87	Magnez całkowity (Mg)
N85	Przeciwciała przeciw histonom
23.0105	Konsultacja specjalistyczna
V49	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała (potwierdzający)
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
88.797	USG stawów biodrowych
93.0402	Dynamometryczna ocena siły mięśni
C66	Płytki krwi
O05	Przeciwciała przeciw mitochondriom
O69	Tyrosyna wolna (FT4)
S25	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM (anty-B.burgdorferi IgM)
99.218	Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie
87.231	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego
N69	Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA)
O75	Wapń zjonizowany (Ca ²⁺)
L05	Ferrytyna
95.02	Obszerne badanie oka
88.110	RTG miednicy przeglądowe
88.713	USG tarczycy i przytarczyc
I09	Albumina
88.21	Zdjęcie RTG kości barku i ramienia
87.222	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego celowane lub czynnościowe

		93.0401 Manualna ocena siły mięśniowej – Test Lovetta O55 Trijodotyronina wolna (FT3) 88.794 USG stawów barkowych A17 Krew utajona w kale 99.9950 Kapilaroskopia 87.242 RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego celowane lub czynnościowe F91 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała N58 Prokalcytonina 99.239 Wstrzyknięcie innych sterydów 90.59 Mikroskopowe badanie krwi – inne badania mikroskopowe 87.411 TK klatki piersiowej bez kontrastu i z kontrastem I53 Antygen karcynoembrionalny (CEA) A07 Białko w moczu 88.932 Rezonans magnetyczny kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) L93 Immunoglobuliny G (IgG) I45 Antygen CA 19-9 (CA19-9) 88.94 Rezonans magnetyczny układu mięśniowo-szkieletowego M21 Kinaza fosfokreatynowa, izoenzymy 81.911 Aspiracja stawu L85 Immunoglobuliny A (IgA) L95 Immunoglobuliny M (IgM) N89 Przeciwciała przeciw kardiolipinie 93.3952 Krioterapia miejscowa CO2 I25 Amylaza O09 Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej 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
1.6	Oczekiwane wyniki postępowania	Według zaleceń EULAR (Europejskiej Ligi ds. 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 zostać wdrożone leczenie. Według dostępnych danych dotyczących polskiej populacji z 2010 roku, średni czas od wystąpienia pierwszych objawów choroby do wizyty u reumatologa wynosi aż 35 tygodni. W tej sytuacji konieczne jest wprowadzenie takich zasad postępowania, które umożliwią skierowanie chorego na właściwą „ścieżkę diagnostyczną” – bez konieczności czekania na rozwój choroby i wystąpienia kolejnych objawów. Dzięki temu możliwe będzie wczesne rozpoznanie problemu zdrowotnego i wdrożenie optymalnego, celowanego, a przede wszystkim skutecznego leczenia. Chorzy z objawami zapalnej choroby reumatycznej często nie spełniają

		żadnych obowiązujących kryteriów diagnostycznych dla rozpoznania konkretnej choroby reumatycznej. Dla tej grupy zapaleń stawów, z objawami choroby trwającymi nie dłużej niż 6-12 tygodni, przyjęto termin „wczesne zapalenie stawów”. Kompleksowa opieka specjalistyczna nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów ma na celu szybkie postępowanie w celu weryfikacji rozpoznania, a także jak najszybsze wyodrębnienie z tej grupy wczesnego reumatoidalnego zapalenia stawów lub wczesnej, nieradiologicznej spondyloartropatii – jeszcze przed stadium rozwoju zmian radiologicznych. 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. Jednoczesne wdrożenie indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej poprawi efektywność leczenia i zmniejszy ryzyko wystąpienia niepełnosprawności. Wdrożenie KOS – WZS powinno także znacząco zmniejszyć liczbę hospitalizacji z powodu chorób zapalnych stawów oraz zmniejszyć koszty 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	Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach KOS – WZS, pełniący rolę ośrodka koordynującego, zapewnia w strukturze organizacyjnej oddział szpitalny o profilu reumatologia, spełniający warunki określone w części I lp.41 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego oraz w ramach dostępu: - pracownię radiologii, - pracownię rezonansu magnetycznego, - poradnię specjalistyczną przyszpitalną o profilu: reumatologia, spełniającą warunki określone w lp. 28 załącznika nr 1 do rozporządzenia ambulatoryjnego. Ponadto świadczeniodawca powinien spełnić dodatkowe warunki: - 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: leczenie szpitalne lub AOS. Na potrzeby realizacji skoordynowanych działań związanych z KOS - WZS świadczeniodawca wyznacza koordynatora nadzorującego cały plan leczenia pacjenta, do którego zadań należy w szczególności: ustalanie terminów porad i hospitalizacji, nadzorowanie prowadzenia dokumentacji oraz czuwanie nad jakością całego procesu leczenia. Opieka nad pacjentem, mająca na celu zapewnienie kompleksowości i ciągłości w optymalnym z punktu widzenia klinicznego czasie, składa się

	z następujących modułów postępowania - realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów: I Moduł – diagnostyka, terapia i monitorowanie efektów leczenia WZS obejmuje: 1) specjalistyczną opiekę reumatologiczną w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia, w ramach której pacjent powinien mieć możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, jeżeli wynika to z indywidualnego planu opieki, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń opieki medycznej w oddziale szpitalnym o profilu reumatologia 24h na dobę w przypadku wskazań medycznych, oraz uzyskania badań diagnostycznych; 2) co najmniej 6 porad specjalistycznych lub hospitalizacji według harmonogramu obejmującego wykonanie następujących procedur: a) Porada 1 (do 7 dni od kwalifikacji do KOS – WZS) • 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). b) Porada 2 (7 - 14 dni od pierwszej porady) • ocena otrzymanych wyników, • badanie fizykalne z oceną DAS 28 i opcjonalnie HAQ, • ustalenie rozpoznania i włączenie leczenia modyfikującego. c) Porada 3 (80 - 100 dni od drugiej porady) • 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. 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. d) Porada 4 (80 - 100 dni od trzeciej porady) • 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. e) Porada 5 (80 - 100 dni od czwartej porady) • 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, f) Porada 6 (80 - 100 dni od piątej porady)
--	--

		• 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 (Krajowy Rejestr WZS), • skierowanie do poradni reumatologicznej w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta. II Moduł – rehabilitacja obejmuje 1) rehabilitację onkologiczną i ogólnoustrojową realizowaną według indywidualnego planu rehabilitacyjnego prowadzoną w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. W ramach tego modułu realizowana jest konsultacja dietetyczna i psychologiczna. Podmiot koordynujący odpowiada za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji, a także zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej.
2.3	Zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia: reumatologia, rehabilitacja medyczna.
2.4	Warunki i etapy finansowania świadczenia	Rozliczenie pacjenta zakwalifikowanego do opieki kompleksowej następuje po wykonaniu każdej z porad oraz ustaleniu indywidualnego planu leczenia dla pacjenta. Produkty jednostkowe do rozliczania świadczeń z zakresu: Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów – realizowanych w ramach poszczególnych modułów – określone są w katalogu produktów rozliczeniowych dedykowanych do rozliczania świadczeń kompleksowych, stanowiącym załącznik nr 1k do zarządzenia. Finansowanie poszczególnych modułów kompleksowej opieki, realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów, obejmuje: w zakresie I Modułu: reumatologiczną opiekę specjalistyczną w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia świadczenia, w tym: a) co najmniej 6 porad lub hospitalizacja pacjenta w okresie objęcia KOS – WZS – rozliczanych ryczałtem po ich zrealizowaniu w ramach produktu w katalogu świadczeń kompleksowych, b) poradę specjalistyczną wraz z przeprowadzeniem bilansu opieki u pacjenta kończącego opiekę w ramach KOS – WZS wraz z przekazaniem danych sprawozdawczych do Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów (badania i ocena stanu klinicznego) – rozliczaną w ramach produktu rozliczeniowego: „Specjalistyczna opieka reumatologiczna – bilans opieki” z katalogu świadczeń kompleksowych.

