

**WORLD
ARTHRITIS
12 OCT DAY**

*prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska
Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii*

*Choroby reumatyczne -
epidemiologia, diagnostyka i leczenie*

Choroby reumatyczne

W patogenezie większości chorób reumatycznych istotną rolę odgrywa autoimmunizacja i proces zapalny, co powoduje objawy ze strony wielu narządów i układów

Kryteria klasyfikacyjne chorób reumatycznych wg ACR (American College of Rheumatology) z 1987 roku.

Obejmują > 300 jednostek chorobowych podzielonych na 10 grup

- I. Układowe choroby tkanki łącznej
- II. Zapalenie stawów z towarzyszącym zapaleniem kręgosłupa
- III. Choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoarthritis, osteoarthrosis)
- IV. Zapalenie stawów, pochewek ścięgien i kaletek maziowych towarzyszące zakażeniu
- V. Choroby metaboliczne i gruczołów dokrewnych, którym towarzyszą choroby stawów
- VI. Nowotwory
- VII. Zaburzenia nerwowo-naczyniowe
- VIII. Choroby kości i chrząstek
- IX. Osteomyelitis
- X. Różne zaburzenia

I, II grupa - choroby zapalne

I. Układowe choroby tkanki łącznej

A. Reumatoidalne zapalenie stawów

B. Młodzieńcze przewlekłe zapalenie stawów o początku:

- układowym
- wielostawowym
- nielicznostawowym

C. Toczeń rumieniowaty układowy

- Toczeń rumieniowaty krążkowy
- Toczeń rumieniowaty układowy
- Toczeń indukowany lekami

D. Zespół antyfosfolipidowy

E. Twardzina układowa

F. Zapalenie wielomięśniowe i skórno-mięśniowe

G. Martwicze zapalenie naczyń i inne waskulopatie

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

H. Zespół Sjögrena

I. Zespoły nakładania

J. Mieszana choroba tkanki łącznej

K. Niezróżnicowana choroba tkanki łącznej

L. Inne

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

Seronegatywne zapalenie stawów kręgosłupa (spondyloartropatie seronegatywne)

A. Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK)

B. Reaktywne zapalenie stawów (Zespół Reitera)

C. Łuszczykowe zapalenie stawów (ŁZS)

D. Zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit

III. Choroba zwyrodnieniowa stawów

A. Pierwotna

B. Wtórna

IV. Zapalenie stawów towarzyszące zakażeniu

A. Bezpośrednie działanie drobnoustrojów

- Zakażenie bakteryjne
- Zakażenie wirusowe
- Zakażenie grzybicze
- Zakażenie pasożytnicze

B. Zapalenie odczynowe

- Bakteryjne (gorączka reumatyczna, po zespoleniu omijającym jelit, po zakażeniu bakteriami Gram (-), np. *Shigella*, *Yersinia*)
- Wirusowe (zakażenie HB, HCV)

V. Zapalenie stawów towarzyszące chorobom metabolicznym i gruczołów dokrewnych

A. Związane z obecnością kryształów

- Moczanu sodu – dna moczanowa
- Dwuwodzianu pirofosforanu wapniowego – dna rzekoma, chondrokalcynoza
- Zasadowych fosforanów wapnia (hydroksyapatytu)
- Szczawianów

B. W innych zaburzeniach biochemicznych

- Amyloidozą
- Hemofilia
- Inne wrodzone wady metaboliczne: hiperlipoproteinemia, hemoglobinopatie, mukopolisacharydozy, wrodzona łamliwość kości, ochronozą, choroba Gauchera i inne

A. W chorobach gruczołów dokrewnych

- Cukrzyca
- Akromegalia
- Nadczynność przytarczyc
- Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność)

B. W niedoborach immunologicznych

- Hipogammaglobulinemia
- Niedobory IgA
- Niedobory składowych dopełniacza
- Niedobory deaminazy adenozyiny

C. W chorobach dziedzicznych

- Artrogrypoza
- Zespoły nadmiernej wiotkości (Marfana, Ehlersa- Danlosa)
- Postępujące kostnienie mięśni

Tylko grupa VA - choroby zapalne

VI. Nowotwory

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

VII. Zaburzenia nerwowo – naczyniowe

A. Staw Charcota

B. Zespoły uciskowe

- Uwięźnięcie obwodowe (np. zespół cieśni nadgarstka)
- Zespoły korzeniowe
- Zwężenie kanału kręgowego

C. Algodystrofia

D. Erytromelalgia

E. Choroba lub objaw Raynauda

VIII. Choroby kości i chrząstek

A. Osteoporoza

- Uogólniona
- Miejscowa

B. Osteomulacja

C. Osteoartropatia przerostowa (choroba Forestiera)

D. Choroba Pageta

E. Osteoliza i chondroliza

F. Martwica jałowa kości

G. Costochondritis (zespół Tietzego)

H. Dysplazja kości i stawów

IX. Zmiany pozastawowe

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

X. Zmiany w stawach w innych zespołach chorobowych

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

Wiek i częstość zachorowania w najczęstszych zapalnych chorobach reumatycznych

Choroba	Najczęstszy wiek zachorowania	Częstość występowania w populacji (%)
Reumatoidalne zapalenie stawów	30 - 50	0,5 – 1,5
Spondyloartropatie	20 - 50	0,5 – 2,0
Zespół Sjögrena	30 - 60	3,0 – 11,0
Toczeń rumieniowaty układowy	16 - 55	~ 0,5
Twardzina układowa	30 - 50	0,026
Dna moczanowa	30 - 50	1,4 – 8,6
łącznie	Śr. 26 – 52,5	5,9 - 22,9

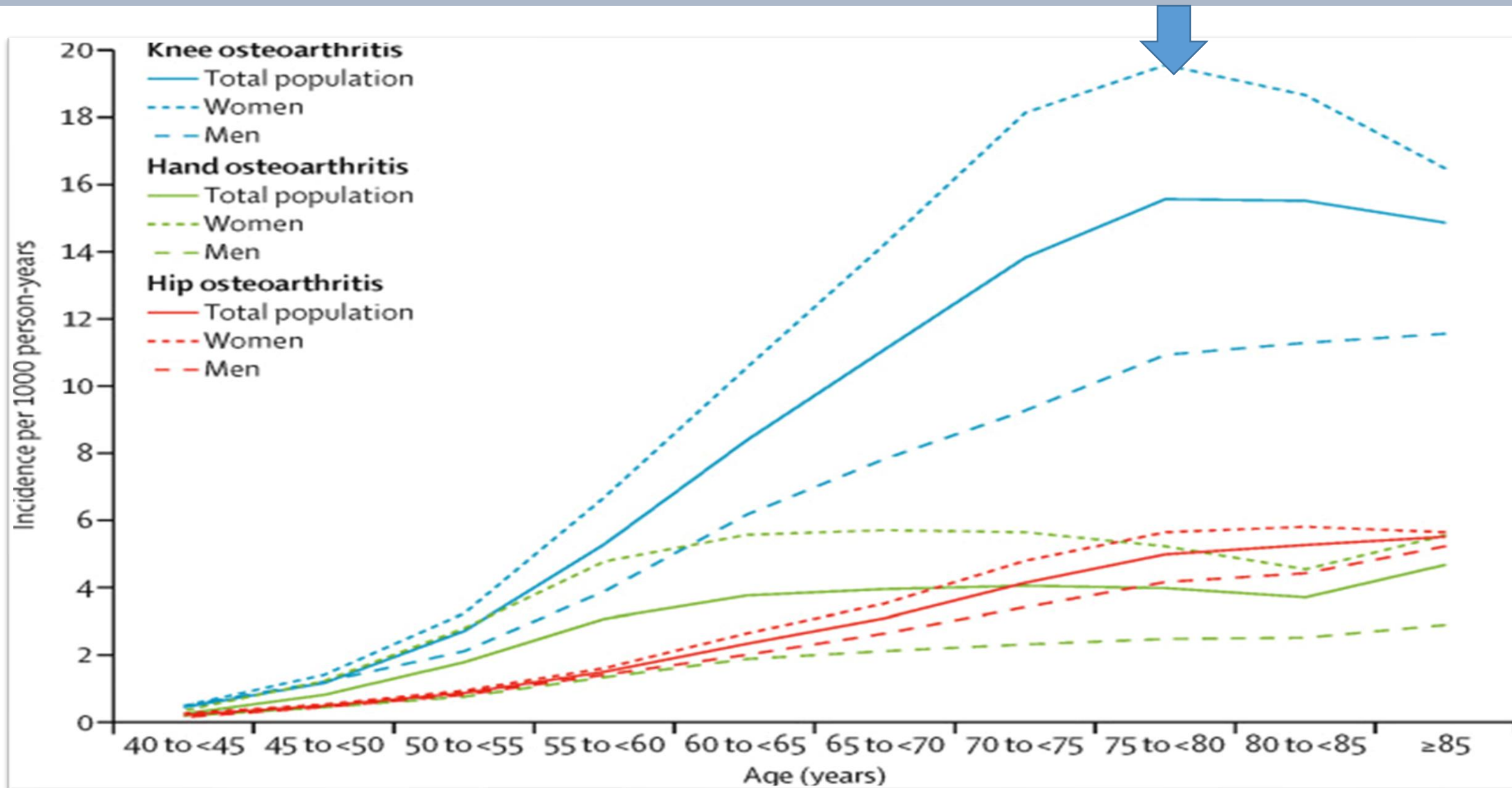
Cukrzyca – 4-7%

Nadciśnienie tętnicze – 31%, Choroba wieńcowa – 7% M, 4,5% K

REVALENCE OF ARTHRITIS AND RHEUMATIC DISEASES AROUND THE WORLD . A Growing Burden and Implications for Health Care Needs . Kwiecień 2010.

