

Az arthritis psoriatica diagnosztikájának és kezelésének finanszírozási protokollja



Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály

Budapest, 2009. szeptember 15.

1. Az eljárásrend tárgya

1.1. Az eljárásrend célja

A nemzetközi finanszírozási elvek figyelembe vételével, a hazai és nemzetközi szakmai irányelvek alapján összeállított finanszírozási protokoll szerint történő diagnosztikus és terápiás utak kijelölése, ellenőrzése.

1.2. Az eljárásrend tárgyát képező betegség, betegcsoport megnevezése

Arthritis psoriatica

2. Fogalmak, rövidítések

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical klasszifikáció
BNO	Betegségek nemzetközi osztályozása
HBCS	Homogén betegségcsoport
OENO	Orvosi eljárások nemzetközi osztályozása

3. Kórkép leírása

Az arthritis psoriatica (AP) egy krónikus szisztémás gyulladással járó reumatológiai megbetegedés, mely a bőr psoriasisos elváltozásával társul. Az arthritis többnyire aszimmetrikus és számos formában a disztális interphalangeális ízületek érintettségével jár.²

A kórkép pontos etiológiája és patofiziológiája jelenleg még nem tisztázott. Hazánkban mintegy 20 000 AP-ban szenvedő beteg él. A Reumatológiai Szakmai Kollégium állásfoglalása alapján súlyos, több ízületet érintő, illetve ízületi destrukcióval és súlyos bőrgyógyászati elváltozással járó, DMARD gyógyszeres terápiára nem reagáló betegek száma **250-300 főre** tehető.

A betegek funkcionális képessége, és az általános egészségi állapota a népesség átlagánál lényegesen rosszabb. A bőrtünetek jelentős pszichés megterhelést rónak a betegekre és környezetükre, mely nem ritkán a társadalomból való kirekesztettségig mélyül. A klinikai tünetegyüttes szempontjából a bőr és az ízületi érintettség egyaránt fennáll, így a

kórkép diagnosztikája, kezelése és a betegség nyomon követése a bőrgyógyász és a reumatológus szakorvost egyaránt érinti. Az AP kórisméjét az elfogadott kritériumrendszerrel igazolni kell. Az AP aktivitásának és az ízületi károsodás mértékének standardizálása jelenleg még folyamatban van.

A psoriasis a népesség 1,5-2 %-át érinti, 10%-ban szenved arthritisben is, ez hazánkban mintegy 20000 arthritis psoriaticában szenvedő (AP) beteget jelent. **Az AP 20%-a súlyos, a RA-val azonos problémákat okozó destruktív betegség, 40%-ban több mint 5 ízületet érint**, a betegek szempontjából az RA és AP betegek sorsa hasonló. A psoriasis betegek jelentős részének állandóan kiterjedt bőrelváltozása van. A kellemetlen és időigényes kezelések is nagymértékben rontják az életminőséget és ezt fokozza az ízületi érintettségéből fakadó mozgáskorlátozottság. Munkaképességük romlik, családi és szociális szerepvállalásuk szükségszerűen korlátozódik, kiszolgáltatottá válnak. **Súlyos esetekben évente akár többször is kórházi kezelés válhat szükségessé**, amely további terhelést jelent. **Az AP betegek mortalitása is magasabb.** (A)

A Reumatológiai **Szakmai Kollégium állásfoglalása** szerint a perifériás arthritis értékelésére a DAS28 index, az axiális érintettség esetén a BASDAI index alkalmazható az aktivitás határértékeinek megállapításához. A perifériás AP terápiájában a methotrexát, szulfaszalazin, ciklosporin, leflunomid alkalmazása elfogadott. Azon betegek számára indokolt a biológiai terápia megkezdése, akiknél az előbb említett, legalább három hónapig tartó gyógyszeres kezelés mellett a gyulladási aktivitás nem csökkent, vagy a kezelést mellékhatások miatt meg kellett szakítani.