		w zakresie II Modułu: a) rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną według indywidualnego planu leczenia rozliczaną w ramach z katalogu świadczeń kompleksowych. W przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji w ciągu 14 dni od kwalifikacji do KOS - WZS rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest o współczynnik 1,1. Zasady rozliczania świadczeń w ramach KOS - WZS: 1) Poszczególne elementy opieki kompleksowej, realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjenta w ramach leczenia szpitalnego, rehabilitacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowane w ramach umowy w rodzaju: leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe, rozliczane są w następujący sposób: • każdorazowo po realizacji porady specjalistycznej, • po zakończeniu indywidualnego programu rehabilitacji Jeśli ze względów medycznych niemożliwe było zrealizowanie u pacjenta wszystkich świadczeń wynikających z indywidualnego planu leczenia, wówczas rozliczeniu podlegają wyłącznie elementy opieki kompleksowej dotychczas zrealizowane (bez uwzględnienia współczynników jakościowych). 2) Po spełnieniu określonych warunków, przy ostatnim etapie rozliczania KOS - WZS, uwzględnia się następujące współczynniki jakościowe: a) jeżeli pacjentowi (czynnemu zawodowo) w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia w ramach KOS - WZS nie zostanie wydane zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu WZS, wówczas przy ostatnim etapie rozliczania KOS - WZS wartość zrealizowanych w ramach modułu, korygowana jest o współczynnik 1,1; b) w przypadku realizacji w terminie porad rozliczenie korygowane jest o współczynnik 1,15; c) w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji w ciągu 14 dni od rozpoczęcia programu rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest o współczynnik 1,1. 3) Kwota na finansowanie KOS - WZS obejmuje procedury (wykonywane w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym) wskazane w przepisach rozporządzenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji, oraz w niniejszym zarządzeniu, nie uwzględnia natomiast świadczeń w innych dziedzinach medycyny, związanych ze schorzeniami innych narządów.
2.5	Pozostałe zasady rozliczania	W przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KOS - WZS Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, w odniesieniu do 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 szpitalne (typ umowy - 03/01), AOS (typ umowy - 02/01), oraz rehabilitacji leczniczej (typ umowy 05), zgodnie z przepisami odpowiednich zarządzeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej.
3.	Dane do sprawozdawczości	
		Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz.

4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	
		Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego (PTR) i Europejskiej Ligi ds. Walki z Reumatyzmem (EULAR) dotyczącymi postępowania w przypadku chorób zapalnych stawów i tkanki łącznej.
5.	Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń	
		Monitorowanie i ewaluacja programu opieki kompleksowej nad pacjentem chorym na wczesne zapalenie stawów będzie obejmowała zarówno wskaźniki dotyczące jakości opieki na poziomie ośrodka realizującego program opieki kompleksowej, jak i wskaźniki dotyczące efektów leczenia. Podmiot koordynujący zobowiązany jest do obowiązkowego sprawozdania do Krajowego Rejestru Wczesnego Zapalenia Stawów, po 12 miesiącach realizacji KOS – WZS, danych umożliwiających określenie następujących wskaźników: • odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację oraz powody rezygnacji z rehabilitacji [%], • odsetek pacjentów, którzy nie zrealizowali programu leczenia [%], • odsetek pacjentów, u których wystawiono zwolnienie lekarskie z powodu niezdolności [%], • odsetek pacjentów, u których wdrożono leczenie w ramach programu lekowego [%], • odsetek pacjentów, u których osiągnięto remisję choroby [%].

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku

W niniejszym rozdziale zaprezentowano szereg analiz, opracowanych na podstawie map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku, obrazujących funkcjonowanie i organizację realizacji świadczeń z zakresu reumatologii w poradniach i oddziałach szpitalnych w poszczególnych województwach.

ZAŁĄCZNIK 1.

Wykaz 10 świadczeniodawców (poradni reumatologicznych), w których udzielono największej liczby porad pacjentom dotkniętym chorobami układowymi tkanki łącznej

Tabela 24. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie dolnośląskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	2,33
2.	Regionalne Centrum Zdrowia sp. z o.o.	lubiński	1,4
3.	Zakład Opieki Zdrowotnej Psie Pole sp. z o.o.	m. Wrocław	1,05
4.	Przychodnia „Pulsantis Standard”	m. Wrocław	0,95
5.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Practimed” sp. z o.o.	m. Wrocław	0,95
6.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku	kłodzki	0,94
7.	Przychodnia Lekarska „Konsylium” sp. z o.o.	gólogowski	0,91
8.	Przychodnia Specjalistyczna Regina i Walenty Sliwa sp.j.	m. Wałbrzych	0,88
9.	„Miedziowe Centrum Zdrowia” s.a. w Lubinie	lubiński	0,84
10.	Wojewódzkie Centrum Medyczne „Dobrzyńska”	m. Wrocław	0,82

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa dolnośląskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 1

Tabela 25. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie kujawsko-pomorskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Bizziela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	4,17
2.	NZOZ „Medicus” w Grudziądzu prowadzony przez Bogdana Byczkowskiego	m. Grudziadz	2,45
3.	Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni	m. Włocławek	2,29
4.	Miejska Przychodnia Specjalistyczna w Toruniu	m. Toruń	2,09
5.	Centrum Reumatologii i Rehabilitacji sp. z o.o.	m. Bydgoszcz	1,92
6.	Szpital Wielospecjalistyczny im. Dr. Ludwika Błazka w Inowrocławiu	inowrocławski	1,77
7.	SPZOZ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	m. Bydgoszcz	1,72
8.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń	1,57
9.	Zeh-Medsp. z o.o. NZOZ Przychodnia	m. Bydgoszcz	1,54
10.	NZOZ „Nasz Lekarz” – Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych z Przychodnią Specjalistyczną w Toruniu – Sławomir Jeka	m. Toruń	1,36

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa kujawsko-pomorskiego

Tabela 26. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie lubelskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Zespół Poradni Specjalistycznych Reumed	m. Lublin	2,24
2.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	puławski	2,05
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku	krasnicki	1,88
4.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	m. Lublin	1,77
5.	„Specjal-Med” sp. z o.o.	m. Zamość	1,61
6.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	m. Zamość	1,49
7.	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska w Zakresie Reumatologii Czesław Zwolak	m. Chełm	1,37
8.	Specjalistyka Czechów sp. z o.o.	m. Lublin	1,36
9.	“Centermed Lublin” sp. z o.o.	m. Lublin	1,15
10.	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie	m. Lublin	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa lubelskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 1

Tabela 27. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie lubuskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Urszula Szczepankowska Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska	m. Zielona Góra	2,14
2.	Jadwiga Iliaszewicz Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska	m. Gorzów Wielkopolski	1,51
3.	105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach	żarski	0,84
4.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	nowosolski	0,72
5.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów	0,53
6.	Specjalistyczny Zakład Leczniczy „Lecznica”	m. Gorzów	0,51
7.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medkol”	m. Zielona Góra	0,4
8.	Zakład Usług Medycznych Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Pre-spo” sp. z o.o.	słubicki	0,39
9.	Nowy Szpital w Szprotawie sp. z o.o.	żagański	0,36
10.	Aldemed Centrum Medyczne	m. Zielona Góra	0,36

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa lubuskiego

Tabela 28. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie łódzkim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi	m. Łódź	15,39
2.	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	sieradzki	2,82
3.	Przychodnia Lekarzy Specjalistów „Sanmed”	wieluński	1,98
4.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „Eskulap”	m. Skierniewice	1,43
5.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi	m. Łódź	1,37
6.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Sanmed” sp. z o.o.	m. Łódź	1,31
7.	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Reumatologia Jankowski Ryszard	tomaszowski	0,99
8.	Zespół Poradni „Zdrowie”	poddębicki	0,97
9.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy	łęczycki	0,95
10.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	0,76

