

„ Program profilaktyka następstw dysplazji stawów biodrowych”.

1. Opis problemu zdrowotnego – dane epidemiologiczne

Dysplazja (niedorozwój) stawów biodrowych jest w populacji polskiej najczęstszą wrodzoną wadą narządu ruchu (dotyczy 4 - 6 % niemowląt). Zwichnięcie biodra, będące najbardziej zaawansowaną postacią dysplazji występuje w populacji polskiej z częstością 0,65%. Nierozpoznana dysplazja powoduje przedwczesny rozwój zmian zwyrodnieniowych. Konsekwencją jest konieczność wczesnego leczenia operacyjnego - endoprotezoplastyki stawu biodrowego (w 3 – 5 dekadzie życia);

Dysplazja stawu biodrowego u około 50 % pacjentów nie daje patologicznych objawów w badaniu klinicznym. Im większe nasilenie wady, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości, jednak nawet bardzo dojrzałe biodra mogą nie dawać objawów patologicznych w badaniu fizykalnym. Z drugiej strony objawy kliniczne imitujące dysplazję mogą występować także w całkiem zdrowych biodrach, co prowadzi wielokrotnie do nieuzasadnionego leczenia. Kwalifikacja do leczenia tylko na podstawie wyłącznie badania klinicznego jest więc w świetle danych z literatury niewiarygodna.

Weryfikację wyniku badania klinicznego umożliwia badanie radiologiczne (RTG). Ma ono jednak kilka zasadnych ograniczeń. Po pierwsze większość szkieletu noworodka jest chrzęstna, a więc jest niewidoczna w badaniu RTG, które staje się w pełni wiarygodne dopiero około 3 miesiąca życia. Po drugie, wykonanie badania RTG u każdego niemowlęcia jest niedopuszczalne, biorąc choćby pod uwagę związaną z nim ekspozycję na promieniowanie jonizujące.

Obecnie obowiązującym standardem we wczesnej diagnostyce dysplazji stawów biodrowych jest zgodnie z rekomendacjami Sekcji Ortopedii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii, badanie kliniczne skojarzone jednoczasową oceną USG stawów biodrowych. Można przy jego pomocy uwidocznic także chrzęstne części stawu biodrowego niemowlęcia, jest również nieszkodliwe dla organizmu. Badanie USG stawów biodrowych metodą Grafa jest podstawą do ich oceny u niemowląt i na jego podstawie (w łączności z badaniem klinicznym) ustala się kryteria do podjęcia leczenia. Pozwala ono także (wykonywane w kilkutygodniowych odstępach czasu) oceniać postęp i skuteczność leczenia, modyfikować terapię i podjąć decyzje o zakończeniu leczenia po uzyskaniu pełnej dojrzałości bioder.

Istnieją pewne okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia dysplazji bioder natury mechanicznej (masa urodzeniowa > 400g, ciąża bliźniacza, położenie miednicowe, małowodzie), genetycznej (występowanie dysplazji stawu biodrowego u rodziców, rodzeństwa), hormonalnej (związane z większą wrażliwością tkanki łącznej płodów płci żeńskiej na relaksynę matczyną podczas ciąży), czy pielęgnacyjnej (nieprawidłowa pielęgnacja noworodka, krepowanie kończyn w wyproście). Wart podkreślenia jest fakt, iż dysplazja bioder może wystąpić u KAŻDEGO dziecka, również u tych, u których nie istnieją żadne z czynników ryzyka. Dlatego badanie profilaktyczne w celu wykrycia dysplazji bioder powinno być, zatem wykonywane u wszystkich niemowląt, jako badanie przesiewowe. Schemat postulowany w Polsce przez środowiska medyczne zajmujące się problemami ortopedii dziecięcej przedstawia się następująco:

1. Każde dziecko bezpośrednio po urodzeniu (w oddziale noworodkowym) powinno mieć wykonane badanie lekarskie stawów biodrowych. Jeżeli stwierdza się nieprawidłowości w badaniu lekarskim sugerujące możliwość istnienia dysplazji stawów biodrowych lub, jeżeli istnieją czynniki, które zwiększają ryzyko wystąpienia niedojrzałości - konieczna jest pilna weryfikacja USG. Większość przypadków dysplazji stawów biodrowych występuje w tej właśnie grupie pacjentów, stąd nacisk na ich wczesną diagnostykę.

