

**UCHWAŁA NR XXXVII/217/21
RADY MIASTA KAMIENNA GÓRA**

z dnia 24 lutego 2021 r.

w sprawie przyjęcia i realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka złamań osteoporotycznych dla mieszkańców miasta Kamienna Góra 2021-2023”

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt.15 Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2020 r. poz.713 z późn.zm¹⁾) oraz art. 7 ust.1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz.1398 z późn.zm²⁾) **Rada Miasta Kamienna Góra uchwala co następuje:**

§ 1. Uchwala się program polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka złamań osteoporotycznych dla mieszkańców miasta Kamienna Góra 2021-2023” stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza Burmistrzowi Miasta Kamienna Góra.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wiceprzewodnicząca Rady

Violetta Majak

¹⁾ zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w: Dz.U z 2020 r. poz. 1378

²⁾ zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w: Dz.U z 2020 r. poz.1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345, 2401, z 2021 r. poz. 97, 159

Załącznik do uchwały Nr XXXVII/217/21
Rady Miasta Kamienna Góra
z dnia 24 lutego 2021 r.

AKCEPTUJĘ

.....

data, oznaczenie¹⁾ oraz podpis osoby
zatwierdzającej program polityki
zdrowotnej do realizacji oraz wskazanie
podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy

Gmina Miejska Kamienna Góra

Profilaktyka złamań osteoporotycznych dla mieszkańców miasta Kamienna Góra 2021 – 2023

Opracowany na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217, 2361 i 2434) oraz rekomendacji nr 272/2018 z dnia 8 października 2018 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy pierwotnej

Kamienna Góra 2019

¹⁾ Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.

Program polityki zdrowotnej „Profilaktyka złamań osteoporotycznych” dla mieszkańców miasta Kamienna Góra z trzyletnim okresem realizacji (2021 -2023) został opracowany według zasad i wytycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) określonych w załączniku nr 1 do Rozporządzenia 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).

Merytoryczną podstawą opracowania programu był raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z października 2018 roku „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej” dotyczący zalecanych technologii dotyczących osteoporozy oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 272/2018 z dnia 8 października 2018 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy pierwotnej.

W opracowaniu poniższego programu wykorzystano także wybrane rozwiązania z Ogólnopolskiego Programu Koordynacji Profilaktyki Złamań, który od 2018 roku jest finansowany przez Ministerstwo Zdrowia w wybranych województwach (mazowieckie, podkarpackie, podlaskie).

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Osteoporoza to choroba szkieletu, charakteryzująca się zwiększonym ryzykiem niskoenergetycznych złamań kości, rozwijająca się zwykle u kobiet po menopauzie, rzadziej u mężczyzn w wieku podeszłym; bywa też następstwem stosowania niektórych leków, najczęściej glikokortykosteroidów (GKS). Szacuje się, że w wysoko rozwiniętych krajach europejskich ok. 40% kobiet 50-letnich do końca życia doznaje ≥ 1 złamania związanego z osteoporozą – najczęściej złamania kręgu lędźwiowego, bliższego końca kości udowej, rzadziej kości przedramienia.

Ryzyko złamań u mężczyzn jest mniejsze (13-30% do końca życia w przypadku mężczyzn 50-letnich). W Polsce w 2010 r. stwierdzono 2 710 000 złamań osteoporotycznych, z czego ponad 80% dotyczyło kobiet.

W większości rekomendacji, za podstawę rozpoznania osteoporozy uznaje się wartość T-score $\leq -2,5$ zgodną z kryteriami WHO (WFO 2017, ESCEO/IOF 2013 oraz CTFPHC 2010, 2013, AACE/ACE 2016, ACOG 2012). Poszczególne organizacje zwracają uwagę na dodatkowe wskazania, będące podstawą do rozpoznania osteoporozy i wdrożenia leczenia – głównie jest to wystąpienie złamania niskoenergetycznego.

Leczenie osteoporozy obejmuje postępowanie nefarmakologiczne i farmakoterapię. Postępowanie nefarmakologiczne obejmuje: redukcję czynników ryzyka, odpowiednie odżywianie, zapewnienie optymalnego stężenia 25(OH)D w surowicy (dieta i ekspozycja na słońce), zapobieganie upadkom, ćwiczenia fizyczne, rehabilitację po złamaniach, zaopatrzenie ortopedyczne oraz walkę z bólem.

W leczeniu farmakologicznym stosuje się: wapń, witaminę D, bisfosfoniany, ranelinian strontu, denosumab, teryparatyd, raloksyfen oraz hormonalną terapię zastępczą (opracowano na podstawie Opinia Rady Przejrzystości nr 272/2018 z dnia 8 października 2018 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy pierwotnej).

2. Na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla chorób układu kostno-mięśniowego opublikowanej w 2018 roku przez Ministerstwo Zdrowia liczba chorych (chorobowość) w grupie „Zaburzenia mineralizacji i struktury kości” czyli w praktyce dotyczącej osteoporozy została w Polsce w 2016 roku oszacowana na 635,4 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 1,7 tys.).

W przypadku województwa dolnośląskiego liczba chorych (chorobowość) wyniosła 32,2 tys., a wskaźnik na 100 tysięcy mieszkańców wynosi 1,1 tys. pacjentów.

Natomiast wskaźnik zapadalności (liczba nowych przypadków osteoporozy rozpoznanych po raz pierwszy w 2016 roku) z grupy „Zaburzenia mineralizacji i struktury kości” wyniósł 63,9 tys. przypadków w Polsce. W województwie dolnośląskim zapadalność wyniosła 3,78 tys. pacjentów.

Zgodnie ze wskaźnikiem chorobowości rejestrowanej dla województwa dolnośląskiego, który wynosi 1,1 % populacji, należy oszacować chorobowość na osteoporozę w gminie Kamienna Góra na 0,2 tys. osób.

Należy zaznaczyć, że mimo wysokiej zapadalności i chorobowości w województwie dolnośląskim istnieją jedynie 4 specjalistyczne poradnie leczenia osteoporozy, ale wszystkie zlokalizowane w północnej części województwa (3 poradnie we Wrocławiu i 1 w Lubinie).

3. Program uwzględnia aktualne wytyczne międzynarodowych towarzystw i instytucji naukowych przytoczonych w Opinii Rady Przejrzystości nr 272/2018 z dnia 8 października 2018 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy w tym między innymi (ACR 2017, ICSI 2017, ACOG 2012, USPSTF 2018a, NICE 2017, NOF 2014, ISCD/IOF 2011).

4. Uzasadnieniem dla wdrożenia niniejszego programu są zarówno cele zapisane w Narodowym Programie Zdrowia jaki propozycje działań zapisane w Priorytetach dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla województwa dolnośląskiego na okres od 1 stycznia 2019 roku do 31 grudnia 2021 roku.

Priorytet 10 Zwiększenie skuteczności promocji zdrowia i profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych

Zawiera następujące cele:

1. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń cywilizacyjnych: chorób naczyniowo – sercowych, cukrzycy, otyłości, chorób układu oddechowego, chorób ortopedyczno - urazowych, reumatycznych oraz chorób nowotworowych.
2. Propagowanie zdrowego stylu życia.
3. Zmniejszenie poziomu umieralności w grupach największego ryzyka.

Preferowany sposób realizacji:

- Opracowanie i wdrażanie programów profilaktyki zdrowotnej.
- Intensyfikacja promocji, edukacji i profilaktyki zdrowotnej.
- Zwiększenie finansowania z przeznaczeniem na działania profilaktyczne.
- Zwiększenie zakresu i dostępności społeczeństwa do uczestnictwa w programach zdrowotnych.

Priorytet 20 Reumatologia

1. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych zapewniających szybką diagnostykę reumatologiczną w ramach leczenia ambulatoryjnego.

Preferowane sposoby realizacji

- Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poprzez przesunięcie finansowania świadczeń z opieki stacjonarnej do AOS.
- Zwiększenie nakładów finansowych na świadczenia zdrowotne.

Analiza powyższych priorytetów wskazuje, że są one korzystne dla realizacji programów polityki zdrowotnej z zakresu osteoporozy i zwiększają szanse dofinansowania ich ze środków NFZ oraz zwiększają także możliwości diagnostyki i leczenia osteoporozy w ramach poradni reumatologicznych.

W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 w Polsce realizowany jest cel operacyjny „*promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*”.

Realizacja ww. celu ma przebiegać m.in. poprzez: wspomaganie jak najdłuższej aktywności społecznej, zawodowej i rodzinnej osób starszych, dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych, działania edukacyjne oraz prowadzenie działalności naukowo-badawczej i współpracy międzynarodowej związanej ze zdrowiem osób starszych.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny programu:

Zmniejszenie liczby złamań osteoporotycznych wśród mieszkańców miasta Kamienna Góra w szczególności kobiet po 65 roku życia w okresie pięciu lat od rozpoczęcia programu.