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 1

Tabela 29. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie małopolskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	m. Kraków	6,84
2.	Zespół Przychodni Specjalistycznych sp. z o.o.	m. Tarnów	2,17
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	1,8
4.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej	suski	1,52
5.	„Krakmed” Spółka Lekarzy Specjalistów	m. Kraków	1,51
6.	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	nowotarski	1,46
7.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku	brzeski	1,45
8.	Centrum Medyczne „Vadimed”	m. Kraków	1,24
9.	Centrum Zdrowia Tuchów sp. z o.o.	tarnowski	1,13
10.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach	myślenicki	1,05

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa małopolskiego

Tabela 30. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie mazowieckim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	m. st. Warszawa	8,64
2.	Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie	m. st. Warszawa	4,22
3.	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego	m. Radom	2,88
4.	Prywatny Gabinet Reumatologiczny Jolanta Kuśmierska-Kubasik	m. Płock	2,76
5.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Sród-mieście	m. st. Warszawa	2,48
6.	Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	2,44
7.	Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego Żoliborza, Bielani i Łomianek	m. st. Warszawa	2,1
8.	Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Ochota	m. st. Warszawa	2,06
9.	Dariusz Sławomir Domański Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Salus”	m. Siedlce	1,89
10.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia „Formedica”	m. st. Warszawa	1,76

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 1

Tabela 31. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie opolskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o.	m. Opole	2,31
2.	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska -Przychodnia Reumatologiczna	m. Opole	1,95
3.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie	oleski	1,67
4.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Chir-Orto-Med” s.c.	brzeski	1,16
5.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medicogen” sp. z o.o.	kędzierzyńsko-kozielski	1,02
6.	Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą w Kup	opolski	0,82
7.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medyk” sp.p. Lekarzy	kluczborski	0,7
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Śródmieście” w Opolu	m. Opole	0,69
9.	Krapkowickie Centrum Zdrowia sp. z o.o.	krapkowicki	0,64
10.	Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą w Kup	namysłowski	0,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego

Tabela 32. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie podkarpackim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	m. Rzeszów	3,21
2.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	m. Krosno	2
3.	Wojewódzki Zespół Specjalistyczny w Rzeszowie	m. Rzeszów	1,92
4.	Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 2	m. Rzeszów	1,59
5.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Osteomed”	mielecki	1,54
6.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Praktyk Specjalistycznych „Omega-Med”	m. Tarnobrzeg	1,42
7.	Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu	jarosławski	1,26
8.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy	dębicki	1,1
9.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistyczna Praktyka Lekarska Maria Kluz	m. Przemyśl	1,07
10.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku	leżajski	1,07

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa podkarpackiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 1

Tabela 33. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie podlaskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	2,16
2.	„Osteo-Medic” s.c. Artur Racewicz, Jerzy Supronik	m. Białystok	1,98
3.	Szpital Wojewódzki im. Dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	m. Suwałki	1,79
4.	NZOZ Reuma-Med Augustów dr n. med. Maria Jolanta Pełczyńska	augustowski	1,71
5.	Centrum Medyczne Hansa	m. Białystok	1,57
6.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Multimedica I – Specjalistyczna Praktyka Lekarska sp.p.	m. Białystok	1,35
7.	Łomżyńskie Centrum Medyczne sp. z o.o.	m. Łomża	1,33
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	bielski	0,84
9.	Promedpol sp. z o.o.	m. Łomża	0,76
10.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku	m. Białystok	0,53

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa podlaskiego

Tabela 34. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie pomorskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie	m. Sopot	4,44
2.			2,88
3.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medica” s.c.	m. Słupsk	2,6
4.	Specjalistyczna Przychodnia Lekarska „Śródmieście” sp. z o.o.	m. Gdynia	2,46
5.	Nadmorskie Centrum Medyczne sp. z o.o.	m. Gdańsk	2,09
6.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Morena”	m. Gdańsk	1,81
7.	„Remed+Lectus”	m. Gdańsk	1,55
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska	starogardzki	1,47
9.	Centrum Medyczne „Polimed” sp. z o.o.	tczewski	1,29
10.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Przychodnia Rogowscy	tczewski	1,12

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa pomorskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 1

Tabela 35. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie śląskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnie Wielospecjalistyczne sp. z o.o.	m. Gliwice	4,82
2.	Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu sp. z o.o.	cieszyński	3,52
3.	Alina Grzesiowska-Mika, Roman Moskała, Zbigniew Słota – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Reuma-Med” s.c.	m. Bielsko-Biała	3,5
4.	Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	3,14
5.	Usługi Medyczne „Śródmieście” sp. z o.o.	tarnogórski	2,39
6.	„Centrum Medyczne” sp. z o.o.	m. Rybnik	2,35
7.	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych	m. Katowice	2,34
8.	Centrum Medyczne sp.j. Andrzej Primer, Edyta Przybyła-Kręglicka, Danuta Prajs	m. Chorzów	2,32
9.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.	m. Częstochowa	2,32
10.	Centrum Medyczne „Syberka” sp. z o.o.	będziński	1,87

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego

Tabela 36. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie świętokrzyskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	konecki	2,39
2.	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej	starachowicki	2,1
3.	„Artimed” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach	m. Kielce	1,54
4.	Medyczne Centrum Specjalistyczne – Grupowa Praktyka Lekarska s.c.	ostrowiecki	1,22
5.	Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie	włoszczowski	1,2
6.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	staszowski	1,12
7.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	sandomierski	1,03
8.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Pińczowie	pińczowski	1
9.	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska lek. Anna Mazur	ostrowiecki	0,81
10.	Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Gomed-Ostrowiec” sp. z o.o. sp.k.	ostrowiecki	0,78

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa świętokrzyskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 1

Tabela 37. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznai – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie warmińsko-mazurskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Centrum Reumatologiczne Bazela, Brzezicki, Drabiszczak-Piątkowska, Kwiatkowska, Rydecka, Sosnowska „Lekarze – sp.p.”	m. Elbląg	4,99
2.	Barbara Gierasimiuk	kętrzyński	3,38
3.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	m. Olsztyn	2,93
4.	Maria Malinowska	bartoszycki	1,46
5.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie	działdowski	1,11
6.	Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Giżycku	giżycki	1,02
7.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	m. Olsztyn	1,02
8.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Specjalistyczna sp. z o.o.	mrągowski	1,01
9.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Nr 1” E. Szpanełewska, D. Szpanełewski sp.j.	nowomiejski	0,96
10.	„Reuma” Ewa Szylin sp.j.	olsztyński	0,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa warmińsko-mazurskiego

Tabela 38. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznai – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie wielkopolskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Poznański Ośrodek Specjalistyczny Usług Medycznych	m. Poznań	3,39
2.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie	gnieźnieński	1,84
3.	NZOZ Specjalistyczna Przychodnia „Melvita”	m. Konin	1,79
4.	Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Śremie	śremski	1,68
5.	Niepubliczny Zespół Poradni Specjalistycznych „Puls” G. Budasz i K. Budasz sp.j.	pilski	1,65
6.	Przychodnia Reumatologiczna Halina Chlebowska-Wasilewicz	m. Konin	1,6
7.	Specjalistyczna Praktyka Lekarska „Medas”	m. Poznań	1,55
8.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Euromed” sp. z o.o.	m. Poznań	1,5
9.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Med-Lux” Poradnia Lekarzy Rodzinnych, Zespół Gabinetów Specjalistycznych	poznański	1,38
10.	Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Doctor”	m. Kalisz	1,32

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa wielkopolskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 1

Tabela 39. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie zachodniopomorskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba porad w tys.
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM	m. Szczecin	4,92
2.	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	m. Koszalin	2,24
3.	Poradnia Lekarska „Reumatologia”	m. Szczecin	2,12
4.	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim	stargardzki	1,54
5.	Regionalny Szpital w Kołobrzegu	kołobrzeski	1,23
6.	Przychodnia Medycyny Rodzinnej „Dom-Med” Anna Krauze	m. Szczecin	1,04
7.	Przychodnia im. Jana Pawła II sp. z o.o.	myśliborski	0,92
8.	Poradnia Lekarska „Reumatologia”	goleniowski	0,9
9.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	m. Szczecin	0,88
10.	Poradnia Lekarska „Reumatologia”	policki	0,84

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego

ZAŁĄCZNIK 2.

