

Osteoporosis következtében kialakuló csonttörés szekunder prevenciójának finanszírozási protokollja



Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály

Budapest, 2010. február 15.

1. Azonosítószám: 21/2009

2. Az eljárásrend tárgya

2.1. Az eljárásrend célja

A nemzetközi finanszírozási elvek figyelembe vételével, a hazai és nemzetközi szakmai irányelvek alapján összeállított finanszírozási protokoll szerint történő diagnosztikus és terápiás utak kijelölése, ellenőrzése.

2.2. Az eljárásrend tárgyát képező betegség, betegcsoport megnevezése

Osteoporosis pathológiás töréssel (M80.0 – M80.9)

Osteoporosis máshova osztályozott betegségekben (M82.0, M82.1, M82.8)

3. Fogalmak, rövidítések

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical klasszifikáció
BNO	Betegségek nemzetközi osztályozása
HBCS	Homogén betegségcsoport
OENO	Orvosi eljárások nemzetközi osztályozása

4. Kórkép leírása

Az osteoporosis (csonttrikulás) a csontváz generalizált, progresszív metabolikus megbetegedése, amelyben a csonttömeg megfogyása, a microarchitectura károsodása és a csontminőség romlása fokozott törékenységhez vezet. Emiatt a csonttörések gyakoribbá válnak, mivel az osteoporosisos csont eltörésének kockázata már kis erőbehatás esetén is fokozott. Postmenopausában kezdetben a trabecularis csontvesztés dominál, melyhez az életkor előrehaladtával corticalis csontvesztés társul.

Ezért az osteoporosis következtében fellépő csonttörések típusos helyei kezdetben

- (1) a csigolyák és
- (2) a radius distalis vége, majd idősebb korban válnak egyre gyakoribbá
- (3) a humerus proximalis törései és
- (4) a csípőtáji törések.

Legtöbbször a betegség postmenopausalis és senilis formáival találkozhatunk, de egyre nő a szekunder osteoporosisok előfordulása is, amelyeket más szervek betegségei vagy gyógyszerek okoznak.

Az osteoporosis népbetegség, az Európai Vertebralis Osteoporosis Tanulmány (EVOS) szerint hazánkban megközelítőleg 600 ezer nőt és 300 ezer férfit érint az 50 év feletti korosztályban. A csonttrikulás klinikai jelentőségét a kóros csonttörés és annak szövődményei adják, azon belül is a legnagyobb jelentőségűek a csípőtáji törések. Felmérések szerint a csípőtáji töröttek 12-20%-a a fractura utáni első évben meghal, mintegy fele élete végéig ellátási segítségre szorul, s csupán minden ötödik beteg gyógyul teljesen. A csigolyatörések zöme fokozatosan keletkezik, és sokáig rejtve marad, csupán az esetek 10%-a kerül azonnal észlelésre. Az osteoporosis terápiája alapvetően a törések - azon belül is a legnagyobb veszélyt jelentő csípőtáji törések - megelőzésére irányul.

Az osteoporosis multifaktoriális betegség, de az egyes tényezők egymáshoz való viszonya még kevésbé tisztázott. Mind az osteoporosis, mind az osteoporosisos csonttörés kialakulásának kockázatát több tényező növelheti, egyes tényezők mindkettőt. A legfontosabb, validált rizikófaktor az életkor. A 80 év feletti populációban történik a csonttörések 25%-a. Az osteoporosis további rizikófaktora a női nem, kis testtömeg vagy 10%-nál több testtömeg elvesztése, osteoporosisra pozitív családi anamnézis, korábbi csonttörés, hypogonadismus (oestrogen hiány), szteroidhormonok és pajzsmirigy hormonok túlzott hatása, alultápláltság/malabsorptio/maldigestio (kálcium-, fehérje-, vitaminhiány),

renalis hypercalciuria, immobilizáció, súlytalanság, krónikus máj- és vesebetegségek, dohányzás, alkoholizmus, porogén gyógyszerek tartós szedése. További tényezőket is felsorol a szakirodalom, de szerepük még nem bizonyított. Ezek a rizikófaktorok a postmenopausás életszakaszban a legjelentősebbek, de nem egyformán hangsúlyosak.

Az osteoporosisos csonttörés leggyakoribb rizikófaktorai az életkor mellett a kis testtömeg, csípőtörés a szülői anamnézisben, alkoholizmus, korábbi nem-traumás csonttörés, fokozott csontturnover, tartós szisztémás szteroidkezelés, az elesés kockázatát növelő állapotok.

