



Rekomendacja nr 71/2025

z dnia 31 października 2025 r.

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 przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących RZS u pacjentów w populacji ogólnej, a także szkoleń dotyczących reumatoidalnego zapalenia stawów dla personelu medycznego.

Uzasadnienie

Niniejsza rekomendacja stanowi aktualizację Rekomendacji nr 5/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. 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 zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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. Etiologia RZS nie jest dotychczas wystarczająco poznana, a w patogenezie tego schorzenia rolę odgrywają takie czynniki, jak: zakażenia drobnoustrojami, czynniki genetyczne i środowiskowe.

Prezes Agencji mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące przepisy prawa oraz dostępne dane epidemiologiczne dotyczące RZS, zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- szkolenia dla personelu medycznego dotyczących wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów i dalszego postępowania w przypadku rozpoznania tej choroby, w tym fizjoterapii,
- działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do populacji ogólnej, ze szczególnym uwzględnieniem tematyki dotyczącej czynników ryzyka choroby, możliwych form leczenia, wsparcia pacjenta w prawidłowym samodzielnym zarządzaniu chorobą oraz optymalizacji jego zdrowia i samopoczucia, kwestii możliwych powikłań wynikających z choroby, znaczenia ćwiczeń i zdrowego stylu życia oraz dostępnych opcji leczenia i modyfikowalnych czynników ryzyka, które mogły stanowić przyczynę wystąpienia RZS lub mogą prowadzić do zaostrzeń choroby.

Wytyczne praktyki klinicznej nie odnoszą się do działań profilaktycznych. Dostępne zalecenia skupiają się na późnej diagnostyce, samodzielnym zarządzaniu chorobą oraz leczeniu rozwiniętej postaci RZS. Brakuje również jednoznacznych dowodów naukowych na skuteczność jakiegokolwiek profilaktyki zmniejszającej zapadalność na RZS. Jedyna aktualnie odnaleziona publikacja Sun 2021, opisująca związek między aktywnością fizyczną, a ryzykiem rozwoju RZS, odznacza się krytycznie niską jakością.

Dane z bazy Global Burden of Disease z 2021 roku wskazują na zapadalność dla całego kraju na poziomie ok. 16,24/100 tys. Grupy wiekowe 45-49 r.ż. i 50-64 r.ż. stanowią grupę o najwyższym wskaźniku zapadalności na omawianą jednostkę chorobową (odpowiednio 34,9/100 tys. oraz 34,75/100 tys.).

Programy polityki zdrowotnej prowadzone przez JST mogą stanowić uzupełnienie dotychczas realizowanych programów w zakresie wsparcia pacjenta z RZS

Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt programu polityki zdrowotnej, jak i te przeprowadzane przez jego realizatora. Szczegóły przedstawiono w dalszej części poświęconej warunkom realizacji programu.

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.

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. Czynniki środowiskowe związane z występowaniem RZS to m.in. palenie tytoniu i choroby przyzębia.

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

Zgodnie z polską wersją językową ICD-11 choroby związane z reumatoidalnym zapaleniem stawów obejmują następujące kody:

- FA20: Reumatoidalne zapalenie stawów:
 - FA20.0: seropozytywne reumatoidalne zapalenie stawów;
 - FA20.1: seronegatywne reumatoidalne zapalenie stawów;
 - FA20.Z: reumatoidalne zapalenie stawów o nieokreślonej serologii.

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.

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.

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.

Zastosowanie strategii wczesnego wykrywania i intensywnego leczenia, umożliwi osiągnięcie remisji i wpływa na opóźnienie rozwoju niepełnosprawności 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.

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.

W ramach Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, nie odnaleziono żadnych informacji odnoszących się do rozpowszechnienia reumatoidalnego zapalenia stawów w polskiej populacji.