Oddziały reumatologiczne w Polsce – podstawowe charakterystyki

Poniższy wykaz prezentuje analizę funkcjonowania wszystkich oddziałów reumatologii w 2016 roku z podziałem na poszczególne województwa.

Analizie poddano następujące parametry: liczba hospitalizowanych pacjentów, liczba hospitalizacji, liczba osobodni hospitalizacji, hospitalizacje spoza województwa oraz liczba łóżek w poszczególnych oddziałach.

Dane uporządkowano według liczby hospitalizowanych pacjentów (od największej do najmniejszej).

Tabela 40. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie dolnośląskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	1,9	4	16	13,7	36
2.	SP ZOZ w Świdnicy	świdnicki	0,9	1,4	9,8	1,9	35
3.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej	m. Wrocław	0,8	1,2	6,8	6,9	29
4.	Regionalne Centrum Zdrowia sp. z o.o.	lubiński	0,7	0,9	4,9	0,1	25
5.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	lwówecki	0,7	0,7	7,9	0,9	40
6.	Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji sp. z o.o.	kamiennogórski	0,6	1	7,7	2,5	30
7.	Uzdrowisko Świeradów-Czerniawa sp. z o.o. - Grupa PGU	lubański	0,7	1	4,5	2,1	30
Ogółem:			6,3	10,2	57,6	6,9	225

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. dolnośląskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 2

Tabela 41. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie kujawsko-pomorskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń	0,4	0,5	2,7	2,8	-
2.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz	0,6	0,6	2,7	9,4	26
3.	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	1	1,7	5,5	9,3	25
4.	SP ZOZ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	m. Bydgoszcz	0,3	0,4	1,7	13,6	7
5.	SP ZOZ	radziejowski	0,7	0,7	7,2	3	28
Ogółem:			2,9	3,9	19,8	7,8	86

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. kujawsko-pomorskiego

Tabela 42. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie lubelskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	m. Lublin	1,5	3,3	12	12,1	32
2.	SP ZOZ w Puławach	puławski	0,2	0,2	1,4	1,6	10
3.	SP ZOZ w Łukowie	łukowski	0,9	1	7,6	4,6	30
4.	SP ZOZ w Radzynie Podlaskim	radzyński	0,5	0,5	3,2	5,5	14
5.	SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim	tomaszowski	0,9	1,2	9,2	6,6	27
6.	SP ZOZ w Krasnymstawie	krasnostawski	0,5	0,5	6,1	0,5	25
Ogółem:			4,6	6,7	39,6	8,3	138

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. lubelskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 2

Tabela 43. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie lubuskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów Wielkopolski	0,2	0,3	1,9	3,6	-
2.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	nowosolski	0,6	0,7	4,3	11,2	16
Ogółem:			0,8	1	6,3	8,9	16

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. lubuskiego

Tabela 44. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie łódzkim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	m. Łódź	1	1,9	9,2	1,7	38
2.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów	m. Łódź	0,2	0,2	1,1	10,9	16
3.	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	sieradzki	0,7	0,9	6,6	9,1	24
4.	Szpital Powiatowy w Radomsku	radomszczański	0,7	0,9	7,5	1,8	44
5.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	0,3	0,4	5	0,3	20
Ogółem:			2,9	4,3	29,3	3,6	142

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. łódzkiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 2

Tabela 45. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie małopolskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	0,3	0,4	2	18,8	-
2.	ZOZ w Suchoj Beskidzkiej	suski	0,5	0,7	3,4	12,8	16
3.	5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	0,1	0,1	0,4	10,6	5
4.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	m. Kraków	2,5	3,8	19,6	7,1	80
Ogółem:			3,4	5	25,4	8,9	101

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. małopolskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 2

Tabela 46 Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie mazowieckim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	1,4	1,7	10,1	16,6	33
2.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	m. st. Warszawa	1,5	1,7	8,5	9,1	21
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	m. Płock	0,5	0,7	9,8	7,5	30
4.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny sp. z o.o.	m. Radom	0,8	0,9	10,5	1,5	40
5.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	płoński	0,5	0,5	4,2	2,6	20
6.	Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego sp. z o.o.	żyrardowski	0,6	0,6	6,3	18,3	40
7.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku	lipski	0,4	0,4	4,9	20,2	14
8.	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	m. st. Warszawa	2,6	4	22,5	22	86
Ogółem:			8,2	10,5	76,9	15,1	284

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. mazowieckiego

Tabela 47. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie opolskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	ZOZ w Nysie	nyski	0,4	0,4	5,2	29,3	30
2.	Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą w Kup	opolski	0,9	1,2	6,3	3,6	30
Ogółem:			1,3	1,5	11,5	10,1	60

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. opolskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 2

Tabela 48. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie podkarpackim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	m. Rzeszów	0,7	1,2	8	1,5	27
2.	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	m. Przemyśl	0,6	0,8	8,4	1,1	30
3.	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza	brzozowski	0,3	0,3	2,2	1,4	-
4.	Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu	m. Tarnobrzeg	0,7	1,1	6	12,3	23
5.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	m. Krosno	0,6	0,7	7,3	3,2	31
6.	SP ZOZ w Leżajsku	leżajski	0,8	0,8	5,9	12,8	35
7.	Centrum Opieki Medycznej	jarosławski	0,4	0,4	2,4	2,4	20
8.	„Sanus” Szpital Specjalistyczny sp. z o.o.	stalowowolski	0,3	0,4	1,7	11,2	26
Ogółem:			4,3	5,5	41,7	6,1	192

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. podkarpackiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 2

Tabela 49. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie podlaskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	0,5	0,5	3	27,7	15
2.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	m. Suwałki	0,2	0,2	1,5	3,5	-
3.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego	m. Białystok	1,4	1,7	11,4	13,7	33
Ogółem:			1,4	1,7	11,4	13,7	33

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. podlaskiego

Tabela 50. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie pomorskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.	kościerski	0,5	0,5	4,8	1,4	20
2.	Szpital Polski Sztum	sztumski	0,4	0,4	3,5	11	20
3.	Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr. Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie	m. Sopot	2,2	2,6	21,7	5,7	105
4.	NZOZ Medica s.c.	bytowski	0,6	0,6	5,2	12,6	25
Ogółem:			3,7	4,2	35,3	6,8	170

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. pomorskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 2

Tabela 51. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie śląskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	m. Częstochowa	0,4	0,5	5,1	6,8	21
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca	m. Katowice	0,9	1,7	8	9	37
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	m. Sosnowiec	0,6	0,8	5,3	7	21
4.	SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	m. Chorzów	0,3	0,3	2,6	0,3	9
5.	Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	0,5	0,6	4,7	7,1	22
6.	Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. Gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu sp. z o.o.	cieszyński	3,7	4,1	35,9	14,3	140
7.	Szpital Murcki sp. z o.o.	m. Katowice	0,8	0,9	7,9	7,9	30
8.	Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój sp. z o.o.	pszczyński	1	1	11,6	6,3	63
Ogółem:			8	9,9	81,1	10,2	343

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. śląskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 2