2. Cele szczegółowe programu:

- 1) Poprawa diagnostyki i leczenia osteoporozy w mieście Kamienna Góra poprzez wprowadzenie skutecznego schematu postępowania dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i lekarzy rodzinnych w zakresie identyfikacji pacjentów zagrożonych wysokim ryzykiem złamań niskoenergetycznych i identyfikacji osób z dokonanymi już złamaniami.
- 2) Podniesienie kwalifikacji (wiedzy i umiejętności) personelu medycznego (czyli lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów pracujących w oddziale ortopedii) w zakresie oceny ryzyka złamań (zastosowanie FRAX), wykrywania dokonanych złamań niskoenergetycznych, postępowania prewencyjnego (eliminacja/minimalizacja czynników ryzyka złamań).
Podniesienie świadomości pacjentów na temat ryzyka związanego z osteoporozą dzięki edukacji prowadzonej przez pielęgniarki pracujące w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych do działań w zakresie aktywnej profilaktyki osteoporozy. Podniesienie wiedzy zdrowotnej na temat osteoporozy wśród społeczeństwa miasta Kamienna Góra.
- 3) Identyfikacja kobiet po 65 roku życia zagrożonych złamaniami niskoenergetycznymi oraz chorych po złamaniach osteoporotycznych w celu kierowania ich do właściwych specjalistów zajmujących się diagnostyką, prewencją i leczeniem osteoporozy.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz poszczególnych interwencji.

1. Populacja Gminy Miejskiej Kamienna Góra i populacja grupy docelowej.

Według danych GUS za 2017 rok miasto Kamienna Góra ma 19 348 mieszkańców, z czego 52,0% stanowią kobiety, a 48,0% mężczyźni. W latach 2002-2017 liczba mieszkańców zmalała o 11,7%. Średni wiek mieszkańców wynosi 43,5 lat i jest nieznacznie większy od średniego wieku mieszkańców województwa dolnośląskiego oraz nieznacznie większy od średniego wieku mieszkańców całej Polski.

Liczba kobiet w wieku powyżej 65 lat wynosiła 2502 osób.

http://www.polskawliczbach.pl/Kamienna_Gora

2. Działania informacyjne i edukacyjne dotyczące programu

Zaplanowano publikacje artykułów w prasie lokalnej dotyczących programu zawierających informacje o czynnikach ryzyka osteoporozy możliwości jej zapobiegania poprzez wdrożenie zdrowego stylu życia a także informujące w szczególności kobiety po 65 roku życia o możliwości uczestnictwa w programie. Przewidziano także wydrukowanie plakatów informujących o szczegółach programu, które będą wywieszane w miejscach ogólnodostępnych oraz placówkach ochrony zdrowia.

3. Edukacja kadry medycznej z jednostek biorących udział w programie obejmuje:

A. Lekarzy POZ w zakresie diagnostyki ryzyka złamań, wykrywania złamań niskoenergetycznych, postępowania prewencyjnego (eliminacja/minimalizacja czynników ryzyka złamań), zasad współpracy ze specjalistycznymi jednostkami diagnostyki i leczenia osteoporozy. Lekarz POZ powinien brać udział także w szkoleniu dotyczącym działań prewencyjnych, raportowania złamań, a także zasad farmakoterapii i monitorowania leczenia (działania niepożądane, przeciwwskazania).

B. Koordynatorów (pielęgniarek, fizjoterapeutów), których zadaniem będzie identyfikacja na oddziałach traumatologii szpitala w Kamiennej Górze lub w ambulatorium urazowym chorych leczonych szpitalnie z powodu złamań niskoenergetycznych (FRAX, pomiar wzrostu i wagi, ocena ryzyka upadków, eliminacja czynników ryzyka) celem kierowania ich do poradni specjalistycznych zajmujących się leczeniem osteoporozy, edukacja pacjentów i zgłaszanie złamań poradni specjalistycznej leczenia osteoporozy.

C. Pielęgniarek pracujących w POZ i poradniach specjalistycznych biorących udział w programie z zakresu oceny ryzyka złamań (FRAX, pomiar wzrostu i wagi, ocena ryzyka upadków, eliminacja czynników ryzyka) u zgłaszających się w ramach programu osób w celu kierowania ich albo do dalszej diagnostyki i leczenia albo edukacji i działań prewencyjnych.