2. Pozostałe dzieci powinny mieć wykonane badanie USG około 6 - 12 tygodnia życia. Nie jest uzasadnione wykonywanie u tych dzieci badania USG zaraz po urodzeniu (około 1/3 dzieci rodzi się z niewielką niedojrzałością stawów biodrowych i wykonanie wcześniej badania powoduje konieczność jego powtórzenia u tych dzieci po 6 tygodniach). Do 6 tygodnia życia dziecka większość stawów biodrowych dojrzewa spontanicznie. Tylko te, które nie dojrzały spontanicznie wymagają, bądź dalszej obserwacji i położenia nacisku na odpowiednią pielęgnację, bądź rozpoczęcia leczenia. Skuteczność zaś i czas trwania leczenia rozpoczętego w wieku 6 tygodni jest porównywalna do skuteczności leczenia rozpoczętego zaraz po urodzeniu dziecka.

Wdrożenie przesiewowego programu profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych w pełni wypełnia, zatem zapisy Art. 31 a, ust. 1, pkt 1-3. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1.2. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w roku 2007 (a więc przed wprowadzeniem Programu) na obszarze miasta Krakowa zanotowano 6755 żywych urodzeń, co przy 49 zgonach niemowląt daje liczbę 6704 żywo urodzonych dzieci, które przeżyły okres niemowlęcy. Przyjmując za doniesieniami medycznymi częstość dysplazji bioder w populacji polskiej na 4 – 6 % (średnio 5%) można obliczyć, iż 355 dzieci mogło być dotkniętych tym problemem.

1.3. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Aktualnie **nie istnieje przesiewowy program profilaktyki dysplazji stawów biodrowych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.** (zgodnie z Art. 5 Zarządzenia Nr 81/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Wykonywanie badań USG należy do poradni preluksacyjnych kontraktowanych w ramach świadczeń specjalistycznej ortopedycznej opieki ambulatoryjnej, do których trafiają **do leczenia** dzieci skierowane przez lekarzy pediatrów podstawowej opieki zdrowotnej z powodu nieprawidłowości w badaniu klinicznym. Badanie kliniczne według danych z literatury dotyczącej tematu cechuje się małą czułością z racji braku objawów klinicznych nawet u 50 % niemowląt z dysplazją. Pozostałe przypadki dysplazji mogą pozostać nierozpoznane, gdyż nie trafiają do Poradni Preluksacyjnych.

1.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Badaniem klinicznym nie można wykryć wszystkich przypadków dysplazji bioder – nawet u 50% chorych dzieci dysplazja nie dając objawów klinicznych jest praktycznie niewykrywalna klinicznie. Wiadomo, iż przetrwała dysplazja stawu biodrowego nieodmiennie prowadzi do rozwoju przedwczesnych zmian zwyrodnieniowych z koniecznością endoprotezoplastyki biodra. Ze względu na pierwotną wymianę stawu biodrowego u młodych pacjentów często zachodzi konieczność wykonywania ponownych operacji (tzw. rewizyjnych) po kilku – kilkunastu latach i wymiany zużytych implantów. Wiadomo wreszcie, iż wczesne wykrycie dysplazji i podjęcie leczenia w olbrzymim odsetku przypadków kończy się pełnym sukcesem i uzyskaniem w wyniku terapii prawidłowo dojrzałych bioder, zapobiegając rozwojowi wczesnych zmian zwyrodnieniowych.

