

UCHWAŁA NR XI.93.2023
RADY MIASTA JASTRZĘBIE-ZDRÓJ

z dnia 28 września 2023 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn: "Program polityki zdrowotnej realizowany przez Miasto Jastrzębie-Zdrój w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy w latach 2023-2025"

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (j. t. Dz. U. z 2023 r. poz. 40) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i 3 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j. t. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561)

Rada Miasta Jastrzębie Zdrój
uchwała

§ 1. Przyjąć program polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej realizowany przez Miasto Jastrzębie-Zdrój w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy w latach 2023-2025”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierzyć Prezydentowi Miasta Jastrzębie-Zdrój.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miasta

Piotr Szereda

Załącznik do uchwały Nr XI.93.2023
Rady Miasta Jastrzębie-Zdrój
z dnia 28 września 2023 r.

**Program polityki zdrowotnej realizowany przez Miasto Jastrzębie-Zdrój w obszarze edukacji
w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy
w latach 2023-2025**

**Na podstawie art. 48aa ust. 5 lub 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych**

Rekomendacja nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r.

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego.

Osteoporoza to układowa choroba szkieletu, charakteryzująca się zwiększonym ryzykiem złamań kości w następstwie zmniejszenia ich odporności mechanicznej. Odporność mechaniczna kości jest uwarunkowana gęstością mineralną (MDB) i jakością tkanki kostnej. Do złamaniaiskoenergetycznego (patologicznego) może dojść nie tylko z powodu osteoporozy, lecz np. z powodu nowotworu. Złamanieiskoenergetyczne definiuje się jako złamanie pod wpływem siły, która nie łamie zdrowej kości (upadek z wysokości własnego ciała lub wystąpienie złamania samoistnego). Wyróżnia się dwa rodzaje osteoporozy:

- a) pierwotna, która rozwija się u kobiet po menopauzie i rzadziej u mężczyzn w podeszłym wieku,
- b) wtórna – jest następstwem różnych stanów patologicznych lub wynikiem działania niektórych leków, najczęściej glikokortykosteroidów (Szczeklik 2017).

Do czynników ryzyka występowania osteoporozy pierwotnej zalicza się:

- a) czynniki genetyczne i demograficzne: predyspozycja rodzinna, wiek (kobiety >65 lat, mężczyźni >70 lat), płeć żeńska, rasa biała i żółta (osteoporoza występuje 3 razy częściej niż u rasy czarnej), BMI <18 kg/m², stan prokreacyjny: niedobór hormonów płciowych o różnej etiologii, przedłużony brak miesiączki,
- b) późne pokwitanie, brak przebytych porodów, stan pomenopauzalny (zwłaszcza przedwczesny, w tym po usunięciu jajników),
- c) czynniki związane z odżywianiem i stylem życia: mała podaż wapnia; niedobór witaminy D; mała lub nadmierna podaż fosforu; niedobory białkowe lub dieta bogatobiałkowa; palenie tytoniu; alkoholizm; nadmierne spożywanie kawy; siedzący tryb życia.

Osteoporoza wtórna może być wynikiem: występowania chorób, w tym: zaburzeń hormonalnych, chorób układu pokarmowego, chorób nerek, chorób reumatycznych, chorób układu oddechowego, chorób szpiku i krwi, hiperwitaminozy A, a także stan po przeszczepieniu narządu, przyjmowanie glikokortykosteroidów, hormonów tarczycy w dużych dawkach, leków przeciwpadaczkowych (fenobarbital, fenytoina, karbamazepina), heparyny (zwłaszcza niefrakcjonowana), antagonistów witaminy K, cyklosporyny, leków immunosupresyjnych w dużych dawkach i innych antymetabolitów, żywic wiążących kwasy żółciowe (np. cholestyramina), analogów gonadoliberyny, pochodnych tiazolidynodionu (pioglitazon), tamoksyfenu (u kobiet przed menopauzą), inhibitorów aromatazy, inhibitorów pompy protonowej, leków przeciwretrowirusowe, unieruchomienie, przebyte złamania, sarkopenia (Szczeklik 2017). Osteoporozę jako jednostkę chorobową można rozpoznać po stwierdzeniu zmniejszonej gęstości mineralnej kości (BMD, ang. bone mineral density) – wskaźnik T (ang. T-score) o wartości $\leq -2,5$ u kobiet po menopauzie oraz mężczyzn w wieku ≥ 50 lat. U osób młodszych muszą występować dodatkowe czynniki ryzyka i zwykle jest to osteoporoza wtórna. W diagnostyce osteoporozy wskazana jest ocena bezwzględnego dziesięcioletniego ryzyka złamania na podstawie występowania u pacjenta czynników ryzyka złamań (Szczeklik 2017).