Tabela 52. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie świętokrzyskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Powiatowy ZOZ w Starachowicach	starachowicki	0,7	0,9	5,5	6	20
2.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	sandomierski	0,6	0,8	5,2	6,7	16
3.	ZOZ w Końskich	konecki	0,8	1,3	9,2	16,3	32
4.	ZOZ we Włoszczowie	włoszczowski	0,8	0,9	5,8	14,6	31
Ogółem:			2,8	3,9	25,7	11,7	99

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. świętokrzyskiego

Tabela 53. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie warmińsko-mazurskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	m. Elbląg	0,8	1	7,5	18,6	26
2.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	m. Olsztyn	0,4	0,5	3,3	1,9	15
Ogółem:			1,3	1,5	10,8	12,9	41

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. warmińsko-mazurskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 2

Tabela 54. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie wielkopolskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	m. Poznań	0,5	1,1	6,8	14,3	-
2.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	m. Kalisz	0,8	0,9	5	6,9	30
3.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	pilski	0,4	0,5	3,1	15,3	12
4.	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.	pleszewski	0,3	0,3	1,6	2,3	-
5.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Dziekanka im. Aleksandra Piotrowskiego	gnieźnieński	0,3	0,3	2,4	10	-
6.	SP ZOZ w Kościanie	kościański	0,8	1	5,6	8,8	23
7.	Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego	m. Poznań	0,9	3,5	7,2	10,8	21
8.	SP ZOZ w Międzychodzie	międzychodzki	0,8	0,9	5,4	35,3	22
9.	Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ w Śremie	śremski	2,3	2,7	21,3	7,5	75
Ogółem:			7,1	11,3	58,4	11,7	183

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. wielkopolskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 2

Tabela 55. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie zachodniopomorskim

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba hospitalizowanych pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba osobodni hospitalizacji [tys.]	Hospitalizacje spoza województwa [%]	Liczba łóżek (na 31.12.16)
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM	m. Szczecin	1	2,1	10,7	11,8	28
2.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	m. Szczecin	0,8	0,8	8,8	1,2	28
3.	Szpital Powiatowy w Sławnie	sławieński	0,6	0,6	7,7	35,9	-
4.	Szpital Powiatowy w Gryfinie sp. z o.o.	gryfiński	0,2	0,3	2,4	2,6	10
Ogółem:			2,5	3,8	29,6	13	66

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. zachodniopomorskiego

ZAŁĄCZNIK 3.

Świadczeniodawcy realizujący hospitalizacje pacjentów z powodu chorób zapalnych

Poniższe analizy przedstawiają liczbę pacjentów hospitalizowanych w oddziałach reumatologii zlokalizowanych w poszczególnych województwach z uwzględnieniem pacjentów chorych na zapalenia stawów. Prezentowane dane dotyczą 2016 roku.

Tabela 56. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo dolnośląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	2,1	2	94,2
2.	SP ZOZ w Świdnicy	świdnicki	1	1	97,9
3.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	m. Wrocław	1,1	1	93,3
4.	Regionalne Centrum Zdrowia sp. z o.o.	lubiński	0,7	0,6	96,2
5.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	lwówecki	0,7	0,2	32,2
6.	Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji sp. z o.o.	kamiennogórski	0,7	0,5	73,7
7.	Uzdrowisko Świeradów-Czerniawa sp. z o.o. – Grupa PGU	lubański	0,8	0,5	66,5
Ogółem:			7	5,8	83,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. dolnośląskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 3

Tabela 57. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo kujawsko-pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń	0,4	0,4	95,5
2.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz	0,6	0,4	73,4
3.	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	1,1	1,1	98,9
4.	SP ZOZ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	m. Bydgoszcz	0,3	0,3	98
5.	SP ZOZ	radziejowski	0,7	0,3	46,2
Ogółem:			3,1	2,6	82,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. kujawsko-pomorskiego

Tabela 58. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo lubelskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	m. Lublin	2,5	2,5	97,7
2.	SP ZOZ w Puławach	puławski	0,2	0,2	84,4
3.	SP ZOZ w Łukowie	łukowski	1	0,2	21,8
4.	SP ZOZ w Radzynie Podlaskim	radzyński	0,5	0,3	60
5.	SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim	tomaszowski	1	0,4	39,9
6.	SP ZOZ w Krasnymstawie	krasnostawski	0,5	0,3	52,6
Ogółem:			5,7	3,8	66,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. lubelskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 3

Tabela 59. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo lubuskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów Wielkopolski	0,3	0,3	95,4
2.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	nowosolski	0,6	0,5	84,4
Ogółem:			0,9	0,8	88

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. lubuskiego

Tabela 60. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo łódzkie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M.Kopernika w Łodzi	m. Łódź	1	1	96,5
2.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów	m. Łódź	0,2	0,2	78,5
3.	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	sieradzki	0,7	0,6	94,4
4.	Szpital Powiatowy w Radomsku	radomszczański	0,7	0,6	86,5
5.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	0,3	0,2	66,9
Ogółem:			2,9	2,6	89

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. łódzkiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 3

Tabela 61. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo małopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	0,4	0,3	90,1
2.	ZOZ w Suchej Beskidzkiej	suski	0,5	0,3	58,1
3.	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	0,1	0,1	60,7
4.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	m. Kraków	2,4	2,1	86,8
Ogółem:			3,4	2,8	81,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. małopolskiego

Tabela 62. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo mazowieckie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	1,4	1,2	83,8
2.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	m. st. Warszawa	1,4	1,3	93,4
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	m. Płock	0,7	0,6	93,5
4.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny sp. z o.o.	m. Radom	0,8	0,6	74,2
5.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	płoński	0,5	0,2	49,6
6.	Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego sp. z o.o.	żyrardowski	0,6	0,3	50,3
7.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku	lipski	0,4	0,3	60
8.	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Dr Hab. Med. Eleonory Reicher	m. st. Warszawa	3	2,3	79,4
Ogółem:			8,7	6,8	78,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. mazowieckiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 3

Tabela 63. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo opolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	ZOZ w Nysie	nyski	0,4	0,1	23,4
2.	Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą w Kup	opolski	1	0,8	81,1
Ogółem:			1,4	0,9	64,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. opolskiego

Tabela 64. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo podkarpackie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	m. Rzeszów	0,9	0,7	78,3
2.	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	m. Przemyśl	0,7	0,6	86,2
3.	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza	brzozowski	0,3	0,2	87,8
4.	Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu	m. Tarnobrzeg	0,7	0,6	91,4
5.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	m. Krosno	0,6	0,6	93,9
6.	SP ZOZ w Leżajsku	leżajski	0,8	0,5	67,6
7.	Centrum Opieki Medycznej	jarosławski	0,4	0,3	75,3
8.	„Sanus” Szpital Specjalistyczny sp. z o.o.	stalowowolski	0,4	0,3	91,5
Ogółem:			4,7	3,9	82,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. podkarpackiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 3

Tabela 65. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo podlaskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	0,3	0,2	78,7
2.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	m. Suwałki	0,5	0,4	69,3
3.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego	m. Białystok	0,2	0,1	58,9
Ogółem:			1	0,7	70,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. podlaskiego

Tabela 66. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.	kościerski	0,5	0,4	88,5
2.	Szpital Polski Sztum	sztumski	0,4	0,2	45,4
3.	Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr. Jadwigi Titz - Kosko w Sopocie	m. Sopot	2,2	1,8	81,9
4.	NZOZ Medica s.c.	bytowski	0,5	0,5	91,5
Ogółem:			3,7	2,9	79,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. pomorskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 3

Tabela 67. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo śląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	m. Częstochowa	0,5	0,4	91,9
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca	m. Katowice	0,8	0,7	94
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	m. Sosnowiec	0,6	0,5	78,2
4.	SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	m. Chorzów	0,3	0,3	97,9
5.	Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	0,5	0,3	69,5
6.	Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu sp. z o.o.	cieszyński	3,6	2,9	82,1
7.	Szpital Murcki sp. z o.o.	m. Katowice	0,8	0,3	34
8.	Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój sp. z o.o.	pszczyński	0,9	0,7	77,6
Ogółem:			7,9	6,2	77,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. śląskiego