4. Kwalifikacja do I etapu programu wraz z interwencją FRAX

Do pierwszego etapu zawierającego edukację i ocenę ryzyka złamań spowodowanych osteoporozą kwalifikują się wszystkie mieszkanki powyżej 65 lat, u których wykonuje się ocenę ryzyka złamania metodą FRAX. Programem nie mogą być objęte osoby z już zdiagnozowaną i leczoną osteoporozą.

Metoda FRAX® została opracowana przez badaczy University of Sheffield dla potrzeb WHO w celu oceny u badanych osób ryzyka złamania. Obliczenie opiera się na indywidualnej charakterystyce pacjenta, która integruje ryzyko wynikające z klinicznych czynników ryzyka jak również (ale niekoniecznie) z gęstością mineralną kości (BMD) w zakresie szyjki kości udowej (badanie BMD w diagnostyce wstępnej można pominąć).

Uwzględnione czynniki ryzyka:

- wiek, płeć
- wartość BMD w szyjce kości udowej (opcjonalnie)
- wcześniejsze złamania
- wartość BMI
- złamania b.k.k.u. u rodziców
- aktualne palenie papierosów
- spożywanie dużych ilości alkoholu
- reumatoidalne zapalenie stawów
- leczenie glikokortykosteroidami
- inne osteoporozy wtórne

5. Kwalifikacja do II etapu programu

Do drugiego etapu programu kwalifikują się wszystkie pacjentki, u których stwierdzono zwiększone powyżej 5% (FRAX >5%) ryzyko złamań spowodowanych osteoporozą. Identyfikacja tego ryzyka i czynników go wywołujących powinna być wykonywana przy użyciu narzędzia FRAX, który pozwala oszacować 10-letnie ryzyko złamania kości. Identyfikacja dokonanego złamania niskoenergetycznego lub wykazanie podwyższonego ryzyka złamań metodą FRAX powinno skutkować przejściem do następnego etapu programu.

6. Kwalifikacja do III etapu programu wraz z interwencją DXA

Po zakończeniu II etapu pacjentki z ryzykiem złamań głównych powyżej 5% są oceniane przez lekarza specjalistę i zgodnie z jego decyzją kierowani lub nie na badanie densytometryczne (III etap) osoby ze zidentyfikowanym złamaniem osteoporotycznym lub z określonym ≥ 10 ryzykiem złamań kierowane są do dalszej diagnostyki specjalistycznej w tym na badanie densytometryczne DXA).

Badanie densytometryczne DXA polegające na wykonaniu pomiaru mineralnej gęstości kości (BMD) standardem w rozpoznaniu osteoporozy (WFO 2017, ICSI 2017, AACE/ACE 2016, MCG 2016, ESC 2012, przegląd systematyczny Høiberg 2016).

DXA umożliwia pomiar BMD bliższego końca kości udowej, lędźwiowego odcinka kręgosłupa, kości przedramienia lub całego kośćca.

W większości rekomendacji, za podstawę rozpoznania osteoporozy uznaje się wartość T-score $\leq -2,5$ zgodną z kryteriami WHO (WFO 2017, ESCEO/IOF 2013 oraz CTF PHC 2010, 2013, AACE/ACE 2016, ACOG 2012).

7. Opis ścieżki pacjenta

Włączenie pacjentów do programu będzie odbywało się trójtorowo (poradnie poz, oddział ortopedii i poradnie specjalistyczne):

a) oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji zajmujący się leczeniem złamań. Powołany Koordynator ds. osteoporozy w szpitalu (np. pielęgniarka, fizjoterapeuta) identyfikuje chorych (kobiety powyżej 65 lat) ze złamaniami niskoenergetycznymi, przeprowadza wstępną edukację i kieruje ich do dalszego leczenia w poradniach specjalistycznych zajmujących się diagnostyką i leczeniem osteoporozy.