Ryzyko złamań w poszczególnych krajach i grupach etnicznych może się znacznie różnić. Szacuje się, że w wysoko rozwiniętych krajach europejskich ok. 40% kobiet 50-letnich do końca życia doznaje ≥ 1 złamania związanego z osteoporozą; najczęściej złamania kręgu, bliższego końca kości udowej lub kości przedramienia. Ryzyko złamań u mężczyzn jest mniejsze (13-30% do końca życia u mężczyzn 50-letnich) (Szczeklik 2017).

W oparciu o kryteria diagnostyczne WHO (wskaźnik T-score $\leq -2,5$), szacuje się, że ok. 22 mln kobiet i 5,5 mln mężczyzn w wieku od 50 do 84 lat w UE cierpi na osteoporozę (dane za rok 2010). Z prognoz wynika, że w związku ze zmianami demograficznymi, do 2025 roku liczba ta wzrośnie o 23% sięgając 33,9 mln osób. W 2010 r. zaobserwowano ok. 3,5 mln nowych złamań wśród mieszkańców UE (z czego 2/3 u kobiet) (Hernlund 2013).

I.2 Dane epidemiologiczne

W mapach potrzeb zdrowotnych (MPZ) w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego nie wyodrębniono danych dla samej osteoporozy, jednak została ona uwzględniona w ramach zaburzeń mineralizacji i struktury kości, w których zawarto następujące rozpoznania wg ICD-10: M80 – Osteoporoza ze złamaniem patologicznym; M81 – Osteoporoza bez patologicznego złamania; M82 – Osteoporoza w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej; M83 – Zmiękczenie kości (osteomalacja dorosłych); M84 – Zaburzenia ciągłości kości; M85 – Inne zaburzenia mineralizacji

i struktury kości. Zapadalność rejestrowana dla rozpoznania z grupy zaburzenia mineralizacji i struktury kości w roku 2014 wyniosła 72,2 tysięcy przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 190,1. Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 594,4 tysięcy (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 1 564,2).

Zgodnie z badaniami WHO oraz SCOPE w krajach Unii Europejskiej w populacji w wieku powyżej 50 lat osteoporoza występuje u 22,1% kobiet oraz 6,6% mężczyzn (MPZ 2018, Kanis 2013). Biorąc pod uwagę obserwowaną w 2016 liczbę chorych – ok. 606 tys. (osoby w wieku powyżej 50. r.ż. z rozpoznaniem M.80 lub M.81), teoretyczną liczbę chorych – ok. 2 158 tys. (estymowaną jako wskazany przez WHO procent populacji powyżej 50. r.ż.), stopień wykrywalności osteoporozy definiowany jako stosunek liczby zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych wynosi 28,1%.