Konsultant Krajowy
w dziedzinie reumatologii

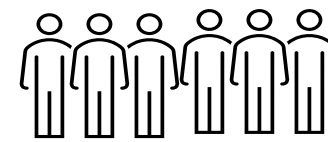
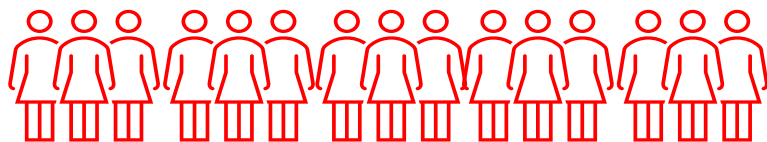
Częstość występowania choroby zwyrodnieniowej



Późno rozpoznawana choroba zapalna stawów i źle leczona doprowadza do niesprawności chorego i powikłań narządowych będących przyczyną śmierci



Zróżnicowanie częstości występowania zapalnych chorób reumatycznych pod względem płci



Układowe choroby tkanki łącznej:

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

Polimialgia reumatyczna

Artropatia pirofosforanowa



Spondyloartropatie:

- ZZSK
- Reaktywne zapalenie stawów

Dna moczanowa

Choroby IgG4- zależne

Zapalenie naczyń:

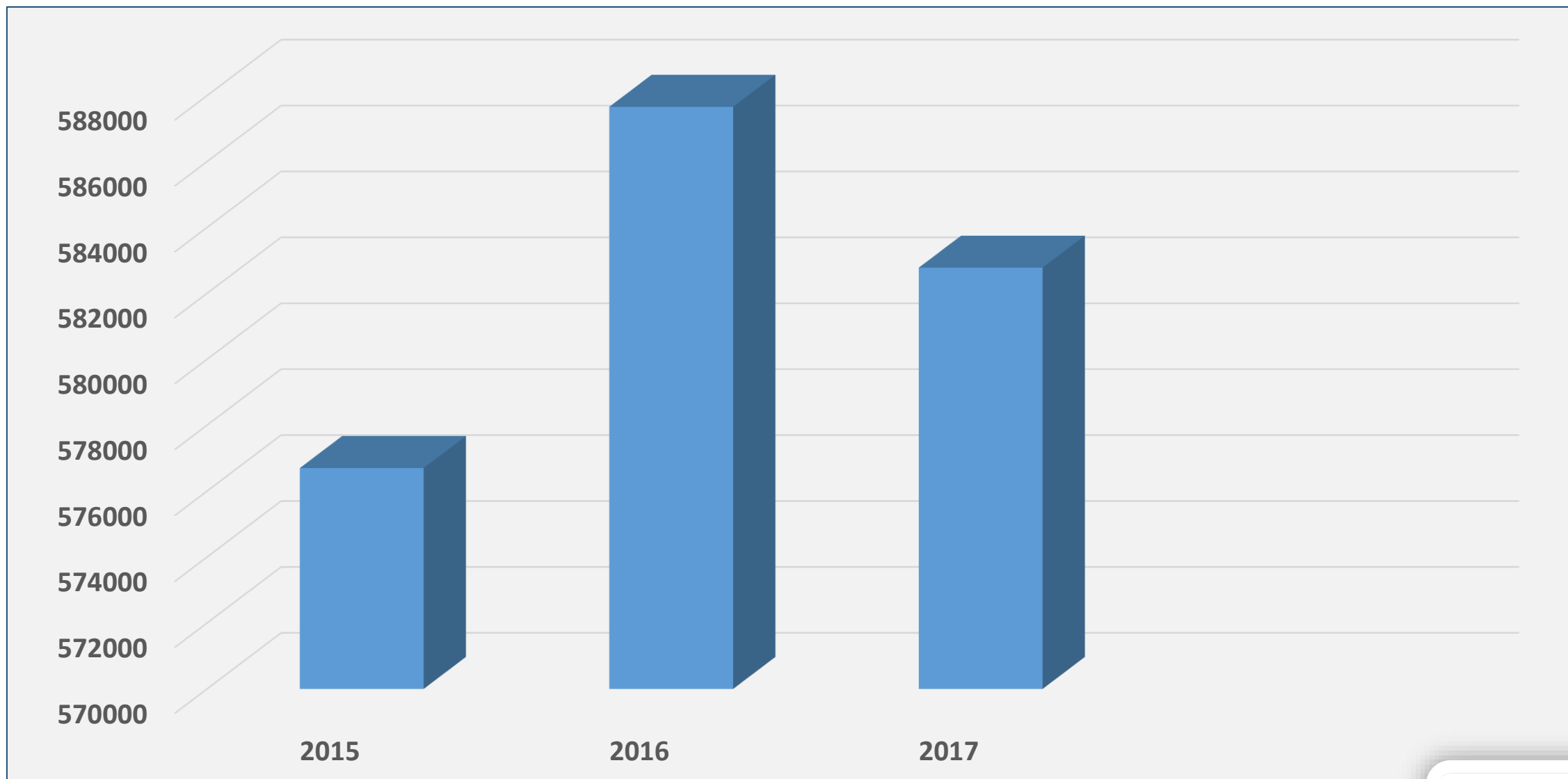
- Choroba Burgera
- Guzkowate zapalenie tętnic

Choroba Kawasaki

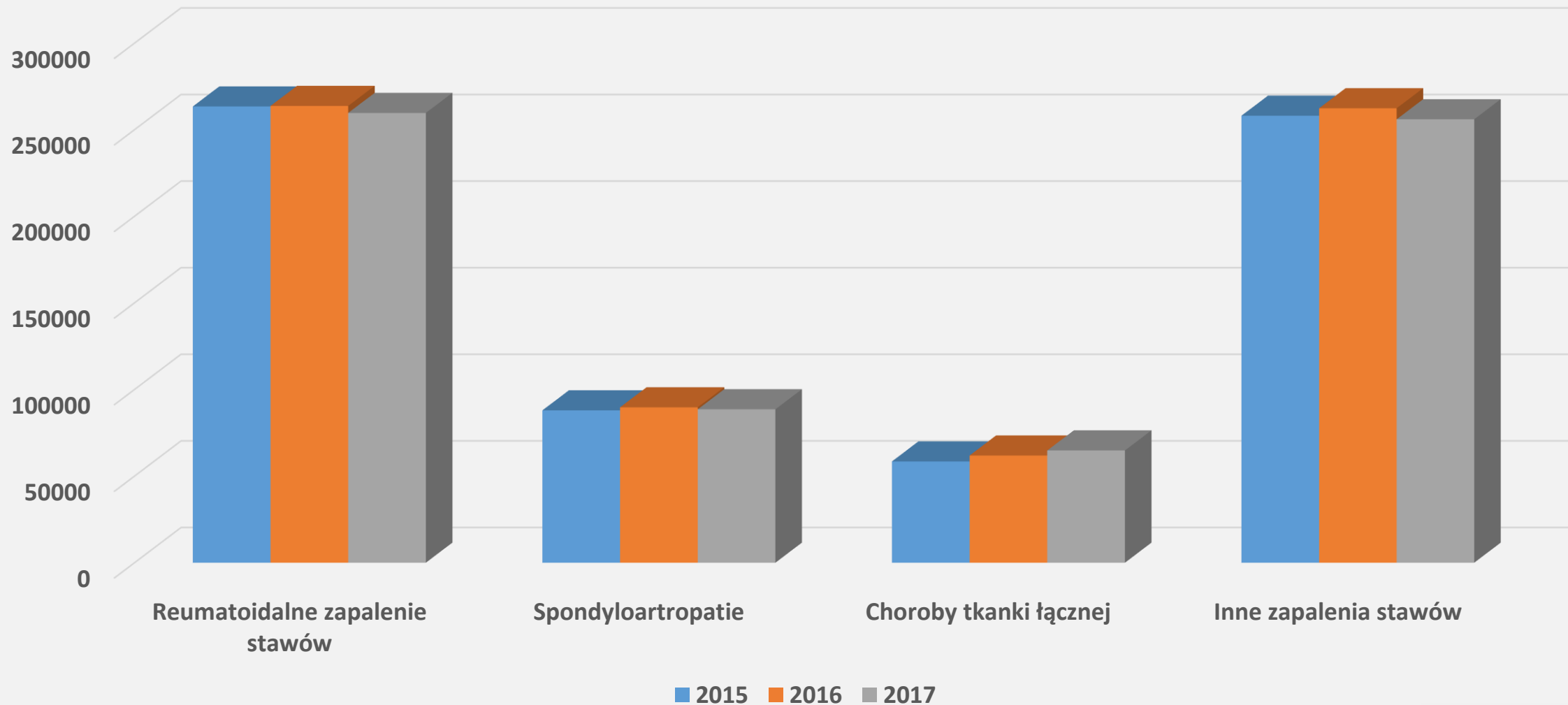
Zapalne choroby reumatyczne występujące z objawami wczesnego zapalenia stawów