Zgodnie z danymi przedstawionymi w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), w Polsce w 2023 roku zrealizowano łącznie 270 135 porad związanych z RZS serododatnim (najwięcej w województwie mazowieckim (ok. 41 tys.), najmniej w województwie lubuskim (4 225)). Z programu lekowego z zakresu leczenia aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego

idiopatycznego zapalenia stawów, skorzystało łącznie 16 693 pacjentów z RZS. Najczęściej były to osoby między 60 a 65 r.ż. (2 133), przy czym zbliżoną liczbę pacjentów odnotowano także w grupach wiekowych 55-60 r.ż. (1 958) oraz 65-70 r.ż. (1 937). W Polsce w 2023 roku RZS serododatnie było odpowiedzialne za 310,71 tys. dni absencji chorobowej (najwięcej w województwie mazowieckim (41 563), a najmniej w województwie podlaskim (5 385).

Zapadalność na seropozytywne RZS (M05) w 2021 roku wyniosła 18,5/100 tys. W przypadku innych RZS (M06), zapadalność osiągnęła poziom 10,9/100 tys. Zapadalność ogólna z uwzględnieniem zarówno kodu M05 i M06, wyniosła 29/100 tys.

Zgodnie z danymi *Global Burden of Disease* (GBD), z 2021 roku, grupy wiekowe 45-49 r.ż. i 50-64 r.ż. stanowią grupę o najwyższym wskaźniku zapadalności na omawianą jednostkę chorobową (odpowiednio 34,9/100 tys. oraz 34,75/100 tys.). Zapadalność dla całego kraju w omawianym roku kształtowała się na poziomie ok. 16,24/100 tys.

2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono do analizy rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania wydane przez: United Kingdom National Health Service (UK NHS 2023), British Columbia Government (BCG 2022), Royal Dutch Society for Physical Therapy (RDSPT 2021), European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR 2018) oraz zaktualizowano rekomendacje opisane w poprzedniej wersji raportu [FSR 2024, EULAR 2021]. Ponadto ujęto także wytyczne z poprzedniej rekomendacji wydane przez: National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2018), European League Against Rheumatism (EULAR 2015), Brazilian Society of Rheumatology (BSR 2013), French Society of Rheumatology (FSR 2014), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2011), Turkish League Against Rheumatism (TLAR 2011), Ottawa Panel (OP 2011), Hong Kong Society of Rheumatology (HKSR 2010), American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR 2010).

Nie odnaleziono bezpośrednich zaleceń, które wskazywałyby na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych i przesiewowych, ukierunkowanych na reumatoidalne zapalenie stawów. Dostępne rekomendacje towarzystw naukowych w głównej mierze zalecają realizację zaawansowanych działań diagnostycznych i leczniczych wśród pacjentów z objawami sugerującymi obecność RZS. W przypadku działań edukacyjnych, dostępne wytyczne zwracają uwagę, że powinny one koncentrować się na samodzielnemu zarządzaniu chorobą, strategiach radzenia sobie z objawami choroby przy przebiegu RZS oraz informacjach nt. dostępnych metod leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego.

Podsumowanie najważniejszych informacji z włączonych do analizy wytycznych postępowania:

Profilaktyka pierwotna

- Odnalezione rekomendacje nie odnoszą się do działań profilaktycznych. Dostępne zalecenia skupiają się na późnej diagnostyce, samodzielnemu zarządzaniu chorobą oraz leczeniu rozwiniętej postaci RZS (FSR 2024, UK NHS 2023, BCG 2022, EULAR 2021, RDSPT 2021, EULAR 2018, NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011).

Działania informacyjno-edukacyjne

- Działania edukacyjne z zakresu RZS powinny kierować się do osób, u których potwierdzono już obecność omawianego problemu zdrowotnego. Celem edukacji nie jest profilaktyka, a wsparcie pacjenta w prawidłowym samodzielnym zarządzaniu chorobą oraz optymalizacji jego zdrowia i samopoczucia. Zakres tematyczny przekazywanych informacji powinien obejmować kwestie możliwych powikłań wynikających z choroby, znaczenia ćwiczeń i zdrowego stylu życia oraz dostępnych opcji leczenia (RDSPT 2021) i modyfikowalnych czynników 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 kilku rekomendacjach zwraca się także uwagę na zasadność prowadzenia działań edukacyjnych ukierunkowanych na promowanie aktywności fizycznej (EULAR 2018, EULAR 2015, NICE 2018, SIGN 2011).