b) POZ - wizyta w POZ (pielęgniarka) obejmuje wywiad, badanie fizykalne, w tym pomiar wzrostu i masy ciała (BMI), ustalenie ew. dokonanych już u chorego złamań niskoenergetycznych, ustalenie ryzyka złamań kalkulatorem FRAX, ryzyka upadków, ew. ryzyka osteoporozy wtórnej, edukację i informacje o programie dla kobiet w wieku powyżej 65 lat oraz podjęcie decyzji o skierowaniu chorego albo do specjalistycznego ośrodka leczenia osteoporozy (lub innych specjalistów) albo też podjęcie jedynie działań prewencyjnych i edukacyjnych. Lekarz POZ kontynuuje i monitoruje przebieg leczenia chorych ustalonego przez specjalistów.

c) poradnię specjalistyczną, gdzie przeprowadzone zostanie:

- u kobiet powyżej 65 lat zgłaszających się bezpośrednio (bez skierowania w ramach programu) - badanie przesiewowe (ocena ryzyka złamań kalkulatorem FRAX, badanie fizykalne, pomiar wzrostu i masy ciała, ustalenie ew. dokonanych już u chorego złamań niskoenergetycznych wykonane przez pielęgniarkę), w przypadku obecności dokonanych złamań niskoenergetycznych lub ryzyka złamań wg FRAX powyżej 5% badanie lekarskie i po kwalifikacji dalsze procedury diagnostyczne w tym badanie densytometryczne DXA.
- u wszystkich chorych kobiet powyżej 65 lat ze złamaniami niskoenergetycznymi kierowanych ze szpitala po leczeniu złamania badanie densytometryczne DXA i inne wg wskazań.
- u kobiet powyżej 65 lat zgłaszających się poprzez POZ, dla których czynnik ryzyka złamań oszacowano powyżej 5% badanie lekarskie i po kwalifikacji badanie densytometryczne i ew. inne wg wskazań.

W stosunku do wszystkich kobiet z ryzykiem złamań poniżej 5% prowadzone będą działania prewencyjne i edukacyjne. Każda pacjentka, dla której ryzyko złamań wg. FRAX zostanie oszacowane na poziomie 5% i powyżej zostaje skierowana do ośrodka specjalizującego się w leczeniu osteoporozy celem wykonania DXA. Dane każdej pacjentki przed badaniem DXA analizowane są przez lekarza specjalistę, który w przypadku pacjentek z ryzykiem złamań na poziomie 5%-10% może zdecydować o niewykonywaniu badania densytometrycznego, jeśli będą co do tego obiektywne przesłanki medyczne. Po wykonanym badaniu DXA chorych lekarz specjalista wydaje zalecenia terapeutyczne.

Zarówno farmakoterapia (finansowanie leków refundowanych) jak i rehabilitacja oraz inne formy leczenia nie są finansowane ze środków niniejszego programu

8. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi

Poradnie leczenia osteoporozy, skład i kwalifikacje personelu oraz zaplecze diagnostyczne (densytometr DXA do badania kręgosłupa i kości udowej) opisuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 27 maja 2011 r.

W aktualnym stanie prawnym badanie densytometryczne nie jest kontraktowane odrębnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale w ramach porad oferowanych przez poradnie specjalistyczne: leczenia osteoporozy, reumatologii, chorób metabolicznych, endokrynologii, geriatry, ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Program wypełni więc powstałą lukę zapewniając łatwiejszy dostęp do specjalistycznego badania, na wczesnym etapie wykrycia osteoporozy. Jednocześnie wdrożenie programu pozwoli na skoordynowanie działań pomiędzy jednostkami: POZ, oddziałem szpitalnym a wyspecjalizowaną jednostką leczenia osteoporozy.

9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu.

Jednostka realizująca badania profilaktyczne na poziomie POZ:

- umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie POZ, przeszkolony personel medyczny, który będzie prawidłowo wykonywał badania przesiewowe chorych i kwalifikacje do programu (szkolenie powinno odbyć się w ramach programu).

Specjalistyczny ośrodek leczenia osteoporozy:

Jednostka wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, posiada minimum 1 lekarza ze specjalizacją w dziedzinie (zgodnie z obecnymi wymaganiami NFZ i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn.27.05.2011) chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii, endokrynologii, lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale zgodnym z profilem świadczenia gwarantowanego.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną w lokalizacji:

– dostęp do densytometru DXA do badania kręgosłupa i kości udowej.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. W programie mogą uczestniczyć wszystkie poradnie podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradnie specjalistyczne w tym przyszpitalne zapewniające warunki realizacji programu. Wszystkie poradnie w mieście Kamienna Góra zostaną poinformowane o możliwości realizacji programów i jego warunkach w formie pisemnej oraz zostaną przeprowadzane warsztaty dotyczące realizacji programu. Ponadto planuje się przeprowadzenie w mediach lokalnych oraz placówkach ochrony zdrowia, szkołach oraz dużych zakładach pracy kampanii edukacyjno-informacyjnej dotyczącej powikłań osteoporozy oraz programu zdrowotnego zapobiegającego powikłaniom.

