

RAPORT KOŃCOWY Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Data wpływu:.....

Sygn. akt:

wypełnia Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji

oznaczenie podmiotu składającego raport
końcowy z realizacji programu polityki
zdrowotnej

Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej

Nazwa programu polityki zdrowotnej:

**Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy
wśród kobiet w wieku 50+, zamieszkałych
w Poznaniu, na lata 2021-2023**

Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:

Termin przewidziany w projekcie ppz: 2020-2022
Termin na podstawie uchwały Rady Miasta: 2021-2023

Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:

Termin na podstawie umowy z Realizatorem:
06.08.2021 – 31.12.2023 r.

Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾

Cel główny: Zwiększenie o 5% odsetka kobiet z populacji kobiet od 50. roku życia, zamieszkałych w Poznaniu, w latach 2021-2023, u których we wczesnym stadium wykryto ryzyko zachorowalności z powodu osteoporozy.

Założone w programie cele zostały osiągnięte w 100 procentach. Zgodnie z programem całkowita populacja kobiet w wieku od 50 lat zagrożonych osteoporozą w latach 2021-2023 została określona na ok. 26 601 osób. Zatem w jednym roku realizacji programu było to ok. 8867 kobiet.

Cel główny	2021	2022	2023	2021-2023
Liczba kobiet biorących udział w programie	1000	1016	1026	3042
Liczba kobiet, u których we wczesnym stadium wykryto ryzyko zachorowalności z powodu osteoporozy	506 5,71%*	533 6,01%*	548 6,18%*	1587 6%*
Liczba kobiet, u których stwierdzono podczas badań kwalifikacyjnych chorobowość z powodu osteoporozy	69 0,78%*	90 1,01%*	77 0,87%*	236 0,88%*
Liczba kobiet, u których wykryto powikłania zdrowotne z powodu zbyt późno zdiagnozowanej osteoporozy	55 0,62%*	50 0,56%*	28 0,32%*	133 0,50%*
Łącznie:	630	673	653	1956

* odsetek kobiet z populacji docelowej

¹⁾ Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Wynik jaki został osiągnięty jest o 1% wyższy od zakładanego. Należy jednak podkreślić, że cel główny dotyczył kobiet, u których we wczesnym stadium wykryto ryzyko zachorowalności z powodu osteoporozy. Biorąc po uwagę korzyści zdrowotne osiągnięte także przez kobiety, u których stwierdzono podczas badań kwalifikacyjnych chorobowość z powodu osteoporozy i u których wykryto powikłania zdrowotne z powodu zbyt późno zdiagnozowanej osteoporozy - **faktycznie osiągnięte korzyści należy określić na poziomie 7,36% kobiet z populacji docelowej.** Przy inaczej sformułowanym celu głównym określonym w programie wynik byłby wyższy o 2,36%.

Cele szczegółowe:

- 1) zwiększenie odsetka kobiet (minimum 20%), u których wdrożono racjonalne leczenie, z populacji kobiet z wysokim 10-letnim ryzykiem złamania ocenionym metodą FRAX wśród populacji kobiet od 50. roku życia, zamieszkałych w Poznaniu, w latach 2021-2023;
- 2) zmniejszenie odsetka kobiet z wysokim ryzykiem złamań osteoporotycznych (minimum 5%) wśród populacji kobiet od 50. roku życia, zamieszkałych w Poznaniu, w latach 2021-2023, poprzez wykonanie badania DAX;
- 3) zwiększenie odsetka kobiet z populacji kobiet od 50. roku życia zamieszkałych w Poznaniu (minimum 5%), którym zapewniono łatwy dostęp do badań densytometrycznych, w latach 2021-2023;
- 4) podniesienie świadomości zdrowotnej (w tym kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków żywieniowych) u co najmniej 50% kobiet osób z populacji kobiet od 50. roku życia zamieszkałych w Poznaniu uczestniczących w części edukacyjnej programu w latach 2021-2023, na temat osteoporozy i jej skutków.