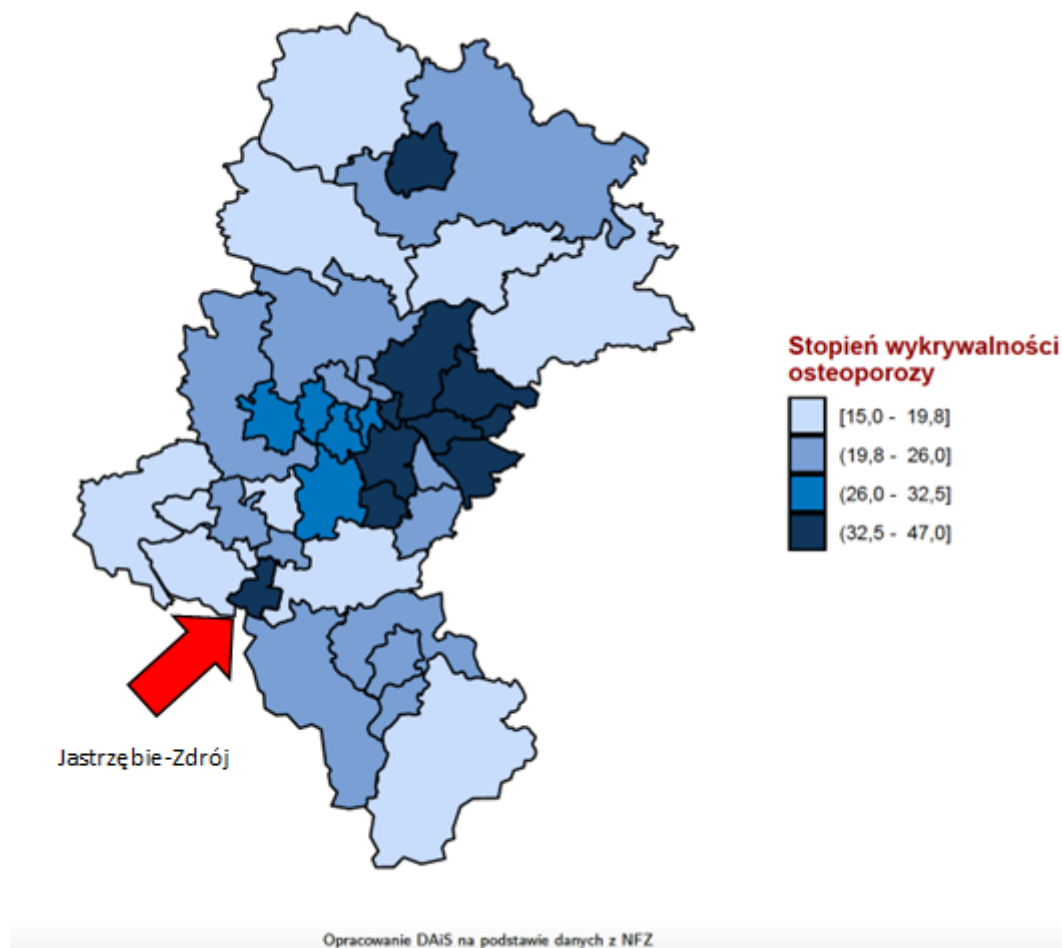
Stopień wykrywalności osteoporozy w województwach Polski

Woj.	Obserwowana liczba chorych [tys.]	Teoretyczna liczba chorych [tys.]	Stopień wykrywalności [%]
dolnośląskie	39,74	170,06	23,4
kujawsko-pomorskie	32,11	116,09	27,7
lubelskie	26,91	121,42	22,2
lubuskie	10,56	56,53	18,7
łódzkie	43,38	151,82	28,6
małopolskie	44,93	179,20	25,1
mazowieckie	126,96	298,35	42,6
opolskie	10,18	58,49	17,4
podkarpackie	25,54	112,61	22,7
podlaskie	26,25	66,91	39,2
pomorskie	32,31	122,32	26,4
śląskie	76,81	270,41	28,4
świętokrzyskie	21,67	74,01	29,3
warmińsko-mazurskie	25,52	77,94	32,7
wielkopolskie	40,96	184,22	22,2
zachodniopomorskie	22,55	97,84	23,0
Polska	606,38	2 158,19	28,1

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-slaskie/#>

Stopień wykrywalności osteoporozy w powiatach województwa Śląskiego



źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-slaskie/#>

I.3 Opis obecnego postępowania

Osteoporozę jako jednostkę chorobową można rozpoznać (wg WHO i IOF) po stwierdzeniu zmniejszonej BMD – wskaźnik $T \leq -2,5$ u kobiet po menopauzie oraz mężczyzn w wieku ≥ 50 lat. Natomiast u osób młodszych muszą występować dodatkowe czynniki ryzyka (zwykle jest to osteoporoza wtórna). Niespełnienie kryterium densytometrycznego nie wyklucza jednak ryzyka złamania niskoenergetycznego, które jest najistotniejszym objawem klinicznym osteoporozy. Rozpoznanie osteoporozy ustala się więc przede wszystkim u osób z dokonaniem złamaniem niskoenergetycznym, po wykluczeniu innych przyczyn. Według ekspertów National Bone Health Alliance osteoporozę należy rozpoznać także u osób z osteopenią i złamaniem niskoenergetycznym (kręgu, bliższego końca kości ramiennej, miednicy, a w niektórych przypadkach także dalszego końca kości promieniowej), a nawet u osób bez złamań, ale z dużym ryzykiem obliczonym za pomocą kalkulatora FRAX™.

