



Rekomendacja nr 5/2020

z dnia 30 listopada 2020

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów

Prezes Agencji rekomenduje w ramach programów polityki zdrowotnej wykonywanie na konsultacji lekarskiej oceny klinicznej ryzyka wystąpienia RZS w populacji osób deklarujących obecność co najmniej jednego z czynników ryzyka, prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących RZS dla osób zakwalifikowanych przez lekarza do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia RZS, wykonywania diagnostyki serologiczno-radiologicznej wśród osób skierowanych na dalszą diagnostykę przez lekarza dokonującego oceny klinicznej świadczeniobiorców, a także prowadzenie szkoleń dotyczących reumatoidalnego zapalenia stawów dla personelu medycznego.

Prezes Agencji nie rekomenduje wykonywania w ramach programów polityki zdrowotnej diagnostyki serologiczno-radiologicznej wśród osób, które nie zostały zakwalifikowane przez lekarza do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia RZS.

Uzasadnienie

Prezes Agencji mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące przepisy prawa oraz dostępne dane epidemiologiczne dotyczące reumatoidalnego zapalenia stawów, rekomenduje finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ) działań, które powinny swoim zakresem obejmować:

- szkolenia dla personelu medycznego dotyczących wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów i dalszego postępowania w przypadku rozpoznania tej choroby, w tym fizjoterapii,
- lekarską wizytę kwalifikacyjną nakierowaną na identyfikację osób przynależących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na RZS dla osób, które deklarują obecność co najmniej jednego z czynników ryzyka,
- działania informacyjno-edukacyjne dla świadczeniobiorców, ze szczególnym uwzględnieniem identyfikacji wczesnych objawów RZS i konieczności konsultacji lekarskiej, roli fizjoterapii na poszczególnych etapach rozwoju choroby i jej wpływu na jakość życia, skutków zdrowotnych związanych z brakiem leczenia RZS, korzyści wynikających z codziennej aktywności fizycznej, roli stosowania prawidłowo zbilansowanej diety oraz utrzymania lub dążenia do uzyskania odpowiedniej masy ciała, szkód wynikających z palenia tytoniu,
- diagnostykę serologiczno-radiologiczną dla osób, u których w czasie realizowanej w ramach programu wizyty kwalifikacyjnej lekarz stwierdził podejrzenie RZS.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest to przewlekła choroba układowa tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. RZS charakteryzuje się nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów oraz występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, które mogą prowadzić do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej w Polsce, w roku 2016, zgłoszono ponad 15 tys. przypadków schorzeń z tej grupy chorób. Najwyższy współczynnik

zapadalności rejestrowanej na choroby układu tkanki łącznej w 2016 r. odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (38,4/100 tys. osób).

Rekomendacje zalecają prowadzenie wizyt u lekarza w celu identyfikacji osób, u których pojawiają się wczesne objawy RZS lub dochodzi do niewyjaśnionego opuchnięcia i bolesności stawów. W oparciu o postawioną diagnozę należy skierować pacjenta do dalszej diagnostyki oraz, jeśli jest to uzasadnione, na leczenie (NICE 2018, FSR 2014, BSR 2013, SIGN 2011, TLAR 2011, HKSR 2010, ACR/EULAR 2010). Zaleca się prowadzenie działań edukacyjnych dla pacjentów z RZS. W ramach edukacji należy skupić się nie tylko na metodach leczenia, ale także na modyfikowalnych czynnikach ryzyka, które mogły stanowić przyczynę wystąpienia RZS lub mogą prowadzić do zaostrzeń choroby (NICE 2018, EULAR 2015, FSR 2014, SIGN 2011, TLAR 2011, OP 2011). W ramach działań profilaktycznych RZS, możliwe jest prowadzenie szkoleń na temat pozytywnych i prewencyjnych aspektów aktywności fizycznej (NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011).

Programy Polityki Zdrowotnej mogą stanowić uzupełnienie lub rozszerzenie dostępu do profilaktyki i diagnostyki reumatoidalnego zapalenia stawów.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest to przewlekła choroba układowa tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. RZS charakteryzuje się nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów oraz występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, które mogą prowadzić do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci. Wyróżnia się serologicznie dodatnią albo ujemną postać choroby (Szczeklik 2017).

Etiologia RZS nie jest dotychczas wystarczająco poznana, a w patogenezie tego schorzenia rolę odgrywają takie czynniki, jak: zakażenia drobnoustrojami, czynniki genetyczne i środowiskowe. Szacuje się, że wpływ genów na ryzyko zachorowania na RZS wynosi około 50-60%. Wystąpienie RZS w rodzinie zwiększa ryzyko zachorowania u osób w pierwszym stopniu pokrewieństwa od 2 do 10 razy. Kobiety częściej zapadają na to schorzenie w stosunku do mężczyzn (ryzyko 3:1), a przyczyny tego stanu nadal nie są znane (IRW 2014). Czynniki środowiskowe związane z występowaniem RZS to m.in. palenie tytoniu i choroby przyzębia (Szczeklik 2017).

Rozpoznanie RZS ustala się obecnie na podstawie kryteriów EULAR/ACR z 2010 r. u pacjentów, u których występuje klinicznie jawne zapalenie błony maziowej ≥ 1 stawu lub u których zapalenia błony maziowej nie można lepiej wyjaśnić inną chorobą (Szczeklik 2017).

Badania pomocnicze w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów obejmują badania laboratoryjne, badanie płynu stawowego i badania obrazowe. Ponadto każda napotkana forma zapalenia stawów, w szczególności zajmująca stawy rąk, wymaga różnicowania z RZS (Szczeklik 2017).

Choroba typowo atakuje te same miejsca po obu stronach ciała. Początkowo są to drobne stawy rąk i stóp, a w miarę postępu choroby wiele innych stawów. Charakterystycznymi objawami tej choroby są: ból, sztywność poranna, obrzęki, tkliwość stawów na ucisk, ograniczenie ruchomości stawów oraz deformacje stawów (Guła 2017).

Podstawowym celem leczenia chorego na RZS jest długotrwała poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem, którą można osiągnąć poprzez kontrolę objawów choroby, zapobieganie zmianom destrukcyjnym oraz przywrócenie sprawności i funkcjonowania w społeczeństwie. Metody stosowane w leczeniu RZS obejmują edukację pacjenta, leczenie farmakologiczne, rehabilitację oraz leczenie ortopedyczne (Szczeklik 2017).

Zastosowanie strategii wczesnego wykrywania i intensywnego leczenia, umożliwia osiągnięcie remisji i wpływa na opóźnienie rozwoju niesprawności w ciągu 2 pierwszych lat choroby. Chorzy z RZS żyją zazwyczaj 7 lat krócej w porównaniu z populacją ogólną. Główne przyczyny to częstsze i wcześniejsze występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego (Szczeklik 2017).

Oszacowanie liczby pacjentów chorych na choroby reumatyczne w Polsce jest trudne. Brakuje wiarygodnych danych dotyczących pacjentów reumatologicznych leczonych w systemie otwartym, sprawozdawczość poradni reumatologicznych jest niepełna, a dane NFZ nie uwzględniają świadczeniodawców niezawierających umów z płatnikiem (UŁ 2011).

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej w Polsce, w roku 2016, zgłoszono ponad 15 tys. przypadków schorzeń z ww. grupy chorób. Najwyższy współczynnik zapadalności rejestrowanej w 2016 r., na choroby układu tkanki łącznej, odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (38,4/100 tys. osób). Najniższą wartość wskaźnika tego odnotowano natomiast w województwie kujawsko-pomorskim (23,2/100 tys. osób) (MPZ 2018).

Zapadalność rejestrowana na choroby układowe tkanki łącznej różni się w ściśle określonych grupach wiekowych. Szczyt zapadalności w przypadku mężczyzn przypada na grupę wiekową 65+ (39,9/100 tys.). Natomiast wśród kobiet największy wskaźnik zapadalności przypada na grupę wiekową 54-64 lat (80,8/1000 tys.). Najmniejszą zapadalność na choroby układowe tkanki łącznej odnotowuje się w przedziale wiekowym <18, w przypadku kobiet (10,9/100 tys.) oraz u mężczyzn w wieku 18-44 lat, (4,3/100 tys.) (MPZ 2018).

Główny Urząd Statystyczny w raporcie opisującym liczbę zgonów wśród Polaków na reumatoidalne zapalenie stawów, nie podaje szczegółowych danych dotyczących ww. choroby. Należy podkreślić, iż RZS jest zaliczane do grupy chorób układowych tkanki łącznej, przez co poniższe dane mają charakter zbiorczy. Między latami 2007 a 2018, liczba zgonów z powodu chorób układowych tkanki łącznej oscyluje między 400-500 zgonów. Najmniejszą liczbę zgonów odnotowano w 2010 roku na poziomie 473 przypadków. W roku 2013 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu ww. grupy chorób na poziomie 612 zgonów (GUS 2020).

2. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania, warunki realizacji

W ramach wyszukiwania odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących organizacji:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2018
- European League Against Rheumatism (EULAR) 2015
- French Society for Rheumatology (FSR) 2014
- Brazilian Society of Rheumatology (BSR) 2013
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2011
- Turkish League Against Rheumatism (TLAR) 2011
- Ottawa Panel (OP) 2011
- Hong Kong Society of Reumatology (HKSR) 2010
- American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) 2010

2.1. Wnioski z odnalezionych rekomendacji

- Odnalezione rekomendacje skupiają się na późnej diagnostyce oraz leczeniu rozwiniętej postaci RZS. Autorzy podkreślają, że brak jest jednoznacznych dowodów klinicznych, które pozwoliłyby na jednoznaczne stwierdzenie zasadności prowadzenia działań nakierowanych na profilaktykę reumatoidalnego zapalenia stawów (NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011).
- W 7 z 9 rekomendacji zawiera zalecenie prowadzenia kontrolnych wizyt u lekarza w celu identyfikacji osób, u których pojawiają się wczesne objawy RZS lub dochodzi do niewyjaśnionego opuchnięcia i bolesności stawów. W oparciu o postawioną diagnozę należy skierować pacjenta do dalszej diagnostyki oraz, jeśli jest to uzasadnione, na leczenie (NICE 2018, FSR 2014, BSR 2013, SIGN 2011, TLAR 2011, HKSR 2010, ACR/EULAR 2010).
- W większości rekomendacji zaleca się prowadzenie działań edukacyjnych dla pacjentów z RZS oraz ich rodzin. W ramach edukacji należy skupić się nie tylko na metodach leczenia, ale także na modyfikowalnych czynnikach ryzyka, które mogły stanowić przyczynę wystąpienia RZS lub mogą prowadzić do zaostrzeń choroby (NICE 2018, EULAR 2015, FSR 2014, SIGN 2011, TLAR 2011, OP 2011).
- W ramach działań profilaktycznych RZS, możliwe jest także prowadzenie szkoleń na temat pozytywnych i prewencyjnych aspektów aktywności fizycznej (NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011).
- W części rekomendacji podkreśla się potrzebę zapewnienia pacjentom z RZS dostępu do zespołu wielodyscyplinarnego celem zwiększenia efektywności edukacji oraz poprawy efektywności działań leczniczych (EULAR 2015, SIGN 2011).

2.2. Populacja docelowa

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt ze świadczeniobiorcami w PPZ, a w szczególności: <ul style="list-style-type: none">• lekarze przeprowadzający wizyty kwalifikacyjne oraz• osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne.

Lekarska wizyta kwalifikacyjna	Populacja wysokiego ryzyka wystąpienia RZS (Zaccardelli 2019, Feng 2019, Lahiri 2012), czyli deklarująca przynależność do co najmniej jednej z wymienionych grup: osoby palące tytoń; osoby z nadwagą lub otyłością; osoby w których rodzinie pojawiły się przypadki RZS; osoby, u których występują objawy wskazujące na RZS.
Działania informacyjno-edukacyjne	Osoby zakwalifikowane do grupy wysokiego ryzyka w czasie lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej.
Diagnostyka serologiczno-radiologiczna	Osoby skierowane na badanie przez lekarza w czasie wizyty kwalifikacyjnej realizowanej w ramach PPZ.

2.3. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Interwencja	Wymagania dotyczące personelu
Szkolenia personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> • Eksperci: <ul style="list-style-type: none"> ○ lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu RZS oraz ○ fizjoterapeuta posiadający doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii RZS, • którzy są w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu
Lekarska wizyta kwalifikacyjna	<ul style="list-style-type: none"> • Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu RZS, • lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego.
Działania informacyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> • Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez ekspertów w ramach PPZ.
Diagnostyka serologiczno-radiologiczna	Zgodnie z obowiązującymi przepisami dot. prowadzenia diagnostyki laboratoryjnej.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

3. Dowody naukowe

Do oceny poszczególnych punktów końcowych posłużono się następującymi parametrami:

- RR (ang. *Relative Risk, Risk Ratio*) – ryzyko względne określa, ile razy zastosowanie ocenianej interwencji zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia badanego zdarzenia w porównaniu z prawdopodobieństwem wystąpienia tego zdarzenia w przypadku zastosowania komparatora.
- OR (ang. *Odds Ratio*) – ilorz szans określa stosunek szansy wystąpienia danego zdarzenia w grupie badanej do szansy jego wystąpienia w grupie kontrolnej.
- MD (ang. *Mean Difference*) – średnia różnic; miara różnicy między grupą badaną a grupą kontrolną uzyskanej w skali ciągłej, gdy we wszystkich badaniach pierwotnych włączonych do metaanalizy stosowano tę samą skalę pomiarową.

3.1. Wnioski z analizy dowodów naukowych

Przeprowadzono wyszukiwanie w bazach Medline via PubMed, Embase oraz Cochrane Library, a także przeszukano strony internetowe towarzystw naukowych. Do analizy włączono łącznie 13 publikacji: 4 przeglądy systematyczne/metaanalizy oraz 9 rekomendacji towarzystw naukowych. Poniżej zostały przedstawione kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych – dalsze szczegóły znajdują się w raporcie analitycznym.

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do skuteczności aktywności fizycznej w ograniczaniu prawdopodobieństwa wystąpienia RZS. W przeglądzie systematycznym Zaccardelli 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu aktywności fizycznej na prawdopodobieństwo wystąpienia RZS. Prowadzenie przez pacjentów z grupy ryzyka działań z zakresu aktywności fizycznej prowadzi do obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia RZS w stosunku do ich niestosowania (RR 0,62; 95%CI: 0,42-0,92). W oparciu o wyniki przeglądu można stwierdzić, że należy edukować populację na temat prewencji RZS poprzez aktywność fizyczną.

W ramach wyszukiwania odnaleziono także dowody wtórne odnoszące się do zidentyfikowania czynników ryzyka wystąpienia RZS w populacji ogólnej. Autorzy przeglądu systematycznego Zaccardelli 2019 stwierdzają, iż palenie tytoniu prowadzi do zwiększenia szansy wystąpienia RZS w populacji (OR=1,87). Tyczy się to także osób, które zaprzestały lub ograniczyły palenie tytoniu (OR=1,76). Autorzy przeglądu dokonali w tym przypadku oszacowania średniego OR w oparciu o 16 badań obserwacyjnych. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Lahiri 2012 gdzie dokonano oszacowania szansy wystąpienia RZS zarówno w populacji palących kobiet jak i mężczyzn. W przypadku palących mężczyzn szansa wystąpienia RZS wzrasta do poziomu OR= 3,91 [95%CI: (2,78-5,50)]. W oparciu o wyniki analiz można uznać, że należy edukować populację na temat szkodliwości palenia oraz związanego z nim ryzykiem rozwoju RZS.

Istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia RZS jest także nadwaga lub otyłość. Autorzy przeglądu systematycznego Zaccardelli 2019 stwierdzają, że wystąpienie RZS u osób z nadwagą/otyłych jest wyższe w stosunku do osób o prawidłowej masie ciała (RR 1,21; 95%CI: 1,02-1,44 oraz RR 1,45; 95%CI: 1,07-1,95). Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Feng 2019. W publikacji tej autorzy dokonali oszacowania wpływu nadwagi i otyłości na rozwój RZS. Zgodnie z wynikami tej metaanalizy, nadwaga w porównaniu do prawidłowej wagi sprzyja zachorowaniu na RZS (RR 1,12; 95%CI: 1,04-1,20). Tyczy się to także nadwagi, gdzie prawdopodobieństwo wystąpienia RZS wzrasta o 23% (RR 1,23; 95%CI: 1,09-1,39).