Przyjmując za danymi GUS ilość 6704 żywo urodzonych dzieci, które przeżyły okres niemowlęcy w przykładowym 2007 roku i przekładając te informacje na podane powyżej liczby dotyczące częstości dysplazji stawów biodrowych w populacji polskiej (4-6%, z czego nawet połowa klinicznie bezobjawowych) można założyć, iż wykonanie w populacji przesiewowych profilaktycznych badań USG bioder niemowlęcych pozwoli w ciągu roku wykryć dysplazję i wdrożyć niezbędne leczenie nawet u ponad 165 dzieci urodzonych na terenie Krakowa, u których bez przesiewowej diagnostyki dysplazja pozostałaby nierozpoznana.

2. Cele programu

2.1. Cel pierwotny

Pierwotnym celem Programu jest zwiększenie czułości wczesnego rozpoznania dysplazji stawów biodrowych w populacji niemowląt zamieszkałych na terenie Krakowa poprzez wdrożenie przesiewowych badań populacyjnych bioder u dzieci w wieku od 4 tygodni do 4 miesięcy życia, ze szczególnym uwzględnieniem dysplazji klinicznie bezobjawowych, niemożliwych do wykrycia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

2.2. Cel (efekt) długookresowy

Długookresowym, wtórnym celem Programu jest zmniejszenie częstości występowania wczesnych zmian zwyrodnieniowych stawów biodrowych u pacjentów z przetrwałą, nierozpoznaną i nieleczoną dysplazją stawu biodrowego. Tym samym zmniejszenie chorobowości związanej z powyższym problemem w populacji Krakowa, co wypełnia zapisy Art. 31 a, ust. 1 – 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Miernikiem efektywności programu jest ilość zdiagnozowanych dzięki jego wdrożeniu dysplazji bezobjawowych klinicznie (a więc niemożliwych do rozpoznania przy pomocy wyłącznie badania klinicznego) oraz stosunek procentowy ich ilości do całkowitej częstości dysplazji stawu biodrowego (szacowanej według danych z literatury na 4-6% w populacji polskiej).

3. Adresaci programu (populacja programu)

3.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Przy adekwatnych nakładach finansowych możliwe jest włączenie do programu wszystkich niemowląt zameldowanych na terenie Gminy Kraków spełniających kryteria wiekowe uczestnictwa w programie.

3.2. Tryb zapraszania do programu

Informacja o możliwości uczestnictwa w programie możliwa jest dzięki współpracy zarówno Biura Ochrony Zdrowia UMK, jak i Realizatorów programu z:

- Oddziałami Neonatologii w szpitalach na terenie miasta Krakowa,
- położniami środowiskowymi odbywającymi wizyty patronażowe,
- lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej sprawującymi opiekę medyczną nad populacją będącą potencjalnymi beneficjentami programu.

Dodatkowo informacje o możliwości uczestnictwa w programie przekazywane są poprzez lokalne środki masowego przekazu (media).

4. Szczegółowy sposób realizacji Programu

4.1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Do zadań organizacyjnych związanych z realizacją programu należy zaliczyć:

- zdefiniowanie szczegółowego planu jego realizacji, w kontekście charakteru i chronologii działań medycznych oraz przedstawienie przyjętej na jego poszczególnych etapach formuły działań wyłonionym w drodze konkursu realizatorom,
- przeprowadzenie akcji informacyjnej (patrz pkt. 3.2)
- realizację działań medycznych związanych z realizacją programu według harmonogramu określonego w umowie zawartej przez wykonawców z Biurem Ochrony Zdrowia UMK,
- koordynację działań medycznych oraz nadzór merytoryczny i organizacyjny nad wykonawcami przez koordynatora programu,
- sporządzanie rocznych raportów zbiorczych dla Biura Ochrony Zdrowia UMK, celem sumarycznego zestawienia działań związanych z realizacją programu w danym roku.

4.2. Planowane interwencje

Program składa się z II etapów:

4.1.1. Etap pierwszy

Pierwszy etap obejmuje:

- a. przesiewowe badanie kliniczne stawów biodrowych przez wykwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych;
- b. badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych metodą Grafa przez wykwalifikowanego ultrasonografistę, doświadczonego w wykonywaniu tego typu badań;
- c. wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami;
- d. przekazanie opiekunom pisemnej i ustnej informacji na temat istoty dysplazji stawów biodrowych, prawidłowej pielęgnacji niemowlęcia oraz ewentualnej konieczności kontroli lub podjęcia leczenia dysplazji (zgodnie z obowiązującymi standardami dotyczącymi wskazań do kontrolnej oceny bioder, lub podjęcia terapii) wraz z informacją Poradni Ortopedii Dziecięcej oraz Poradni Preluksacyjnych na terenie Miasta Krakowa.

4.1.2. Etap drugi

Do drugiego etapu zostaną zakwalifikowane dzieci, u których w badaniu klinicznym i /lub USG stwierdzona zostanie dysplazja fizjologiczna, opóźnienie dojrzewania, lub dysplazja stawu biodrowego.

Drugi etap obejmuje:

- a. badanie kliniczne stawów biodrowych przez kwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych oraz kontrolne badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych metodą Grafa przez wykwalifikowanego ultrasonografistę, doświadczonego w wykonywaniu tego typu badań. Badanie będzie wykonane w terminie zgodnym z zaleceniami medycznymi. U niemowląt, u których w pierwszym etapie stwierdzono fizjologiczną niedojrzałość stawów biodrowych i zalecono prawidłową pielęgnację po ukończeniu 12 tygodnia życia. U niemowląt z rozpoznaniem opóźnienia dojrzewania bioder lub dysplazji – po czasie określonym przez lekarza prowadzącego, dla monitorowania przebiegu leczenia;
- b. wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami.

4.3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w programie kwalifikowane są wszystkie niemowlęta zameldowane w Krakowie, w wieku od 4 tygodnia do 4 miesiąca życia w czasie trwania Programu.

4.4. Zasady udzielania świadczeń w ramach program

4.4.1. Podmioty realizujące program

Program realizowany jest przez zakłady opieki zdrowotnej w Krakowie, posiadające odpowiednie zaplecze sprzętowe (aparat USG) i wykwalifikowany personel medyczny dla zapewnienia prawidłowej realizacji założeń programu.

4.4.2. Organizacja realizacji świadczeń w ramach programu

Świadczenia w ramach programu udzielane są populacji objętej udziałem według harmonogramu pracy określonego przez realizatorów (stanowiącego jedno z kryteriów wyboru poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej do realizacji programu) na podstawie rejestracji pacjentów na listę oczekujących prowadzoną przez poszczególnych realizatorów programu.

4.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Rozpoznanie dysplazji stawu biodrowego wymagającej leczenia skutkuje informacją dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o konieczności skierowania pacjenta do Poradni Ortopedii Dziecięcej/Poradni Preluksacyjnej. Po uzyskaniu skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pacjenci będą leczeni w ramach NFZ w w/w Poradni. Monitorowanie skuteczności leczenia odbywa się w ramach drugiego etapu programu.

4.6. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Pacjenci, u których stwierdza się prawidłowy stopień rozwoju stawów biodrowych (biodra dojrzałe) zakończą udział w programie na pierwszym etapie.

Pacjenci z rozpoznaną w pierwszym etapie programu dysplazją fizjologiczną, opóźnieniem dojrzewania lub dysplazją stawu/stawów biodrowych są kwalifikowani do drugiego etapu. Badanie w ramach drugiego etapu jest wykonywane w terminie zgodnym z zaleceniami medycznymi. U niemowląt, u których w pierwszym etapie stwierdzono fizjologiczną niedojrzałość stawów biodrowych i zalecono prawidłową pielęgnację – po ukończeniu 12 tygodnia życia. U niemowląt z rozpoznaniem opóźnienia dojrzewania bioder, lub dysplazji – po czasie określonym przez lekarza prowadzącego, dla monitorowania przebiegu leczenia.

4.7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Działania medyczne związane z realizacją programu są działaniami nieinwazyjnymi. Diagnostyka ultrasonograficzna jest bezpieczną metodą obrazowania, niezwiązaną z ekspozycją pacjenta na promieniowanie jonizujące oraz inne szkodliwe skutki uboczne.

4.8. Dowody skuteczności planowanych działań

4.9.1. Opinie ekspertów klinicznych

Opisany powyżej schemat badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia dysplazji stawów biodrowych i tym samym profilaktyki jej następstw stanowi oficjalne stanowisko Polskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii. Znajduje to również odzwierciedlenie w polskiej literaturze fachowej dotyczącej tematu.

4.9.2. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Rekomendacje Przewodniczącego Sekcji Ortopedii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii, prof. Dr hab. Sławomira Sneli stanowią załącznik nr 1 do niniejszego opracowania.

4.9.3. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

4.9.3.1 Efektywność kliniczna

Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych w opisanej powyżej formule był realizowany z środków UMK w roku 2009 (jako autorski program pilotażowy) oraz jest realizowany od roku 2010 w ramach działań „Miejski Program Ochrony Zdrowia Zdrowe Miasto 2010 – 2012”. Zgodnie z danymi dostarczonymi przez realizatorów za lata 2009 oraz 2010, będącymi podstawą do sporządzenia raportu z realizacji programu dla Biura Ochrony Zdrowia UMK w jego ramach udzielono świadczeń zdrowotnych następującej 5086 pacjentów (tabela 1):

Rok	Ilość pacjentów biorących udział w programie
2009	2420
2010	2666

Tab. 1 Ilość pacjentów biorących udział w programie: profilaktyka następstw dysplazji stawów biodrowych w latach 2009-2010.

W poszczególnych latach dzięki realizacji programu wykryto dysplazję stawu biodrowego u 140 pacjentów, czyli 2,75% populacji biorącej udział w programie (tabela 2):

Rok	Ilość pacjentów, u których stwierdzono dysplazję stawu/stawów biodrowych	% pacjentów biorących udział w programie, u których stwierdzono dysplazję stawu/stawów biodrowych
2009	72	2,97

2010	68	2,55
------	----	------

Tab. 2 Częstość dysplazji stawu biodrowego w populacji biorącej udział w programie: profilaktyka następstw stawów biodrowych w latach 2009-2010.

W 83% (116 pacjentów na 140) wykryte przypadki dysplazji stawu/stawów biodrowych były klinicznie bezobjawowe, ich diagnoza realizacji programu byłaby niemożliwa lub ilość wykrytych dysplazji byłaby znacząco mniejsza (tabela 3):

Rok	Ilość pacjentów, u których stwierdzono dysplazję stawu/stawów biodrowych	Ilość pacjentów, u których stwierdzono dysplazję klinicznie bezobjawową stawu/stawów biodrowych	% dysplazji klinicznie bezobjawowych wśród rozpoznanych przyp. dysplazji stawu/stawów biodrowych
2009	72	65	90,3
2010	68	51	75

Tab. 3. Częstość dysplazji bezobjawowej klinicznie populacji biorącej udział w programie: profilaktyka następstw dysplazji stawów biodrowych w latach 2009-2010.

Częstość dysplazji stawów biodrowych w społeczeństwie polskim to według literatury fachowej 4-6 %. Nawet do 50% jej przypadków (a więc 2-3% w skali społeczeństwa) to dysplazja klinicznie niewykrywalna (bezobjawowa). Zestawienie tych danych z danymi uzyskanymi po dwóch latach funkcjonowania programu w obecnej formule (wykrycie w populacji objętej badaniem 2,75% przypadków dysplazji, z czego ponad 83% stanowiły właśnie dysplazje bezobjawowe klinicznie) pozwala wykazać, iż dzięki realizacji działań związanych z programem udało się zdiagnozować znaczącą większość klinicznie niemych patologii, co w innym przypadku byłoby niemożliwe..

4.9.3.2 Efektywność kosztowa

Zakładając cenę jednostkową badania 75 PLN i konieczność powtórzenia go średnio trzykrotnie u 5% niemowląt (monitorowanie leczonej dysplazji) wykonanie badania przesiewowego USG w całej populacji urodzonych w Krakowie dzieci to koszt rzędu 528 000 PLN. Tymczasem środki przeznaczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na ednoprotezooplastykę jednego stawu biodrowego i implantację protezy to w 2011 r. 11 934 złotych (234 punkty za procedurę, cena jednostkowa punktu to 51 złotych), co przy nie rozpoznaniu 165 przypadków dysplazji w skali roku generuje koszt rzędu 1 969 000 złotych. Dodawszy do tego wysokość zasiłków chorobowych, świadczeń rehabilitacyjnych i koszt operacji wymiany protez (zakładane u młodych ludzi, więc część z nich ulega destabilizacji) otrzymujemy sumę jak widać wielokrotnie przewyższającą koszt programu przesiewowego populacyjnego badania USG. Kosztów niematerialnych – bólu i cierpienia nie da się niestety oszacować w ten prosty matematyczny sposób.

Aktualnie, środki finansowe przeznaczone na realizację programu pozwalają na wykonanie 2600 badań rocznie, co skutkuje objęciem badaniami ok. 40% populacji niemowląt urodzonych w danym roku na terenie miasta Krakowa. Nie daje to oczywiście możliwości uznania niniejszego

programu za program w pełni przesiewowy w skali społeczności, niemniej jednak proporcjonalna do opisanej powyżej efektywność kosztowa pozostaje niezmienna.

4.9.4. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego, (jeżeli są dostępne)

Opisane powyżej działania są realizowane z funduszy UMK od roku 2009. Zestawienie danych demograficznych populacji objętej programem oraz wyników programu w latach 2009 i 2010 w postaci raportów rocznych Koordynatora programu do UMK stanowią załącznik nr 2 i nr 3 do niniejszego opracowania.

5. Koszty

Środki finansowe przeznaczone na rok 2013 wynoszą: 60 000 zł

Środki finansowe przeznaczone na rok 2014 wynoszą: 100 000 zł

Środki finansowe przeznaczone na rok 2015 wynoszą: 100 000 zł

Sugerowane koszty jednostkowe

Całkowity jednostkowy koszt świadczenia zdrowotnego w ramach programu, obejmujący badanie kliniczne, ultrasonograficzne stawów biodrowych przez wykwalifikowanego specjalistę oraz zabezpieczenie anestezyjologiczne i opiekę pielęgniarską to 75 PLN (siedemdziesiąt pięć PLN) na każdy z dwóch etapów programu.

Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Argumentami przemawiającymi za tym, iż dostępne zasoby są wykorzystywane optymalnie są:

- koszt jednostkowej usługi (75pln) – ok. 25% niższy od kosztów analogicznych komercyjnych usług na terenie objętym programem i niezmienny od 2009r.
- dobór kadr do programu – kryteria merytoryczne określone dla kadry lekarskiej w punkcie 4.8 pozwalają na wyłonienie najwyższej klasy specjalistów wykonujących działania związane z programem,
- nadzór merytoryczny działań związanych z programem przez koordynatora (patrz punkt 6.2)
- zgłaszalność do programu, olbrzymie zainteresowanie uczestnictwem w udziale w nim,
- dotychczasowe wyniki działań związanych z realizacją programu (patrz punkt 4.9.3)- rozpoznanie i wyleczenie patologii stawu biodrowego u 2, 75% populacji objętej programem (w tym 83% dysplazji niemych klinicznie).

6. Monitorowanie i ewaluacja

6.1. Ocena zgłaszalności do programu

Uwzględniając roczną ilość urodzeń na terenie miasta Krakowa (ok. 6500 niemowląt przeżywających wiek noworodkowy w 2007 r., czyli ok. 540 miesięcznie – dane GUS) i zestawiając ją z okresem realizacji programu w poszczególnych latach (2009-2011) można udowodnić, iż w czasie trwania programu ok. 84% populacji spełniającej kryteria włączenia do programu uczestniczy w nim) 7680 przebadanych pacjentów w ramach pierwszego i drugiego etapu programu w ciągu sumarycznie około 17 miesięcy jego trwania w latach 2009-2011 (tabela 5)

Rok	Okres realizacji programu	Ilość pacjentów biorących udział w programie	Ilość pacjentów biorących udział w programie/miesiąc
2009	01.07. - 05.12.	2420	480 (ok. 90% urodzeń)
2010	01.05. - 05.12.	2660	384 (ok. 71% urodzeń)
2011	02.01. – 31.05	2600	520 (ok. 96% urodzeń)

Tab. 5. Odsetek pacjentów biorących udział w programie: profilaktyka następstw dysplazji stawów biodrowych w latach 2009-2011 w stosunku do liczby urodzeń.

6.2. Ocena, jakości świadczeń w programie

Ocena, jakości świadczeń realizowanych w ramach programu możliwa jest dzięki skoordynowanym działaniom kontrolno-monitorującym prowadzonym przez koordynatora programu wspólnie z Biurem Ochrony Zdrowia UMK, obejmującym:

- a) nadzór merytoryczny nad świadczeniami udzielanymi w ramach programu realizowany w dwojaki sposób:
 - realizatorzy zobowiązani są do przysyłania kopii wykonywanych przez nich w danym miesiącu badań wraz z dokumentacją fotograficzną do koordynatora programu. Podstawą do rozliczenia przez Biuro Ochrony Zdrowia UMK wykonywanych badań, jest ich pozytywna weryfikacja pod kątem merytorycznym,
 - w przypadku ewentualnych zmian dotyczących personelu realizującego program kwalifikacje nowego personelu (kserokopie dokumentów uprawniających do realizacji programu, zgodnie z wytycznymi zawartymi w opisie programu) przysyłane są do koordynatora programu, celem ich weryfikacji merytorycznej i akceptacji.
- b) nadzór administracyjny (realizowany zarówno przez koordynatora programu, jak i Biuro Ochrony Zdrowia UMK), polegający na weryfikacji informacji podanych przez poszczególnych realizatorów w postępowaniu konkursowym , zarówno dotyczących warunków lokalowo sprzętowych, ja i przede wszystkim przestrzegania przez realizatorów harmonogramu realizacji świadczeń określonego w umowie z Biurem Ochrony Zdrowia UMK (ocena dostępności świadczeń medycznych w ramach realizacji programu).

6.3 Ocena efektywności programu

Działania podjęte w ramach niniejszego programu należy ocenić jako wysoce efektywne. Na tego typu opinię rzutują następujące fakty:

- w latach 2009-2011 zgłaszalność do programu wyniosła więcej, niż 80% populacji kwalifikującej się do udziału w nim,
- dzięki uczestnictwu w programie u 2, 75% populacji nim objętej stwierdzono patologię stawów biodrowych, która będąc w większości (83%) klinicznie bezobjawowa nie zostałaby zdiagnozowana. Wszyscy pacjenci, u których stwierdzono dysplazję zostali skierowani do leczenia w ramach NFZ i wyleczeni. Nie byłoby to możliwe bez wczesnego postawienia rozpoznania dzięki uczestnictwu w programie,
- program spotkał się z olbrzymim oddźwiękiem społecznym – środki przeznaczone na niego w latach 2009-2011 zostały wykorzystane, w 100%, co dowodzi dużego zapotrzebowania społecznego na działania, które obejmuje.

I. Szczegółowe wymagania, niezbędne do realizacji programu: „Profilaktyka następstw dysplazji stawów biodrowych”, przedstawione w skali punktowej:

1. Kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program - skala ocen (0-22 pkt.)

W zakresie konsultacji lekarskich:

I. Badanie kliniczne (Etap I i II):

7 pkt - podstawowe kwalifikacje:

- lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, brak udokumentowanego doświadczenia w zagadnieniach ortopedii dziecięcej, w tym w diagnostyce i leczeniu dysplazji stawów biodrowych **lub**
- lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, specjalizujący się w ośrodku zajmującym się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyką i leczeniem dysplazji stawów biodrowych – minimum 3 lata doświadczenia.