1. diagnostyce osteoporozy wskazana jest więc ocena bezwzględnego 10-letniego ryzyka złamania na podstawie występowania u pacjenta czynników ryzyka złamań. Do obliczenia indywidualnego ryzyka złamania u osoby dorosłej w wieku od 40 (w polskich zaleceniach 45) do 90 lat można zastosować kalkulator FRAX™. Narzędzie to integruje 12 czynników: wiek, płeć, masę ciała, wzrost, przebyte złamania, złamanie bliższego końca kości udowej u jednego z rodziców, aktualne palenie tytoniu, przyjmowanie GKS (przez >3 miesiące w dawce równoważnej ≥ 5 mg prednizonu), reumatyczne zapalenie stawów – RZS, osteoporozę wtórną, picie alkoholu, i – jeśli jest dostępna – BMD szyjki kości udowej. Kalkulator nie uwzględnia wielu innych czynników ryzyka złamań, dlatego próg interwencji należy obniżyć, jeśli u pacjentki stwierdza się np. przebyte mnogie złamania, długotrwałe przyjmowanie GKS w dużych dawkach, biochemiczne wskaźniki przyspieszonego obrotu kostnego czy sarkopenię i/lub częste upadki. To narzędzie oceny ryzyka

złamania jest przystosowane do konkretnej populacji (np. polskiej, dla której za ryzyko duże uznaje się ryzyko złamań głównych $\geq 10\%$).

Zgodnie z „Wykazem świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunków ich realizacji” zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), świadczenia gwarantowanego pn. „Porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy” udzielać mogą:

- ✓ lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii, lub położnictwa i ginekologii albo
- ✓ lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Ponadto w ww. rozporządzeniu wskazano na konieczność zapewnienia wyposażenia w densytometr DXA do badania kręgosłupa i kości udowej oraz zapewnienia dostępu do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, USG oraz RTG⁹. Polscy eksperci rekomendują dwustopniową procedurę diagnostyczną i terapeutyczną osteoporozy:

- ✓ I etap obejmuje lekarzy POZ i/lub lekarzy medycyny rodzinnej – do ich kompetencji należy identyfikacja pacjentów zagrożonych złamaniami oraz skierowanie ich do poradni leczenia osteoporozy lub innych specjalistów zajmujących się jej leczeniem. Decyzja o przekazaniu pacjenta specjalistom powinna być oparta na: wyniku badania lekarskiego (w tym pomiaru wzrostu) i wywiadu dotyczącego złamań, upadków oraz oszacowania ryzyka złamań kalkulatorem FRAX BMI dla populacji polskiej;
- ✓ etap II obejmuje lekarzy specjalistów – do ich zadań należy potwierdzenie dokonanych złamań, identyfikacja innych istniejących czynników ryzyka złamań, ustalenie ostatecznego rozpoznania oraz – oparta na diagnostyce różnicowej, densytometrii, obrocie kostnym (optymalnie), określeniu równowagi wapniowo-fosforanowej, w tym dobowej kalcinurii, stężeniu witaminy D w surowicy – ostateczna decyzja dotycząca kompleksowej terapii.

I.4 Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

I.5 Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 40 % uczestników programu.

I.6 Cele szczegółowe

- a) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 50 % personelu medycznego w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.
- b) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 30 % świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi.

I.7 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Cel	Miernik
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich

	osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.

I.8 Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny, którym ma kontakt z uczestnikami PPZ, w szczególności: - osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne - lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące
Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja ogólna osób dorosłych
Ocena ryzyka poważanego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	Kobiety w wieku ≥ 65 lat lub kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego
Pomiar BMD za pomocą DXA	Uczestnicy programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wniosło $\geq 5\%$.
Lekarska wizyta podsumowująca	Każdy świadczeniobiorca, który w ramach programu uzyskał wynik pomiaru BMD za pomocą DXA

I.9 Populacja docelowa

Ogółem liczba kobiet zamieszkałych na terenie Jastrzębia-Zdroju kwalifikująca się do włączenia do programu wynosi: 24 437. Ogółem liczba mężczyzn zamieszkałych na terenie Jastrzębia-Zdroju kwalifikująca się do włączenia do programu wynosi: 3528. Liczba personelu, który będzie kontaktował się z uczestnikami PPZ, w szczególności: osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące-10 osób.