Działania diagnostyczne

- Zaleca się prowadzenie 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).
- Dostępne rekomendacje towarzystw naukowych w dużym stopniu koncentrują się na realizacji działań diagnostycznych w populacji osób z podejrzeniem RZS. Wskazywane w wytycznych badania wykorzystywane w diagnostyce RZS obejmują badania laboratoryjne (m.in. morfologię krwi, poziom białka C-reaktywnego czy czynnik reumatoidalny) oraz obrazowe (RTG dłoni, nadgarstków, stóp lub innych bolesnych stawów) (FSR 2024, UK NHS 2023, BCG 2022).
- Wyróżnia się następujące czynniki ryzyka wystąpienia RZS: czynniki środowiskowe (palenie tytoniu, narażenie zawodowe, zapalenie przyzębia, otyłość, brak zbilansowanej diety, niski status społeczno-ekonomiczny, siedzący tryb życia, stres, depresja), kliniczne (ból stawów, które spełniają co najmniej 4 z 7 kryteriów: czas trwania objawów <1 roku, sztywność poranna ≥ 1 h, ból w godzinach wczesnoporannych, miejscowy ból w stawie śródrečno-paliczkowym, ból przy

zamykaniu pięści, ból przy ucisku poprzecznym w stawie śródrečno-paliczkowym, dodatni wywiad rodzinny u krewnych I stopnia); biologiczne – liczba przeciwciał aCPA (anty-CPP2 lub CPP3) i RF (IgA lub IgM)) oraz wykryte podczas obrazowania (zapalenie błony maziowej ≥ 2 w skali szarości lub dodatni sygnał Dopplera w błonie maziowej na nadgarstkach, w stawach 1-5 śródrečno-paliczkowych, w stawach 1-5 międzypaliczkowych lub w stawach 2-5 śródstopno-paliczkowych; dodatni sygnał Dopplera oraz zapalenie pochewki ścięgna prostownika łokciowego nadgarstka, prostownika wspólnego palców lub zginacza palców).

3. Dowody naukowe

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono 9 metaanaliz (Bounabe 2024, Namavari 2024, Wang 2024, Zhang 2023, Li 2022, Wu 2022, Ye 2021, Sun 2021, Ohno 2020). Ponadto ujęto także dowody naukowe odnalezione na potrzeby wydania poprzedniej rekomendacji: Feng 2019, Zaccardelli 2019, Bobos 2019, Lahiri 2012).

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych – dalsze szczegóły znajdują się w Raporcie Analitycznym Agencji.

3.1 Wnioski z analizy dowodów naukowych

Aktywność fizyczna

- Wysoki poziom rekreacyjnej aktywności fizycznej w czasie wolnym, w porównaniu do niskiego poziomu, wykazuje istotny statystycznie wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia RZS o 21%. Każdy wzrost aktywności fizycznej o 10 MET (równoważnik metaboliczny wysiłku, ang. Metabolic Equivalent of Task) godzin w tygodniu obniża ryzyko wystąpienia RZS o 7% (Sun 2021).
- Prowadzenie przez pacjentów z grupy ryzyka działań z zakresu aktywności fizycznej prowadzi do obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia RZS – RR=0,62 [95%CI: (0,42; 0,92)], w stosunku do ich niestosowania (Zaccardelli 2019).
- W przypadku stosowania ćwiczeń dochodzi do ogólnego zminimalizowania odczuwanego bólu (zminimalizowanie bólu w perspektywie 5-8 miesięcy MD=-0,32 [95%CI: (-0,53; -0,11)], w perspektywie 12 miesięcy MD=-0,27 [95%CI: (-0,41; -0,12)]. 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)] (Bobos 2019).
- Prowadzenie działań z zakresu tzw. „samoochrony stawów” przez rok jest efektywne i prowadzi do:
 - obniżenia poziomu odczuwanego bólu o MD=-0,32 [95%CI: (-0,53; -0,11)] oraz poprawy ruchomości stawów;
 - zmniejszenia ograniczenia ruchomości stawów o MD=-0,49 [95%CI: (-0,75; -0,22)] w okresie od 5 do 8 miesięcy oraz o MD=-0,31 [95%CI: (-0,50; -0,11)] w perspektywie 12 miesięcy (Bobos 2019).

Czynniki ryzyka

- Obecność przewlekłej obturacyjnej choroby płuc istotnie statystycznie zwiększa szansę wystąpienia RZS (Wang 2024).
- Bierne palenie tytoniu istotnie statystycznie zwiększa o 12% ryzyko wystąpienia RZS (Zhang 2023).
- Palenie tytoniu, obecnie lub w przeszłości, istotnie statystycznie zwiększa ryzyko wystąpienia RZS, o 34% (Ye 2021).
- Stwierdzono, iż palenie tytoniu prowadzi do zwiększenia o 87% szansy wystąpienia RZS w populacji, OR=1,87. Dotyczy to także osób, które zaprzestały lub ograniczyły palenie tytoniu – wzrost o 76%, OR=1,76 (Zaccardelli 2019).
- W przypadku palących mężczyzn szansa wystąpienia RZS wzrasta prawie 4 razy, OR=3,91 [95%CI: (2,78; 5,50)]. W populacji palących kobiet natomiast szansa rozwinięcia RZS wzrasta o 29%, OR=1,29 [95%CI: (0,94-1,77)] (Lahiri 2012).
- Nadwaga lub otyłość istotnie statystycznie zwiększają ryzyko rozwoju RZS o 27% (Ye 2021).
- Nadwaga w porównaniu do prawidłowej wagi sprzyja zachorowaniu na RZS, podnosząc prawdopodobieństwo do poziomu RR=1,12 [95%CI: (1,04; 1,20)]. Dotyczy to także otyłości, gdzie prawdopodobieństwo wystąpienia RZS wzrasta do poziomu RR=1,23 [95%CI: (1,09; 1,39)] (Feng 2019).
- Wzrost wskaźnika BMI o każde 5 kg/m² wpływa istotnie statystycznie na zwiększone ryzyko wystąpienia RZS, o 9% (Ye 2021).

- Autorzy przeglądu stwierdzają, że prawdopodobieństwo wystąpienia RZS u osób z nadwagą/otyłością waha się między $RR=1,21$ [95%CI: (1,02; 1,44)], a $RR=1,45$ [95%CI: (1,07; 1,95)] (Zaccardelli 2019).

Edukacja

- Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu systematycznej edukacji pacjenta na parametry laboratoryjne (OB, CRP) oraz na poziom lęku i zaburzeń depresyjnych (Wu 2022).
- Systematyczna edukacja pacjenta chorego na RZS wpływa istotnie statystycznie na poprawę sprawności fizycznej oraz zmniejszenie wskaźnika aktywności choroby (Wu 2022).

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Zgodnie z zapisami wytycznych praktyki klinicznej, w ramach działań ukierunkowane na reumatoidalne zapalenie stawów, w głównej mierze wskazuje się realizację zaawansowanych działań diagnostycznych i leczniczych wśród pacjentów z objawami sugerującymi obecność RZS. Wytyczne zalecają również realizację działań edukacyjnych, które powinny koncentrować się na samodzielnym zarządzaniu chorobą, strategiach radzenia sobie z objawami choroby przy przebiegu RZS oraz przekazywaniu informacji nt. dostępnych metod leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego. Nie odnaleziono bezpośrednich zaleceń, które wskazywałyby na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych i przesiewowych, ukierunkowanych na RZS.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (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),
- badania ogólnego 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.

