Załącznik Nr 9 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 10 lutego 2023 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych oraz weryfikację jego skuteczności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia** | |
| 1.1 | kompetencje zespołu | kwalifikacja do leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych oraz weryfikacja jego skuteczności |
| 1.2 | zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny | 1) Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów;  2) Leczenie chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS);  3) Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK);  4) Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK;  5) Leczenie nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową. |
| 1.3 | choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem | 1) M 05 reumatoidalne zapalenie stawów (RZS);  2) M 06 seronegatywne reumatoidalne zapalenie stawów;  3) M 08 młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS);  4) M 45 zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa;  5) L 40.5 łuszczyca stawowa;  6) M 07.1 okaleczające zapalenie stawów;  7) M 07.2 łuszczycowa spondyloartropatia;  8) M 07.3 artropatia towarzysząca chorobie Crohna;  9) M 46.8 Inne określone zapalne choroby kręgosłupa;  10) M 34 twardzina układowa;  11) J 99.1 zaburzenia układu oddechowego w innych układowych chorobach tkanki łącznej. |
| 1.4 | świadczenia skojarzone | nie dotyczy |
| 1.5 | oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia | Zespół Koordynacyjny ds. leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych |
| 1.6 | kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego | lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub dermatologii i wenerologii lub chorób płuc |
| 1.7 | zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia | 1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów lekowych wymienionych w pkt 1.2 z zastrzeżeniem możliwości uzyskania indywidualnej zgody Zespołu w określonych przypadkach;  2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych |
| 1.8 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM) | 89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta |

|  |
| --- |
| **2. Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową (ICD-10: M34, J.99.1)** |
|  |

1. Imię i nazwisko pacjenta:……………………………………………………....……………..

2. PESEL:………………………………………………………...……..…………………………

3. Świadczeniodawca:…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………...............................

4. Dane kontaktowe osoby składającej wniosek:

imię i nazwisko..................................................................................................................

telefon i adres email:........................................................................................................

5. Opis pacjenta:

......…………………………………….....................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

......…………………………………….....................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

6. Pacjent spełnia wszystkie kryteria umożliwiające włączenie do programu …………………………………………………………………………………...

7. Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu…………….………..

Data:………………………..

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

……………………………………….

*nadruk lub pieczątka zawierające*

*imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania*

*zawodu oraz jego podpis*