Tabela 68. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo świętokrzyskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Powiatowy ZOZ w Starachowicach	starachowicki	0,7	0,6	95,7
2.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	sandomierski	0,6	0,3	53,1
3.	ZOZ w Końskich	konecki	1	0,9	84,5
4.	ZOZ we Włoszczowie	włoszczowski	0,8	0,7	84
Ogółem:			3,1	2,5	80,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. świętokrzyskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 3

Tabela 69. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo warmińsko-mazurskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	m. Elbląg	0,9	0,6	65,6
2.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	m. Olsztyn	0,4	0,4	84,5
Ogółem:			1,3	1	71,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. warmińsko-mazurskiego

Tabela 70. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo wielkopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	m. Poznań	0,8	0,8	95,8
2.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	m. Kalisz	0,9	0,6	72,7
3.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	pilski	0,5	0,4	97,6
4.	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.	pleszewski	0,3	0,2	72,4
5.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Dziekanów im. Aleksandra Piotrowskiego	gnieźnieński	0,3	0,3	94,2
6.	SP ZOZ w Kościanie	kościański	0,9	0,8	97
7.	Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego	m. Poznań	1	0,9	89,9
8.	SP ZOZ w Międzychodzie	międzychodzki	0,5	0,5	98,8
9.	Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ w Śremie	śremski	2,4	2,2	89,6
Ogółem:			7,6	6,8	89,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. wielkopolskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 3

Tabela 71. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo zachodniopomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Choroby układu kostno-mięśniowego [tys.]	Choroby zapalne	
				Liczba [tys.]	Udział [%]
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM	m. Szczecin	1,4	1,3	98,4
2.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	m. Szczecin	0,8	0,6	71,3
3.	Szpital Powiatowy w Sławnie	sławieński	0,6	0,6	96,4
4.	Szpital Powiatowy w Gryfinie sp. z o.o.	gryfiński	0,3	0,2	90,2
Ogółem:			3	2,7	90,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. zachodniopomorskiego

ZAŁĄCZNIK 4.

Charakterystyka oddziałów reumatologii ze względu na czas pobytu pacjentów

Poniżej przedstawiono analizę dotyczącą średniego czasu hospitalizacji w oddziałach reumatologii poszczególnych województw. Zebrane dane odnoszą się do 2016 roku

Tabela 72. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo dolnośląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	6	6,7	5
2.	SP ZOZ w Świdnicy	świdnicki	9	3,6	11
3.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	m. Wrocław	6	3,2	6
4.	Regionalne Centrum Zdrowia sp. z o.o.	lubiński	7	2,8	8
5.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	lwówecki	12	1,7	11
6.	Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji sp. z o.o.	kamiennogórski	11	3,5	11
7.	Uzdrowisko Świeradów - Czerniawa sp. z o.o. – Grupa PGU	lubański	5	1,7	5
Ogółem:			8	4,9	7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa dolnośląskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 4

Tabela 73. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo kujawsko-pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń	5	4	4
2.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz	4	1,3	4
3.	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	4	2,6	4
4.	SP ZOZ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	m. Bydgoszcz	5	1,7	4
5.	SP ZOZ	radziejowski	11	2,1	11
Ogółem:			6	3,6	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa kujawsko-pomorskiego

Tabela 74. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo lubelskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	m. Lublin	4	4,4	2
2.	SP ZOZ w Puławach	puławski	8	2,9	7
3.	SP ZOZ w Łukowie	łukowski	8	2,3	7
4.	SP ZOZ w Radzyniu Podlaskim	radzyński	6	1,8	6
5.	SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim	tomaszowski	9	2,5	9
6.	SP ZOZ w Krasnymstawie	krasnostawski	11	2,4	12
Ogółem:			7	4,2	7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa lubelskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 4

Tabela 75. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo lubuskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów Wielkopolski	6	3,4	6
2.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	nowosolski	7	2,5	7
Ogółem:			7	2,9	7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa lubuskiego

Tabela 76. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo łódzkie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	m. Łódź	8	3,3	9
2.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów	m. Łódź	5	3,1	4
3.	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	sieradzki	9	4,6	8
4.	Szpital Powiatowy w Radomsku	radomszczański	11	2,8	11
5.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	14	4,6	14
Ogółem:			9	4,3	9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 4

Tabela 77. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo małopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	5	5,4	4
2.	ZOZ w Suchoj Beskidzkiej	suski	6	2,4	6
3.	5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	4	1	4
4.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	m. Kraków	7	5,4	6
Ogółem:			6	5	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa małopolskiego

Tabela 78. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo mazowieckie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	6	4,3	5
2.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	m. st. Warszawa	5	3,8	4
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	m. Płock	14	10,2	13
4.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny sp. z o.o.	m. Radom	13	4,7	12
5.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	płoński	9	4,1	8
6.	Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego sp. z o.o.	żyrardowski	11	4,2	10
7.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku	lipski	12	2,7	12
8.	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	m. st. Warszawa	7	4,7	6
Ogółem:			8	5,7	7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 4

Tabela 79. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo opolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	ZOZ w Nysie	nyski	13	3,1	14
2.	Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą w Kup	opolski	6	2	7
Ogółem:			8	4	7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego

Tabela 80. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo podkarpackie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	m. Rzeszów	8	6,6	7
2.	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	m. Przemyśl	12	4,7	11
3.	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza	brzozowski	8	3,7	7
4.	Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu	m. Tarnobrzeg	8	1,8	8
5.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	m. Krosno	12	4	12
6.	SP ZOZ w Leżajsku	leżajski	7	2	7
7.	Centrum Opieki Medycznej	jarosławski	6	2,9	7
8.	„Sanus” Szpital Specjalistyczny sp. z o.o.	stalowowolski	5	4,2	4
Ogółem:			9	4,7	8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa podkarpackiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 4

Tabela 81. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo podlaskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	9	5,5	8
2.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	m. Suwałki	6	1,7	6
3.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego	m. Białystok	9	4,5	9
Ogółem:			8	4,6	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa podlaskiego

Tabela 82. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.	kościerski	10	3,4	11
2.	Szpital Polski Sztum	sztumski	8	1,5	8
3.	Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr. Jadwigi Titz - Kosko w Sopocie	m. Sopot	9	3,8	9
4.	NZOZ Medica s.c.	bytowski	9	3,4	8
Ogółem:			9	3,5	9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa pomorskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 4

Tabela 83. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo śląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	m. Częstochowa	11	3	11
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca	m. Katowice	6	5,2	4
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	m. Sosnowiec	8	2,9	8
4.	SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	m. Chorzów	9	3,8	11
5.	Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	9	2,7	10
6.	Saskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu sp. z o.o.	cieszyński	10	1,8	9
7.	Szpital Murcki sp. z o.o.	m. Katowice	9	1,6	9
8.	Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój sp. z o.o.	pszczyński	12	1,7	12
Ogółem:			9	3,3	9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego

Tabela 84. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo świętokrzyskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Powiatowy ZOZ w Starachowicach	starachowicki	8	2,9	9
2.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	sandomierski	9	1,6	9
3.	ZOZ w Końskich	konecki	9	4,5	9
4.	ZOZ we Włoszczowie	włoszczowski	7	3,1	7
Ogółem:			8	3,5	9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa świętokrzyskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 4

Tabela 85. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo warmińsko-mazurskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	m. Elbląg	8	3,1	7
2.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	m. Olsztyn	8	3,2	8
Ogółem:			8	3,2	8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa warmińsko-mazurskiego

Tabela 86. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo wielkopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	m. Poznań	8	4	7
2.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	m. Kalisz	6	2,6	5
3.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	pilski	7	3	7
4.	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.	pleszewski	5	1,5	5
5.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Dziekanka im. Aleksandra Piotrowskiego	gnieźnieński	8	4,6	7
6.	SP ZOZ w Kościanie	kościański	6	4	5
7.	Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego	m. Poznań	5	2,8	4
8.	SP ZOZ w Międzychodzie	międzychodzki	6	2	6
9.	Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ w Śremie	śremski	9	3,6	10
Ogółem:			7	3,6	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa wielkopolskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 4

Tabela 87. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo zachodniopomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Średnia czasu pobytu [dni]	Odchylenie standardowe czasu pobytu [dni]	Mediana czasu pobytu [dni]
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM	m. Szczecin	6	6,1	4
2.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	m. Szczecin	11	2,6	11
3.	Szpital Powiatowy w Sławnie	sławieński	12	3,3	13
4.	Szpital Powiatowy w Gryfinie sp. z o.o.	gryfiński	9	3,3	9
Ogółem:			9	5,5	9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego

ZAŁĄCZNIK 5.