- **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[sacroiliitis] niesklasyfikowane gdzie indziej**
 - **M13 Inne zapalenia stawów**
-
- Reumatoidalne zapalenie stawów**
- Choroby tkanki łącznej**
- Spondyloartropatie**

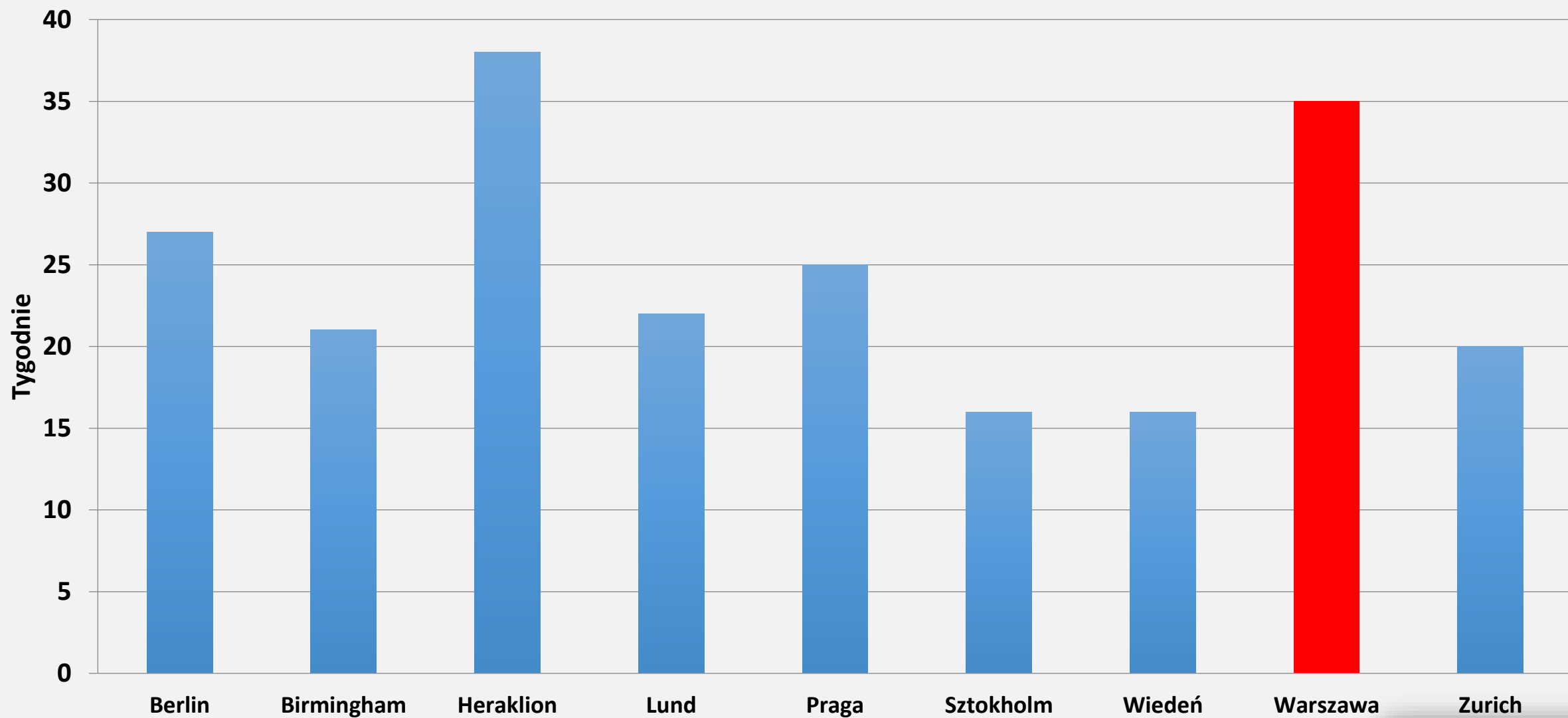
Całkowita liczba pacjentów u których w latach 2015- 2017 rozpoznano chorobę zapalną stawów



Liczba pacjentów, u których w latach 2015- 2017 rozpoznano chorobę zapalną stawów w podziale na RZS i poszczególne grupy chorób zapalnych.



Opóźnienia diagnostyczne w RZS w wybranych miastach europejskich (w tygodniach)



Opóźnienia diagnostyczne w zapalnych chorobach reumatycznych



Reumatoidalne zapalenie stawów :

Tylko 10-20% chorych ma ustalone rozpoznanie i włączone leczenie w ciągu 12 tygodni



Spondyloartropatie :

prawidłowe rozpoznanie od 5 do ponad 10 lat od pojawienia się pierwszych objawów (dotyczy zwłaszcza kobiet, młodzieńczego początku i braku antygenu HLA B27 - brak polskich danych !)



Toczeń rumieniowaty układowy:

prawidłowe rozpoznanie po 22-28 miesiącach (początkowe objawy – zapalenie stawów)
48 miesięcy przy pierwszych objawach w wieku starszym – brak polskich danych!

Opóźnienia z winy pacjenta

Tylko 17% pacjentów pojawia się u jakiegokolwiek lekarza w ciągu 7 dni od pierwszych objawów

Co 3 pacjent odbywa pierwszą wizytę z powodu choroby reumatycznej u jakiegokolwiek lekarza w ciągu 1-3 miesięcy od czasu wystąpienia objawów

Co 3 pacjent zapisuje się do lekarza reumatologa w ciągu 1-3 miesięcy od momentu otrzymania skierowania

Opóźnienia z winy systemu ochrony zdrowia

Okolo 50% pacjentów otrzymuje skierowanie do reumatologa w ciągu 1 - 3 miesięcy od momentu pierwszej wizyty u lekarza.

Ponad 50% pacjentów czeka od 1 do 3 miesięcy na 1 wizytę u reumatologa od momentu zapisu.

Ponad 34% pacjentów twierdzi, że ograniczony dostęp do lekarza (kolejki/ brak lekarza w okolicy) miał silny wpływ na opóźnienie wizyty u lekarza

Opracowanie NIGRiR



Okno terapeutyczne

Konsultant Krajowy
w dziedzinie reumatologii

RZS a choroby współistniejące

Choroba współistniejąca	Początek RZS (%)	Ogółem po 5 latach trwania RZS (%)
Wszystkie choroby ogółem	53,2	94,2
Nadciśnienie tętnicze	27,3	42,4
Astma / POChP	13,0	15,4
Choroby endokrynologiczne	19,2	29,7
Cukrzyca	8,0	11,3
Niedoczynność tarczycy	6,3	8,2
Choroby tarczycy	10,4	12,8
Osteoporoza	1,4	5,1
Nadczynność przytarczyc	0,6	1,2
Nowotwory	5,0	12,6
Zawał serca	4,5	8,8
Udar / niedokrwienie mózgu	3,9	9,0

Ryzyko zgonu u chorych na RZS zależne od aktywności choroby.

Wartość DAS28	Liczba pacjentolat	Ryzyko zgonu (95%CI)	Wartość p
<3,2	6730	x	x
3,2 - 4,1	8875	1,29 (0,85 – 1,93)	0,21
>4,1 – 5,1	8773	1,42 (0,95 - 2,10)	0,073
> 5,1	6999	2,43 (1,64 - 3,61)	0,0001



Co to jest wczesne zapalenie stawów i jakie choroby mogą się rozwinąć z objawami wczesnego zapalenia stawów?

