



BP.401.23.2025.AG

**Protokół z posiedzenia
Rady Przejrzystości 38/2025
w dniu 1 września 2025 roku
w formie wideokonferencji**

Tomasz Pasierski otworzył posiedzenie o godzinie 10:03.

Członkowie Rady Przejrzystości (Rada) obecni przy rozpoczęciu posiedzenia (kworum 7 osób):

1. Artur Bachta
2. Paweł Grzesiewski
3. Roman Junik
4. Maciej Karaszewski
5. Elżbieta Lanc
6. Marcin Lipowski
7. Ewa Obuchowicz
8. Tomasz Pasierski
9. Jacek Rubik
10. Małgorzata Sznitowska

Proponowany porządek obrad:

1. Omówienie powiązań branżowych i ustalenie ewentualnych konfliktów interesów członków Rady. Omówienie i przyjęcie porządku obrad Rady.
2. Przygotowanie stanowiska w sprawie zasadności zakwalifikowania badania: fosforu nieorganicznego i parathormonu do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w opiece koordynowanej w zakresie diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek.
3. Przygotowanie opinii w sprawie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy.
4. Przygotowanie opinii o projekcie programu polityki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego „Program kompleksowej zdalnej opieki dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży (woj. pomorskie).
5. Przygotowanie opinii o projekcie programu polityki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego „Program rehabilitacji dla mieszkańców gminy Iłowa w wieku powyżej 35. roku życia”.
6. Zakończenie posiedzenia.

Ad 1. Żaden z członków Rady nie zadeklarował konfliktu interesów.

Rada jednogłośnie (10 głosów „za”) przyjęła proponowany porządek obrad.

Ad 2. Analityk Agencji zaprezentował najważniejsze dane z raportu w sprawie zasadności zakwalifikowania badania: fosforu nieorganicznego i parathormonu do wykazu świadczeń gwarantowanych.

Projekt stanowiska Rady przedstawili Roman Junik i Jacek Rubik.

Rada doprecyzowała treść uchwały, w czym uczestniczyli: Tomasz Pasierski, Maciej Karaszewski, Jacek Rubik i Roman Junik.

Prowadzący zarządził głosowanie, w wyniku którego Rada jednogłośnie (10 osób obecnych) uchwaliła pozytywne stanowisko (załącznik nr 1 do protokołu).

Ad 3. Analityk Agencji podsumował raport dot. profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy.

Projekt opinii Rady przedstawiła Ewa Obuchowicz.

W dyskusji udział wzięli: Tomasz Pasierski, Ewa Obuchowicz i Małgorzata Sznitowska.

Prowadzący zarządził głosowanie, w wyniku którego Rada jednogłośnie (10 głosów „za”) uchwaliła pozytywną opinię (załącznik nr 2 do protokołu).

Ad 4. Analityk Agencji omówił program polityki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego dot. zdalnej opieki kobiet w trzecim trymestrze ciąży.

Projekt opinii Rady przedstawiła Elżbieta Lanc.

W dyskusji i formułowaniu końcowej wersji uchwały uczestniczyli: Tomasz Pasierski, Elżbieta Lanc i Małgorzata Sznitowska.

Prowadzący zarządził głosowanie, w wyniku którego Rada jednogłośnie (10 głosów „za”) uchwaliła pozytywną opinię (załącznik nr 3 do protokołu).

Ad 5. Analityk Agencji omówił program polityki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego dot. rehabilitacji dla mieszkańców gminy Łtowa.

Projekt opinii Rady przedstawił Paweł Grzesiewski.

W związku z brakiem głosów w dyskusji, Prowadzący zarządził głosowanie, w wyniku którego Rada jednogłośnie (10 głosów „za”) uchwaliła pozytywną opinię (załącznik nr 4 do protokołu).

Ad 6. Prowadzący zakończył posiedzenie o godzinie 11:45.



**Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 117/2025 z dnia 1 września 2025 roku
w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej
z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w opiece koordynowanej
z zakresu diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek badania
fosforu nieorganicznego i parathormonu jako świadczenia
gwarantowanego**

Rada Przejrzystości uznaje za zasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w opiece koordynowanej z zakresu diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek badania fosforu nieorganicznego i parathormonu jako świadczenia gwarantowanego.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Problemem decyzyjnym jest oceny zasadności wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w opiece koordynowanej z zakresu diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek badania fosforu nieorganicznego i parathormonu oraz wyceny przedmiotowych badań wraz z oszacowaniem wpływu na budżet płatnika.

Analizowane badania tj. fosfor nieorganiczny i parathormon, u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN) służą do diagnostyki i monitorowania przebiegu choroby pod kątem wczesnego wykrywania najczęstszych powikłań tzw. powikłań mineralno-kostnych objawiających się m.in. zaburzeniami gospodarki wapniowo-fosforanowej czy wtórną nadczynnością przytarczyc.