Zaplanowany w ramach EFS POWER przez Ministerstwo Zdrowia w latach 2016-2020 „Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów” został zakończony. Program realizowany był przez 10 ośrodków leczniczych w całej Polsce. Program ten w swoich założeniach obejmował edukację personelu medycznego, edukację pacjentów oraz przeprowadzanie badań przesiewowych.

5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań, lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej ustalany powinien być przez decydentów planujących realizację programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 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. z 2017 r. poz. 2476).

5.1 Uzasadnienie wprowadzenia PPZ

5.1.1 Dane epidemiologiczne

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

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych.

5.1.2 Opis obecnego postępowania

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

5.2 Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%” (procent) oraz „..... p.p.” (punkty procentowe). 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 z przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

5.2.1 Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie RZS, wśród%* uczestników działań edukacyjnych programu.

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

5.2.2 Cele szczegółowe

5.2.2.1 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród%* personelu medycznego w zakresie RZS.

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

5.2.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

| Cel | Miernik |
|----------|--|
| Główny | <p>Odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy*, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach)</i></p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p> |
| 5.2.2.1. | <p>Odsetek uczestników z grupy personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach)</i></p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p> |

5.3 Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności 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 większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie na źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

5.3.1 Populacja docelowa

- Szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania, diagnostyki oraz leczenia RZS skierowane są do personelu medycznego, w szczególności zaangażowanego w realizację programu, który

będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarki, koordynatorów opieki medycznej.

- Działania informacyjno-edukacyjne skierowane są do populacji ogólnej.

5.3.2 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. 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.

Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

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.

| Etap PPZ | Kryteria włączenia | Kryteria wyłączenia |
|------------------------------------|---|---|
| Szkolenia dla personelu medycznego | <ul style="list-style-type: none"> • personel medyczny, np.: lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej | <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; |
| Działania informacyjno-edukacyjne | <ul style="list-style-type: none"> • populacja ogólna | <ul style="list-style-type: none"> • brak |

5.3.3 Planowane interwencje

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 efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

SKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO: (BCG 2022, EULAR 2021, OP 2011, SIGN 2011, TLAR 2011, HKSR 2010, eksperci kliniczni)

- Warunkiem przystąpienia do szkolenia jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest do wypełnienia post-testu po zakończeniu szkolenia.
- W ramach szkoleń, należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez aktualne wytyczne metodami w zakresie, diagnostyki laboratoryjnej oraz leczenia RZS. W celu radzenia sobie z powszechnie występującymi chorobami współistniejącymi, należy udzielać pacjentom opartych na dowodach naukowych porad dotyczących stylu życia. Zaleca się także, aby pracownicy ochrony zdrowia zachęcali swoich pacjentów do wdrażania zdrowych nawyków (EULAR 2021, eksperci kliniczni).

- 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, seminaria, materiały audiowizualne, telekonferencje, trening umiejętności praktycznych w kontakcie bezpośrednim (OP 2011, eksperci kliniczni).
- Tematyka poruszana na szkoleniach i/lub w materiałach edukacyjnych powinna w szczególności obejmować (eksperci, BCG 2022):
 - kryteria rozpoznania oraz czynniki ryzyka wystąpienia RZS;
 - diagnostykę i leczenie RZS zgodnie z obowiązującą wiedzą EBM;
 - diagnostykę różnicową, szczególnie z uwzględnieniem różnicowania objawów stanów zapalnych od stanów niezapalnych.
- W celu optymalizacji i wsparcia w samodzielnym zarządzaniu chorobą, pracownicy ochrony zdrowia powinni być świadomi dostępności do danych zasobów, do których mogą kierować swoich pacjentów (EULAR 2021, HKSAR 2010).
- Pracownicy ochrony zdrowia powinni zachęcać pacjentów do dyskusji nt. przebiegu i realizacji przez nich samoopieki, jak również powinni wskazywać na dostępne źródła pomocy, z których mogą oni korzystać (EULAR 2021).
- Edukacja powinna mieć charakter naukowo-profesjonalny.
- Pracownicy ochrony zdrowia powinni aktywnie zachęcać pacjentów do wykonywania aktywności fizycznej od momentu postawienia diagnozy i przez cały okres trwania choroby (EULAR 2021, SIGN 2011).
- Zaleca się, aby diagnozę w zakresie obecności RZS stawiał lekarz posiadający doświadczenie w zakresie chorób reumatoidalnych (TLAR 2011).

DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE: (EULAR 2021, NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011, OP 2011, TLAR 2011, eksperci kliniczni)

- Działania edukacyjne powinny być kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej. Przedstawione poniżej zalecenia dotyczące interwencji mają w większości charakter ogólny, co ma umożliwić elastyczne dostosowanie działań do potrzeb i możliwości grupy docelowej.
- Personel medyczny powinien przekazywać świadczeniobiorcom informacje na temat programu oraz istoty podejmowanych w jego ramach działań.
- Edukacje należy prowadzić na więcej niż jeden sposób. Możliwe jest nie tylko drukowanie i rozpowszechnianie ulotek, ale także prowadzenie szkoleń czy kampanii medialnych. Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Do prowadzenia działań promocyjnych programu zaleca się wykorzystanie nośników miejskich/gminnych np. wyświetlane prezentacje (slajdy) w autobusach/tramwajach/pociągach oraz mediach miejskich/gminnych (dedykowanych mieszkańcom portalach/aplikacjach). Ponadto warto prowadzić także akcje promocyjne w mediach społecznościowych w formie np. plakatów, ulotek, grafik informujących o prowadzeniu działań edukacyjnych. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich (OP 2011, eksperci).
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest do wypełnienia post-testu po zakończeniu zajęć edukacyjnych.
- W ramach akcji edukacyjnych powinno się poszerzać wiedzę na temat promocji zdrowia oraz motywować pacjenta do aktywnego udziału w zarządzaniu chorobą (EULAR 2021).
- Proces edukacji powinien być monitorowany i dostosowywany do potrzeb pacjentów. Szczególnie dotyczy się to osób już ze zdiagnozowanym RZS, gdzie edukacja powinna przede wszystkim podejmować kwestie życia z chorobą i procesu przystosowania się do ograniczeń przy jednoczesnej maksymalizacji zadowolenia z życia (EULAR 2015);

- Sposób prowadzenia i zakres tematyczny edukacji powinien być zgodny ze zdiagnozowanymi potrzebami zdrowotnymi pacjenta (EULAR 2015).
- Forma oraz zakres tematyczny działań edukacyjnych powinien być dopasowany do wieku uczestników.
- Edukacja w zakresie zaostrzeń RZS może być prowadzona na więcej niż jeden sposób. Zaleca się stosowanie szkoleń w formie grupowej, indywidualnej, internetowej, telefonicznej lub w formie multimedialnej, w zależności od potrzeb i możliwości wykonawcy (EULAR 2015).
- W ramach edukacji należy zachęcać pacjenta do podejmowania aktywności fizycznej (EULAR 2021, NICE 2018).
- Działania edukacyjno-informacyjnej nakierowane są na podniesienie poziomu wiedzy populacji docelowej nt. RZS, w tym co najmniej:
 - potencjalnych czynników ryzyka występowania RZS,
 - 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 (EULAR 2021, NICE 2018, EULAR 2015, SIGN 2011, TLAR 2011).
- Zakres tematyczny przekazywanych informacji powinien obejmować kwestie możliwych powikłań wynikających z choroby, znaczenia ćwiczeń i zdrowego stylu życia oraz dostępnych opcji leczenia (RDSPT 2021) i modyfikowalnych czynników 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).
- Samorządy powinny podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami, które są już zaangażowane w leczenie RZS na danym obszarze lub z takimi, które posiadają doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej.
- Należy w pierwszej kolejności wykorzystać dostępne gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się diagnostyką i leczeniem RZS (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich).