Cele szczegółowe	Wskaźniki	2021	2022	2023	2021-2023
Zwiększenie odsetka kobiet, u których wdrożono racjonalne leczenie, z populacji kobiet z wysokim 10-letnim ryzykiem złamania ocenionym metodą FRAX	min. 20%	630 63%*	673 66,24%*	653 63.65%*	1956 64,30%*
Zmniejszenie odsetka kobiet z wysokim ryzykiem złamań osteoporotycznych	min. 5%	630 7,10%*	673 7,59%*	653 7.36%*	1956 7,35%*
Zwiększenie odsetka kobiet z populacji kobiet od 50. roku życia zamieszkałych w Poznaniu, którym zapewniono łatwy dostęp do badań densytometrycznych	min. 5%	1000 11,28%*	1016 11,46%*	1026 11,57%*	3042 11,44%*
Podniesienie świadomości zdrowotnej (w tym kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków żywieniowych)	co najmniej 50% kobiet	1000 100%	1016 100%	1026 100%	3042 100% Wzrost wiedzy z 97,10% do 99,96%

* odsetek kobiet z populacji docelowej

Dla wyliczenia wartości wskaźnika pierwszego celu szczegółowego wzięto pod uwagę kobiety z ryzykiem zachorowalności na osteoporozę, ze stwierdzoną chorobowością oraz ze zbyt późno zdiagnozowaną osteoporozą, które otrzymały wskazania do dalszego leczenia. Liczbę tych kobiet odniesiono do liczby uczestniczek programu, u których stwierdzono wysokie 10-letnie ryzyko złamania ocenione metodą FRAX.

Zakończenie udziału w programie wiązało się z przekazaniem uczestniczkom zaleceń dalszego postępowania. Po uzyskaniu wyników badań i braku konieczności dalszej diagnostyki lekarz przekazywał wytyczne i rekomendacje oraz wskazania do samoobserwacji objawów. W przypadku wykrycia

jakichkolwiek nieprawidłowości w wynikach przeprowadzonych testów diagnostycznych kobiety były informowane o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem osteoporozy.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾

Działania edukacyjne:

W związku z sytuacją epidemiczną w kraju (pandemia Covid-19) panującą podczas realizacji programu w 2021 r. Realizator zrezygnował z organizacji działań edukacyjnych w postaci wykładów ogólnodostępnych na rzecz przeprowadzania działań edukacyjnych w postaci indywidualnych konsultacji edukacyjnych. Dzięki temu wszystkie uczestniczki zostały poddane pre- i posttestom sprawdzającym ich wiedzę na temat czynników ryzyka dotyczących osteoporozy.

Podczas badania kwalifikacyjnego każda uczestniczka programu proszona była o wypełnienie pretestu.

Następnie przed przystąpieniem do badania edukator przeprowadzał indywidualną konsultację edukacyjną dotyczącą zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości, zasadniczej roli aktywności fizycznej na poprawę BMD, z omówieniem ćwiczeń obciążeniowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta, przyczyn upadków oraz ich negatywnych następstw, działań pomagających zapobiegać upadkom, identyfikacji i sposobów eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę, prawidłowej diety, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczanie spożywania alkoholu. Uczestniczka miała możliwość zadawania pytań.

Wszystkie uczestniczki otrzymywały broszurę edukacyjno-informacyjną do zapoznania się z nią do czasu odbioru wyników. W trakcie odbioru wyniku badania uczestniczki były proszone o wypełnienie posttestu.

Działania diagnostyczne:

1) Lekarskie badanie kwalifikacyjne:

Z uwagi na sytuację epidemiczną w kraju lekarskie badanie kwalifikacyjne przeprowadzane było w formie teleporady. Po odwołaniu pandemii realizator pozostał przy wypracowanej i sprawdzonej ścieżce działania. Podczas teleporady zbierany był wywiad uwzględniający aktualny stan zdrowia pacjentki oraz historię choroby dotyczącą występowania złamaniaiskoenergetycznego, zachorowań ostrych i przewlekłych oraz stosowanych z tego powodu leków celem wykluczenia przeciwwskazań do udziału w programie i zakwalifikowania do obliczenia indywidualnego ryzyka złamania u osoby dorosłej. Po zakwalifikowaniu danej osoby do udziału w programie wykonywana była ocena bezwzględnego 10-letniego ryzyka złamania na podstawie występowania u uczestniczki czynników ryzyka złamań. Do obliczenia indywidualnego ryzyka złamania u osoby dorosłej (według polskich zaleceń od 45 r.ż.) wykorzystany był kalkulator FRAX™.