Obecnie wnioskowane badania diagnostyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych dostępnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jako procedury medyczne ICD-9: L23 Fosforan nieorganiczny, N29 Parathormon.

Dla pacjentów z PChN, zarówno w populacji dzieci jak i dorosłych, od 01.11.2023 r. funkcjonuje w ramach opieki koordynowanej w POZ ścieżka nefrologiczna obejmująca diagnostykę i leczenie przewlekłej choroby nerek. W ramach tej opieki ze środków budżetu powierzonego realizowane są: porada kompleksowa lekarza POZ, badanie diagnostyczne UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu), konsultacje specjalistyczne, porady edukacyjne oraz konsultacje dietetyczne. Dodatkowo w ramach pakietu badań

diagnostycznych dostępnych w stawce kapitacyjnej lekarza POZ możliwa jest dla pacjentów z PChN realizacja innych badań m.in. kreatynina eGFR, badanie ogólne moczu, wapń. Natomiast w celu monitorowania PChN pod kątem wczesnego wykrywania powikłań mineralno-kostnych, w tym oznaczenia stężenia fosforu nieorganicznego i parathormonu, zachodzi konieczność kierowania pacjentów na poziom AOS.

Od 01.11.2023 r. model opieki koordynowanej w POZ został rozszerzony o dedykowaną dzieciom i dorosłym ścieżkę nefrologiczną obejmującą zarówno diagnostykę i leczenie przewlekłej choroby nerek. Model ma na celu wczesne wykrywanie choroby, a także spowolnienie postępu PChN i zapobieganie powikłaniom, w tym zmniejszenie liczby przypadków wymagających leczenia nerkozastępczego (dializy lub przeszczepu). Elementy opieki obejmują w szczególności badania diagnostyczne, w ramach, których lekarz POZ ma możliwość wykonania u pacjenta:

- oceny wskaźnika UACR (albumina/kreatynina w moczu) – finansowanego z budżetu powierzonego opieki koordynowanej;
- pakietu badań diagnostycznych dostępnych w ramach stawki kapitacyjnej (m.in. kreatynina eGFR, badanie ogólne moczu, wapń).

Aktualny zakres świadczeń dostępnych w ramach ścieżki nefrologicznej nie obejmuje monitorowania gospodarki fosforanowo-wapniowej, w tym oznaczania poziomu fosforu nieorganicznego i parathormonu, co uniemożliwia kompleksową ocenę stanu klinicznego pacjenta pod kątem wczesnego wykrywania powikłań mineralno-kostnych będących następstwem PChN. Tym samym obecny model opieki wymaga kierowania chorych do poradni nefrologii/nefrologii dziecięcej w ramach AOS celem wykonania przedmiotowych badań. Jednocześnie zauważyć należy, że korzystanie ze świadczeń na poziomie AOS nie wyklucza pacjenta z opieki koordynowanej, którą został objęty w ramach POZ.

Na potrzebę możliwości zlecenia ww. oznaczeń w ramach POZ uwagę zwróciła w swoim poprzednim stanowisku dotyczącym koordynowanej opieki nad pacjentem z PChN Rada Przejrzystości (Stanowisko nr 88/2023 z dnia 21 sierpnia 2023), jak również Prezes AOTMiT w swojej Rekomendacji (Rekomendacja nr 93/2023 z dnia 21 sierpnia 2023).

Dowody naukowe

Do analizy włączono 5 dokumentów z lat 2017–2024 (KDIGO 2017 i 2024, MQIC 2022, NICE 2024, PTN 2024) dotyczących badań będących przedmiotem niniejszego opracowania.

Odnalezione wytyczne praktyki klinicznej wskazują na to, iż:

- wnioskowane badania diagnostyczne stanowią jeden z głównych elementów procesu wczesnego wykrywania zaburzeń mineralno-kostnych u pacjentów z PChN;
- w odniesieniu do kryterium kwalifikacji do wykonywania badań:
 - ✓ w przypadku osób dorosłych wytyczne KDIGO 2024 i 2017 zalecają rozpoczęcie badania poziomu fosforu nieorganicznego i parathormonu u chorych w stadium zaawansowania G3a (siła zalecenia 1, poziom jakości dowodów C), z kolei według NICE 2024 dopiero od stadium G4 („należy mierzyć”);
 - ✓ w populacji dzieci sugeruje się rozpocząć monitorowanie stężenia fosforanu i PTH począwszy od stadium zaawansowania G2 (KDIGO 2017 – siła zalecenia 2, poziom jakości dowodów D);
- częstotliwość wykonywania wnioskowanych badań zależy od stadium zaawansowania i postępu choroby, przy czym według KDIGO 2017 preferowane odstępy wynoszą:
 - ✓ w stadium G3a-G3b – co 6-12 miesięcy w przypadku fosforu nieorganicznego, a ocena stężenia parathormonu zależy od poziomu wyjściowego i progresji choroby;
 - ✓ w stadium G4 – badanie poziomu fosforu nieorganicznego co 3-6 miesięcy, zaś PTH co 6-12 miesięcy.

Analizowanie dokumenty zawierające rekomendacje kliniczne nie precyzują poziomu opieki, na którym powinny być wykonywane badania poziomu fosforu nieorganicznego oraz parathormonu.

Problem ekonomiczny

Szanowana liczba pacjentów kwalifikująca się do ewentualnego objęcia wnioskowanymi badaniami (w AOS i w POZ w ramach opieki skoordynowanej) wynosi w kolejnych latach objętych analizą odpowiednio 18 047, 21 943, 26 687, 32 466, 39 506. Jednostkowy koszt oznaczenia stężenia fosforanów wynosi 12 zł, a PTH 38 zł. Roczny koszt badań dla pacjenta w wieku > 18 lat w razie akceptacji wniosku wynosić będzie 62 zł (przy założeniu wykonywania 2 oznaczeń fosforu nieorganicznego i 1 oznaczenia parathormonu), dla pacjenta w wieku < 18 lat, 100 zł (2 oznaczenia fosforu i parathormonu). Ponieważ, zgodnie z decyzją Prezesa NFZ (pismo z dnia 11.08.2025 znak: NFZ-DSOZ-DPOZiZWM.4012.1.238.2025 2025.372118.CZDO) decyzję dotyczącą skierowania pacjenta na dane badania diagnostyczne w ramach dostępnych środków finansowych podejmuje lekarz POZ nie jest możliwe przedstawienie opinii odnośnie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia i określenie szacunkowej populacji pacjentów, u których mogłyby być zlecone przez lekarzy POZ w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej badania diagnostyczne stanowiące przedmiot niniejszego zlecenia.

Przeprowadzenie analizy wpływu na budżet dodatkowo utrudniają następujące okoliczności:

- *prognozowanie liczby pacjentów z przewlekłą chorobą nerek objętych opieką koordynowaną w kolejnych latach obarczone jest wysokim poziomem niepewności, wynikającym m.in. z braku stabilnych danych wejściowych, zmienności w zakresie dostępności do świadczeń oraz potencjalnych zmian organizacyjnych;*
- *nie jest możliwe precyzyjne oszacowanie odsetka pacjentów, którzy będą przechodzić z poziomu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do podstawowej opieki zdrowotnej, ze względu na brak wystarczających danych empirycznych oraz niejednoznaczność czynników wpływających na decyzje pacjentów i organizację świadczeń zdrowotnych;*
- *na obecnym etapie brak jest możliwości rzetelnej estymacji liczby i krotności zlecanych badań w ramach opieki koordynowanej, bowiem decyzje w tym zakresie podejmowane przez lekarza w oparciu o kliniczną ocenę potrzeb zdrowotnych pacjenta, przy jednoczesnym uwzględnieniu dostępności środków finansowych w ramach budżetu powierzonego.*

Rozwiązania obowiązujące w innych krajach:

Wnioskowane badania diagnostyczne są w pełni finansowane w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w sześciu krajach (Czechy, Litwa, Niemcy, Słowacja, Szwecja, Węgry), zaś zasada współpłacenia przez pacjenta obowiązuje na Łotwie;

Na Litwie kontrolowanie stężenia fosforu i PTH odbywa się co najmniej raz w roku począwszy od stadium zaawansowana choroby G3, zaś w Niemczech i Szwecji dopiero w stopniu G4;

W Niemczech oraz Szwecji opieka nad pacjentem z PChN realizowana jest w głównej mierze na podstawowej opieki zdrowotnej.

Główne argumenty decyzji:

- *Propozycja zgodna z modelem opieki koordynowanej w zakresie diagnostyki i leczenia PChN;*
- *Postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną, praktyką kliniczną oraz wytycznymi towarzystw naukowych;*
- *Zwiększenie dostępności do ww. badań dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek;*
- *Odciążenie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i przewidywane skrócenie kolejek oczekujących na wizytę specjalistyczną u nefrologa;*
- *Podobne rozwiązania obowiązujące w innych krajach europejskich;*
- *Neutralny wpływ na budżet płatnika.*

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem opracowania nr: DWSGiZS.420.3.2025 „Ocena zasadności wprowadzenia badania fosforu nieorganicznego i parathormonu do świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w opiece koordynowanej z zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek”; data ukończenia: 26.08.2025 r.



Opinia Rady Przejrzystości
nr 162/2025 z dnia 1 września 2025 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

Rada Przejrzystości uważa za zasadne finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej:

- *wczesnego wykrywania osteoporozy (badania przesiewowe),*
- *edukacji osób zagrożonych osteoporozą w zakresie profilaktyki osteoporozy oraz pacjentów z rozpoznaną osteoporozą,*
- *szkoleń dla personelu medycznego dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy,*

pod warunkiem uściślenia populacji docelowej.

Program badań przesiewowych powinien obejmować kobiety od 50 r.ż., a jeśli występuje co najmniej jeden czynnik ryzyka osteoporozy zaleca się prowadzenie przesiewu od 40 r.ż. Program przesiewowy powinien obejmować mężczyzn od 65 r.ż., a jeśli występuje co najmniej jeden poważny czynnik ryzyka osteoporozy to zaleca się prowadzenie badań od 50 r.ż.

Uzasadnienie

Problem zdrowotny

Według danych z raportu NFZ z 2025 r. pn. „NFZ o zdrowiu. Osteoporoza” sumaryczna liczba kobiet chorych na osteoporozę wynosi 553,4 tys. Całkowita liczba mężczyzn z osteoporozą z kolei, według poniższych danych wynosi 51,4 tys. czyli jest blisko 10 razy mniejsza. Odsetek kobiet w wieku 50-54 lata chorych na osteoporozę wyniósł niecały 1%, a największy odsetek kobiet dotkniętych omawianym problemem zdrowotnym zaobserwowano w grupie wiekowej 80-84 lata – 12,4%. W przypadku mężczyzn, tylko 0,1% osób w wieku 50-54 lat zostało zdiagnozowanych z osteoporozą, a największy odsetek chorych był w grupie wiekowej 85+ i wynosił 2,7%. Jednak, według szacunków NFZ blisko 75% osób chorych na osteoporozę pozostawało niezdiagnozowanych w analizowanym okresie czasu od 2013 do 2024. Na grudzień 2024 r. na terenie Polski działały 84 komórki poradni specjalistycznych leczenia osteoporozy.

Prezes AOTMiT rekomendował (Rekomendacja z dn. 30 listopada 2020 r.) w ramach PPZ przeprowadzanie działań informacyjno-edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę osteoporozy oraz prewencję złamań osteoporotycznych i upadków w populacji osób dorosłych; prowadzenie badań przesiewowych z zastosowaniem dwufotonowej absorbcjometrii (DXA; densytometria z kości udowej lub kręgosłupa) oraz ocenę ryzyka poważnych złamań osteoporotycznych przy użyciu kalkulatora FRAX.

Zgodnie z przyjętymi zaleceniami prowadzone były działania przesiewowe i prewencyjne u kobiet ze złamaniamiiskoenergetycznymi lub u kobiet zagrożonymi takimi złamaniami. Działania te odbywały się w ramach programu pn. „Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych” realizowanego w latach 2019-2023. Program realizowany był na bazie współpracy pomiędzy istniejącymi jednostkami służby zdrowia, zgodnie z kompetencjami tych jednostek i zakresem działań opisanych w aktualnych rekomendacjach. W ramach tego programu prowadzony był również profil na portalu społecznościowym Facebook pn. „Przebadaj Mamę”, na którym udostępniane były informacje dotyczące m.in. możliwości bezpłatnych badań profilaktycznych, jak również informacje edukacyjne dla osób z osteoporozą. W ramach Funduszu Medycznego dofinansowano 103 projekty JST (MZ 2023) w obszarze priorytetowym „edukacja w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy”. Takie organizacje jak Polskie Towarzystwo Osteoartrologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego czy Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji aktywnie działają w zakresie edukacji populacji, poprzez udostępnianie pacjentom zweryfikowanych i aktualnych informacji dot. profilaktyki osteoporozy (PPO 2025, NIGRiR 2025, NZIP-PZH 2018).

Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania, warunki realizacji:

Przedstawione w raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 2018 r. (OT.423.1.2018) warunki realizacji interwencji profilaktycznych nakierowanych na profilaktykę i wczesne wykrywanie osteoporozy pozostają aktualne.

Konieczne jest dalsze prowadzenie działań z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, ze względu również na dużą liczbę osób niezdiagnozowanych w Polsce. Obecnie Agencja otrzymała od JST 98 oświadczeń o przygotowaniu projektu PPZ dotyczącego wykrywania osteoporozy oraz 11 raportów końcowych z realizacji PPZ dotyczących wykrywania osteoporozy. Nadal obowiązują te same świadczenia gwarantowane związane z osteoporozą, które zostały zatwierdzone zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu

ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 poz. 357 z późn. zm.). Jedynym badaniem pomiaru gęstości kości pozostaje świadczenie o kodzie 88.981 „Dwufotonowa absorbcjometria (DXA; densytometria z kości udowej lub kręgosłupa)”, świadczona w pracowni, gabinecie lub poradni specjalistycznej, zgodnej z profilem świadczeń gwarantowanych. Tylko poradnia leczenia osteoporozy ma wskazane w wymaganiach wyposażenie w densytometr DXA (ang. Dual-energy X-ray absorptiometry), natomiast poradnie specjalistyczne takie jak reumatologiczna czy ortopedii i traumatologii narządu ruchu mają wskazany dostęp do badania DXA. Dodatkowo, badania przesiewowe w kierunku osteoporozy powinny także uwzględniać ocenę ryzyka złamania przy użyciu kalkulatora FRAX. Te zalecenia są zgodne z wytycznymi towarzystw naukowych (MFO/NIGRiR 2023, USPSTF 2025, RACGP/HBA 2024, NOGG 2022, SIGN 2021). Na grudzień 2024 r. na terenie Polski działały 84 poradnie specjalistyczne leczenia osteoporozy.

W ramach PPZ powinny być prowadzone:

- badania przesiewowe w 2 etapach:
 - ✓ etap I – wywiad lekarski i wyznaczenie ryzyka złamań osteoporotycznych za pomocą FRAX PL;
 - ✓ etap II – badanie gęstości kości techniką DXA biodra oraz odcinka lędźwiowego kręgosłupa);
- szkolenia dla personelu medycznego;
- działania edukacyjne skierowane do osób zagrożonych osteoporozą i pacjentów z rozpoznaną osteoporozą;
- wizyta lekarska omawiająca wynik badania BMD i wskazująca dalsze możliwości terapii.

Program badań przesiewowych powinien obejmować kobiety od 50 r.ż., jeśli nie ma dodatkowych czynników ryzyka. Jeżeli występuje co najmniej jeden czynnik ryzyka wystąpienia osteoporozy zaleca się prowadzenie przesiewu od 40 r.ż. Program przesiewowy powinien obejmować mężczyzn od 65 r.ż., jeśli nie ma dodatkowych czynników ryzyka, a jeśli występuje co najmniej jeden poważny czynnik ryzyka osteoporozy, zaleca się prowadzenie badań od 50 r.ż. Zgodnie z wytycznymi 6 towarzystw naukowych (USPSTF 2025, MFO/NIGRiR 2023, RACGP 2024, RACGP/HBA 2024, NOGG 2022, SIGN 2021) populację docelową działań profilaktycznych ukierunkowanych na osteoporozę powinny w głównej mierze stanowić osoby starsze, powyżej 50 r.ż. Konieczna jest realizacja badań przesiewowych w populacji kobiet po menopauzie, z uwagi na fakt częstszego występowania u nich omawianego problemu zdrowotnego. Wymienione towarzystwa naukowe wskazują również na konieczność włączenia do programu profilaktyki osteoporozy populacji szczególnego ryzyka wystąpienia tej choroby, a mianowicie osoby, u których stwierdzono w przeszłości niskoenergetyczne złamania osoby, które stosują leki wpływające na gęstość

mineralną kości czy osoby, u których występują choroby współtowarzyszące o potwierdzonym wpływie na skład mineralny kości oraz ich łamliwość. Do czynników ryzyka wystąpienia osteoporozy należy stwierdzenie u pacjenta takich problemów zdrowotnych jak reumatoidalne zapalenie stawów, choroby zapalne jelit oraz choroby Crohna (Ji 2024). Podwyższone ryzyko wystąpienia złamania osteoporotycznego stwierdzano w przypadku obecności w historii zdrowia pacjenta nadciśnienia tętniczego i cukrzycy (Long 2023). Ocena ryzyka wystąpienia osteoporozy powinna obejmować: występowanie wśród rodziców złamań biodra, palenie papierosów, nadmierne spożywanie alkoholu i niską masę ciała, w przypadku kobiet istotny jest także stan menopauzalny.

W ramach działań profilaktycznych zalecane jest prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami towarzystw naukowych (RACGP 2024, NOGG 2022, SIGN 2021) działania te powinny koncentrować się głównie na przekazywaniu informacji na temat czynników ryzyka osteoporozy oraz dostępności do badań przesiewowych, a także na temat metod profilaktyki obejmujących modyfikację stylu życia. Celem działań edukacyjnych jest uzyskanie i/lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym wśród uczestników programu oraz uzyskanie i/lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród personelu medycznego w zakresie profilaktyki, diagnostyki, różnicowania i leczenia osteoporozy, w tym zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.

Dowody naukowe

Wyniki ostatnio opublikowanej metaanalizy potwierdziły znaczenie prowadzenia badań przesiewowych w kierunku osteoporozy. Osoby biorące udział w przesiewie w kierunku osteoporozy, w porównaniu do osób z grupy standardowej opieki, miały istotnie statystycznie niższe ryzyko wystąpienia złamania biodra o 17% oraz głównego złamania osteoporotycznego o 6% (Kahwati, 2025). Dowody naukowe wskazują na możliwość zastosowania sztucznej inteligencji w badaniach przesiewowych w kierunku diagnostyki osteoporozy [analiza badań obrazowych kręgosłupa lędźwiowego i/lub biodra (Amani 2024); analiza badań RTG i badań tomografii komputerowej klatki piersiowej (Yamamoto 2024)].

Stwierdzono korzystne działanie suplementacji witaminy D3 i wapnia. Suplementacja witaminy D3 w dawce 800 IU i 1200 mg wapnia wśród osób powyżej 65 r.ż. istotnie zmniejszyła ryzyko wystąpienia złamania biodra oraz ryzyko wystąpienia złamania pozakręgowego (metaanaliza Manoj 2023).

Metaanaliza wykazała, że prowadzenie działań z zakresu aktywności fizycznej, może istotnie zmniejszyć ryzyko wystąpienia upadku (Wei 2024). Aktywność fizyczna o charakterze obciążeniowym o niskiej lub wysokiej intensywności

zwiększa gęstość mineralną kręgow odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz biodra o $0,04 \text{ g/cm}^2$, a aktywność fizyczna o wysokiej intensywności, prowadzona samodzielnie lub jako część programu ćwiczeń, powoduje zwiększenie gęstości mineralnej szyjki kości udowej o $0,04 \text{ g/cm}^2$ (metaanaliza Rodrigues 2021). Wykazano, że aktywność fizyczna o charakterze obciążeniowym istotnie zwiększa gęstość mineralną kości kręgosłupa lędźwiowego, szyjki kości udowej, całkowitego obszaru biodra u kobiet po menopauzie (metaanaliza Shojaa 2020). Zalecane jest stosowanie właściwej diety. Stwierdzono, że długookresowe spożywanie produktów mlecznych może zwiększyć gęstość mineralną kości kręgosłupa, szyjki kości udowej, biodra i całego szkieletu u zdrowych kobiet w okresie pomenopauzalnym (Shi 2020). Wysokie spożycie białek w ilości większej niż zalecana ($0,8 \text{ g/kg/dzień}$), prowadzi do istotnego obniżenia ryzyka wystąpienia złamania biodra o 11% (metaanaliza Groenendijk 2019).

Opcjonalne technologie medyczne

Postulowana przez towarzystwa naukowe (MFO/NIGRiR 2023, RACGP 2024, RACGP/HBA 2024, NOGG 2022, SIGN 2021) modyfikacja stylu życia obejmuje, ograniczenie palenia tytoniu oraz spożycia alkoholu do maksymalnie 2 jednostek dziennie, modyfikację sposobu odżywiania (odpowiednie spożycie wapnia i witaminy D w diecie). Zalecana odpowiednia podaż wapnia w diecie to minimum 700 mg dziennie, co powinno być osiągnięte poprzez modyfikację diety oraz suplementację. Zalecana jest odpowiednia podaż witaminy D – poprzez stosowanie odpowiedniej diety oraz suplementację w dawce minimum 800 IU/dzień, szczególnie u pacjentów z deficytem tego składnika.

Zalecane jest zwiększenie aktywności fizycznej dopasowane do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjent - regularne codzienne ćwiczenia (ćwiczenia wzmacniające siłę mięśniową). Osobom z grupy ryzyka należy zaproponować programy ćwiczeń poprawiające równowagę i/lub zawierające skojarzony protokół ćwiczeń, by zmniejszyć ryzyko upadków.

Wskaźniki monitorowania i ewaluacji

I. Monitorowanie realizacji programu dotyczy oceny zgłaszalności do programu oraz jakości oceny świadczeń w ramach programu.

- Ocena zgłaszalności do programu opiera się na takich parametrach jak:
 - ✓ Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne.
 - ✓ Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym.
 - ✓ Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki $<5\%$ i $\geq 5\%$.
 - ✓ Liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników T-score (grupa >-1 ; grupa ≤ -1 i $>-2,5$; grupa $\leq -2,5$).

- ✓ Liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej.
- ✓ Liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów.
- ✓ Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie.
- Ocena jakości świadczeń w ramach programu opiera się na takich parametrach jak:
 - ✓ Każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.
 - ✓ Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.

II. Jako wskaźniki ewaluacji przyjęto takie parametry jak:

- ✓ Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- ✓ Liczba uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)
- ✓ Odsetek świadczeniobiorców z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX.
- ✓ Odsetek świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score $\leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu.
- ✓ Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić: porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia; porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

Informacje na temat efektywności kosztowej realizacji badań przesiewowych w kierunku osteoporozy są dość ograniczone. Analizowane dane wskazują, że realizacja badań przesiewowych w populacji mężczyzn może być efektywna kosztowo, oraz może przynieść pacjentowi wymierne korzyści. Przesiew może także determinować oszczędność kosztów dla systemu.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48aa ust. 1, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), uwzględnieniem raportu w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów nr: OT.434.9.2025 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej”; data ukończenia: sierpień 2025 r.



Opinia Rady Przejrzystości
nr 163/2025 z dnia 1 września 2025 roku
o projekcie programu „Program kompleksowej zdalnej opieki
dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży” (Województwo Pomorskie)

Rada Przejrzystości pozytywnie opiniuje projekt programu polityki zdrowotnej „Program kompleksowej zdalnej opieki dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży” realizowany przez: Województwo Pomorskie, pod warunkiem uwzględnienia uwag Rady.