Az osteoporosis kezelésének alapja az elegendő kalcium és D-vitamin bevitel, továbbá a megfelelő mértékű fizikai aktivitás. Szükség esetén gyógyszeres terápiával lehet a csonttrikulás folyamatát gátolni.

E protokoll szerint szekunder prevenció alatt azoknak a betegek az elsősorban gyógyszeres kezelését értjük, akik legalább egy típusos osteoporoticus törésen estek át és fokozott kockázatuk van újabb osteoporoticus csonttörésre, és a gyógyszeres kezeléssel a kockázatuk csökkenthető.

Jelen protokoll az osteoporosis miatt kialakuló csonttörések szekunder megelőzését célzó kezelést határozza meg.

Törési kockázat

Osteoporosis diagnózisától függetlenül is fennállnak fokozott törési kockázatot jelentő tényezők. Jelen finanszírozási protokoll vonatkozásában, a társadalombiztosítási támogatás szempontjából az alábbi tényezőket vesszük figyelembe, mint fokozott törési kockázatot:

1. alacsony, 58kg alatti testtömeg
2. csípőtörés a szülői anamnézisben
3. felnőttkori, nem erős traumával összefüggő csonttörés az anamnézisben
4. minimum 4 egység alkohol fogyasztása naponta (1 alkohol egység 8-10g alkoholt jelent, ami szeszes italban kifejezve 1 pohár sör, 1 dl bor, 2cl rövidital)
5. reumatoid arthritis miatti gyógyszeres kezelés
6. tartós, 3 hónapot meghaladó szisztémás kortikoszteroid-kezelés (minimum napi 5mg prednisolon, vagy azzal ekvivalens más kortikoszteroid)
7. fokozott csontturnover
8. elesési kockázatot növelő állapotok

Alacsony csontsűrűség kockázata

Jelen finanszírozási protokoll vonatkozásában, a társadalombiztosítási támogatás szempontjából az alábbi tényezőket vesszük figyelembe alacsony csontsűrűség kockázati faktoraként:

1. alacsony, 22kg/m^2 alatti testtömeg index (body mass index, BMI),
2. testtömeg 10%-nál nagyobb arányú elvesztése
3. osteoporosisra pozitív családi anamnézis
4. spondilitis ankylopoetica,
5. Chron betegség gyógyszeres kezelése
6. elhúzódó, vagy tartós immobilitással járó állapotok
7. kezeletlen korai (45 éves kor előtt kezdődő) menopausa
8. dohányzás
9. inzulinfüggő diabetes mellitus (IDDM, 1. típusú cukorbetegség)
10. hyperthyreosis glucocorticoid túltermelés
11. hypogonadismus miatti oestrogen hiány
12. krónikus malnutritio, malabsorptio, maldigestio (kálcium-, fehérje-, vitaminhiány)
13. krónikus máj- és vesebetegségek
14. renalis hypercalciuria
15. porogén gyógyszerek tartós szedése
16. szervtranszplantáció utáni állapot

5. Diagnosztika

Az ásványi csonttömeg densitometriás módszerekkel pontosan megmérhető. A mért csontsűrűséget (BMD, bone mineral density, g/cm^2) az egészséges fiatalok átlagértékéhez, a csúcs-csonttömeghez (PBM, peak bone mass) hasonlítjuk, és a különbséget a fiatal populáció normálértékének szórásában (SD) fejezzük ki: ez a T-score. A törési kockázat felmérésére a T-score meghatározása a csípő és/vagy ágyéki gerinc DEXA (Dual Energy X-ray Absorptiometria) vizsgálatával történik. Az osteoporosis diagnózis felállításának alapvető feltétele a T-score érték meghatározása, azoknál jelenthetjük ki, akiknek a standard deviációja $-2,5$, vagy annál nagyobb mértékben csökkent a csontsűrűsége. A WHO ajánlása szerint az alábbi diagnosztikus kategóriákat állíthatjuk fel a T-score értéke alapján:

1. T-score nagyobb, mint $-1,0$ SD = egészséges csontozat
2. T-score $-1,0$ és $-2,5$ SD közötti = osteopenia
3. T-score kisebb, mint $-2,5$ SD = osteoporosis
4. T-score kisebb, mint $-2,5$ SD és legalább egy osteoporosis miatti csonttörés = súlyos osteoporosis

A csontsűrűség mérésére osteoporosis esetén a jelenlegi finanszírozási szabályok szerint 3570C Csontsűrűség mérése törzscsontokon (*törzsi csontok ásványianyag tartalmának fotonabsorptíós meghatározása, 1840 pont*) OENO kóddal jelenthető.

A vizsgálat osteoporosis esetén 12 havonta egyszer számolható el $-2,5$ vagy kisebb (rosszabb) T-score érték melletti specifikus törés prevenciók gyógyszeres kezelés esetén.

6. Terápia

6.1. Kalcium és D-vitaminpótlás

Mind a primer, mind a szekunder prevencióban, az osteoporosis kezelésének alapja az elegendő kalcium és D-vitamin bevitel, továbbá a megfelelő mértékű fizikai mozgás. A fizikai aktivitás stimulálja az osteoblastokat, továbbá az izomerő javulásával az elesések száma is csökken. Postmenopausában a javasolt napi kalcium bevitel 1500mg, a napi D3 vitamin 800 NE (20 µg). Magyarországon 400-600 mg közötti egy felnőtt személy átlagos napi kalcium fogyasztása. Célszerű az ajánlott mennyiségeket étel formájában elfogyasztani, de ha természetes formában nem elégséges a kalcium bevitel, azt gyógyszeresen kell kiegészíteni. Metaanalízisek csökkent törési arányt mutattak ki olyan nőkben, akik legalább 80%-ban betartották a kalciumpótlás előírásait.

A D-vitaminhiány gyakorisága az életkor előrehaladtával párhuzamosan folyamatos növekedést mutat. A 65 év feletti lakosságnak legalább harmada D-vitaminhiányban szenved, így egyetértünk azzal az állásponttal, hogy ennek a széles vitaminhiányos állapotnak a felszámolása valójában népegészségügyi feladat kell(ene), hogy legyen. Kimutatható, hogy a legalább napi 700-800 NE D-vitamin bevitele segít megelőzni az idősebbek csípőtöréseit. D-vitamin pótlás során rendszeresen kell ellenőrizni (1., 3., 6, hónapban, majd évente, illetve dóziszváltáskor) a szérum kalcium szintjét és a vizelet kalciumürítést. A kalcium szint meghatározása a jelenlegi finanszírozási szabályok szerint az alábbi WHO kódokkal jelenthető:

- OENO 21510 Összes kalcium meghatározása *(Szérum kalcium meghatározás, lángfotometriával, kolorimetriásan vagy ion-szelektív elektróddal, 71 pont)*
- OENO 21512 Ionizált kalcium meghatározása *(Szérumból vagy teljes vérből, ion-szelektív elektróddal végzett meghatározás, pH méréssel együtt, 223 pont)*
- OENO 22300 Kalcium meghatározása vizeletben *(Vizelet kalcium meghatározás, lángfotometriával, kolorimetriásan vagy ion-szelektív elektróddal, 71 pont)*

Kalcium és D-vitamin pótlása akkor támogatott, amennyiben a DEXA-val axiális csontokon igazolt BMD értéke $-2,5$ SD T-score alatti, vagy amennyiben az alacsony csontsűrűség és/vagy fokozott törési hajlam kockázati tényezőiből legalább három egyidejűleg fennáll, és a biztosított elmúlt 50 éves. A szükséges kalcium és D-vitamin bevitel, amennyiben nincs ellenjavallata, az osteoporosis terápiának folyamatos követelménye.

6.2. Biszfoszfonátok

A biszfoszfonátok az osteoclastok aktivitásának gátlásával erőteljesen gátolják a csontbontást. A csonttrikulás okozta kóros csonttörések primer és szekunder prevenciójában egyaránt az elsőként választandóak a gyógyszerhatóanyag-csoport a biszfoszfonátok.

Klinikai vizsgálatokban az alendronát jelentős mértékben (48%) csökkentette a csigolyakompressziók relatív rizikóját, továbbá bizonyítottan csökkenti a csípőtáji törések előfordulását (37%), és redukálja a radius törések számát (49%). Klinikai vizsgálatok meta-analízise alapján a rizedronát csökkenti a csigolyakompressziók relatív rizikóját (36%), és a non-vertebrális töréseket (27%). Az orális ibandronát csökkenti a csigolyatörések (38%) számát.

Eddigi vizsgálatok szerint az intravénás zoledronát (5mg/év) a csigolya- és csípőtörések kockázatát egyaránt csökkenti és a csípőtörésen átesett betegek mortalitását csökkenti (28%). A parenterális ibandronát (3mg/negyedév) is fokozza a csontsűrűséget és csökkenti a vertebrális törések kockázatát.

Igazoltan osteoporoticus törés esetén a biszfoszfonátok adása osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciójának céljából minden életkorban támogatott. A biszfoszfonátok adása osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciójában 75 éves kortól abban az esetben is támogatott, ha DEXA vizsgálatot nem végeztek BMD meghatározás céljából, de a beteg elszenvedett egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt.

A különböző hatóanyagok és kiszerezési formák közötti választás alapvetően a kezelőorvos egyéni mérlegelésének és döntésének tárgya, szem előtt tartva a terápia célját és a várható hatékonyságot, továbbá a terápia tolerálhatóságát; függ az adott beteg paramétereitől, és az orvos tapasztalataitól. Törekedni kell a költséghatékonyság figyelembevételével az orális kezelésre, ugyanakkor figyelembe kell venni azokat a körülményeket (például nem megfelelően együttműködő beteg), melyek esetén a parenterális kezelés választása a célravezetőbb.

6.3. Strontium-ranelate

A strontium-ranelate csökkenti a csontreszorpciót és serkenti a csontképződést, klinikai vizsgálatok szerint mind a csigolyatörések (38%), mind a csípőtáji törések kockázatát csökkenti (36%).

A strontium-ranelate használata alternatív lehetőségként jön szóba osteoporoticus csonttörés szekunder prevenciójában, postmenopausás nőknél, amennyiben a biszfoszfonát kezelés ellenjavallt, vagy azzal szemben dokumentált intolerancia lép fel, vagy a legalább 12 hónapon történő alkalmazása nem volt eredményes (T-score értéke csökken, illetve újabb osteoporoticus törés következik be).

6.4. Raloxifen

A raloxifen szelektív ösztrogénreceptor modulátor (SERM). Csökkenti a csigolyatörések előfordulását, de a csípőtörések számát csökkentő hatásossága nem bizonyított. A raloxifen fokozza a vénás tromboembólia kialakulásának kockázatát.

A raloxifen használata alternatív lehetőségként jön szóba osteoporoticus csonttörés szekunder prevenciójában, postmenopausás nőknél, amennyiben a biszfoszfonát kezelés ellenjavallt, vagy azzal szemben dokumentált intolerancia lép fel, vagy a legalább 12 hónapon át történő alkalmazása nem volt eredményes (T-score értéke csökken, illetve újabb osteoporoticus törés következik be).

6.5. Teriparatid

A teriparatid humán rekombináns parathormon, erős csontépítő hatása van. Klinikai vizsgálatok szerint mind a csigolyatörések (65%), mind a non-vertebrális törések (53%) relatív kockázatát csökkenti. Fokozott csont-sarcoma kockázata esetén kontraindikált (Paget-kór, korábbi csontbesugárzás, ismeretlen eredetű alkalikus foszfatáz szintemelkedés). Alkalmazása férfiak és postmenopauzás nők csonttrikulás okozta kóros csonttörésének szekunder prevenciójában egyaránt támogatott.

A teriparatid elsőként választható osteoporoticus törések szekunder prevenciójában, amennyiben a DEXA-val axiális csontokon igazolt BMD értéke $-4,0$ SD T-score alatti, egynél több típusos törési esemény esetén pedig már $-3,0$ SD T-score alatti BMD értéktől alkalmazható.

Amennyiben a DEXA-val axiális csontokon igazolt BMD értéke $-3,0$ SD T-score alatti, és egy típusos osteoporoticus törési eseményt szenvedett el a beteg, a teriparatid terápia akkor választható, ha más (biszfoszfonáttal vagy strontium-ranelate-tal vagy raloxifene-nel végzett) megelőző - legalább 12 hónapon át tartó - kezelés hatástalan, vagy azzal szemben intolerancia lép fel, vagy a kezelés ellenjavallt.

6.6. Gyógyszer intolerancia meghatározása

E finanszírozási protokoll vonatkozásában, a társadalombiztosítási támogatás szempontjából bármely orális biszfoszfonáttal szembeni intolerancia alatt értjük az olyan, megfelelő kezeléssel nem kontrollálható, folyamatosan fennálló, felső gastrointestinális traktust érintő zavarokat (gyulladás, fekély), melyek miatt az alkalmazási leirat szerinti szabályos kezelés kivitelezése, vagy a terápia folytatása meghiúsulhat. A gastrointestinális mellékhatások az orális biszfoszfonátok jellemzője. Akiknél az oesophagus rendellenességei vagy egyéb olyan állapotok állnak fenn, melyek a nyelőcső kiürülését késleltetik (pl. stictura vagy acalasia), továbbá ha a beteg képtelen arra, hogy legalább 30 percig álljon, vagy üljön, azoknál a betegeknél az orális biszfoszfonátokkal való kezelés kontraindikált, helyette parenterális biszfoszfonáttal vagy strontium-ranelate-tal ajánlott a kezelést végezni.

Az orális biszfoszfonátok alkalmazása viszonylag összetett. Nagy pohár (1-2 dl) vízzel kell bevenni, éhgyomorra, függőleges testhelyzetben, ezt követően még minimum 30 percig függőleges testhelyzetben kell maradni, ételt, folyadékot, más gyógyszert, vitamint, stb. ezen idő alatt nem fogyaszthat a beteg. Az orális ibandronátot havonta egyszer kell a betegnek bevenni, míg az alendronát és rizedronát alkalmazása esetén heti egyszeri alkalmazás szükséges. Az orális biszfoszfonátok alkalmazása kapcsán levonható a következtetés, hogy az esetek többségében az oesophagitis kivédése az alkalmazási leirat pontos betartásával lehetséges. A beteg terápiában való együttműködése nem csupán az esetlegesen fellépő gyógyszer-mellékhatások függvénye, hanem kiemelt jelentőséggel bír a kezelőorvos részéről a beteg megfelelő tájékoztatása és felkészítése, hogy a kezelés megfelelően kivitelezett és eredményes legyen.

6.7. A kezelés időtartama

A modern terápiás irányelvek szerint elsősorban a magas kockázatú betegek gyógyszeres kezelése preferált, bizonyítottan töréspreventív szerekkel. További alapelv, hogy a kezelést monoterápiában szükséges adni, kalcium és D-vitamin kiegészítéssel. Egyéb gyógyszerkombinációtól nem várható további denzitásnövelés, de a mellékhatások előfordulása gyakoribbá válhat. A kezelés időtartamára vonatkozóan nincs még tudományosan kellően megalapozott, egységes álláspont. A gyógyszeres kezeléstől alapvetően azt várjuk, hogy a csontvesztés üteme lassuljon, megálljon, és ezáltal a csonttörés kockázata csökkenjen.

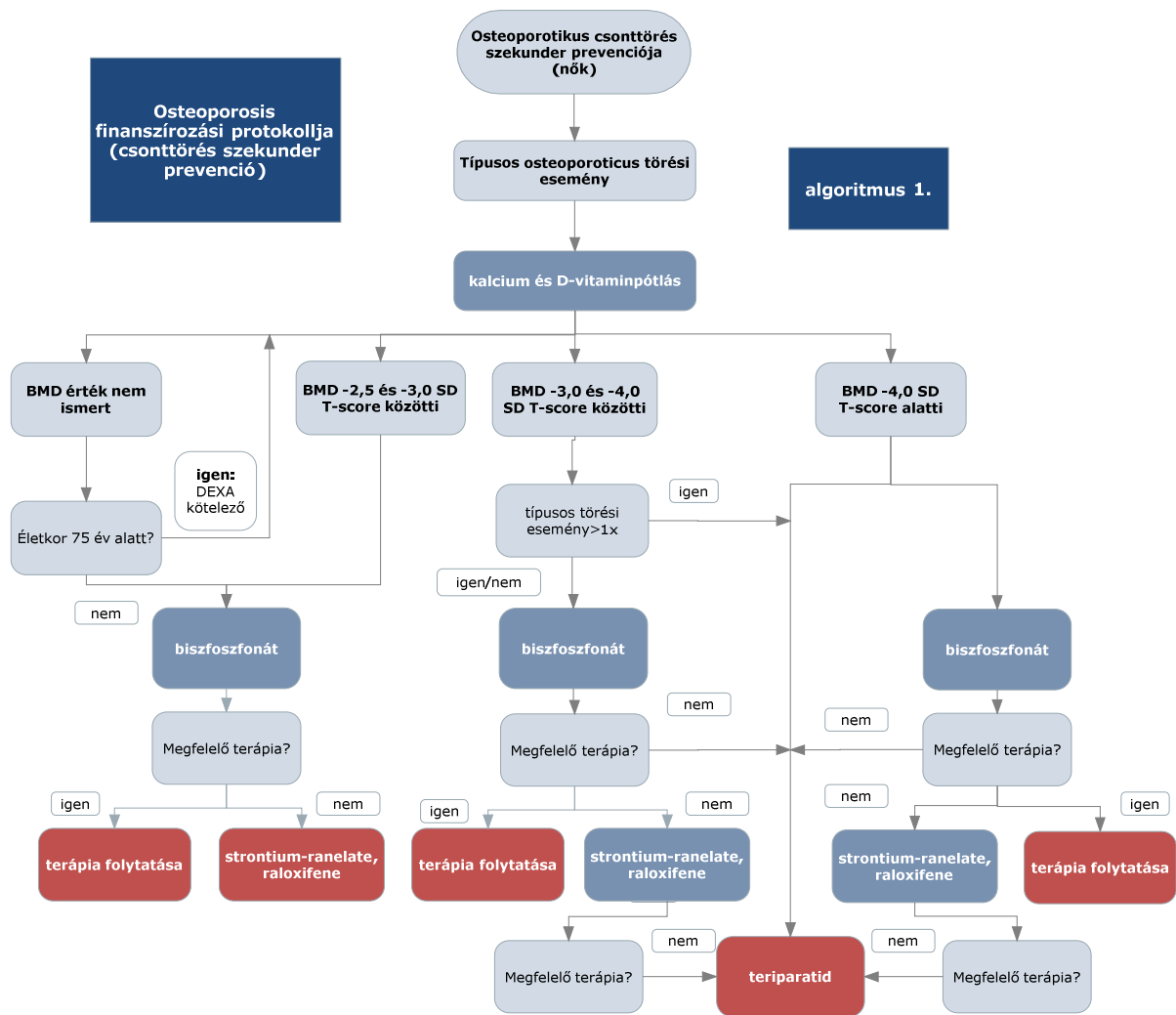
Az optimális kezelési eredmény, ha a terápia első 2-3 évében a trabecularis csontdenzitás 7-10%-kal nő, mert ez a törési rizikót felére csökkenti.

Vizsgálatok szerint már 12 hónapos alendronát kezelés statisztikailag szignifikáns javulást eredményezett a betegek állapotában. Ennél rövidebb kezelési időszak alatt a terápia hatásosságát megítélni nem lehet. Kontrollált vizsgálatok szerint tízéves alendronát kezelés során a csontsűrűség-nyereség megközelítette a 15%-ot. Más vizsgálatok arra világítottak rá, hogy a csípőtörések gyakorisága nem nőtt azoknál a nőknél, akik 5 éves alendronát kezelés után 5 évig placebót szedtek, azokhoz képest, akik 10 éves alendronát kezelésben részesültek, de a csigolyatörések gyakorisága nőtt. A 80 év feletti női populációban pedig megkérdőjeleződött a gyógyszerek hatásossága.

Teriparatid esetén 18 hónapos kezelést támogat az egészségbiztosító.

7. Finanszírozási algoritmus

Finanszírozási sarokpontok optimális megvalósíthatóságának és ellenőrzésének kritériumait az alábbi egyszerűsített ábrán mutatjuk be. A postmenopausás, osteoporosisos nők szekunder prevenciójának finanszírozási algoritmusát az ábra jobb oldali elágazásának lépései szemléltetik.



8. Az osteoporosis prevenciók terápia finanszírozási és ellenőrzési kritériumai

Adminisztratív ellenőrzési pontok (folyamatba épített ellenőrzés)

1. Kompetencia szint: szakrendelés, szakorvosi kompetencia ellenőrzése
2. Betegadatok (online TAJ ellenőrzés)
3. Jogszabályban rögzített indikációs terület (BNO) ellenőrzése

Szakmai ellenőrzési pontok

A kezelés monitorozásának ellenőrzése (kontrollvizsgálat)

1. Beteg neme
2. Szérum és vizelet kalcium meghatározása D-vitaminpótló terápia esetén
3. DEXA vizsgálat, kontrollvizsgálat
4. Rizikófaktorok
5. Osteoporoticus törés
6. Gyógyszerváltás indokoltsága (intolerancia, mellékhatás, hatástalanság)

Indikátorok

1. A terápiás területre fordított közkiadások alakulása, monitorozása
2. A finanszírozási algoritmus szerint kezelt betegek aránya
3. Kezelés mellett bekövetkező törések monitorozása

Az alábbiakban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által alkalmazott ellenőrzési adatlapot prezentálunk az osteoporosis törés-prevenciók kezelésének kontrolljára vonatkozóan. Természetesen csak mintaértékű, az indikációs pontban, illetve a finanszírozási protokollban megjelenő feltételrendszerek változásának tükrében az ellenőrzés adattartalma, illetve a preferált kérdések változhatnak.



Osteoporosis primer és szekunder prevenció kezelése ellenőrzési adatlap
"Az emelt, kiemelt indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó betegcsoportok, indikációs területek és a felírásra jogosultak köre" c. OEP-közlemény
Eü70%-os támogatási kategória 9a/1-4, 9b/1-3. és Eü90%-os 29.
(a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet 3. sz. mellékletében meghatározott) pontjai alapján

Adminisztratív rész (a betegdokumentáció alapján)

A01. Az ellenőrzés időpontja		
A02. Az ellenőrzött egység ÁNTSZ kódja		
A03. A vizsgált beteg TAJ száma		
A04. A felíró orvos (1) pecsét száma. Jogosult volt-e a gyógyszer felírására?	igen	nem
A05. A felíró orvos (2) pecsét száma. Jogosult volt-e a gyógyszer felírására?	igen	nem
A06. A felíró orvos (3) pecsét száma. Jogosult volt-e a gyógyszer felírására?	igen	nem
A07. A felíró orvos (4) pecsét száma. Jogosult volt-e a gyógyszer felírására?	igen	nem

Szakmai rész I. (a betegdokumentáció alapján)

S00. A kitöltéshez felhasznált orvosi dokumentáció(k) azonosítója		
s00a		
s00b		
S01. A vizsgált beteg neme	férfi	nő
S02. A vizsgált beteg születési éve		
S03. A vizsgált beteg testsúlya		kg
S04. A vizsgált beteg testmagassága		cm
S05. A teriparatid kezelés kezdete		
S06. A teriparatid kezelés jelenleg tart-e?	igen	nem
S07. HA nem, a teriparatid kezelés vége		
S08. Típusos osteoporoticus csonttörési eseménye(i) volt(ak)-e a betegnek?	igen	nem
S09a HA igen, mikor volt?	1.	
S09b	2.	
S09c	3.	
S10. DEXA vizsgálata(i) volt(ak)-e a betegnek?	igen	nem
S11. HA igen, mikor? Mennyi volt a T-score értéke?	dátum	T-score érték
S11a	1.	
S11b	2.	
S11c	3.	

Szakmai rész II. (a betegdokumentáció alapján)

S12. Biszfoszfonát kezelésben részesült:		igen	nem
S13. Biszfoszfonát kezelés kezdete?	<input type="text"/>		
S14. Biszfoszfonát kezelés vége?	<input type="text"/>		
S15. AMENNYIBEN 12 hónapnál kevesebb ideig kapta, mi volt az oka?			
S15a	Ellenjavallat?	<input type="text"/>	igen nem
S15b	Intolerancia?	<input type="text"/>	igen nem

Szakmai rész III. (a betegdokumentáció alapján)

S16. Raloxifene kezelésben részesült?		igen	nem
S17. HA igen, a raloxifene kezelés kezdete?	<input type="text"/>		
S18. Raloxifene kezelés vége?	<input type="text"/>		

Szakmai rész IV. (a betegdokumentáció alapján)

S19. Strontium-ranelate kezelésben részesült?		igen	nem
S20. Ha igen, a strontium-ranelate kezelés kezdete?	<input type="text"/>		
S21. Strontium-ranelate kezelés vége?	<input type="text"/>		

Szakmai rész V. (a betegdokumentáció alapján)

S22. Folyamatos D-Vitamin+Ca kezelésben részesül-e?		igen	nem
S23. Ha igen, D-Vitamin+Ca kezelés kezdete?	<input type="text"/>		
S24. AMENNYIBEN nem részesül folyamatos D-Vitamin+Ca kezelésben, mi az oka?			
S24a	Ellenjavallat?	<input type="text"/>	igen nem
S24b	Intolerancia?	<input type="text"/>	igen nem

Szakmai rész VI. (a betegdokumentáció alapján)

S26. A betegnél fennálló veszélyeztetettségi tényező(k)