10 pkt – ponadpodstawowe kwalifikacje:

lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, udokumentowane doświadczenie w zagadnieniach ortopedii dziecięcej, w tym w diagnostyce i leczeniu dysplazji stawów biodrowych – minimum 5 lat.

II. Badanie USG (Etap I i II):

6 pkt:

- lekarz specjalista w dziedzinie radiologii, brak udokumentowanego doświadczenia w diagnostyce USG narządu ruchu (w tym publikacje w czasopismach naukowych dotyczące zagadnień diagnostyki USG stawów biodrowych) **lub**
- lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, udokumentowane doświadczenie w diagnostyce USG narządu ruchu (w tym publikacje w czasopismach naukowych dotyczące zagadnień diagnostyki USG stawów biodrowych) – minimum 3 lata.

8 pkt:

lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, udokumentowane doświadczenie w diagnostyce USG narządu ruchu (w tym publikacje w czasopismach naukowych dotyczące zagadnień diagnostyki USG stawów biodrowych) – minimum 5 lat.

10 pkt:

- lekarz specjalista w dziedzinie radiologii z udokumentowanym doświadczeniem w diagnostyce USG narządu ruchu (w tym publikacje w czasopiśmie naukowych dotyczące zagadnień diagnostyki USG stawów biodrowych) **lub**
- lekarz wykwalifikowany do wykonywania badań USG stawów biodrowych - certyfikat „Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego” uprawniający do samodzielnego wykonywania badań USG narządu ruchu lub USG w diagnostyce pediatrycznej.

III. Badanie kliniczne i badanie USG (Etap I i II):**2 pkt**

Personel medyczny – zabezpieczenie pielęgniarskie (pielęgniarka lub położna)

2. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną (skala ocen 0-10 pkt.):**Kryteria sprzętowe – badanie USG (Etap I i II):****10 pkt**

aparatura USG posiadająca aktualne świadectwa techniczne, atesty, certyfikaty, wyposażona w głowicę liniową 5–12 MHz oraz oprogramowanie umożliwiające pomiary kątowe niezbędne do oceny ultrasonograficznej stawów biodrowych metodą Grafa.

3. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program: (skala ocen 0-6):**2 pkt**

oddzielna poczekalnia dla rodziców z dziećmi w bezpośrednim sąsiedztwie gabinetu.

2 pkt

przewijalnia/przebieralnia dla dzieci

2 pkt

miejsce do przechowywania wózków dziecięcych na czas badania (wózkownia).

4. Dostępność do świadczeń medycznych objętych Programem (skala ocen: 1-3 pkt.):**1 pkt – podstawowa dostępność:**

Program realizowany będzie przez 5 dni w tygodniu, w tym, co najmniej 2 dni w tygodniu nie krócej niż do godz. 18:00.

2 pkt – średnia dostępność:

możliwość rejestracji i informacji telefonicznej; Program realizowany będzie przez 5 dni w tygodniu, w tym, co najmniej 3 dni w tygodniu nie krócej niż do godz. 18:00.

3 pkt – wysoka dostępność:

możliwość rejestracji i informacji telefonicznej; Program realizowany będzie przez 5 dni w tygodniu, w tym, co najmniej 3 dni w tygodniu nie krócej niż do godziny 18:00 oraz minimum w 2 soboty w miesiącu, ponadto będzie prowadzona tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie.

5. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane (do 4 pkt):**1 pkt - odrębna linia telefoniczna:**

oferent zadeklaruje, że w przypadku przyjęcia jego oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną (odrębny numer telefonu stacjonarnego), która używana będzie wyłącznie dla potrzeb Programu lub innych Programów profilaktycznych finansowanych ze środków finansowych Miasta Krakowa.

1 pkt - posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie objętym Programem.

1 pkt - posiadanie, co najmniej jednego certyfikatu jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i /lub akredytacji CMJ).

1 pkt -realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa (miejskim lub dzielnicowy program zdrowotny) na poziomie, co najmniej 90% jej wartości w roku 2009, w zakresie objętym Programem.

Maksymalna liczba punktów możliwych do zdobycia przez oferenta: 45 pkt.