Lp.	Przedział wiekowy kobiet w latach	Kobiety	Przedział wiekowy mężczyzn w latach	Mężczyźni
1.	40*-59	11438		
2.	60-64	2482		
3.	65-70	2548		
4.	71-81	5747	75-81	2218
5.	>81	2222	>81	1310
	Suma	24437		3528

Na podstawie danych statystycznych z Wydziału spraw Obywatelskich i Komunikacji Urzędu Miasta Jastrzębie-Zdrój (aktualne na dzień: 1 lutego 2023 r.)

*Przedział wiekowy podany w PPZ zawiera również kobiety w wieku 40 lat. Popełniono omyłkę pisarską.

- 1) Odsetek osób powyżej 50 roku życia mieszkających na terenie miasta Jastrzębie-Zdrój, które

zostaną objęte działaniami informacyjno -edukacyjnymi w ramach programu wyniesie: 40%. Liczba osób powyżej 50 roku życia mieszkających na terenie gminy objętej działaniami informacyjno -edukacyjnymi w ramach programu wyniesie: ok. 13 095

- 2) Odsetek kobiet w wieku 65 lat i powyżej 65 roku życia mieszkających na terenie miasta Jastrzębie-Zdrój, które zostaną objęte kompleksową interwencją wynosić będzie: nie mniej niż 30%. Liczba kobiet ≥ 65 roku życia mieszkających na terenie gminy objętych kompleksową interwencją wyniesie: ok. 3 155 kobiet.
- 3) Odsetek mężczyzn w wieku 75 lat i powyżej 75 roku życia mieszkających na terenie miasta Jastrzębie-Zdrój, którzy zostaną objęci kompleksową interwencją wynosić będzie: 28%. Objęcie mężczyzn ≥ 75 roku życia kompleksową interwencją jest możliwe w razie objęcia kompleksową interwencję min. 30% kobiet ≥ 65 roku życia mieszkających na terenie gminy oraz niewykorzystania całości środków. Liczba mężczyzn ok. 988.
- 4) Odsetek kobiet w wieku 40-64 lata z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego mieszkających na terenie Jastrzębie-Zdrój objętych kompleksową interwencją wyniesie: 30%. Liczba kobiet w wieku 40-64 lata z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego mieszkających na terenie gminy objętych kompleksową interwencją wyniesie ok. 4176 kobiet.

I.10 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia personelu medycznego	personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej	- ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat; - wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim;
Działania informacyjno-edukacyjne	osoba dorosła	uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat;
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	- kobiety w wieku ≥ 65 lat lub - kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, lub - mężczyźni w wieku ≥ 75 lat (po objęciu działaniami całej populacji kobiet) - podanie w formularzu zgłoszeniowym kompletu informacji niezbędnych do użycia narzędzia FRAX	wcześniej zdiagnozowana osteoporoza;
Pomiar BMD za pomocą DXA	zakwalifikowanie w ramach programu przez uzyskanie wyniku FRAX $\geq 5\%$ (wartość	ostatni pomiar u świadczeniobiorcy BMD za pomocą DXA na szyjce

	obliczana i wpisywana przez osobę przyjmującą formularz zgłoszeniowy na podstawie zawartych w nim danych)	kości udowej w ciągu poprzednich 2 lat przy jednoczesnym braku nowych czynników ryzyka od czasu tego pomiaru - obecność przeciwwskazań do pomiaru DXA przez szyjkę kości udowej, np. obustronna endoproteza całkowita stawu biodrowego, znaczna otyłość; - obecność innych przeciwwskazań, np. ciąża;
Lekarska wizyta podsumowująca	dostępny wynik pomiaru BMD za pomocą DXA wykonany w ramach realizowanego PPZ	brak

I.11 Planowane interwencje

Szczegółowy harmonogram realizacji podjętych działań, w tym planowanych poszczególnych interwencji programu z podziałem na lata 2023- 2025 oraz z podziałem na poszczególne kwartały.