Uzasadnienie

Program kompleksowej zdalnej opieki dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży ma na celu wykrycie niezdiagnozowanego wcześniej wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzeń czynnościowych u płodu, u co najmniej 10% ciężarnych mieszkanek woj. pomorskiego zakwalifikowanych do programu poprzez zastosowanie telemedycznego systemu KTG, spośród wszystkich ciężarnych zakwalifikowanych do programu realizowanego w latach 2025-2027.

W PPZ wskazano też 3 cele szczegółowe:

- wzrost poziomu poczucia bezpieczeństwa w ciąży u co najmniej 50% uczestniczek programu (pomiar na początku i końcu programu, w oparciu o badanie ankietowe),*
- „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy wśród 75% kobiet ciężarnych uczestniczących w Programie, w zakresie opieki perinatalnej oraz monitorowania kobiet w ciąży, w tym za pomocą tele-KTG (pomiar na początku i końcu programu, w oparciu o pre-test i post-test),*
- „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% kadry medycznej w zakresie opieki perinatalnej, grypy ryzyka, monitorowania kobiet w ciąży, w tym za pomocą KTG oraz opieki ambulatoryjno-szpitalnej, przy wykorzystaniu systemu tele-KTG (pomiar na początku i końcu programu, w oparciu o pre-test i post-test).”*

Populację stanowić będą:

- ciężkie wysokiego ryzyka;*
- kobiety ciężarne po 36 tygodniu ciąży lub po hospitalizacji zakończonej po 32 tygodniu zamieszkujące woj. pomorskie (ok. 800 osób);*
- kadra medyczna /w zakresie szkoleń/ (ok. 50 osób);*

- dorośli mieszkańcy województwa (w zakresie działań informatyczno-edukacyjnych);

W ramach programu przewidziano:

- kampanię informacyjno-edukacyjną;
- tele-opiekę (interwencje dotyczące tele-KTG);
- wizytę kwalifikującą;
- realizację opieki zdalnej KTG;
- wizytę zamykającą oraz;
- szkolenia dla kadry medycznej (lekarze, położne, koordynatorzy opieki).

Oceniany PPZ dotyczy opieki nad kobietą ciężarną. Wnioskodawca podkreśla, że badania KTG przy użyciu urządzeń mobilnych wskazują zadowalającą wykonalność i równoważną wartość diagnostyczną w porównaniu z urządzeniami konwencjonalnymi.

Badanie KTG jest wykonywane w ramach świadczeń gwarantowanych, jednak nie są finansowane urządzenia przenośne - m KTG, których zastosowanie stanowi interwencję w przedłożonym PPZ. Mobilne urządzenia do badania tętna płodu pozwalają przechowywać uzyskane dane na serwerze i przysyłać je przez osobisty Internet do zarejestrowanych komputerów osobistych.

Budżet programu: 1 159 620 złotych, w tym:

- 164890 zł – 2025,
- 703450 zł – 2026,
- 291280 zł – 2027,

Źródło finansowania – woj. pomorskie, ewentualnie w partnerstwie z innymi JST.

Opinie ekspertów klinicznych.

Eksperci podkreślają, że nie ma zaleceń do prowadzenia KTG u zdrowych kobiet po 30 tygodniu ciąży, jak i wcześniej. Tego typu badanie można rozważyć u kobiet z chorobami mogącymi wpływać na przebieg ciąży, wybranymi powikłaniami ciąży i kobiet ze stratami ciąży (po 24 tygodniu ciąży). Jednocześnie w opiniach podkreślają, że program może zwiększyć poczucie bezpieczeństwa kobiet, które wezmą w nim udział. Zaletą analizy KTG „online” jest możliwość prowadzenia jej niemal w czasie rzeczywistym. Jak dotąd nie wykazano jednak wpływu długoterminowych badań online z użyciem KTG na przebieg okresu okołoporodowego, śmiertelność i zachorowalność. Technika z wykorzystaniem przenośnych urządzeń KTG jest bezpieczna, daje dużą satysfakcję pacjenta.

Wyniki badań randomizowanych i quasi-randomizowanych nie wykazały jednoznacznych dowodów wskazujących, że przedporodowa KTG poprawia wyniki okołoporodowe u kobiet ze zwiększonym ryzykiem powikłań ciąży. Nie jest znany stosunek kosztów do uzyskanych efektów zdrowotnych.

Uwagi Rady:

- brak ankiety związanej z celem szczegółowym nr 1;

- *brak przykładowych testów wiedzy;*
- *czas realizacji projektu – 2025-2027, podczas gdy też wskazano 2026-2027;*
- *nie uzasadniono przyjętej wartości docelowej w celu głównym.*

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu OT.431.1.2025 „Program kompleksowej zdalnej opieki dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży”; data ukończenia: sierpień 2025 r.