2. Wybór realizatora programu odbywa się w procedurze konkursu ofert. Realizator ma zapewnić dostęp do wszystkich interwencji opisanych w programie oraz sporządzić raport zawierający szczegółowe informacje związane z monitorowaniem i ewaluacją programu.

3. Realizator ściśle współpracuje z urzędem miasta w szczególności w aspektach związanych z częścią edukacyjną programu oraz wyznacza koordynatora medycznego programu posiadającego kwalifikacje i doświadczenie w diagnostyce i leczeniu osteoporozy .

4. Realizator zapewni do realizacji procedur odpowiednio przeszkolony personel medyczny w szczególności lekarski posiadający kompetencje zgodne z kwalifikacjami wymaganymi dla poradni leczenia osteoporozy określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz personel posiadający kompetencje i uprawnienia w przeprowadzaniu badań densytometrycznych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej i oczekiwane efekty

1. Wskaźniki monitorowania programu:

- liczba uczestników programu w poszczególnych etapach jego realizacji;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji;
- liczba osób, które zgłosiły się na badania profilaktyczne realizowane poza programem;
- liczba porad lekarskich poz i specjalistycznych;
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym w zakresie osteoporozy ;

- liczba uczestników programu, do których skierowane były wyłącznie działania z zakresu edukacji;
- liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia;
- liczba osób, u których została wykonana ocena ryzyka złamania; liczba osób, które po przeprowadzonej ocenie ryzyka złamania zakwalifikowano do grupy niskiego, umiarkowanego i wysokiego ryzyka złamania osteoporotycznego (zgodnie z algorytmem narzędzia FRAX);
- liczba osób, u których wykonano badanie densytometryczne; odsetek pacjentów z wykonanym badaniem BMD; stosunek przebadanych mężczyzn do kobiet;
- liczba osób, które wypełniły ankietę wiedzy o osteoporozie przed rozpoczęciem programu;
- liczba personelu medycznego pracującego w POZ, które wypełniły ankietę na temat wiedzy o osteoporozie.

2. Wskaźniki ewaluacji programu:

- liczba osób z prawidłowym i nieprawidłowym BMD; zmiana wartości BMD (%);
- odsetek osób, u których stwierdzono osteoporozę;
- liczba uczestników PPZ z wykrytymi zmianami chorobowymi, którzy zostali skierowani do dalszego postępowania medycznego;
- liczba złamań niskoenergetycznych wśród uczestników programu;
- liczba jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu;
- liczba osób z określonymi czynnikami ryzyka złamania;
- zmiana poziomu wiedzy nt. osteoporozy na podstawie ankiet przed rozpoczęciem programu i po jego zakończeniu wśród uczestników programu;
- zmiana poziomu wiedzy nt. osteoporozy na podstawie ankiet przed rozpoczęciem programu i po jego zakończeniu wśród personelu medycznego pracującego w POZ;
- zmiana w liczbie złamań wśród mieszkańców miasta Kamienna Góra w ciągu roku przed rozpoczęciem programu i po jego zakończeniu.

3. Oczekiwane efekty

Wprowadzenie programu zdrowotnego przy stałej współpracy lekarzy rodzinnych/POZ ze specjalistycznym ośrodkiem leczenia osteoporozy oraz szpitalami (oddziały urazowy, oddział ortopedyczny, ambulatoria chirurgiczne, szpitalny oddział ratunkowy) powinno przynieść następujące efekty:

1. Zwiększenie wykrywalności osób narażonych na wysokie ryzyko złamań w celu objęcia ich kompleksową terapią i działaniami prewencyjnymi.
2. W dalszej perspektywie zmniejszenie częstotliwości występowania złamań niskoenergetycznych w tej grupie chorych i powiązanych ze złamaniami powikłań.
3. Redukcja złamań wtórnych poprzez kierowanie chorych z już dokonanymi złamaniami do przyczynowego leczenia farmakologicznego.