- **Ból i obrzęk przynajmniej jednego stawu nie będący wynikiem dużego urazu.**
- **Czas trwania objawów maksymalnie 6 - 12 tygodni.**
- **Brak możliwości ustalenia konkretnego rozpoznania.**

Wczesne zapalenie stawów jest początkową manifestacją

Reumatoidalnego zapalenia stawów

Spondyloartropatii : łuszczycowe zapalenie stawów

zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa

osiowa spondyloartropatia nieradiograficzna

Dna moczanowa

Toczeń rumieniowaty układowy

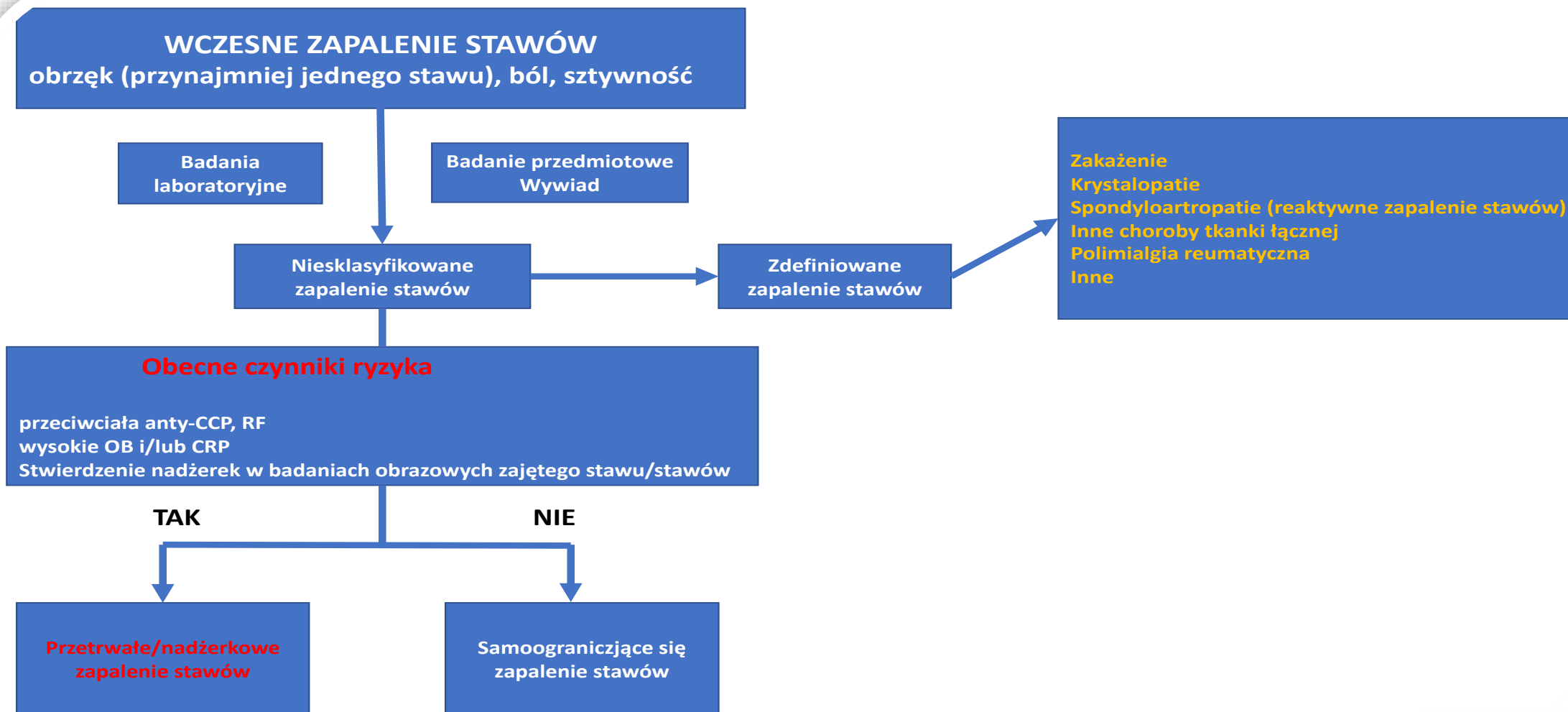
Zespół Söjgrena

Polimialgia reumatyczna

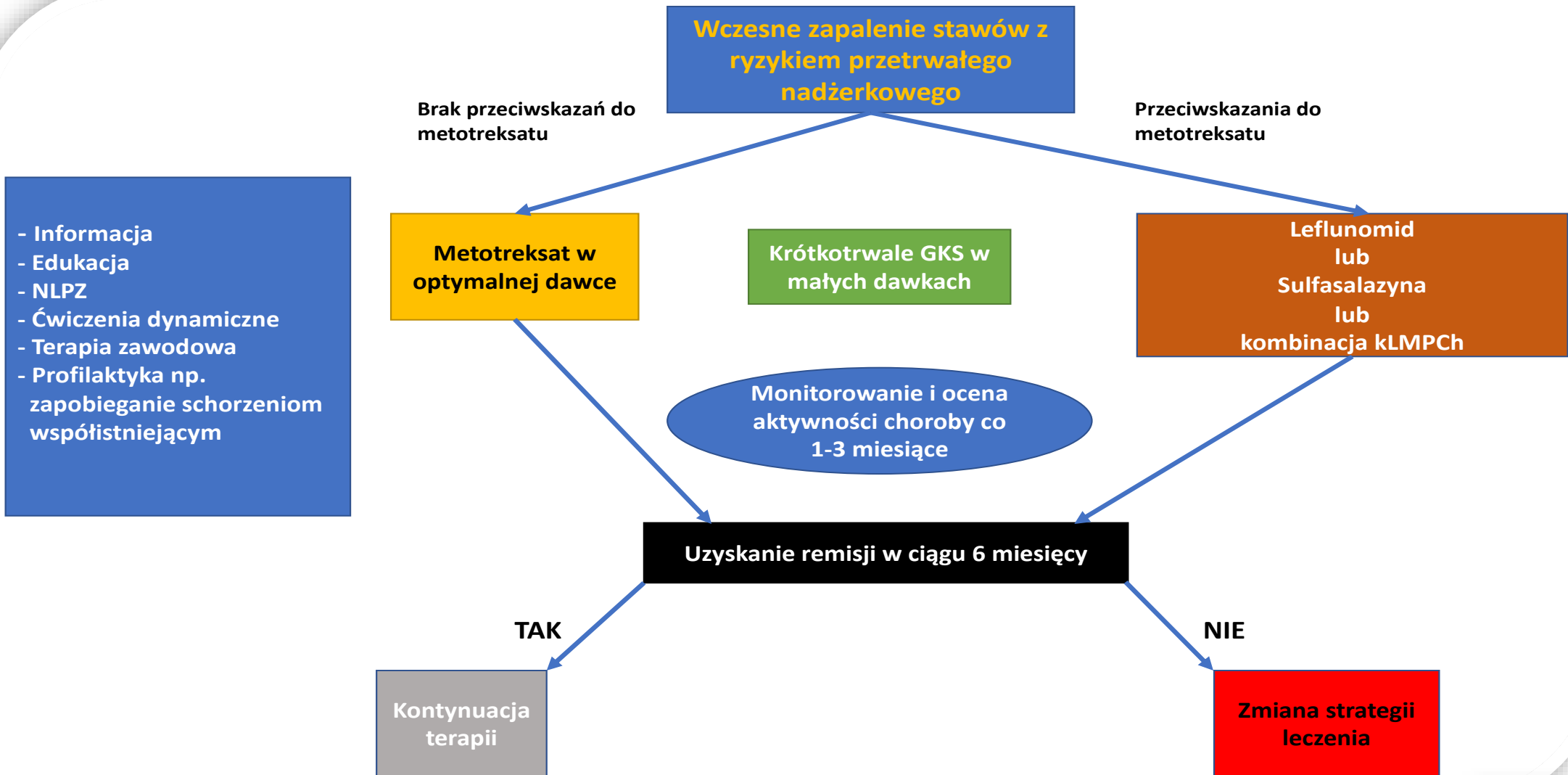
Inne choroby tkanki łącznej (mieszana choroba tkanki łącznej, twardzina)

Schemat postępowania diagnostycznego we wczesnym zapaleniu stawów

(Zalecenia Polskiego Towarzystwa Zapalnych Chorób Autoimmunologicznych oparte na rekomendacjach EULAR)



Schemat postępowania terapeutycznego we wczesnym zapaleniu stawów
(Zalecenia Polskiego Towarzystwa Zapalnych Chorób Autoimmunologicznych oparte na rekomendacjach EULAR)