Epidemiológia

A psoriasis a népesség 1-2%-át érinti, ezen belül 10%-ban (0,2-40%) jelentkezik arthritis psoriatica. **Az arthritis psoriatica átlagos prevalenciája 0,07%**. A férfi-nő arány kb. 1:1, a betegség leggyakrabban 20-40 éves korban lép fel. A genetikai tényezők között a HLA-B38 és HLA-B39 perifériás arthritisszel, a HLA-DR4 a RA-hez hasonló szimmetrikus polyarthritisszel, a HLA-B27 spondylitisszel járhat együtt. **A psoriasis mellett a mozgásszervi érintettségnek megfelelően több klinikai forma létezik** (distalis ujjízületet érintő; szimmetrikus, RA-szerű; nagyízületet érintő, oligoarticularis; mutiláló; spondylitises és vegyes formák). **Gyakorisági sorrendben a csuklók, láb kisízületek, térdek, kéz kisízületek, könyökök és bokák érintettek.** A mozgásszerveken kívül érintett lehet a szív (pericarditis, aorta insufficientia, aneurysma, block), szem (conjunctivitis, episcleritis), máj, vese (nephritis), emellett amyloidosis, osteitis, myopathia alakulhat ki

Az arthritis psoriatica aktivitása

Az arthritis psoriaticában szenvedő beteg perifériás túlsúlyú arthritis értékelésére a DAS28 index, az axiális érintettség esetén az aktivitás határértékeinek megállapításához a BASDAI index alkalmazható. A bőrintettség kiterjedésének értékelésére a plakkos psoriasisban elfogadott és alkalmazott PASI score elfogadott.

- **Axiális érintettség** esetén a betegség aktivitását a **BASDAI index-szel határozzuk meg**. Aktívnak tekinthető azon arthritis psoriaticában szenvedő beteg, akinek a BASDAI index (0-100) átlaga több mint 40, és a módosított New York-i kritériumok alapján a betegség diagnózisának fennállását radiológiai vizsgálatokkal igazolták. **A sacroiliacalis ízületek MR vizsgálata a betegség aktivitásának, a hagyományos RTG felvétel a betegség radiológiai progressiójának megítélését teszik lehetővé.**^{2,6}

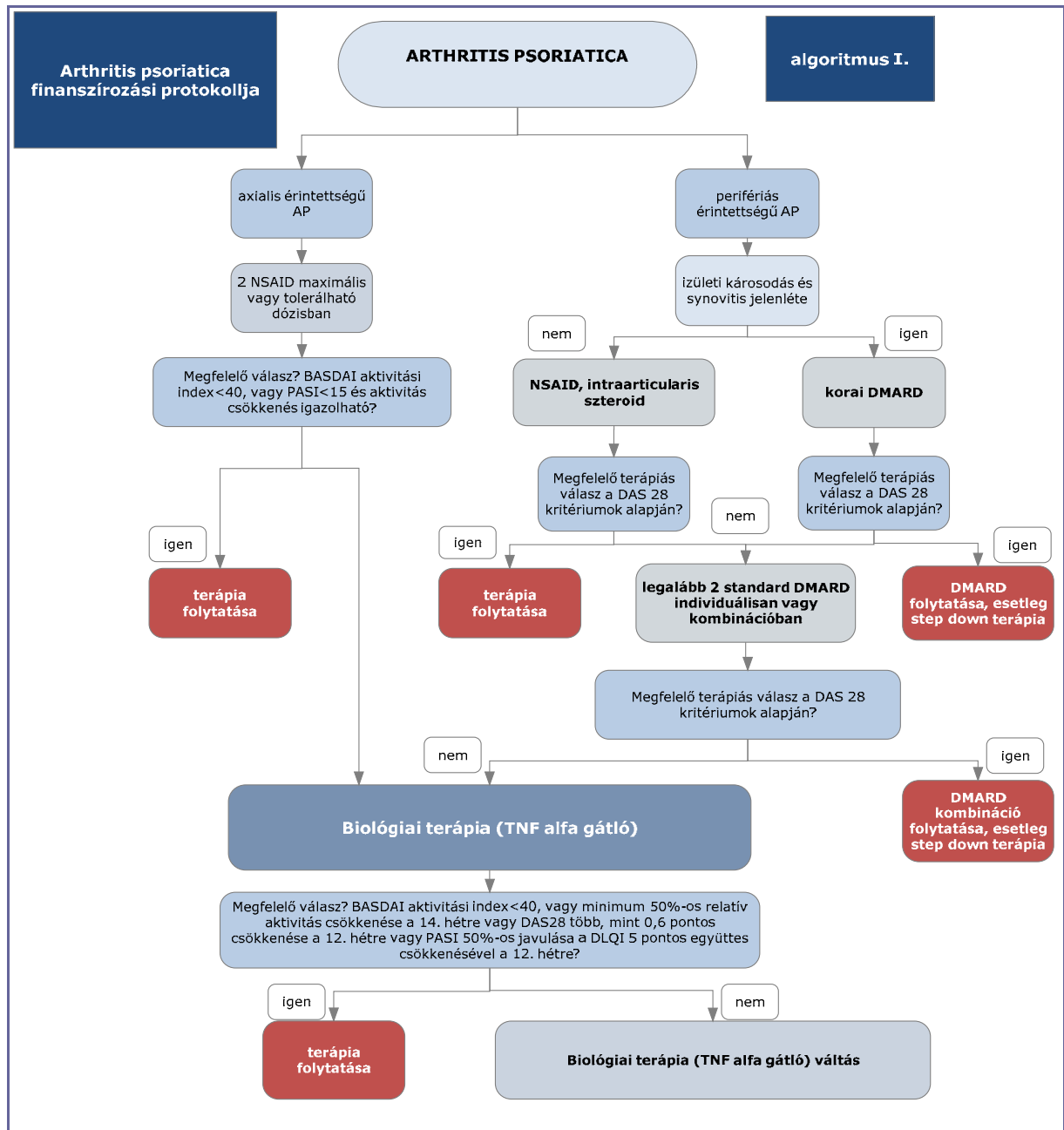
- **Perifériás érintettség** esetén a betegség aktivitását **DAS 28 index-szel** határozzuk meg. Súlyos, aktívnak tekinthető azon arthritis psoriaticában szenvedő beteg, akinél a DAS 28 érték nagyobb, mint 5,1.

- **Bőr érintettség súlyosságának** megítélésére a **PASI index** alkalmazható. A bőrtünetek kiterjedtsége, lokalizációja és jellege alapján a **kis kiterjedésű betegségről** beszélünk, amennyiben **a testfelület kevesebb, mint 15%-a**. (PASI<15). **Nagyobb kiterjedésű elváltozásról** akkor beszélünk, **ha testfelület több, mint 15%-a** (PASI>15) érintett. Nagyon ritkán bőrtünet nélkül is előfordulhat arthritis psoriatica, mely többnyire tévesen rheumatoid arthritisként, vagy spondylitis ankylopoeticaként jelenik meg a klinikumban.

4. Az ellátás igénybevételének finanszírozott szakmai rendje, finanszírozási algoritmus

A felnőttkori arthritis psoriatica finanszírozási protokollja

A felnőttkori arthritis psoriatica finanszírozási algoritmus



Arthritis psoriatica kezelése

Mivel az esetek egy részében a psoriasis és az ízületi tünetek együtt változhatnak, az alapbetegség, a psoriasis kezelése alapvető, elsősorban a bőrgyógyász feladata.

A **Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium szakmai protokollja alapján** „arthritis psoriaticában az altípustól (is) függ a kezelés. Többnyire empirikus adatok állnak rendelkezésre, a Cochrane adatbázisban egy az **arthritis psoriatica** betegségmódosító kezelésére vonatkozó értékelés szerepel (Ia szint). Valódi RCT csak a LEF-ra vonatkozóan van (Ib szint). Ezért a sacroileitisszel járó, SPA-szerű formát az SPA, a perifériás formákat a RA említett útmutatásai alapján kell kezelni. Itt is a tüneti terápia (NSAID) illetve a korai kortikoszteroid kezelés javasolt. A szisztémás kortikoszteroid kezelés betegségmódosító hatása PsA-ban nem annyira egyértelmű, mint RA-ben és a szteroidkezelés abbahagyása után gyakran psoriasis fellángolás (rebound) jelentkezik. Emellett a RA-nél leírt szerek használata javasolt.

Ma **arthritis psoriaticában** is a MTX az első választás, ebben a betegségben még a LEF, CsA és SSZ, ritkán CQ adható. Aranysókat már nem alkalmazunk. A Cochrane adatbázisban (Ia szint;) 13 RCT-t áttekintve az orális illetve parenterális MTX, valamint a SSZ, AZA és aranykezelés metaanalízisét végezték el. Bár a globális betegségaktivitási pontszámot tekintve mindegyik szer valamelyest jobban teljesített a placebonál, szignifikáns hatást csak a parenterális MTX és a SSZ esetében észleltek. A RA-ben alkalmazott protokoll szerinti LEF kezelés hatását PsA-ban egy nagy RCT igazolta (Ib szint; 63). PsA-ban egyébként is gyakori a májlézió, ezért a bázisterápia gyakran nehézségbe ütközik. A klasszikus betegségmódosító terápia eredménytelensége esetén PsA-ban is biológiai terápia jön szóba.”

A terápia további alkalmazásának eldöntése céljából **a terápia hatásosságát rendszeresen ellenőrizni kell**. Az arthritis psoriatica kezelésében rendkívül fontos a betegség súlyosságának meghatározása, mely komplex feladat. A betegség jellegéből kifolyólag az érintettségől függően a reumatológiában alkalmazott score-ok (axiális érintettség esetén **BASDAI**, perifériás érintettség esetén **DAS28**) használhatóak a betegség súlyosságának megállapításához. Bőr érintettség esetén a **PASI** score felvétele elengedhetetlen, mely elsősorban bőrgyógyászati kompetencia.

Az arthritis psoriatica biológiai kezelése

Indukciós kezelés súlyos, aktív arthritis psoriaticában

Axiális érintettség esetén kezelés előtt rögzíteni kell:

A BASDAI index összetevőit kétszer kell megmérni a kezelés előtt, legalább egyhónapos időközzel.

A biológiai terápia indításakor az ASAS remissziós kritériumok leméréshez rögzíteni szükséges:

- **BASDAI index** összetevőin kívül,
- **BASFI index** összetevőit,
- **0-100 mm-es vizuális analóg skálán (VAS)** a beteg véleményét állapotáról,
- valamint a beteg által jelzett gerincfájdalom (megelőző 2 nap) mértékét.

Axiális érintettség esetén biológiai terápia indokolt, amennyiben

- Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) nagyobb, mint **40 és**
- 0-tól 10 cm-ig gerincfájdalom vizuális analóg skálán (VAS) legalább **4 cm és**
- Konvencionális, legalább 2 nonszteroid (NSAID) gyulladáscsökkentő terápia maximális vagy tolerálható dózisban történő alkalmazás ellenére a betegség aktivitásában megfelelő terápiás válasz nem volt elérhető.

Perifériás érintettség esetén kezelés előtt rögzíteni kell:

A DAS28 index összetevőit kétszer kell megmérni a kezelés előtt, legalább egyhónapos időközzel. A biológiai terápia indításakor a lemért paramétereket rögzíteni szükséges:

Perifériás érintettség esetén biológiai terápia indokolt, amennyiben:

Biológiai terápia javasolt, amennyiben a DAS28 nagyobb, mint **5,1 és** konvencionális DMARD terápia (kombináció) ellenére megfelelő javulás, aktivitáscsökkenés nem volt regisztrálható.

Súlyos bőr érintettség esetén kezelés előtt rögzíteni kell:

A PASI index összetevőit kétszer kell megmérni a kezelés előtt, legalább egyhónapos időközzel. A biológiai terápia indításakor a lemért paramétereket rögzíteni szükséges:

Súlyos bőr érintettség esetén biológiai terápia indokolt, amennyiben:

Biológiai terápia javasolt, amennyiben a PASI, nagyobb, mint **15 és** konvencionális DMARD terápia (kombináció) ellenére megfelelő javulás, aktivitáscsökkenés nem volt regisztrálható.

Biológiai terápiás készítmények

Etanercept (Enbrel) ^{1,2,3,4,7,14}

Az **etanercept** a rekombináns humán TNF-receptor p75 monomerjének két láncából és az emberi IgG doménjéből géntechnológiai úton előállított fúziós protein. TNF- α és limfotoxin alfához egyaránt kötődik, felezési ideje 3 nap.

Törzskönyvezett indikáció: **RA, SPA, AP, juvenilis arthritis, psoriasis.**

Infliximab (Remicade) ^{1,2,5,6,7,13}

Az **infliximab** 75%-ban humán, 25%-ban (Fab) egér kiméra monoklonális immunglobulin, mely specifikusan kötődik a humán TNF-hez, a szolúbilis mono- illetve trimerhez és a sejtfelszínen expresszáldó transzmembránhoz, így a sejtfelszínen keresztötéseket is képezhet. Felezési ideje viszonylag hosszú, 10,5 nap.

Törzskönyvezett indikáció: **RA, SPA, AP, psoriasis, Crohn-betegség, colitis ulcerosa.**

Adalimumab (Humira) ^{2,5,6,11,15}

Az **adalimumab** tisztán humán monoklonális anti-TNF- α ellenanyag (IgG1). Az infliximabhoz hasonlóan specifikus és magas affinitású. Három molekulája TNF molekulát kötve stabil komplexet képez. Felezési ideje hosszú, 14 nap.

Törzskönyvezett indikáció: **RA, SPA, AP, Crohn-betegség, psoriasis.**

Az anti-TNF- α indukciós kezelés hatékonyságának ellenőrzése arthritis psoriatica kezelésében

Axiális érintettség

A kezelés 14. hetében meg kell határozni a BASDAI index összetevőit. Amennyiben a kiindulási értékhez képest legalább 50 %-kal vagy 20 mm-rel nem javult az index átlaga, a biológiai terápia nem folytatható.