Opinia Rady Przejrzystości
nr 164/2025 z dnia 1 września 2025 roku
o projekcie programu „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy
Łłowa w wieku powyżej 35. roku życia” (Gmina Łłowa)

Rada Przejrzystości pozytywnie opiniuje projekt programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łłowa w wieku powyżej 35. roku życia” realizowany przez: Gminę Łłowa, pod warunkiem uwzględnienia uwag Rady.

Uzasadnienie

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Łłowa: „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łłowa w wieku powyżej 35. roku życia”.

Planowany termin wdrożenia programu i okres jego realizacji: lata 2026-2027.

Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 340 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków własnych Gminy Łłowa przy ewentualnym dofinansowaniu z budżetu państwa lub NFZ.

Głównym założeniem projektu programu jest „poprawa stanu zdrowia co najmniej 20% jego uczestników w każdym obszarze, w którym wykryto zaburzenia funkcjonalne”. Projekt PPZ zawiera ponadto 2 cele szczegółowe.

Program skierowany będzie do mieszkańców miasta Łłowa w wieku powyżej 35 roku życia, głównie osób pracujących i seniorów.

Populację docelową w Gminie Łłowa oszacowano na poziomie ok. 400 pacjentów rocznie. W projekcie wskazano jednocześnie, że program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy obejmie corocznie ok. 300 dorosłych mieszkańców. Zatem przez cały okres realizacji programu objętych programem zostanie ok. 600 osób, co stanowi ok. 75% populacji docelowej.

W zakresie planowanych interwencji PPZ przewiduje:

- *Rejestrację pacjentów wraz z oceną funkcjonalną – pacjent zostanie zarejestrowany na podstawie odpowiedniego skierowania. Fizjoterapeuta podejmie decyzję o jego udziale w programie. Przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego przeprowadzona zostanie ocena funkcjonalna. Na tej podstawie fizjoterapeuta zaplanuje działania rehabilitacyjne.*

- *Zabiegi rehabilitacyjne (połączone z edukacją zdrowotną) realizowane na podstawie indywidualnego planu rehabilitacyjnego (np. kinezyterapia, masaż, krioterapia miejscowa, hydroterapia).*
- *Działania edukacyjne - przeprowadzenie jednorazowego, 30-minutowego spotkania edukacyjnego w grupach do 20 osób. Tematyka spotkania obejmuje: rolę diety i suplementacji, znaczenie aktywności fizycznej, ergonomię w miejscu pracy, profilaktykę wtórną chorób układu ruchu i urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, zdrowy styl życia, radzenie sobie ze stresem. W PPZ zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji.*

Pierwszym etapem będzie kampania informacyjna prowadzona różnymi kanałami komunikacji.

O zakończeniu udziału w programie zdecyduje podmiot realizujący program. Beneficjenci świadczeń będą mogli kontynuować zabiegi rehabilitacyjne korzystając ze świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W projekcie PPZ wnioskodawca opisał problem zdrowotny, którego dotyczy planowany PPZ. Projekt posiada cel główny oraz dwa cele szczegółowe. W ramach projektu jego autor wskazał na kryteria włączenia do projektu, a także kryteria wyłączenia z programu. W projekcie programu zaproponowano 3 mierniki efektywności. Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Dokonując oceny projektu PPZ należy wskazać, że zgodnie z definicją WHO rehabilitacja jest kompleksowym postępowaniem w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Eksperti są zgodni, że istnieje zasadność finansowania Programów Polityki Zdrowotnej z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Warunki realizacji PPZ powinny być zgodne z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się na istotną rolę edukacji pacjenta w procesie rehabilitacji.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zatem Interwencje

przewidziane projektem PPZ w tym zakresie są zgodne z aktualną wiedzą medyczną.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

Należy wskazać, że na terenie Gminy Iłowa umowę z NFZ na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej posiada 2 świadczeniodawców. W projekcie wskazano, że realizację programu zaplanowano w odpowiedzi na ograniczoną dostępność do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków publicznych. Jak wskazano w projekcie główną przyczyną opracowania programu jest umożliwienie jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów, tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych jak najszybciej od wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Tak długi czas oczekiwania niejednokrotnie uniemożliwia powrót do aktywności ruchowej, a tym samym nie pozwala szybko wrócić do pracy.

Uwagi Rady:

- W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów, co jest działaniem zasadnym w kontekście zaplanowanych działań edukacyjnych. Do PPZ nie załączono jednak wzorów testów.
- W projekcie programu odniesiono się do działań informacyjnych, jednak sam opis kampanii został przedstawiony bardzo ogólnie.
- Kryteria włączenia i wyłączenia są niespójne – posługują się one pojęciami zameldowania oraz zamieszkania, która nie są tożsame.
- W niektórych miejscach projekt, odwołując się do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, podaje w nazwie tego aktu prawnego niewłaściwą datę jego wydania, tj. „13 grudnia 2018 r.” zamiast „6 listopada 2013 r.”.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.431.2.2025 „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Iłowa w wieku powyżej 35. roku życia”; data ukończenia: sierpień 2025 r. oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z marca 2024 r.