5.3.4 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 konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5.3.5 Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, które uczestniczyły w działaniach informacyjno-edukacyjnych, ich udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji;
- w przypadku osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, ich udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;

- zakończenie realizacji PPZ.

5.4 Organizacja PPZ

5.4.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

- 1 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.
- 2 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 (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
- 5 Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.
- 6 Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
- 7 Zakończenie realizacji PPZ.
- 8 Rozliczenie finansowania PPZ.
- 9 Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

5.4.2 Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

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

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.

Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiągnięciu założonych celów. Warto wskazać, że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.

Wymagania dotyczące personelu:

| Etap PPZ | Wymagania wobec personelu |
|------------------------------------|--|
| Szkolenia dla personelu medycznego | <ul style="list-style-type: none"> • Eksperti: <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, ○ Eksperti, którzy są w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu. |

| | |
|--|--|
| <p>Działania informacyjno- edukacyjne:</p> | <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. |
|--|--|

5.5 Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

5.5.1 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 i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w 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, uzyskanych efektów 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 niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn;
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym.

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 (uczestnika), 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;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, 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.

5.5.2 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. Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetka uczestników z grupy personelu medycznego, u których doszło do utrzymania lub wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie RZS;
- odsetka uczestników programu z populacji ogólnej, u których doszło do utrzymania lub wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie RZS;

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego

5.6 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.

5.6.1 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 prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców,
- 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 |
|---|---|--------|-------------------|----------------------------|
| [1] | [2] | [3] | [4] | [5=3x4] |
| Koszty pośrednie (katalog otwarty) | | | | |
| 1 | Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w | | | |

| | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|
| | tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie ¹ projektu | | | |
| 2 | Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ | | | |
| 3 | Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.) | | | |
| Koszty bezpośrednie | | | | |
| 1 | Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenia dla personelu medycznego” (wyszczególnienie działań) | | | |
| 5. | Koszt przeprowadzenia etapu „Działania informacyjno-edukacyjne” | | | |
| SUMA | | | | |

5.6.2 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 | |

5.6.3 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 (samorzady terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

¹ Ewaluacja i monitorowanie - do 10% całkowitego budżetu PPZ

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 91/2025 z dnia 2 czerwca 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących reumatoidalnego zapalenia stawów oraz Raportu nr OT.434.5.2025 pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów”, data ukończenia raportu: czerwiec 2025 r.

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

| | |
|---------------------------------|---|
| Opinia RP | Opinia Rady Przejrzystości nr 91/2025 z dnia 2 czerwca 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących reumatoidalnego zapalenia stawów |
| Raport | Raport nr: OT.434.5.2025 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów”, data ukończenia raportu: czerwiec 2025 r. |
| Źródła rekomendacji | |
| FSR 2024 | Fautrel B., Kedra J., Rempenault C. et al. (2024). 2024 update of the recommendations of the French Society of Rheumatology for the diagnosis and management of patients with rheumatoid arthritis. <i>Joint Bone Spine</i> . 91(6): 105790 |
| UK NHS 2023 | UK National Health Service (2023). Rheumatoid arthritis. Pozyskano z: https://www.nhs.uk/conditions/rheumatoid-arthritis/ , dostęp z 24.04.2025 |
| BCG 2022 | British Columbia Government (2022). Rheumatoid Arthritis - Diagnosis, Management and Monitoring. Pozyskano z: https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/rheumatoid-arthritis , dostęp z 24.04.2025 |
| EULAR 2021 | Nikiphorou E., Santos E. J. F., Marques A. et al. (2021). 2021 EULAR recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis. <i>Ann. Rheum. Dis.</i> 80(10): 1278-1285 |
| RDSPT 2021 | Peter W. F., Swart N. M., Meerhoff G. A. et al. (2021). Clinical Practice Guideline for Physical Therapist Management of People with Rheumatoid Arthritis. <i>Phys. Ther.</i> 101(8): pzab127 |
| EULAR 2018 | Rausch Osthoff A. K., Niedermann K., Braun J. et al. (2018). 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. <i>Ann. Rheum. Dis.</i> 77(9): 1251-1260 |
| 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. |
| 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. |
| 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. |
| Źródła dowodów naukowych | |
| Bounabe 2024 | Bounabe A., Elammare S., Janani S. et al. (2024). Effectiveness of patient education on the quality of life of patients with rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. <i>Semin. Arthritis. Rheum.</i> 69: 152569 |
| Li 2022 | Li Y., Guo R., Oduro P. K. et al. (2022). The Relationship Between Porphyromonas Gingivalis and Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis. <i>Front. Cell. Infect. Microbiol.</i> 12: 956417 |
| Namavari 2024 | Namavari N., Jokar M., Ghodsian A. et al. (2024). Menopausal state and rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Rheumatol.</i> 8(1): 48 |