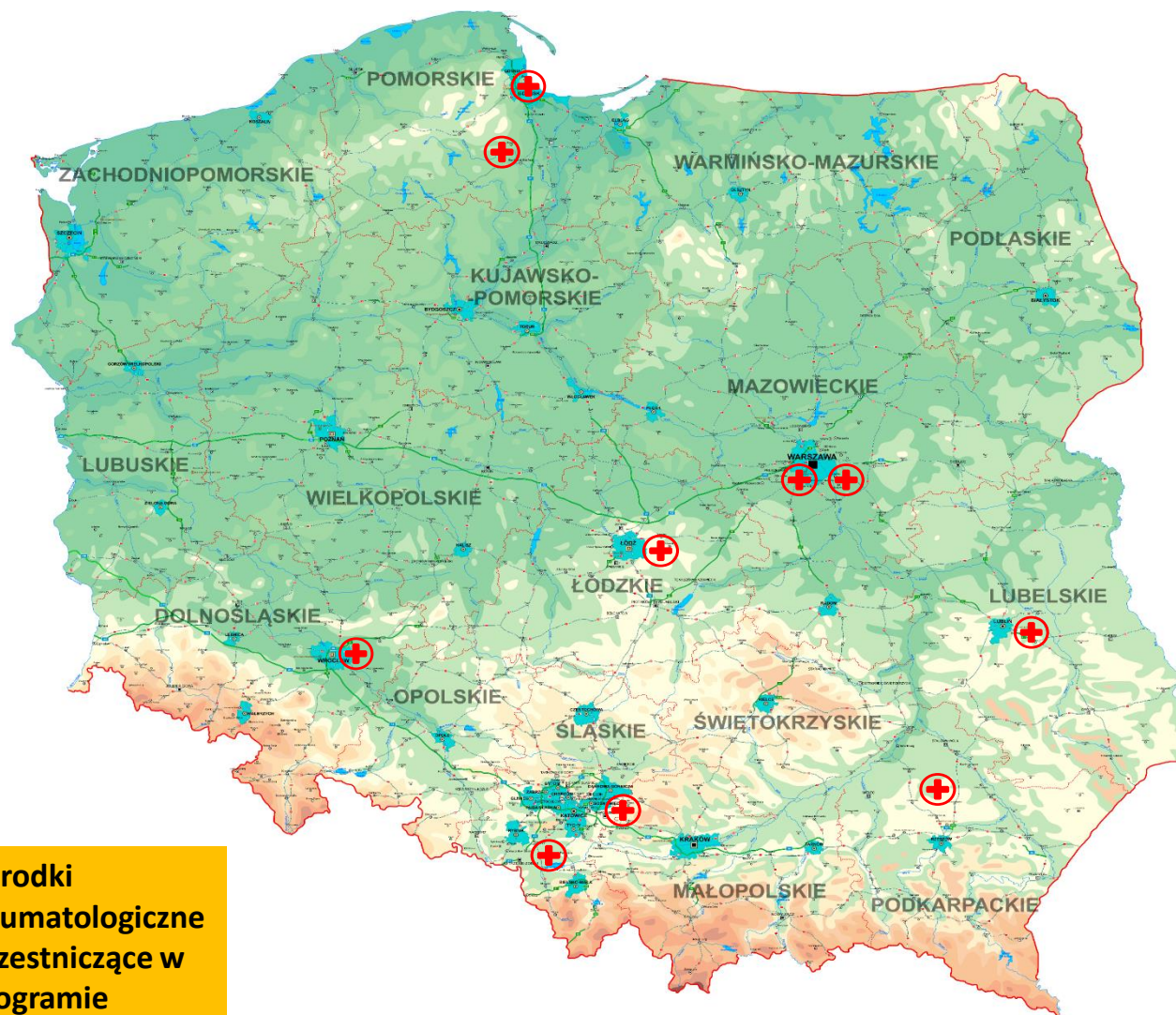


Profilaktyka reumatoidalnego zapalenia stawów – konkurs w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój

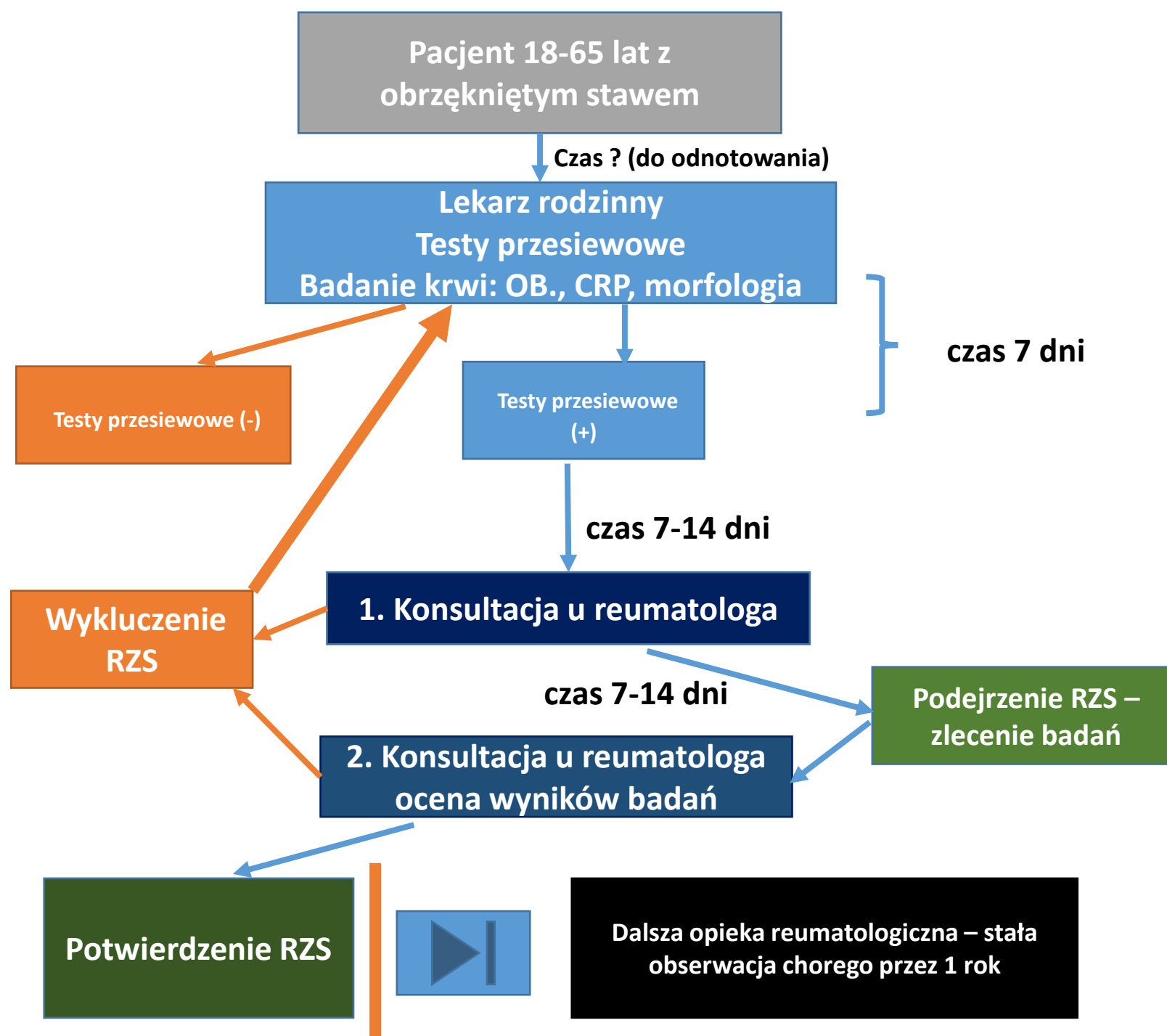


Wczesne Wykrywanie
Reumatoidalnego
Zapalenia Stawów

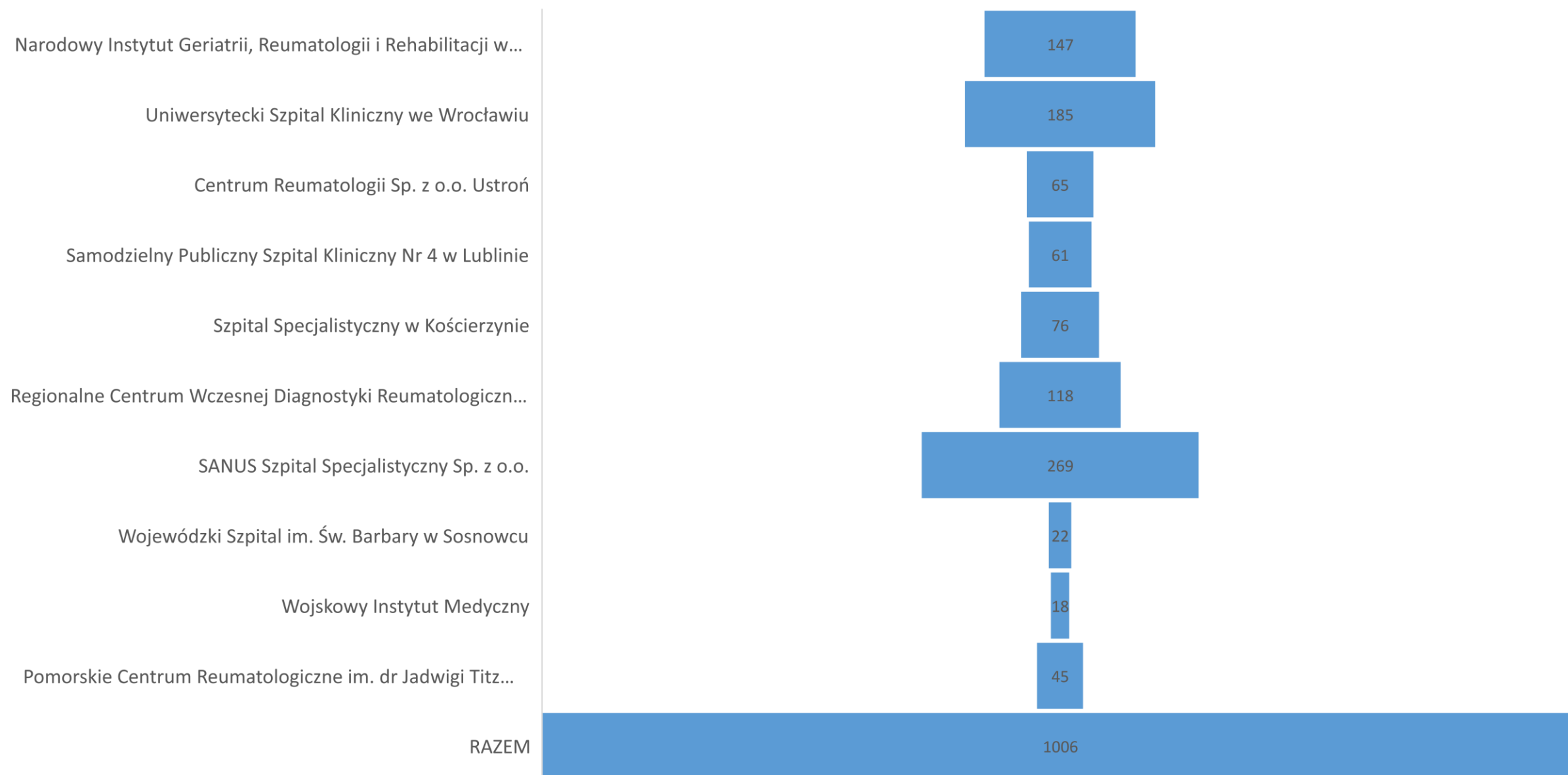
DEPARTAMENT FUNDUSZY EUROPEJSKICH
i e-ZDROWIA
MINISTERSTWO ZDROWIA



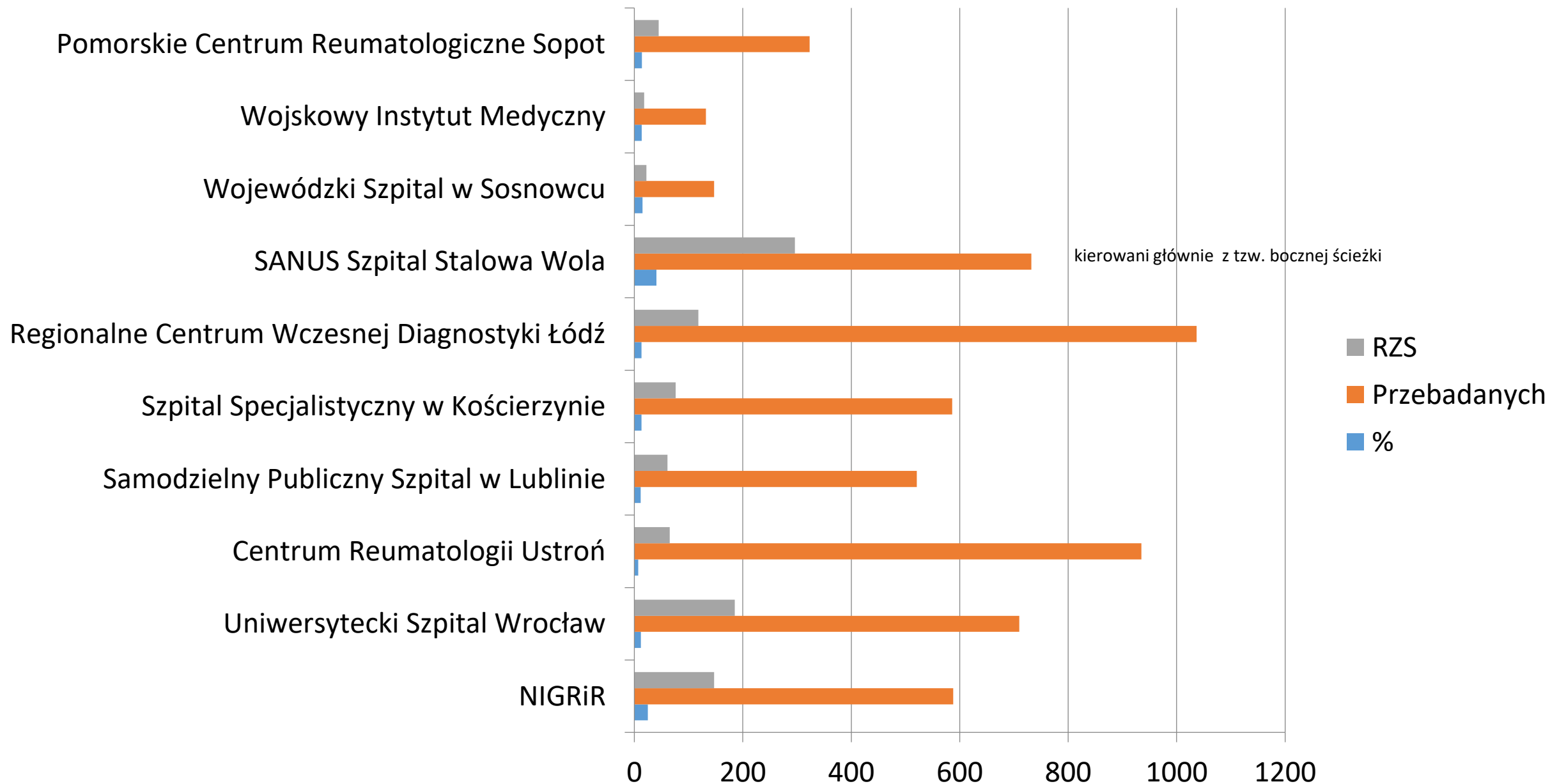
Ośrodki
Reumatologiczne
uczestniczące w
Programie



