

Załącznik
do uchwały nr XV/139/2020
Rady Powiatu w Wałczu
z dnia 26 maja 2020 r.



POWIAT WAŁECKI

ul. Dąbrowskiego 17, 78-600 Wałcz
tel: 67 250 84 30, faks: 67 258 90 10
e-mail: kancelaria@powiatwalecki.pl

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„Profilaktyka złamań osteoporotycznych dla mieszkańców powiatu
wałeckiego na lata 2020 - 2022”**

**Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.).**

Wałcz, 2020 r.

Wstęp

Program polityki zdrowotnej „Profilaktyka złamań osteoporotycznych dla mieszkańców powiatu waleckiego na lata 2020 – 2022” z trzyletnim okresem realizacji (2020 -2022) 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 finansowanego 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 zachodniopomorskiego liczba chorych (chorobowość) wyniosła 15,7 tysięcy, a wskaźnik na 100 tysięcy mieszkańców zaledwie 920 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 zachodniopomorskim zapadalność wyniosła 1,92 tys.

Ludność powiatu wałeckiego (ponad 53 tysiące) stanowi 3,2 % ludności województwa zachodniopomorskiego w związku z tym należy oszacować chorobowość na osteoporozę w Powiecie Wałeckim na około 500 osób zgodnie ze wskaźnikiem chorobowości rejestrowanej dla województwa zachodniopomorskiego, który wynosi 0,92 % populacji. Należy zaznaczyć, że niska zapadalność i chorobowość w województwie zachodniopomorskim wynikająca z map potrzeb zdrowotnych może być związana z niską wykrywalnością spowodowaną między innymi brakiem specjalistycznych poradni leczenia osteoporozy.

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, jak i propozycje działań zapisane w Priorytetach dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla województwa zachodniopomorskiego na okres od 1 stycznia 2019 roku do 31 grudnia 2021 roku.

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.

Wśród priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla województwa zachodniopomorskiego na okres od 1 stycznia 2019 roku do 31 grudnia 2021 roku znajduje się „Poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniające działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację pacjentów”.

5. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z „Wykazem świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunków ich realizacji” zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.), świadczenia gwarantowanego pn. „Porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy” udzielać mogą: lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub

endokrynologii, lub położnictwa i ginekologii albo lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Ponadto w ww. rozporządzeniu wskazano na konieczność zapewnienia wyposażenia w densytometr DXA do badania kręgosłupa i kości udowej oraz zapewnienia dostępu do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, USG oraz RTG.

Należy zaznaczyć, że obecnie w województwie zachodniopomorskim, w tym także powiecie wałeckim nie ma zarejestrowanej poradni leczenia osteoporozy realizującej świadczenia w ramach umowy z NFZ, co świadczy o braku dostępności do leczenia w tym zakresie świadczeń gwarantowanych dla mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny programu:

Identyfikacja kobiet po menopauzie zagrożonych złamaniami niskoenergetycznymi oraz chorych po złamaniach osteoporotycznych w celu kierowania ich do właściwych specjalistów zajmujących się diagnostyką, prewencją i leczeniem osteoporozy.

2. Cele szczegółowe programu:

1) Wdrożenie w powiecie wałeckim 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 wykonanymi 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),

3) Włączenie pielęgniarek pracujących w poradniach POZ i poradniach specjalistycznych do działań w zakresie aktywnej profilaktyki osteoporozy (np. poprzez edukację pacjentów, udzielanie porad dotyczących eliminacji modyfikowalnych czynników ryzyka złamań, itp.) oraz nabycie przez nie umiejętności oceny ryzyka złamań osteoporotycznych.

4) Podniesienie wiedzy zdrowotnej na temat osteoporozy wśród pacjentek uczestniczących w programie.

5) Zakładanym w dalszym wymiarze czasowym istotnym celem jest zmniejszenie liczby złamań w grupie osób, które wezmą udział w programie ze względu na duże zagrożenie złamaniami lub z już wykonanymi złamaniami i jak można oczekiwać, otrzymają odpowiednią terapię w poradniach specjalistycznych (w ramach rutynowego postępowania poza programem).

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej:

- 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, 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;
- 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.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz poszczególnych interwencji

1. Populacja powiatu waleckiego i populacja grupy docelowej

Według danych GUS za 2017 rok liczba mieszkańców powiatu waleckiego 53 738, z czego 51,2% stanowią kobiety, a 48,8% mężczyźni. Liczba kobiet powyżej 65 lat wynosiła 5113 (http://www.polskawliczbach.pl/powiat_walecki#dane-demograficzne).

2. Edukacja kadry medycznej z jednostek biorących udział w programie

1) 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).

2) Koordynatorów (pielęgniarek, fizjoterapeutów), których zadaniem będzie identyfikacja na oddziałach traumatologii 107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Wałczu 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.

3) 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.

3. Kwalifikacja do I etapu programu wraz z interwencją FRAX

Do pierwszego etapu zawierającego edukację i ocenę ryzyka złamań spowodowanych osteoporozą kwalifikują się wszystkie mieszkanki powiatu waleckiego w wieku powyżej 65 lat. 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.

4. 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.

5. Kwalifikacja do III etapu programu wraz z interwencją DXA

W trakcie 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) w standardem 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).

6. Opis ścieżki pacjenta

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

1) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej 107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Wałczu 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.

2) 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 przebiegu leczenia chorych ustalonego przez specjalistów.

3) 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 oszacowana 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 lekarz specjalista wydaje zalecenia terapeutyczne.

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

7. 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 z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W aktualnym stanie prawnym badanie densytometryczne nie jest kontraktowane indywidualnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale w ramach porad oferowanych przez poradnie specjalistyczne: leczenia osteoporozy, reumatologii, chorób metabolicznych, endokrynologii, geriatrici, 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.

8. 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 powiecie wałeckim 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 założeń niniejszego programu.

2. Realizator programu realizuje program w oparciu o zasoby Wydziału Zarządzania Kryzysowego, Bezpieczeństwa i Spraw Obywatelskich Starostwa Powiatowego w Wałczu oraz wyznacza koordynatora medycznego zapewniających prawidłową realizację programu w szczególności przeprowadzających weryfikacje wymagań w zakresie personelu medycznego oraz zasobów rzeczowych, zapewniających prawidłową realizację programu polityki zdrowotnej. Realizator przeszkoli personel medyczny w szczególności lekarzy i pielęgniarski realizujący działania w ramach programu w celu zapewnienia wysokiej jakości interwencji.

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

1. Monitorowanie programu

Ocena zgłaszalności uczestników programu będzie na bieżąco monitorowana przez Starostwo Powiatowe w Wałczu. Wszystkich realizatorów obowiązywać będzie kwartalna sprawozdawczość. Przewidywana minimalna efektywność zgłoszeń to 50% zakładanej populacji.

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie listy osób, które na wszystkich etapach zakończyły udział w programie.

Informacja o wysokości frekwencji będzie oszacowana w trakcie trwania programu oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa.

Ocena jakości udzielanych interwencji w ramach programu będzie dokonywana na bieżąco przez koordynatora programu. Wszystkie świadczenia realizowane będą przez podmioty lecznicze wyłonione w postępowaniach konkursowych podlegać będą standardowej ocenie ze strony Starostwa Powiatowego w Wałczu, jak i ze strony uczestników/beneficjentów programu.

Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do realizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń. Każdy z uczestników programu będzie mógł wyrazić swoją opinię na temat programu i jego prowadzenia realizacji

2. Ewaluacja programu

Efektywność programu zależy w dużej mierze od wielkości uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja, tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej literaturze naukowej.

Skuteczność programu zostanie oceniona na podstawie obserwacji trendów rutynowo zbieranych statystyk przez NFZ w zakresie złamań u pacjentek powyżej 65 roku zamieszkałych w powiecie waleckim identyfikowanych na podstawie kodu TERYT.

Ze względu na powolne efekty związane z zapobieganiem i leczeniem osteoporozy ocena efektywności programu możliwa będzie po kilku latach.

Stąd założenie korzystania z publicznie dostępnych danych zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych oraz statystyk NFZ.

3. Oczekiwane efekty

Wprowadzenie programu polityki zdrowotnej 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) - 38,00 zł z wykonaniem oceny ryzyka złamania;
- Konsultacja na poziomie AOS – Koszt konsultacji u pielęgniarki w poradni specjalistycznej zajmującej się leczeniem osteoporozy -20,00 zł z ewentualną oceną ryzyka złamania oceny ryzyka złamania;
- Koszt kwalifikacji dokonanej przez koordynatora w szpitalu - 30,00 zł;
- Konsultacja na poziomie AOS – Koszt usługi lekarza specjalisty w zakresie leczenia osteoporozy - 120,00 zł;
- Badanie densytometryczne – kości kręgosłupa lędźwiowego i jednej z szyjek kości udowej -70,00 zł.

2. Koszty dodatkowe:

- Warsztaty i szkoleń oraz druk materiałów promocyjnych dla pracowników medycznych 30 tys. zł;
- Działania edukacyjne w mediach lokalnych 20 tys. zł;
- Koszt koordynatora medycznego programu 10 tys. zł.

3. Całkowity budżet roczny programu

Należy założyć 50% zgłaszalność do programu co oznacza, że z 5113 kobiet spełniających kryterium wieku do programu zgłosi się 50 %, czyli 2 556, zważywszy, że w programie nie mogą uczestniczyć pacjentki ze diagnozowaną 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 2 556 osób x 60 zł = 153.360 zł;
- Koszty dodatkowe 60.000 zł;
- Całkowity budżet 213.360 zł;

Możliwe dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia maksymalnie 40 %, tj. 85.344 zł.

W budżecie Powiatu Waleckiego na realizację programu w 2020 roku należy zabezpieczyć kwotę 128.016 zł.

Ostateczną wysokość środków finansowych planowanych na realizację programu określi uchwała budżetowa.

VII. 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. Zalecenia 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 zachodniopomorskiego opublikowana w 2018 roku przez Ministerstwo Zdrowia.
6. Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla województwa zachodniopomorskiego na okres od 1 stycznia 2019 roku do 31 grudnia 2021 roku.
7. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.
8. http://www.polskawliczbach.pl/powiat_walecki#dane-demograficzne

9. Marcinowska-Suchowierska E i wsp. Leczenie farmakologiczne osteoporozy w Polsce –dostępność, przyczyny braku wdrażania. *Postępy Nauk Medycznych* 2015, 28,879 - 885.
10. 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.