Wykaz świadczeniodawców udzielających świadczeń rehabilitacyjnych po hospitalizacji

W poniższej analizie przedstawiono odsetek pacjentów hospitalizowanych oddziałach reumatologii w poszczególnych województwach w 2016 roku, u których po hospitalizacji wdrożono świadczenia rehabilitacyjne.

Tabela 88. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo dolnośląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	m. Wrocław	1,7	5,3	11,1	17,3
2.	SP ZOZ w Świdnicy	świdnicki	0,9	5,7	13	21,8
3.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	m. Wrocław	0,8	7,9	16	24,5
4.	Regionalne Centrum Zdrowia sp. z o.o.	lubiński	0,6	7,3	16,3	23,1
5.	NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.	lwówecki	0,7	6,7	15,7	25,5
6.	Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji sp. z o.o.	kamienno-górski	0,6	3,9	12,1	20,5
7.	Uzdrowisko Świeradów – Czerniawa sp. z o.o. – Grupa PGU	lubański	0,7	9,1	20,3	29,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa dolnośląskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 5

Tabela 89. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo kujawsko-pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	m. Toruń	0,3	8,1	11,7	
2.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	m. Grudziądz	0,6	13	36,8	46,5
3.	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy	m. Bydgoszcz	0,9	5,7	14,1	21,7
4.	SP ZOZ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	m. Bydgoszcz	0,3	10,2	21,8	29,9
5.	SP ZOZ	radziejowski	0,7	5,7	14,2	27

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa kujawsko-pomorskiego

Tabela 90. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo lubelskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	m. Lublin	1,3	4,6	10,1	14,9
2.	SP ZOZ w Puławach	puławski	0,2	3,2	9,7	15,1
3.	SP ZOZ w Łukowie	łukowski	0,9	6,3	15,2	22,7
4.	SP ZOZ w Radzyniu Podlaskim	radzyński	0,5	9,1	21,1	30,7
5.	SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim	tomaszowski	0,9	3,9	9,6	15,2
6.	SP ZOZ w Krasnymstawie	krasnostawski	0,5	2,6	7,5	14,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa lubelskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 5

Tabela 91. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo lubuskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	m. Gorzów Wielkopolski	0,2	6,4	14,9	22,8
2.	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	nowosolski	0,5	7,5	16,3	23,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa lubuskiego

Tabela 92. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo łódzkie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	m. Łódź	0,9	8,1	18,1	26,4
2.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów	m. Łódź	0,2	3,8	18,7	25,8
3.	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	sieradzki	0,7	5,9	17,4	26,1
4.	Szpital Powiatowy w Radomsku	radomszczański	0,7	5,8	16,9	24,5
5.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	m. Piotrków Trybunalski	0,3	4,9	11,3	18,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 5

Tabela 93. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo małopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	m. Kraków	0,3	4,6	11	18,8
2.	ZOZ w Suchoj Beskidzkiej	suski	0,5	15,9	40	44,4
3.	5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – SP ZOZ w Krakowie	m. Kraków	0,1	19,1	41,6	49,4
4.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	m. Kraków	2,1	6,8	16,7	24,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa małopolskiego

Tabela 94. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo mazowieckie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Wojskowy Instytut Medyczny	m. st. Warszawa	1,2	8,6	20	27,2
2.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	m. st. Warszawa	1,2	12,1	27,9	36,5
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	m. Płock	0,5	5,3	12,7	21,8
4.	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny sp. z o.o.	m. Radom	0,8	5,8	14,4	21,8
5.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	płoński	0,4	10,4	26,1	38
6.	Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego sp. z o.o.	żyrardowski	0,6	8,4	16,2	24,5
7.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku	lipski	0,4	1,4	6,3	14
8.	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	m. st. Warszawa	2,4	9,8	22,7	32

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 5

Tabela 95. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo opolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	ZOZ w Nysie	nyski	0,4	5,9	17,7	29
2.	Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą w Kup	opolski	0,9	4,8	12,1	20,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego

Tabela 96. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo podkarpackie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	m. Rzeszów	0,7	6,1	14,2	22,2
2.	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	m. Przemyśl	0,6	5,7	15	22,6
3.	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza	brzozowski	0,3	4,7	11,1	16,5
4.	Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu	m. Tarnobrzeg	0,7	5,3	15,5	27,2
5.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	m. Krosno	0,6	3,8	12	18,4
6.	SP ZOZ w Leżajsku	leżajski	0,8	7,1	15,1	23,3
7.	Centrum Opieki Medycznej	jarosławski	0,4	7,9	17,9	25,3
8.	„Sanus” Szpital Specjalistyczny sp. z o.o.	stalowowolski	0,3	32,4	54	66,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa podkarpackiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 5

Tabela 97. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo podlaskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	m. Białystok	0,3	5,8	16,1	22,3
2.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	m. Suwałki	0,5	9,2	22,6	34,1
3.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego	m. Białystok	0,1	6,3	19,6	29,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa podlaskiego

Tabela 98. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo pomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.	kościerski	0,5	4,3	14,2	25,5
2.	Szpital Polski Sztum	sztumski	0,4	4,8	14,2	24,8
3.	Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr. J. J. Titz-Kosko w Sopocie	m. Sopot	2,1	6,9	18,9	28,3
4.	NZOZ Medica s.c.	bytowski	0,5	6,2	14	24,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa pomorskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 5

Tabela 99. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo śląskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie	m. Częstochowa	0,4	4,6	13,2	19,6
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca	m. Katowice	0,4	4,6	8,6	14
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	m. Sosnowiec	0,6	6,4	14,5	20,3
4.	SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	m. Chorzów	0,3	6,2	13,7	22,7
5.	Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu	m. Bytom	0,5	3,3	13,4	21,5
6.	Saskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu sp. z o.o.	cieszyński	3,5	6,1	16,5	26,9
7.	Szpital Murcki sp. z o.o.	m. Katowice	0,8	9,4	20,7	32,6
8.	Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój sp. z o.o.	pszczyński	0,9	7,3	20	29,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 5

Tabela 100. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo świętokrzyskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Powiatowy ZOZ w Starachowicach	starachowicki	0,6	5,3	11,8	19,1
2.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	sandomierski	0,6	3,8	12,1	20,1
3.	ZOZ w Końskich	konecki	0,8	5,4	11,2	20,4
4.	ZOZ we Włoszczowie	włoszczowski	0,7	4,7	11,3	19,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa świętokrzyskiego

Tabela 101. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo warmińsko-mazurskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	m. Elbląg	0,8	5,8	12,9	19,9
2.	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	m. Olsztyn	0,4	5,6	11,8	19,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa warmińsko-mazurskiego

12 Organizacja i funkcjonowanie opieki reumatologicznej w poszczególnych województwach – analiza map potrzeb zdrowotnych z 2016 i 2018 roku / załącznik 5