4. Redukcja kosztów bezpośrednich i pośrednich leczenia złamań poprzez prewencję złamań w docelowej grupie pacjentek.
5. Zwiększenie wiedzy na temat osteoporozy, czynników jej ryzyka oraz zdrowotnych i społecznych skutków choroby wśród grupy docelowej pacjentek objętych programem.
6. Zwiększenie wiedzy o osteoporozie wśród pracowników ochrony zdrowia biorących udział w projekcie (z uwzględnieniem pielęgniarek, lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej – POZ i lekarzy rodzinnych, koordynatorów szpitalnych) oraz wśród innych profesjonalistów zdrowia w okresie i w obszarze realizacji programu.
7. Utworzenie wzorcowego systemu skoordynowanej opieki (POZ, szpital, AOS) nad grupą chorych narażonych na złamania osteoporotyczne z założeniem jego dalszego upowszechnienia w ramach istniejących struktur.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu:

- Konsultacja i edukacja na poziomie POZ (lekarz POZ przy wsparciu pielęgniarki POZ) - 20 zł z wykonaniem oceny ryzyka złamania.
- Konsultacja na poziomie AOS – Koszt konsultacji u pielęgniarki w poradni specjalistycznej zajmującej się leczeniem osteoporozy -20 zł.
- Konsultacja na poziomie AOS – Koszt usługi lekarza specjalisty w zakresie leczenia osteoporozy - 60 zł.
- Badanie densytometryczne – kości kręgosłupa lędźwiowego i jednej z szyjek kości udowej - 60 zł

1. Koszty dodatkowe

- Warsztaty i szkolenia oraz druk materiałów promocyjnych i ankiet dla pracowników medycznych i uczestników programu 10 tys. zł
- Działania edukacyjne w mediach lokalnych 10 tys. zł
- Koszt koordynatora medycznego programu 10 tys. zł
- Koszt monitorowania i ewaluacji programu 10 tys. zł

2. Całkowity budżet roczny programu:

Należy założyć 50% zgłaszalność do programu gdyż część kobiet nie spełnia kryteriów (ma już zdiagnozowaną osteoporozę) lub nie wyraża zainteresowaniem uczestnictwa w programie co oznacza, że z 2502 kobiet spełniających kryterium wieku, do programu zgłosi się 50 % czyli 1251 zważywszy, że w programie nie mogą uczestniczyć pacjentki ze zdiagnozowaną i leczoną osteoporozą.

Przewiduje się, że średni koszt interwencji wyniesie 60 zł. gdyż większość uczestniczek programu zakończy w nim udział na pierwszym lub drugim etapie programu

- Koszty interwencji 1251 osób x 60 zł =75 060 zł.
- Koszty dodatkowe 40 000 zł.
- Całkowity budżet 115 060 zł.

Możliwe dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia maksymalnie 40 %, czyli 46 024 zł.

W budżecie miasta powinno być zabezpieczone 60% środków na realizację programu zdrowia w 2020 r., czyli 69 036 zł.

Bibliografia

1. *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).*
2. *Opinia Rady Przejrzystości nr 272/2018 z dnia 8 października 2018 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy pierwotnej.*
3. *Ogólnopolski Programu Koordynacji Profilaktyki Złamań realizowany przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*
4. *Zaleceniami postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie (Lorenc R i wsp. Medycyna Praktyczna, wyd. spec. 1/2013)*
5. *Mapa Potrzeb Zdrowotnych dla chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa dolnośląskiego opublikowana w 2018 roku przez Ministerstwo Zdrowia*
6. *Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla województwa dolnośląskiego na okres od 1 stycznia 2019 roku do 31 grudnia 2021 roku*
7. *Narodowy Programu Zdrowia na lata 2016-2020 ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 4 sierpnia 2016 r.*
8. http://www.polskawliczbach.pl/Kamienna_Gora
9. *Marcinowska-Suchowierska E i wsp. Leczenie farmakologiczne osteoporozy w Polsce – dostępność, przyczyny braku wdrażania. Postępy Nauk Medycznych 2015, 28,879 -885.*
10. *Ford, N., Norris, S. L., & Hill, S. R. (2016). Clarifying WHO's position on the FRAX® tool for fracture prediction.*
11. *Lorenc, R., Głuszko, P., Franek, E., Jabłoński, M., Jaworski, M., Kalinka-Warzocho, E., ... & Misiorowski, W.(2017). Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2017. Endokrynologia Polska, 68(A), 1-18.*