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do prowadzenia działań nakierowanych na samoochronę stawów, w tym ćwiczeń rozluźniających i poprawiających ruchomość stawów. W przypadku metaanalizy Bobos 2019 autorzy oszacowali skuteczność ww. metody w minimalizowaniu bólu oraz poprawie funkcjonalności stawów dłoni, dotkniętych wczesną postacią RZS. W przypadku stosowania ww. ćwiczeń dochodzi do ogólnego zminimalizowania odczuwanego bólu. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że stosowanie tej metody jest efektywne w dłuższych perspektywach czasowych. Stosowanie tych działań przez okres krótszy niż 5 miesięcy, okazało się być nieistotne statystycznie (MD=0,00; 95%CI: -0,42-0,42). Autorzy metaanalizy oszacowali, że prowadzenie działań z zakresu samoochrony stawów prowadzi do obniżenia częstotliwości odczuwania bólu (MD -0,49; 95%CI: -0,75 - -0,22) przy prowadzeniu tych działań co najmniej od 5

do 8 miesięcy. Podobne wyniki można otrzymać w sytuacji prowadzenia tych działań przez okres roku (MD $-0,32$; 95%CI: $-0,53 - -0,11$). Prowadzenie ww. działań prowadzi także do poprawy ruchomości stawów, w efekcie czego dochodzi do zmniejszenia częstotliwości występowania ograniczenia ruchomości (MD $-0,49$; 95%CI: $-0,75 - -0,22$ dla 5-8 miesięcy oraz MD $-0,31$; 95%CI: $-0,50 - -0,11$ dla 12 miesięcy).

3.2. Symulacja skutków prowadzenia przesiewu pod kątem wykrycia RZS

Przeprowadzenie symulacji liczbowej oraz symulacji kosztów prowadzenia przesiewu nie było możliwe ze względu na złożoność uwzględnionych w raporcie interwencji oraz ograniczenia dostępnych danych ilościowych.

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736) lekarz POZ w ramach świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (część IV rozporządzenia) może zlecić wykonanie:

- badań hematologicznych, w tym morfologii krwi z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, oraz odczynu opadania krwinek czerwonych (OB),
- badań biochemicznych i immunochemicznych, w tym proteinogramu, aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), kwasu moczowego, kreatyniny, stężenia białka C-reaktywnego (CRP) i czynnika reumatoidalnego (RF),
- badanie ogólne moczu.

Natomiast zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357) w ramach porady specjalistycznej z zakresu reumatologii możliwe jest wykonanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, USG, a także RTG.

Ponadto w ramach EFS POWER Ministerstwo Zdrowia zaplanowało na lata 2016-2020 „Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów”, który realizowany jest przez 10 ośrodków leczniczych w całej Polsce. Program ten w swoich założeniach obejmuje edukację personelu medycznego, edukację pacjentów oraz przeprowadzanie badań przesiewowych. Koszt całego programu wynosi 17 196 654 PLN.

5. Wskaźniki dotyczące monitorowania i ewaluacji

5.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kwalifikacyjnej;
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym;
- liczba osób poddanych diagnostyce serologiczno-radiologicznej;
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

5.2. Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, które uzyskały lub utrzymały wysoki poziom wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- liczbie świadczeniobiorców, które nie zostały zakwalifikowane do grupy wysokiego ryzyka w czasie wizyty kwalifikacyjnej;
- liczbie świadczeniobiorców, które zostały zakwalifikowane do grupy wysokiego ryzyka w czasie wizyty kwalifikacyjnej;
- liczbie świadczeniobiorców, które uzyskały lub utrzymały wysoki poziom wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- liczbie świadczeniobiorców, u których doszło do zdiagnozowania RZS w ramach programu.

6. Modelowe rozwiązanie

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

6.1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia PPZ

6.1.1. Opis problemu zdrowotnego

Patrz pkt 1 rekomendacji.

6.1.2. Dane epidemiologiczne

UWAGA: Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikowania obszarów, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawiają jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych. Zaleca się odniesienie do wyników badania Global Burden of Disease 2019 (GBD) w zakresie wskaźnika oceny stanu zdrowia ludności mierzącego obciążenie chorobowe ludności świata (DALY). Część wyników badania GBD jest dostępna w ramach map potrzeb zdrowotnych. Metodologia badania GBD oraz informacje nt. wskaźnika DALY - <https://www.aotm.gov.pl/qbd/>

Patrz pkt 1 rekomendacji.

6.1.3. Opis obecnego postępowania

UWAGA: opis aktualny na dzień utworzenia raportu. Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu i wprowadzić ewentualne zmiany.

Patrz pkt 4 rekomendacji.

6.2. Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%”. Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym postępowaniem jest

nawiązanie dialogu między Radą ds. programu a przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

6.2.1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy dotyczącej RZS, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród%* ze wszystkich uczestników programu.

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej

6.2.2. Cele szczegółowe

6.2.2.1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród% personelu medycznego w zakresie RZS.

6.2.2.2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród% świadczeniobiorców w zakresie RZS.

6.2.3. Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
6.2.2.1.	Odsetek osób z personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
6.2.2.2.	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.

6.3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

6.3.1. Populacja docelowa

UWAGA: Istotne jest określenie wielkości populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie, jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większa włączona do PPZ populacja, tym większe są możliwości uzyskania widocznych efektów zdrowotnych w danym zakresie.

Patrz pkt 2.2. rekomendacji.

6.3.2. Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia dla personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> personel medyczny, np.: lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej planowany bezpośredni kontakt ze świadczeniobiorcami w ramach realizacji PPZ 	<ul style="list-style-type: none"> ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat; wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim;
Lekarska wizyta kwalifikacyjna	<ul style="list-style-type: none"> osoby, które w formularzu zgłoszeniowym do PPZ wskażą na przynależność do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia RZS (Zaccardelli 2019, Feng 2019, Lahiri 2012), tj.: osoby palące tytoń; osoby z nadwagą lub otyłością; osoby w których rodzinie pojawiły się przypadki RZS; osoby, u których występują objawy wskazujące na RZS. 	<ul style="list-style-type: none"> osoby znajdujące się pod opieką reumatologa; osoby z rozpoznaniem wcześniej RZS;
Działania informacyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> osoby zakwalifikowane do grupy wysokiego ryzyka w czasie lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej 	<ul style="list-style-type: none"> osoby znajdujące się pod opieką reumatologa; osoby z rozpoznaniem wcześniej RZS;
Diagnostyka serologiczno-radiologiczna	<ul style="list-style-type: none"> osoba skierowana na diagnostykę przez lekarza w ramach wizyty kwalifikacyjnej realizowanej w ramach PPZ 	<ul style="list-style-type: none"> osoby znajdujące się pod opieką reumatologa; osoby z rozpoznaniem wcześniej RZS;

6.3.3. Planowane interwencje

UWAGA: W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą jakością i efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO:

- W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje Rada ds. programu (opis Rady przedstawiono w rozdziale „Organizacja PPZ”).
- Treści szkolenia są dostosowane do potrzeb każdej z grup personelu medycznego. W szczególności należy wyczerpująco omówić wszystkie tematy, które będą poruszane w ramach działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców.
- Formy szkolenia są dostosowane do tematyki oraz wynikających z nich potrzeb, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje, trening umiejętności praktycznych w kontakcie bezpośrednim.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

LEKARSKA WIZYTA KWALIFIKACYJNA:

- Przeprowadzenie wizyty kwalifikacyjnej jest zalecane przez NICE 2018, FSR 2014, BSR 2013, SIGN 2011, TLAR 2011, HKSAR 2010 oraz ACR/EULAR 2010.
- Podczas wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad i badanie reumatologiczne w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka. Lekarz wykonujący świadczenie podejmuje decyzję o dalszych losach pacjenta w programie:
 - zakwalifikowaniu do interwencji informacyjno-edukacyjnej dedykowanej świadczeniobiorcom przynależącym do grup wysokiego ryzyka, a jednocześnie braku podejrzenia RZS,
 - zakwalifikowaniu do interwencji informacyjno-edukacyjnej dedykowanej świadczeniobiorcom przynależącym do grup wysokiego ryzyka oraz skierowaniem świadczeniobiorcy na dalsze badania („diagnostyka serologiczno-radiologiczna”) w przypadku podejrzenia RZS,
 - lub zakończeniem udziału w programie w przypadku stwierdzenia u świadczeniobiorcy braku przesłanek za przynależnością do grupy wysokiego ryzyka.
- Ocena ryzyka wystąpienia RZS powinna opierać się o określone kryteria klasyfikacji, np. klasyfikację ACR/EULAR 2010.

DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE:

- Przygotowanie broszur z informacjami na temat RZS.
- Personel medyczny powinien przekazywać świadczeniobiorcom informacje na temat programu oraz istoty podejmowanych w jego ramach działań.
- Działania edukacyjno-informacyjnej nakierowane są na podniesienie poziomu wiedzy populacji docelowej nt. RZS, w tym co najmniej:
 - potencjalnych czynników ryzyka występowania RZS w populacji,

- korzyści wynikających z codziennej aktywności fizycznej, w tym dotyczące obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia RZS w stosunku do ich niestosowania,
- szkód wynikających z palenia tytoniu oraz wielochorobowości wynikającej z nałogu,
- identyfikacji wczesnych objawów RZS, które wymagają konsultacji lekarskiej,
- ogólnego obniżenia jakości życia w związku z rozwojem choroby,
- roli fizjoterapii na poszczególnych etapach rozwoju choroby, w tym szczególnie: stosowania czynnej kinezyterapii, poizometrycznej relaksacji mięśni, automasażu rozluźniającego tkanki,
- roli stosowania prawidłowo zbilansowanej diety oraz utrzymania lub dążenia do uzyskania odpowiedniej masy ciała,
- skutków zdrowotnych związanych z brakiem leczenia RZS.
- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja, instruktaż wykonywania ćwiczeń i technik rozluźniania tkanek. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:
 - materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Ogólnopolskiego programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów”.

DIAGNOSTYKA SEROLOGICZNO-RADIOLOGICZNA

- O skierowaniu świadczeniobiorców na badania serologiczno-radiologiczne decyduje lekarz, który przeprowadził wizytę kwalifikacyjną.

6.3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert.

6.3.5. Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- po stwierdzeniu braku przynależności do grupy wysokiego ryzyka w czasie lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej;
- w przypadku świadczeniobiorców, którzy znajdują się w grupie ryzyka, a nie zostali skierowani na diagnostykę serologiczno-radiologiczną – po ukończeniu uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych;
- w przypadku świadczeniobiorców, którzy zostali skierowani na diagnostykę serologiczno-radiologiczną – po omówieniu wyniku diagnostyki serologiczno-radiologicznej;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu ze świadczeniobiorców należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

6.4. Organizacja PPZ

6.4.1. Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej, działań informacyjno-edukacyjnych, diagnostyki serologiczno-radiologicznej.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowe PPZ.
9. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

6.4.2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Patrz pkt 2.3. rekomendacji.

6.5. Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

6.5.1. Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco (np. przez tworzenie raportów okresowych) i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno się składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe

dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez eksperta zewnętrznego.

Patrz pkt 5.1 rekomendacji.

6.5.2. Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ.

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

Patrz pkt 5.2 rekomendacji.

6.6. Budżet PPZ

W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

6.6.1. Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych,
- koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego,
- koszt realizacji lekarskich wizyt kwalifikacyjnych,
- koszt prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców,
- koszt wizyt, na których świadczeniobiorcy otrzymają wyniki przeprowadzonych badań serologiczno-radiologicznych,
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3 × 4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)				
1.	Ewaluacja i monitorowanie		do 10% całkowitego budżetu PPZ	
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia			
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
Koszty bezpośrednie				
1.	Koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego			
2.	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej			
3.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców			
4.	Koszt realizacji badań serologiczno-radiologicznych			
5.	Koszt wizyt, na których świadczeniobiorcy otrzymają wyniki przeprowadzonych badań serologiczno-radiologicznych			
SUMA				

6.6.2. Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20XX r.	
20XX r.	
Koszt całkowity	

6.6.3. Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 161/2020 z dnia 29 czerwca 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących reumatoidalnego zapalenia stawów z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy)”, data ukończenia Raportu: czerwiec 2020.