Od 14.09.2021 r., na prośbę realizatora programu oraz w związku z wydaną przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Rekomendacją nr 9/2020 z dnia 30.11.2020 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy, dokonano obniżenia wyniku 10-letniego ryzyka złamań metodą FRAX z $\geq 10\%$ (założonych w programie) do $\geq 5\%$.

²⁾ Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej

Podczas teleporady przeprowadzano wstępną edukację nt. profilaktyki osteoporozy, którą poprzedzało przeprowadzenie pretestu.

2) Badanie densytometryczne

Przed wykonaniem badania densytometrycznego uczestniczka podpisywała wymagane w programie dokumenty. Następnie przeprowadzana była indywidualna konsultacja edukacyjna na temat objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki czynników ryzyka osteoporozy. Szczególny nacisk edukator położył na edukację w zakresie takich zagadnień jak: odpowiednie odżywianie, ekspozycja na promieniowanie słoneczne, wskazana aktywność fizyczna. Po zakończeniu indywidualnej konsultacji edukacyjnej uczestniczce przeprowadzano badanie densytometryczne.

Na zakończeniu udziału w programie każda uczestniczka otrzymywała wynik wraz z dalszymi zaleceniami i rekomendacjami dalszego postępowania oraz materiały edukacyjne.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

Monitoring liczby osób biorących udział w programie:

Poniższe liczby dotyczą odpowiednio lat: 2021, 2022 i 2023:

- liczba kobiet zgłoszonych do programu – 1052, 1048, 1026 – łącznie: **3126**
- liczba kobiet zakwalifikowanych do udziału w programie – 1052, 1048, 1026 – łącznie: **3126**
- liczba kobiet, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych – **0**
- liczba kobiet, które nie zostały objęte działaniami programu z innych powodów – **0**
- liczba kobiet, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu – **84** (powód: Covid-19)
- liczba kobiet, które przystąpiły do programu – 1000, 1016, 1026 – łącznie: **3042**

Wyniki przeprowadzonej oceny jakości – działania edukacyjne:

2021 rok

Ocena organizacji działań edukacyjnych:

- bardzo dobrze – 529 kobiet
- dobrze – 349 kobiet
- średnio – 2 kobiety
- źle – 0
- bardzo źle – 0

- nie mam zdania – 32 kobiety

Ankiety wypełniło 912 z 1000 kobiet.

Stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych ankiet satysfakcji – 99,78%

2022 rok

Ocena organizacji działań edukacyjnych:

- bardzo dobrze – 635 kobiet
- dobrze – 380 kobiet

³⁾ W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji. W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

- źle – 0
- bardzo źle – 0
- nie mam zdania – 0

Ankiety wypełniło 1015 z 1016 kobiet.

Stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych ankiet satysfakcji – 100%

2023 rok

Ocena organizacji działań edukacyjnych:

- bardzo dobrze – 636 kobiet
- dobrze – 390 kobiet
- źle – 0
- bardzo źle – 0
- nie mam zdania – 0

Ankiety wypełniło 1026 z 1026 kobiet.

Stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych ankiet satysfakcji – 100%

Ogółem w latach 2021-2023

Ocena organizacji działań edukacyjnych:

- bardzo dobrze – 1800 kobiet
- dobrze – 1119 kobiet
- średnio – 2 kobiety
- nie mam zdania – 32 kobiety

Ankiety wypełniło 2953 z 3042 kobiet.

Stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych ankiet satysfakcji – 95,96%

Wyniki przeprowadzonej oceny jakości – uczestnictwo w programie:

2021 rok

Ocena usługi medycznej:

- bardzo dobrze – 654 kobiety
- dobrze – 308 kobiet
- średnio – 34 kobiety
- źle – 0
- bardzo źle – 0
- nie mam zdania – 4 kobiety

Ankiety wypełniło 1000 z 1000 kobiet.

Stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych ankiet satysfakcji – 96,2%

2022 rok

Ocena usługi medycznej:

- bardzo dobrze – 797 kobiety
- dobrze – 216 kobiet
- średnio – 2 kobiety
- źle – 0
- bardzo źle – 0
- nie mam zdania – 0

Ankiety wypełniło 1015 z 1016 kobiet.

Stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych ankiet satysfakcji – 99,8%

2023 rok

Ocena usługi medycznej:

- bardzo dobrze – 661 kobiety
- dobrze – 349 kobiet
- średnio – 16 kobiety
- źle – 0

- bardzo źle – 0
 - nie mam zdania – 0
 Ankiety wypełniło 1026 z 1026 kobiet.
 Stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych ankiet satysfakcji – 98,44%

Ogółem w latach 2021-2023

Ocena usługi medycznej:

- bardzo dobrze – 2112 kobiet
 - dobrze – 873 kobiety
 - średnio – 52 kobiety
 - źle – 0
 - bardzo źle – 0

- nie mam zdania – 4 kobiety

Ankiety wypełniło 3041 z 3042 kobiet.

Stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych ankiet satysfakcji – 98,16%

Miasto Poznań nie monitorowało efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej⁴⁾

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Budżet Miasta Poznania	294 685,00	brak

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2022

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Budżet Miasta Poznania	294 976,70	brak

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2023

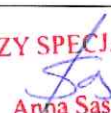
Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Budżet Miasta Poznania	288 008,10 (kwota po odjęciu zwrotu 1881,90 zł)	brak
2. Narodowy Fundusz Zdrowia	100 000,00 (dofinansowanie NFZ polegające na refundacji poniesionych wydatków)	brak

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021-2023

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Budżet Miasta Poznania	877 669,80	brak
2. Narodowy Fundusz Zdrowia	100 000,00 (dofinansowanie NFZ polegające na refundacji poniesionych wydatków)	brak

⁴⁾ W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informację dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.

⁵⁾ Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej ⁶⁾		
Podstawa wyliczenia faktycznych kosztów jednostkowych:		
Działania edukacyjne w latach 2021-2023 – 51 131,70 zł – 3042 osób		
Badania kwalifikacyjne w latach 2021-2023 – 331 760,00 zł – 3042 osób		
Badania diagnostyczne w latach 2021-2023 (densytometria) – 422 240,00 zł – 3042 osób		
Działania edukacyjne – 16,81 zł/osoba		
Badania kwalifikacyjne – 109,06 zł/osoba		
Badania diagnostyczne (densytometria) – 138,80 zł/osoba		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej ⁵⁷⁾		Opis podjętych działań modyfikujących: ⁸⁾
Problem 1:		Działanie modyfikujące:
W dniu 14.09.2021 r. realizator zgłosił problem niezadowolenia pacjentek niemogących przystąpić do programu z powodu wyniku 10-letniego ryzyka złamań mierzonego metodą FRAX, który – zgodnie z programem - wyniósł poniżej 10%. Pacjentki były niezadowolone, że nie mogą być zakwalifikowane do programu, ponieważ prowadzą zdrowy tryb życia (nie piją i nie palą), a panie niedbające o swoje zdrowie mogą wziąć udział w programie.		Na prośbę realizatora programu oraz w związku z wydaną przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Rekomendacją nr 9/2020 z dnia 30.11.2020 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy, od 14.09.2021 r. dokonano obniżenia wyniku 10-letniego ryzyka złamań metodą FRAX z $\geq 10\%$ (założonego w programie) do $\geq 5\%$.
Problem 2: brak		Działanie modyfikujące:
Problem 3: brak		Działanie modyfikujące:
Miejscowość:		
Poznań	14 marca 2024 r.	STARSZY SPECJALISTA  Anna Sas oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾
	18 marca 2024 r.	ZASTĘPCA DYREKTORA  Joanna Olejnik oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾
	Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	
	Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	

⁶⁾ Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloetapowość interwencji, należy przedstawić koszty w rozbiciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

⁷⁾ Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki z zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

⁸⁾ Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”

⁹⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe