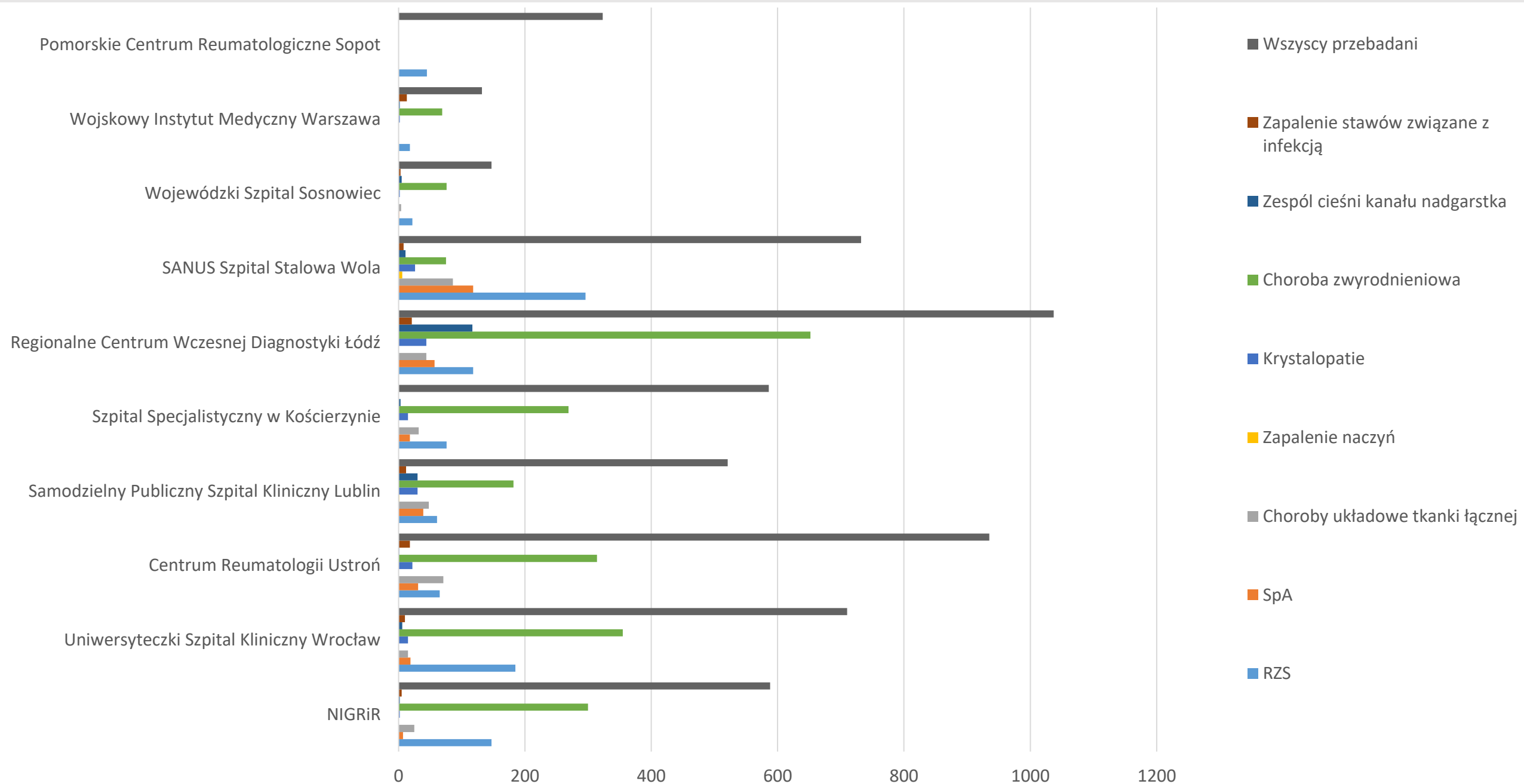
Ostateczne rozpoznanie RZS – dane marzec 2020



Liczba chorych na RZS vs kierowanych przez lekarzy POZ jako podejrzanych o RZS



Rozpoznanie ustalone u chorych kierowanych przez lekarzy POZ z objawami stawowymi



Dane z NIGRiR z dnia 30.09.2021

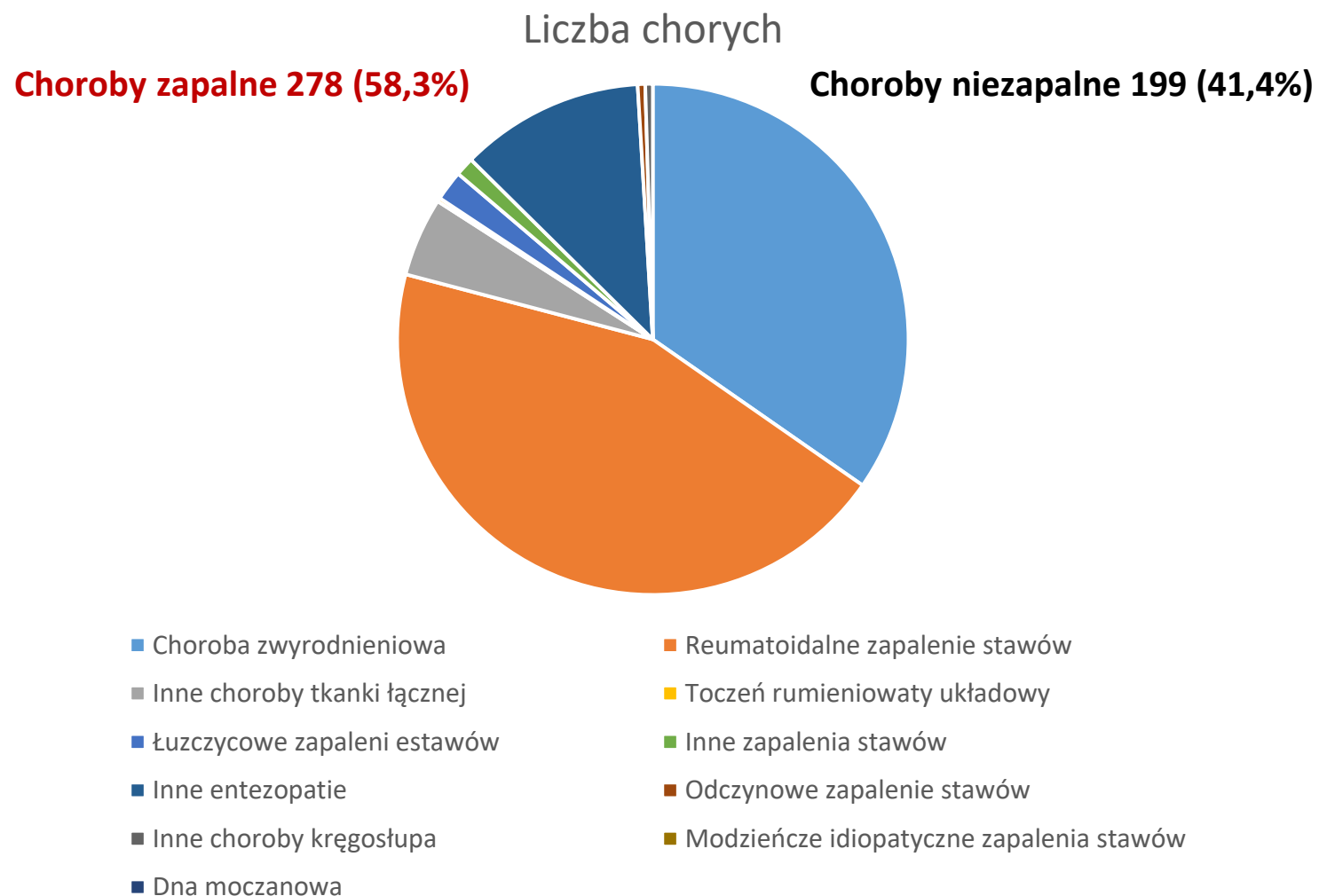
Pacjenci przyjęci w POZ – 1375 osób

Pacjenci przyjęci w OWD 877 w tym: z POZ 797 osób, ścieżka boczna 80 osób

Pacjenci skierowanie na badania szczegółowe w OWD 477

Rozpoznanie i liczba chorych:

Reumatoidalne zapalenie stawów	- 187
Łuszczycowe zapalenie stawów	- 8
MIZS	- 1
Dna moczanowa	- 2
Inne zapalenia stawów	- 56
Choroba zwyrodnieniowa	- 146
Toczeń rumieniowaty układowy	- 1
Inne choroby tkanki łącznej	- 21
Inne zapalenia stawów kręgosłupa	- 2
Inne choroby kręgosłupa	- 2
Odczynowe zapalenie stawów	- 2
Inne entezopatie	- 49
Łącznie	- 477



*Szybka ścieżka dla
pacjentów
pierwszorazowych w
kompleksowej opiece nad
pacjentem z wczesnym
zapaleniem stawów*



Uzasadnienie do wprowadzenia świadczenia szybkiej ścieżki dla pacjenta pierwszorazowego i kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów

Bardzo duże opóźnienia diagnostyczne w rozpoznawaniu zapalnych chorób reumatycznych

Zbyt późne włączenie leczenia, poza oknem terapeutycznych zmniejsza szanse chorych na uzyskanie remisji.

Przewlekły utrzymujący się proces zapalny zwiększa ryzyko szybszego pojawienia się schorzeń współistniejących m.in. takich jak choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, cukrzyca, depresja będące przyczyną przedwczesnych zgonów.

W tym celu konieczne jest wprowadzenie takich zasad postępowania, które nawet w przypadku obrzęku jednego stawu skierują chorego na właściwą „ścieżkę diagnostyczną”

Określenie świadczenia KOWZS

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



Celem opieki kompleksowej jest zapewnienie pacjentowi:

Koordinacji leczenia obejmującego przeprowadzenie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie wczesnej choroby stawów, rozpoczęcie terapii, monitorowanie efektów leczenia;

Rehabilitacji leczniczej;

Zapewnienie dostępu do leczenia w ramach programów lekowych, w przypadku wskazań do tego typu terapii.