| | |
|----------------------------------|--|
| Ohno 2020 | Ohno T., Aune D., Heath A. K. (2020). Adiposity and the risk of rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. <i>Sci. Rep.</i> 10(1): 16006 |
| Sun 2021 | Sun L., Zhu J., Ling Y. et al. (2021). Physical activity and the risk of rheumatoid arthritis: evidence from meta-analysis and Mendelian randomization. <i>Int. J. Epidemiol.</i> 50(5): 1593-1603 |
| Wang 2024 | Wang M., Pan H., Zhai Y. et al. (2024). Bidirectional association between rheumatoid arthritis and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. <i>Front. Immunol.</i> 15: 1494003 |
| Wu 2022 | Wu Z., Zhu Y., Wang Y. et al. (2022). The Effects of Patient Education on Psychological Status and Clinical Outcomes in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front. Psychiatry.</i> 13: 848427 |
| Ye 2021 | Ye D., Mao Y., Xu Y. et al. (2021). Lifestyle factors associated with incidence of rheumatoid arthritis in US adults: analysis of National Health and Nutrition Examination Survey database and meta-analysis. <i>BMJ Open.</i> 11(1): e038137 |
| Zhang 2023 | Zhang X., Zhang X., Yang. Y et al. (2023). Association between passive smoking and the risk of rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. <i>Clin. Rheumatol.</i> 42(3): 663-672 |
| 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 |
| Problem zdrowotny | |
| BASiW 2025 | Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Mapy potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb na lata 2022-2026. Pozyskano z: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ Dostęp: 11.09.2025 r. |
| MZ 2025 | Ministerstwo Zdrowia (2025). Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac). Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11 , dostęp z 11.09.2025 |
| RSK 2025 | Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa. Pozyskano z: https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details , dostęp z 11.09.2025 |
| IHME 2021 | Institute for Health Metrics and Evaluation (2021). Global Burden of Disease Compare. Pozyskano z: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ Dostęp z 11.09.2025 |
| MZ 2021 | Ministerstwo Zdrowia (2021). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69). Pozyskano z: https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf dostęp z: 11.09.2025 r. |
| Krajewska-Włodarczyk 2024 | Krajewska-Włodarczyk M., Szelał M., Batko B. (2024). Rheumatoid arthritis epidemiology: a nationwide study in Poland. <i>Rheumatol. Int.</i> 44(6): 1155-1163 |
| Batko 2019 | Batko B, Stajszczyk M, Świerkot J, et al. Prevalence and Clinical Characteristics of Rheumatoid Arthritis in Poland: A Nationwide Study. <i>Arch Med Sci.</i> 2019, 15(1): 134–140. |
| Szczekliak 2017 | Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Choroby przenoszone przez kleszcze. <i>Interna Szczeklika 2017. Rozdział VII.D, 1958-1973.</i> |

| | |
|------------------|---|
| Guta 2017 | Guła, Z., Korkosz, M. (2017). Reumatoidalne zapalenie stawów. Pozyskano z Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS): przyczyny, objawy i leczenie Reumatologia - mp.pl Dostęp z: 11.09.2025 r. |
| 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: 11.09.2025 r. |