1 Csípőtörés a szülői anamnézisben	13 BMI < 22 kg/m ²
2 Kezeletlen korai menopauza	14 testtömeg < 58kg
3 Reumatoid arthritis miatti kezelés	15 10%-nál nagyobb arányú testtömegvesztés
4 Spondylitis ankylopoetica	16 Hyperthyreosis
5 Hypogonadismus miatti oestrogenhiány	17 Chron betegség gyógyszeres kezelése
6 Dohányzás	18 Chronicus máj-, vesebetegség
7 tartós corticosteroid kezelés	19 chr. malnutritio/malabsorptio/maldigestio
8 Szervtransplantáció utáni állapot	20 renalis hypercalcuria
9 felnőttkori, nem erős traumás csonttörés	21 fokozott elesési kockázat
10 fokozott csontturnover	22 osteoporosis a csládi anamnézisben
11 IDDM	23 porogen gyógyszerek tartós szedése
12 napi 4 egységénél több alkohol fogyasztása	24 tartós immobilitás

PH

PH

.....
Ellenőrzést végzők

.....
Ellenőrzött szolgáltató

Az osteoporosis szekunder prevenciók gyógyszerterápiájának társadalombiztosítási szabályozását a 32/2004 ESzCsM rendelet 2. számú mellékletében az alábbi indikációs pontokban határoztuk meg.

EÜ70 9a/1. – kalcium és D-vitamin pótlás indikációja primer és szekunder prevencióban
 EÜ70 9b/1. – orális biszfoszfonát kezelés indikációja szekunder prevencióban
 EÜ70 9b/2. – parenterális biszfoszfonát kezelés indikációja szekunder prevencióban
 EÜ70 9b/3. – strontium-ranelate és raloxifen kezelés indikációja szekunder prevencióban
 EÜ90 29. – teriparatid kezelés indikációja szekunder prevencióban

9. A finanszírozás szempontjából lényeges finanszírozási kódok

1. Táblázat: OENO kódok

Kód	Megnevezés
3570C	Csontsűrűség mérése törzscsontokon
21510	Összes kalcium meghatározása
21512	Ionizált kalcium meghatározása
22300	Kalcium meghatározása vizeletben

2. Táblázat: Releváns BNO kódok

BNO	BNO megnevezés
M8000	Postmenopausalis osteoporosis pathológiás töréssel
M8010	Petefészek eltávolítás utáni osteoporosis pathológiás töréssel
M8020	Inaktivitási osteoporosis pathológiás töréssel
M8030	Sebészeti beavatkozás ut. malabsorptiós osteoporosis pathológiás töréssel
M8040	Gyógyszer-indukálta osteoporosis pathológiás töréssel
M8050	Idiopathiás osteoporosis pathológiás töréssel
M8080	Egyéb osteoporosis pathológiás töréssel
M8090	Nem meghatározott osteoporosis pathológiás töréssel, k.m.n.
M8091	Krónikus májbetegség talaján kialakult osteoporosis, pathológiás töréssel
M8200	Osteoporosis myeloma multiplexben (C90.0+)
M8210	Osteoporosis endocrin rendellenességekben (E00-E34+)
M8280	Osteoporosis egyéb, máshova osztályozott betegségekben
Z0000	Vizsgálat, általános
Z0001	Járóbeteg első szakorvosi ellátása a kórházi ápolást követően
Z0940	Gondozás, követéses vizsgálat: töréskezelés után
Z0970	Gondozás, követéses vizsgálat: más állapotok kombinált kezelése után
Z0980	Gondozás, követéses vizsgálat: egyéb okból
Z5080	Gondozás rehabilitációs eljárásokkal
Z5090	Rehabilitáció és gondozás, k.m.n.
Z5180	Orvosi ellátás
Z5190	Orvosi ellátás, k.m.n.
Z8260	Arthritis és más vázizom-kötőszöveti betegség a családi anamnesisben

3. Táblázat: ATC kódok

ATC	ATC megnevezés
A12AA	Kalcium
A12AA04	Kalcium karbonát
A11CC05	Kolekalciferol
M05BA04	Alendronát
M05BA06	Ibandronát
M05BA07	Rizedronát
M05BA08	Zoledronát
M05BB	Biszfoszfonátok, kombinációk
M05BB02	Rizedronát és kalcium, szekvenciális
M05BB03	Alendronát és kolekalciferol
M05BX	Mineralizációra ható egyéb gyógyszerek
G03XC01	Raloxifen
H05AA02	Teriparatid

10. A finanszírozási eljárásrend alkalmazásának kezdő napja: 2010. április 1.

11. A finanszírozási eljárásrend érvényességének határideje: 2013. április 30.

12. A felülvizsgálat tervezett időpontja: 2012. november 30.