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



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

Założenia projektu

„Kompleksowa opieka nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów” (KOWZS)

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

Szybka ścieżka diagnostyczna na poziomie lekarza POZ i lekarza reumatologa

1. szybka ścieżka diagnostyczna wczesnego zapalenia stawów **na poziomie lekarza podstawowej opieki** zdrowotnej to przeprowadzenie screeningu przez lekarza w kierunku zapalnej choroby reumatycznej, a w przypadku jej podejrzenia jak najszybsze skierowanie chorego do lekarza reumatologa.
2. szybka ścieżka diagnostyczna **na poziomie lekarza specjalisty reumatologa** to potwierdzenie obecności zapalenia stawów u chorego i skierowaniu chorego do ośrodka realizującego „Kompleksową opiekę nad chorym na wczesne zapalenie stawów (KOWZS).

Kryteria włączenia pacjenta do szybkiej ścieżki diagnostycznej na poziomie lekarza POZ

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

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

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

Szybka ścieżka diagnostyczna na poziomie ośrodka kompleksowej opieki nad chorym z wczesnym zapaleniem stawów

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

Harmonogram porad specjalistycznych lub hospitalizacji w ramach KOWZS

Asystent opieki dokonuje pierwszej weryfikacji pacjentów na podstawie telefonicznej ankiety

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

Porada 1 (do 7 dni od kwalifikacji do KOWZS)

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

Porada 2 (7-14 dni od pierwszej porady)

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

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

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

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

Warunki organizacji świadczeń i ich realizacji

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

Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

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

Warunki formalne wymagane do zawarcia umowy:

Posiadanie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynującego:

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

Wskaźniki realizacji pilotażu przez NFZ

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

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

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

Koszty realizacji programu KOWZS dla 8 ośrodków

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jakość życia

(Raport AOTMiT - świadczenia gwarantowane z zakresu reumatologii w ramach JGP, 2018 r.)

- Choroby reumatyczne – zarówno o podłożu zapalnym, jak i niezapalnym, istotnie wpływają na obniżenie jakości życia, dotyczy to zwłaszcza funkcjonowania w społeczeństwie oraz samopoczucia.
- Kobiety chore na RZS znacznie częściej potrzebują pomocy ze strony rodziny lub znajomych (kobiety: 65%, mężczyźni: 25%). Zależność od najbliższego otoczenia dotyczy takich sytuacji, jak: obowiązki domowe (70%), zakupy (41%), przenoszenie ciężkich przedmiotów (20%), transport (15%), higiena osobista (11%). Pacjenci z RZS często są zależni finansowo od najbliższych (rodziny, przyjaciół).
- Osoby młode częściej mówią o wpływie choroby (RZS) na ich funkcjonowanie w społeczeństwie niż osoby powyżej 65. roku życia.
- Według osób młodych RZS negatywnie wpływa na udział w życiu społecznym oraz uprawianie sportu.
- Z badania przeprowadzonego w latach 2009–2010 w Polsce, które objęło 1 000 respondentów chorych na RZS spośród pacjentów 50 losowo wybranych poradni reumatologicznych w kraju wynika, że 53% chorych na RZS ma orzeczenie niepełnosprawności. Wśród nich 35% (19% ogółu respondentów) posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, natomiast 64% (33% ogółu) ma wydane orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Aż 41% respondentów zadeklarowało, że ma potrzebę dostosowania warunków domowych do swoich ograniczeń związanych z chorobą, a tylko 5% (z 1 000) respondentów zadeklarowało, że ma tego rodzaju udogodnienia.

Jakość życia

Szacuje się, że w Europie 40% osób z RZS musi rezygnować z pracy z powodu choroby.

Należy mieć na uwadze to, że większość osób na RZS zaczyna chorować w wieku produkcyjnym (nie na emeryturze)

Wyniki polskiego badania wskazują, że przed pojawieniem się objawów choroby zatrudnionych jest nawet 61,9% chorych na RZS. Krótco po ustaleniu rozpoznania wielu z nich musi zrezygnować z pracy.

Po 5 latach choroby pracuje tylko 20% chorych.

Przynajmniej połowa ankietowanych pacjentów chorych na RZS musi zacząć utrzymywać się z renty inwalidzkiej oraz jest zagrożona ubóstwem.

Koszty pośrednie chorób reumatycznych

(Raport AOTMiT - świadczenia gwarantowane z zakresu reumatologii w ramach JGP, 2018 r.)

- Z chorobami reumatycznymi nierozzerwalnie związane jest również generowanie wysokich kosztów pośrednich. Według raportu *Stan opieki reumatologicznej w Polsce (2011)* **ponad 10 mln Polaków cierpi z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Blisko połowa z nich nie jest zdolna do pracy zawodowej. Ocenia się, że koszty pośrednie, tj. renty, absencja w pracy i rehabilitacja pacjentów z chorobami reumatycznymi są w Polsce dziesięciokrotnie wyższe (4,5 mld zł) niż nakłady na ich leczenie (384 mln zł). Szacuje się, że koszty chorób reumatycznych pochłaniają blisko 1,5% PKB.**
- Istotny wpływ na powstanie kosztów społecznych wynikających z niepełnosprawności osób chorych.
- W przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów, na które w Polsce cierpi około 400 tys. osób w wieku od 30 do 50 roku życia, jest to okres przypadający na ich największą aktywność życiową i zawodową. Ocenia się, że co trzeci chory nie jest zdolny do pracy już po dwóch latach od rozpoznania choroby. Dla wielu oznacza to także przedwczesne zakończenie aktywnego trybu życia. Obok kosztów dla samego chorego w postaci obniżenia jakości życia, koszty chorób reumatycznych znajdują swoje odzwierciedlenie w wydatkach publicznych.
- Ze wspomnianego raportu wynika, że szacunkowe wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) związane z chorobami reumatycznymi wynosiły w 2009 roku ponad 4,5 mld zł, z czego: 3,13 mld zł wynosiły wypłaty świadczeń związanych z funduszem rentowym z tytułu niezdolności do pracy; 219 mln zł stanowiły wypłaty świadczeń rehabilitacyjnych; 1,188 mld zł wynosiły wypłaty świadczeń z tytułu absencji chorobowej.

Liczba oraz wartość świadczeń udzielonych i rozliczonych z NFZ w 2016 r. w podziale na zakresy udzielania świadczeń

(Raport AOTMiT - świadczenia gwarantowane z zakresu reumatologii w ramach JGP, 2018 r.)

Kod zakresu	Nazwa zakresu	L. świadcz. udzielonych	Wartość świadcz. udzielonych	L. świadcz. rozliczonych	Wartość świadczeń rozliczonych	Udział danego zakresu w sumarycznej wartości rozliczonych świadczeń
	Dziecięca - Hospitalizacja					
03.4220.030.02	Neurologia - Hospitalizacja	3 882	39 000,00 zł	3 550	9 212 787,60 zł	3,06%
03.4221.030.02	Neurologia Dziecięca - Hospitalizacja	83	178 776,00 zł	80	170 716,00 zł	0,06%
03.4240.030.02	Onkologia Kliniczna - Hospitalizacja	880	1 347 626,06 zł	754	1 188 818,84 zł	0,40%
03.4280.030.02	Reumatologia - Hospitalizacja	63 906	190 190 345,50 zł	60 891	181 025 181,07 zł	60,21%
03.4281.030.02	Reumatologia Dziecięca - Hospitalizacja	5 891	15 175 732,00 zł	5 794	14 975 376,00 zł	4,98%
03.4340.030.02	Choroby Zakaźne - Hospitalizacja	2 920	9 399 420,76 zł	2 693	8 678 563,12 zł	2,89%
03.4341.030.02	Choroby Zakaźne Dziecięce - Hospitalizacja	112	286 260,00 zł	108	274 196,00 zł	0,09%
03.4401.030.02	Pediatrica - Hospitalizacja	5 435	11 895 589,72 zł	4 853	10 708 941,16 zł	3,56%
03.4501.030.02	Chirurgia Dziecięca - Hospitalizacja	2 157	3 781 901,04 zł	2 087	3 662 336,80 zł	1,22%
03.4570.030.02	Neurochirurgia - Hospitalizacja	403	669 342,00 zł	392	647 398,00 zł	0,22%
03.4571.030.02	Neurochirurgia Dziecięca - Hospitalizacja	53	40 580,80 zł	53	40 580,80 zł	0,01%
03.4580.030.02	Ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu - Hospitalizacja	17 057	24 958 412,36 zł	16 102	23 497 556,96 zł	7,82%
03.4581.030.02	Ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu Dziecięca - Hospitalizacja	3 893	6 021 729,60 zł	3 756	5 812 679,20 zł	1,93%
Suma		125 878	308 079 547,19 zł	118 849	300 659 387,68 zł	100%

Dziękuję za uwagę

Konsultant Krajowy
w dziedzinie reumatologii

***Prof.dr hab.n.med.Brygida
Kwiatkowska***