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinia Rady Przejrzystości nr 161/2020 z dnia 29 czerwca 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących reumatoidalnego zapalenia stawów z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów”.
Raport	Raport nr OT.423.4.2018 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów”, data ukończenia raportu: czerwiec 2020.
NICE 2018	Allen, A., Carville, S., & McKenna, F. (2018). Diagnosis and management of rheumatoid arthritis in adults: summary of updated NICE guidance. <i>Bmj</i> , 362, k3015.
EULAR 2015	Zangi, H. A., Ndosi, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Boström, C., ... & Niedermann, K. (2015). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. <i>Annals of the rheumatic diseases</i> , 74(6), 954-962.
FSR 2014	Wendling, D., Lukas, C., Paccou, J., Claudepierre, P., Carton, L., Combe, B., ... & Dougados, M. (2014). Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. <i>Joint Bone Spine</i> , 81(1), 6-14.
BSR 2013	da Mota, L. M. H., Cruz, B. A., Brenol, C. V., Pereira, I. A., Rezende-Fronza, L. S., Bertolo, M. B., ... & Lima, R. A. C. (2013). Guidelines for the diagnosis of rheumatoid arthritis. <i>Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)</i> , 53(2), 141-157.
SIGN 2011	Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2000). Management of early rheumatoid arthritis: a national clinical guideline.(SIGN publication number 48).
TLAR 2011	Ataman, Ş., Borman, P., Evcik, D., Aydoğ, E., Ayhan, F., Yildizlar, D., ... & Duruöz, T. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Turkish League Against Rheumatism. <i>Archives of Rheumatology</i> , 26(4), 273-294.
OP 2011	Ottawa Panel member: Ottawa methods group:; Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Egan, M., Dubouloz, C. J., ... & Smoljanic, J. (2012). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for patient education in the management of Rheumatoid Arthritis (RA). <i>Health Education Journal</i> , 71(4), 397-451.
HKSR 2010	Mok, C. C., Tam, L. S., Chan, T. H., Lee, G. K., & Li, E. K. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Hong Kong Society of Rheumatology. <i>Clinical rheumatology</i> , 30(3), 303-312.
ACR/EULAR 2010	Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham III, C. O., ... & Combe, B. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. <i>Arthritis & Rheumatism</i> , 62(9), 2569-2581.
Zaccardelli 2019	Zaccardelli, A., Friedlander, H. M., Ford, J. A., & Sparks, J. A. (2019). Potential of lifestyle changes for reducing the risk of developing rheumatoid arthritis: is an ounce of prevention worth a pound of cure?. <i>Clinical therapeutics</i> .
Lahiri 2012	Lahiri, M., Morgan, C., Symmons, D. P., & Bruce, I. N. (2012). Modifiable risk factors for RA: prevention, better than cure?. <i>Rheumatology</i> , 51(3), 499-512.
Bobos 2019	Bobos, P., Nazari, G., Szekeres, M., Lalone, E. A., Ferreira, L., & MacDermid, J. C. (2019). The effectiveness of joint-protection programs on pain, hand function, and grip strength levels in patients with hand arthritis: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Hand Therapy</i> , 32(2), 194-211.
Feng 2019	Feng, X., Xu, X., Shi, Y., Liu, X., Liu, H., Hou, H., ... & Li, D. (2019). Body mass index and the risk of rheumatoid arthritis: an updated dose-response meta-analysis. <i>BioMed research international</i> , 2019.
Kotarba 2014	Kotarba-Kańczugowska M, Kucharski K, Linder-Kopiecka I. i wsp. JA, PACJENT! Perspektywa Organizacji Pacjentów na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej, „3majmy się razem” oraz Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających, Warszawa 2014.
SORP 2011	Stan opieki reumatologicznej w Polsce. Streszczenie Raportu projektu badawczego, Projekt Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2011

Kwiatkowska 2011	Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samek-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii, Warszawa 2014
MPZ 2018	¹ Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_mazowieckie.pdf dostęp z dn. 27.05.2020
GUS 2020	Główny Urząd Statystyczny (2020). Raport Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby zgonów w latach 2007-2018 r. Pozyskano z: https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat dostęp z: 27.05.2020 r.
Batko 2019	Batko B, Stajszczyk M, Świerkot J, et al. Prevalence and Clinical Characteristics of Rheumatoid Arthritis in Poland: A Nationwide Study. Arch Med Sci. 2019, 15(1): 134–140.
WHO 2009	World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf , dostęp z 25.05.2020
Szczeklik 2017	Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Choroby przenoszone przez kleszcze. Interna Szczeklika 2017. Rozdział VII.D, 1958-1973.
IRW 2014	Instytut Reumatologii w Warszawie. (2014). Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii. Pozyskano z: https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_wczesna_diagnostyka_ChR.pdf , dostęp z 25.05.2020
Guła 2017	Guła, Z., Korkosz, M. (2017). Reumatoidalne zapalenie stawów. Pozyskano z: https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/63732,reumatoidalne-zapalenie-stawow , dostęp z 26.05.2020