Tabela 102. Świadczenia rehabilitacyjne, –województwo wielkopolskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym. SP ZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	m. Poznań	0,5	4,1	8,5	14,2
2.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	m. Kalisz	0,8	4,7	13,2	21,5
3.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	piłski	0,4	2,9	8,4	14,1
4.	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.	pleszewski	0,3	5,3	9,4	14,4
5.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Dziekanka im. Aleksandra Piotrowskiego	gnieźnieński	0,3	6,4	12,1	18,8
6.	SP ZOZ w Kościanie	kościański	0,8	4,4	11,4	18,4
7.	Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego	m. Poznań	0,6	4,3	8,9	14,9
8.	SP ZOZ w Międzychodzie	międzychodzki	0,4	7,7	14,6	20,3
9.	Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ w Śremie	śremski	2,3	5	13,1	21,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa wielkopolskiego

Tabela 103. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo zachodniopomorskie

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat	Liczba pacjentów [tys.]	Odsetek pacjentów, którzy otrzymali świadczenie w ciągu		
				30 dni [%]	90 dni [%]	180 dni [%]
1.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM	m. Szczecin	0,7	3,4	6,5	10,2
2.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	m. Szczecin	0,8	5,4	13,1	22,5
3.	Szpital Powiatowy w Sławnie	sławieński	0,6	3,2	8,2	15,1
4.	Szpital Powiatowy w Gryfinie sp. z o.o.	gryfiński	0,2	4,7	13	22,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego

13

Spis tabel i rysunków

Tabela 1. Całkowita liczba pacjentów, u których rozpoznano w latach 2015-2017 chorobę zapalną stawów	6
Tabela 2. Ogólna liczba pacjentów z chorobami zapalnymi stawów w latach 2015-2017 (według województw)	7
Tabela 3. Liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	7
Tabela 4. Województwo dolnośląskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	8
Tabela 5. Województwo kujawsko-pomorskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	8
Tabela 6. Województwo lubelskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	8
Tabela 7. Województwo lubuskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	9
Tabela 8. Województwo łódzkie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	9
Tabela 9. Województwo małopolskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	10
Tabela 10. Województwo mazowieckie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	10
Tabela 11. Województwo opolskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	10
Tabela 12. Województwo podkarpackie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	11
Tabela 13. Województwo podlaskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	11
Tabela 14. Województwo pomorskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	11

Tabela 15. Województwo śląskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	12
Tabela 16. Województwo świętokrzyskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	12
Tabela 17. Województwo warmińsko-mazurskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	12
Tabela 18. Województwo wielkopolskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	13
Tabela 19. Województwo zachodniopomorskie – liczba pacjentów, u których w latach 2015-2017 rozpoznano poszczególne choroby zapalne stawów (wg ICD-10)	13
Tabela 20. Poradnia reumatologiczna – podstawowe dane statystyczne dotyczące chorób układu kostno-mięśniowego (według województw)	20
Tabela 21. Poradnia reumatologiczna – podstawowe dane statystyczne dotyczące chorób układowych tkanki łącznej (według województw)	21
Tabela 22. Oddział reumatologii – podstawowe dane statystyczne dotyczące chorób układowych tkanki łącznej (według województw)	22
Tabela 23. Prognozowana na 2031 rok zmiana liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury	24
Tabela 24. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie udzielonych porad (malejąco) w województwie dolnośląskim	77
Tabela 25. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie kujawsko-pomorskim	78
Tabela 26. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie lubelskim	78
Tabela 27. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie lubuskim	79

Tabela 28. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie łódzkim	79
Tabela 29. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie małopolskim	80
Tabela 30. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie mazowieckim	80
Tabela 31. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie opolskim	81
Tabela 32. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie podkarpackim	81
Tabela 33. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie podlaskim	82
Tabela 34. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie pomorskim	82
Tabela 35. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie śląskim	83
Tabela 36. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie świętokrzyskim	83
Tabela 37. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie warmińsko-mazurskim	84
Tabela 38. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie wielkopolskim	84

13 Spis tabel i rysunków

Tabela 39. Liczba porad (w tys.) wg świadczeniodawców i grup rozpoznań – choroby układowe tkanki łącznej. Dziesięciu świadczeniodawców o najwyższej liczbie porad (malejąco) w województwie zachodniopomorskim	85
Tabela 40. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie dolnośląskim	86
Tabela 41. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie kujawsko-pomorskim	87
Tabela 42. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie lubelskim	87
Tabela 43. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie lubuskim	88
Tabela 44. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie łódzkim	88
Tabela 45. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie małopolskim	89
Tabela 46. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie mazowieckim	90
Tabela 47. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie opolskim	90
Tabela 48. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie podkarpackim	91
Tabela 49. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie podlaskim	92
Tabela 50. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie pomorskim	92
Tabela 51. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie śląskim	93
Tabela 52. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie świętokrzyskim	94
Tabela 53. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie warmińsko-mazurskim	94

13 Spis tabel i rysunków

Tabela 54. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie wielkopolskim	95
Tabela 55. Podstawowe dane statystyczne dotyczące oddziałów reumatologicznych w województwie zachodniopomorskim	96
Tabela 56. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo dolnośląskie	97
Tabela 57. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo kujawsko-pomorskie	98
Tabela 58. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo lubelskie	98
Tabela 59. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo lubuskie	99
Tabela 60. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo łódzkie	99
Tabela 61. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo małopolskie	100
Tabela 62. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo mazowieckie	100
Tabela 63. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo opolskie	101
Tabela 64. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo podkarpackie	101
Tabela 65. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo podlaskie	102
Tabela 66. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo pomorskie	102
Tabela 67. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo śląskie	103
Tabela 68. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo świętokrzyskie	103

13 Spis tabel i rysunków

Tabela 69. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo warmińsko-mazurskie	104
Tabela 70. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo wielkopolskie	104
Tabela 71. Hospitalizacje z powodu chorób zapalnych na tle wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego – województwo zachodniopomorskie	105
Tabela 72. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo dolnośląskie	106
Tabela 73. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo kujawsko-pomorskie	107
Tabela 74. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo lubelskie	107
Tabela 75. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo lubuskie	108
Tabela 76. Statystyki czasu pobytu – województwo łódzkie	108
Tabela 77. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo małopolskie	109
Tabela 78. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo mazowieckie	109
Tabela 79. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo opolskie	110
Tabela 80. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo podkarpackie	110
Tabela 81. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo podlaskie	111
Tabela 82. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo pomorskie	111
Tabela 83. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo śląskie	112
Tabela 84. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo świętokrzyskie	112
Tabela 85. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo warmińsko-mazurskie	113
Tabela 86. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo wielkopolskie	113
Tabela 87. Statystyki dotyczące czasu pobytu – województwo zachodniopomorskie	114
Tabela 88. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo dolnośląskie	115
Tabela 89. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo kujawsko-pomorskie	116
Tabela 90. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo lubelskie	116
Tabela 91. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo lubuskie	117

13 Spis tabel i rysunków

Tabela 92. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo łódzkie	117
Tabela 93. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo małopolskie	118
Tabela 94. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo mazowieckie	118
Tabela 95. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo opolskie	119
Tabela 96. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo podkarpackie	119
Tabela 97. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo podlaskie	120
Tabela 98. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo pomorskie	120
Tabela 99. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo śląskie	121
Tabela 100. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo świętokrzyskie	122
Tabela 101. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo warmińsko-mazurskie	122
Tabela 102. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo wielkopolskie	123
Tabela 103. Świadczenia rehabilitacyjne – województwo zachodniopomorskie	123
Rysunek 1. Algorytm diagnostyki wczesnego leczenia stawów	17
Rysunek 2. Algorytm strategii leczenia wczesnego zapalenia stawów	17
Rysunek 3. Poradnia reumatologiczna – liczba porad udzielonych w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. ludności	19