A kezelés 14. hetében meg kell határozni, hogy a beteg elérte-e az ASAS 50 %-os javulás mértékét, illetve az ASAS remisszió (az ASAS 50 % meghatározásánál használt négy paraméter mindegyike 20 alatt van) kritérium esetleges elérését.

Az ASAS 50 %-os javulásának értékelése

- Legalább 50 %-os relatív javulás vagy 20 mm abszolút értékű javulás a 0-100 mm-es **vizuális analóg skálán** (VAS) az alábbi négy vizsgált paraméter közül legalább háromban:
- A **beteg véleménye** állapotáról.
- A beteg által **jelzett gerincfájdalom** (az elmúlt két napra vonatkoztatva).
- Funkcionális állapot (A BASFI index átlaga).
- Gyulladás (A BASDAI index 5. és 6. kérdésére adott válasz átlaga).

Megjegyzés: amennyiben csak három paraméter javult, a negyedik paraméter nem rosszabbodhat 19 %-nál nagyobb relatív vagy 19 mm abszolút értékben.

Perifériás érintettség

A terápia hatásosságának értékelésére szintén a gyulladásos aktivitás objektív és nemzetközileg elfogadott mértékeként a **DAS28 rendszer alkalmazása javasolt**. A válaszkészség mértékét az EULAR javulási kritériumai szerint kell meghatározni. A gyulladásos aktivitás értékelése és a mellékhatások regisztrálása háromhavonta javasolt.

Amennyiben a TNF gátlás során a javulás a kezelés 3. hónapjában (infiximab esetében a 15. héten) kisebb, mint 0,6 DAS 28 pont és az aktivitás 5,1 pont felett marad („refrakter” beteg, elsődleges hatástalanság), az adott TNF-gátló adott adagjával nem szabad folytatni a kezelést, hanem

1. az adagot emelni, vagy az infúziót/injekciót sűríteni kell (a hazai és a nemzetközi finanszírozási gyakorlat nem preferálja)
2. más TNF-gátlóra kell áttérni
3. alternatív támadáspontú biologikumot kell alkalmazni
4. a hagyományos agresszív DMARD terápiát kell beállítani.

Ha a kezelés során bármely ellenőrzés alkalmával a javulás „nem kielégítő” mértékűnek bizonyul, azaz 0,6 és 1,2 DAS 28 pont közötti és az aktivitás 3,2 pont felett marad (másodlagos, „szerzett” rezisztencia), ugyanezen lehetőségek valamelyikének alkalmazása javasolt.

Súlyos bőrérzettség

A terápia hatásosságának értékelésére szintén a gyulladássos aktivitás objektív és nemzetközileg elfogadott mértékeként **a PASI alkalmazása javasolt.**

Amennyiben a 12. hétre nem következik be PASI érték 50%-os javulása, illetve DLQI 5 pontos, vagy annál nagyobb mérvű csökkenése, vagy súlyos mellékhatások lépnek fel, **a kezelést le kell állítani.** Bármely biológiai készítménnyel történő kezelés leállítása esetén másik biológiai válaszmódosító (más biológiai támadáspontú) szer alkalmazása megkísérelhető, amennyiben egyéb kontraindikáció nem áll fenn.^{1,13,14,16}

Fenntartó kezelés arthritis psoriatica biológiai kezelésében

A kezelés további folytatása során három **havonta** rögzíteni kell a BASDAI (axiális érintettség esetén), DAS28 (perifériás érintettség esetén), PASI indexeket (súlyos bőrérzettség esetén), amennyiben **a paraméterek két egymást követő alkalommal sem érik el a 14. héten már elért javulást (ami a folytatás feltétele), akkor a kezelést hatástalanság miatt abba kell hagyni.** Ugyancsak három havonta meg kell határozni a remissziós kritériumok teljesítését.

Laboratóriumi vizsgálatok: Célja az egyéb, a biológiai terápiákkal párhuzamosan felírt betegség-módosító gyógyszerek hatásvizsgálata. Mielőtt megkezdjük a terápiát, vizsgálni kell:

- teljes vérképet
- vizeletet
- elektrolitokat
- májfunkciós értékeket
- antinukleáris antitesteket (ANA)
- anti-DNS-t.

Szövődmények monitorozása, ellenőrzése

Opportunista infekciók

Különös figyelmet kell fordítani Anti-TNF- α gátló kezelés alkalmazása esetén az oportunistá infekciók veszélyére. Anti-TNF- α kezelés alatt ezek előfordulásának számított átlagos rizikója kétszerese a normál populációban mértnél. Minden köhögéssel, lázzal járó, **szisztémás fertőzésre utaló állapot gondos kivizsgálást igényel** (bakteriális, virális, oportunistá, esetenként gomba) kizárása is szükséges lehet.

A kezelés megkezdésekor és ellenőrzésekor **különös gondot kell fordítani a tuberculosis kizárására**, illetve ennek a szövődménynek az elhárítására. A kezelés megkezdése előtt **mellkas röntgen, fizikális vizsgálat, kétes esetben pulmonológiai vagy egyéb társszakmai konzílium szükséges**. Ha fennáll a latens TBC veszélye, gátlószeres kezelés mellett adható az anti-TNF- α kezelés.

A kezelés időtartama alatt fél évente mellkas röntgen szükséges, illetve tájékozódni kell a beteg környezeti körülményeit illetően. Azathioprin együttes adása illetve szteroid dependens-rezisztens betegekben szteroid együttes adása az anti-TNF- α gátló kezelés hatékonyságát középtávon kedvezően befolyásolta. Az oportunistá infekciókkal szembeni – elsősorban szteroid adás esetén észlelt-fokozott rizikó, illetve azathioprin esetén a fiatal betegekben megfigyelt **hepatosplenikus lymphoma** számának emelkedése azonban egyéni mérlegelést igényel. **Krónikus vírushepatitis** (HBV, HCV) sem jelent kontraindikációt, de különös körültekintéssel, és az antivirális gátlószeres kezelés párhuzamos alkalmazásának indikálása miatt hepatológus szakember közreműködésével ajánlott.

Malignus betegségek

Bár rheumatoid arthritisben szerzett tapasztalatok szerint az anti-TNF- α kezelések alkalmazásakor **malignus és lymphoproliferatív betegség kialakulásának kockázata fokozott**, az IBD-s betegcsoportban zajló adatgyűjtés (TREAT regiszter) szerint ebben a

betegcsoportban a tendencia nőtt ugyan, de nincs szignifikáns növekedés. Az egyébként igen ritkán előforduló, **hepatosplenicus T-sejt lymphoma** esetén az **anti-TNF-alfa készítményt azathioprinnel együttesen alkalmazták**. Így a betegség kialakulásában az anti-TNF-alfa szerek szerepe nem vethető el, az ellenőrzéskor gondolni kell rá.

Neurológiai eltérések

Nervus opticus neuritis, Demyelinizációs kórképek előfordulása ritka. Az esetek nagyobb részét **infiximab terápiánál írták le**, de ez inkább az infiximabbal kezelték nagyobb számával magyarázhatók.

Egyéb mellékhatások

Leggyakrabban az **infúziós/injekciós helyi reakciókkal kell számolni**, ezek elenyésző része súlyos. A pangásos szívelégtelenség (NYHA III-IV) kizáró tényező a kezeléskor. A kezelés szövődményeként ritkán alakul ki. Az **autoantitestek főleg a kiméra infiximab esetén alakulnak ki** (9-17%), de humán készítmény ellen is termelődik autoantitest (0.7-2.6%).

A felnőttkori arthritis psoriatica finanszírozásának ellenőrzési kritériumai

A finanszírozási és ellenőrzési sarokpontok megjelenítése rendkívül fontos, hiszen a társadalombiztosítási támogatások optimális felhasználását biztosíthatja, ezért az alábbi

Adminisztratív ellenőrzési pontok (folyamatba épített ellenőrzés)

1. Kompetencia szint: kijelölt intézmény, szakorvosi kompetencia ellenőrzése
2. Betegadatok (online TAJ ellenőrzés)
3. Jogszabályban rögzített indikációs terület BNO ellenőrzése

Szakmai ellenőrzési pontok

A diagnózis kritériumainak rögzítése (BNO: L40.5, M07.0-M07.3)

1. Moll-Wright kritérium alapján
2. Perifériás érintettség: DAS 28 aktivitási index dokumentálása
3. Axiális érintettség: BASDAI index dokumentálása
4. Dermális érintettség: PASI index dokumentálása

A betegség aktivitásának meghatározása és dokumentálásának ellenőrzése

1. BASDAI index (0-100) átlaga több, mint 40 (axiális érintettség esetén) **VAGY**
2. DAS28 index nagyobb, mint 5,1 (perifériás érintettség esetén) **VAGY**
3. PASI index nagyobb, mint 15 (súlyos bőrintettség esetén)
2. klinikai tünetek súlyossága
3. akut fázis fehérjék magas szintje (laborvizsgálat)
4. gyors radiológiai progresszió (RTG felvétel)
5. gyulladáshoz vezető aktivitás a gerinc és a sacroiliacalis ízületekben (MR felvétel opcionálisan)

A biológiai terápia kontraindikációinak kizárása és ellenőrzése

1. TBC kizárása (mellkas RTG)
2. Fertőzések kizárása
3. Demyelinizációs betegség, SLE kizárása (anamnesztikus adatok alapján)
4. Terhesség kizárása
5. Életvitel módja (fertőzésveszély)
6. labor:rutin

A kezelés monitorizálásának ellenőrzése (kontrollvizsgálat)

1. 1 havonta: WE, Fvs, CRP (opcionális), ASAT, ALAT, GGT, Karb, Kreat, ionok,
2. 3 havonta: aktivitási index (BASDAI, vagy DAS28, vagy PASI index meghatározása és dokumentálása)
3. 6 havonta: mellkas RTG (tüdőgyulladás, TBC kizárása céljából)

Megjegyzés

*Elfogadott DMARD terápia: metothrexat (MTX), leflunomid (LEF), szulfaszalazin (SSZ), cyclosporin A (CsA), chloroquin (CQ), azathioprin (AZA), speciális esetben (vasculitis) cyclophosphamid (CPH) (csak perifériás érintettség és bőr tünet esetén)

Elfogadott DMARD kombinációk: (Ia szint) MTX + CsA, MTX + SSZ, MTX + CQ, MTX + SSZ + CQ, MTX + CQ + AZA, legújabban MTX + LEF (csak perifériás és dermális érintettség esetén), **MTX intolerancia esetén bármely elfogadott DMARD kombináció alkalmazható


*** TNF alfa gátlók: adalimumab, etanercept, infliximab

Indikátorok

1. A területre fordított közkiadások alakulása, monitorozása
2. A finanszírozási algoritmus szerint kezelt betegek aránya

A finanszírozás-szakmai ellenőrzés alapját képező ellenőrzési sarkpontok

A finanszírozási ellenőrzés során elsődlegesen azt vizsgáljuk, hogy a kezelő orvosok betartják-e a kihirdetett finanszírozási rendet, különös tekintettel a következő főbb sarkpontokra, melyek természetesen az ellenőrzés céljának megfelelően változhatnak.

	
Arthritis psoriatica ellenőrzési adatlap	
"Az emelt, kiemelt indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó betegcsoportok, indikációs területek és a felírásra jogosultak köre" c. OEP-közlemény Eü100%-os támogatási kategória alapján (a 32/2004. (IV. .) ESzCsM rendelet 3. sz. melléklete)	
Adminisztratív rész (a betegdokumentáció alapján)	
A01. Az ellenőrzés időpontja	<input type="text"/>
A02. Az ellenőrzött egység ÁNTSZ kódja	<input type="text"/>
A03. A vizsgált beteg TAJ száma	<input type="text"/>
A04. A felíró orvos (1) pecsétszáma. Jogosult volt-e a gyógyszer felírására?	<input type="text"/> igen <input type="text"/> nem
A05. A felíró orvos (2) pecsétszáma. Jogosult volt-e a gyógyszer felírására?	<input type="text"/> igen <input type="text"/> nem
Szakmai rész I. (a betegdokumentáció alapján)	
S00. A kitöltéshez felhasznált orvosi dokumentáció(k) azonosítója	<input type="text"/>
s00a	<input type="text"/>
s00b	<input type="text"/>
S03. A vizsgált beteg testsúlya	<input type="text"/> kg
S04. TNF-alfa terápia hatóanyaga	<input type="text"/>
S05. TNF-alfa gátló kezelés kezdete	<input type="text"/>
S06. TNF-alfa gátló kezelés jelenleg tart-e?	<input type="text"/> igen <input type="text"/> nem
S07. Ha nem, a TNF-alfa gátló kezelés vége	<input type="text"/>
S08a Megelőző NSAID kezelés volt-e?	<input type="text"/> igen <input type="text"/> nem
S08b HA igen, mikor volt?	<input type="text"/>
S08c NSAID hatóanyaga és dózisa	1. <input type="text"/>
S08d NSAID hatóanyaga és dózisa	2. <input type="text"/>
S09a Megelőző DMARD kezelés volt-e?	<input type="text"/> igen <input type="text"/> nem
S09b HA igen, mikor volt?	<input type="text"/>
S09c DMARD hatóanyaga és dózisa	1. <input type="text"/>
S09d DMARD hatóanyaga és dózisa	2. <input type="text"/>
S10. DMARD kezelés vége (dátum)	<input type="text"/>

Szakmai rész II. (a betegdokumentáció alapján)

S10. A betegség **axiális** ízületi érintettséggel jár? igen nem

S10a Amennyiben igen, BASDAI rögzítése megtörtént? igen nem

S10b HA igen, mikor? Mennyi volt a értéke?

	dátum	érték
S10c 1.		
S10d 2.		
S10e 3.		
S10f 4.		

Szakmai rész III. (a betegdokumentáció alapján)

S11. A betegség **perifériás** ízületi érintettséggel jár? igen nem

S11a Amennyiben igen, DAS28 rögzítése megtörtént? igen nem

S11b HA igen, mikor? Mennyi volt a értéke?

	dátum	érték
S11c 1.		
S11d 2.		
S11e 3.		
S11f 4.		

Szakmai rész III. (a betegdokumentáció alapján)

S11. A betegség **súlyos bőrtünetek** érintettséggel jár? igen nem

S11a Amennyiben igen, PASI rögzítése megtörtént? igen nem

S11b Amennyiben igen, mikor? Mennyi volt a értéke?

	dátum	érték
S11c 1.		
S11d 2.		
S11e 3.		
S11f 4.		

Szakmai rész IV. (a betegdokumentáció alapján)

S07. Indukciós TNF-alfa gátló kezelés hatásos volt? igen nem

TNF-alfa gátló készítményváltás volt-e? igen nem

Amennyiben igen, ennek oka

--

PH

PH

.....
Ellenőrzést végzők

.....
Ellenőrzött szolgáltató

5. A döntést megalapozó hatásossági, költséghatékonysági mutatók

A finanszírozási protokollt a hazai és nemzetközi szakmai és finanszírozási irányelveknek megfelelően állítottuk össze. A háttéranyagban részletesen megtalálható a döntések alapjául szolgáló hivatkozásjegyzék, valamint költségszámítás.

6. A finanszírozási eljárásrend alkalmazásának hatását mérő minőségi indikátorok

A finanszírozási eljárásrend hatását a következő indikátorokkal kívánjuk mérni:

- A területre fordított közkiadások alakulása.
- A helyes, finanszírozott algoritmus szerint kezelt betegek aránya.

7. A finanszírozás szempontjából lényeges finanszírozási kódok

1. Táblázat: Az alábbi táblázat releváns BNO-kat tartalmazza

KOD10	NÉV
M0700	Distalis interphalangealis ízületet érintő arthropathia psoriatica
M0710	Arthritis mutilans (L40.5+)
M0720	Spondylitis psoriatica (L40.5+)
M0730	Egyéb psoriasisos arthropathiák (L40.5+)

2. Táblázat: ATC kódok

ATC kód	Hatóanyag	Kategória	Megjegyzés 1
A07EC01	sulfasalazin	DMARD	Betegségmódosító szerek
L01BA01	metotrexát	DMARD	Betegségmódosító szerek
L04AA13	leflunomid	DMARD	Betegségmódosító szerek
L04AD01	ciklosporin	DMARD	Betegségmódosító szerek
L04AX01	azathioprin	DMARD	Betegségmódosító szerek
P01BA01	chloroquin	DMARD	Betegségmódosító szerek
L04AB01	Etanercept	BRMD	Biológiai terápia eszközei
L04AA11	Etanercept	BRMD	Biológiai terápia eszközei
L04AB04	Adalimumab	BRMD	Biológiai terápia eszközei
L04AA17	Adalimumab	BRMD	Biológiai terápia eszközei
L04AB02	Infliximab	BRMD	Biológiai terápia eszközei
L04AA12	Infliximab	BRMD	Biológiai terápia eszközei
M01A	NSAID	NSAID	Nem szteroid gyulladáscsökkentő
M02A	NSAID	NSAID	Nem szteroid gyulladáscsökkentő
N02BA	NSAID	NSAID	Nem szteroid gyulladáscsökkentő
H02AB01	betamethason	Szteroid	Szteroid gyógyszerek
H02AB04	metilprednizolon	Szteroid	Szteroid gyógyszerek
H02AB06	prednizolon	Szteroid	Szteroid gyógyszerek
H02AB08	triamcinolon	Szteroid	Szteroid gyógyszerek
H02AB09	hidrokortizon	Szteroid	Szteroid gyógyszerek

8. A finanszírozási eljárásrend alkalmazásának kezdő napja: 2010. január 1.

9. A finanszírozási eljárásrend érvényességének határideje: 2013. január 1.

10. A felülvizsgálat tervezett időpontja: 2012. június 30.