Rok	2023		2024				2025			
kwartał	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Stworzenie Rady ds. Programu	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu	X	X	–	–	–	–	–	–	–	–
Przeprowadzenie konkursu ofert, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).	X	X	–	–	–	–	–	–	–	–
Przeprowadzenie interwencji: szkolenie personelu	X	X	–	–	–	–	X	–	–	–
Przeprowadzenie interwencji: działań edukacyjno-informacyjnych, oceny ryzyka poważnego złamania	–	X	X	X	X	X	X	X	X	–

osteoporotycznego narzędziem FRAX, pomiarów BMD za pomocą DXA, lekarskie wizyty podsumowujące.										
Bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy/końcowy).	–	X	X	X	X	X	X	X	X	–
Zakończenie realizacji Programu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
Rozliczenie finansowe PPZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X

SZKOLENIA PERSONELU MEDYCZNEGO

- W ramach PPZ realizowane zostaną szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami.
- Formy szkolenia będą dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.
- W ramach szkoleń personel medyczny zostanie zapoznany z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, a także zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpi do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, będzie zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Szkolenia odbywać się będą w siedzibie wyłonionego w drodze konkursu ofert podmiotu leczniczego-realizatora programu. Realizator programu odpowiedzialny będzie za zapewnienie kadry szkoleniowej, środków audiowizualnych i materiałów szkoleniowych.
- szkolenia zostaną skierowania do personelu medycznego bezpośrednio zaangażowanego w realizację działania: lekarzy, pielęgniarek, osób obsługujących densytometr, koordynatorów programu. Ogółem 10 osób. Szkolenie przed realizacją programu, następnie raz na dwa lata.

DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE:

- ✓ Przygotowanie broszur z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom. Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej. Działania edukacyjno-informacyjne nakierowane na podniesienie poziomu wiedzy teoretycznej o praktyczną i dotyczą co najmniej: promocji elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na

zdrowie kości; zasadniczej roli aktywności fizycznej na poprawę BMD, ze szczegółowym omówieniem ćwiczeń obciążeniowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta, przyczyn upadków oraz ich negatywnych następstw; działań pomagających zapobiegać upadkom; identyfikacji i sposobów eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę; podkreślenia roli prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu,

- ✓ Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej.
- ✓ Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Kolportaż ulotek w ilości populacji mogącej potencjalnie kwalifikować się do udziału w programie zgodnie z punktem I.9 tj.: Ogółem liczba kobiet zamieszkałych na terenie Jastrzębia-Zdroju kwalifikująca się do włączenia do programu wynosi: 24 437. Ogółem liczba mężczyzn zamieszkałych na terenie Jastrzębia-Zdroju kwalifikująca się do włączenia do programu wynosi: 3528. Łącznie ok. 30 tys. Ulotki będą dystrybuowane za pośrednictwem gońców zatrudnionych przez Urząd Miasta Jastrzębie-Zdrój w podmiotach leczniczych, parafiach, klubach seniorów, instytucjach kultury, obiektach sportowych i innych. Wykład, szkolenie, konferencja stacjonarne w każdym roku realizacji PPZ w Miejskim Ośrodku Kultury-sala kina dla wszystkich chętnych, z grupy osób kwalifikujących się do udziału w programie. Przewiduje się organizację co najmniej dwóch wykładów. Odbiorcy będą zapraszani za pośrednictwem lokalnych mass mediów, ogłoszenia parafialne oraz bezpłatną gazetę samorządową. Ponadto Realizator PPZ zapewni do realizacji działań zgodnie z zaplanowanymi formami przekazu w trakcie trwania PPZ: broszury, ulotki, plakaty, wykłady w swojej siedzibie lub Urzędzie Miasta większa konferencja, porady online lub teleporady. Warunki lokalowe: sale szkoleniowe w siedzibie realizatora lub udostępnione przez Urząd Miasta, który posiada profesjonalne zaplecze techniczne do przeprowadzenia wykładów.
- ✓ W przypadku osób, które kwalifikują się do oceny narzędziem FRAX w ramach programu, dopuszcza się możliwość prowadzenia uzupełniającej edukacji indywidualnej, np. podczas lekarskiej wizyty podsumowującej, w ramach której lekarz udziela wyczerpujących odpowiedzi na pytania świadczeniobiorcy, przez co wyjaśnia i utrwala przekazane wcześniej informacje.
- ✓ Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpi do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- ✓ W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np. materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Programu Profilaktyki Osteoporozy” (<https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/profilaktyka-osteoporozy>).

OCENA RYZYKA POWAŻNEGO ZŁAMANIA OSTEOPOROTYCZNEGO NARZĘDZIEM FRAX:

- ✓ Realizator PPZ dysponuje poradnią leczenia osteoporozy, wyposażoną w pomieszczenia zgodnie z wymogami NFZ. Posiada wszelkie dopuszczenia i certyfikaty niezbędne do realizacji umowy z NFZ.
- ✓ Realizator PPZ powinien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem

niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w programie; są też zobowiązani do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

- ✓ Od realizatora PPZ będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych. Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, oraz kadre i sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych interwencji. Konieczne jest pomieszczenie, gdzie będzie można przeprowadzić wywiad lekarski, badanie fizykalne, pomiar wzrostu i masy ciała pacjentów. Potrzebny jest też komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej. Narzędzia Garvan Fracture Risk Calculator lub Fracture Risk Assessment Tool są opcjonalne, ale mogą być przydatne w ocenie potrzeby podjęcia leczenia wśród osób, które nie w pełni wpisują się w ustalone kryteria rozpoznania choroby. Niezbędny jest dostęp do pracowni densytometrycznej, w której wykonane zostanie badanie. W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizowaniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

- ✓ Na tym etapie realizacji PPZ planuje się objąć 7331 kobiety i 988 mężczyzn = 8319 osób w ciągu 3 lat, co daje ok 2773 osób rocznie*

UWAGA: Biorąc pod uwagę stopień wykrywalności osteoporozy definiowany jako stosunek liczby zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych, który wynosi 28,1%, do udziału w programie zakwalifikuje się 7331 kobiet i 988 mężczyzn. Należy uwzględnić prawdopodobieństwo, że wszyscy uczestnicy zakwalifikowani do programu objęci zostaną pełnym zakresem Programu: tj.:

- poddani zostaną działaniom edukacyjno-informacyjnym;
- zostaną zakwalifikowani do FRAX,
- wykony zostanie pomiar BMD za pomocą DXA,
- wezmą udział w lekarskiej wizycie podsumowującej;
- ✓ Każda osoba zgłaszająca się do programu wypełnia formularz zgłoszeniowy, który poza innymi informacjami uwzględnia także wszystkie dane niezbędne dla narzędzia FRAX, tj.: wiek (w latach), płeć (kobieta lub mężczyzna), masę ciała (w kg), wzrost (w cm) oraz pytania „tak”/”nie” dotyczące wystąpienia dodatkowych czynników ryzyka złamania osteoporotycznego: przebyte złamania, złamania biodra u co najmniej jednego z rodziców, obecne palenie tytoniu, stosowanie glikokortykosteroidów, zdiagnozowane reumatoidalne zapalenie stawów, obecność schorzenia silnie związanego z osteoporozą, spożywanie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie. Obok każdego z pytań o obecność dodatkowego czynnika ryzyka złamania osteoporotycznego należy zamieścić stosowne wyjaśnienie, np. ze strony internetowej: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=po&country=40>
- ✓ Osoba przyjmująca formularz weryfikuje kompletność zamieszczonych w nim informacji, a następnie korzystając z FRAX dla populacji polskiej („FRAX PL”) wylicza dziesięcioletnie prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego. Wynik wpisywany jest do formularza zgłoszeniowego. Wynik udostępniany jest świadczeniobiorcy w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego.
- ✓ Osoba przyjmująca formularz udziela merytorycznych odpowiedzi na wszelkie pytanie

dotyczące osteoporozy i zapobieganiu upadkom oraz kieruje świadczeniobiorców do rzetelnych źródeł wiedzy.

- ✓ W przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważanego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej niższego niż 5% uczestnik otrzymuje informację zwrotną o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA.
- ✓ W przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważanego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej równego lub wyższego niż 5% uczestnik otrzymuje informację zwrotną o zakwalifikowaniu do pomiaru DXA, a także szczegóły dotyczące miejsca i czasu planowanego pomiaru DXA oraz sposobu przygotowania do badania. Świadczenioborca powinien zostać poinformowany o przeciwwskazaniach do wykonania pomiaru DXA.
- ✓ Świadczenioborca jest informowany, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy.

POMIAR BMD ZA POMOCĄ DXA:

- ✓ Działania są skierowane do uczestników programu, którzy uzyskali wynik FRAX $\geq 5\%$ i zostali zakwalifikowani do programu. Na tym etapie realizacji PPZ planuje się objąć 7331 kobiety i 988 mężczyzn = 8319 osób w ciągu 3 lat, co daje 2610 osób rocznie.

UWAGA: Biorąc pod uwagę stopień wykrywalności osteoporozy definiowany jako stosunek liczby zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych, który wynosi 28,1%, do udziału w programie zakwalifikuje się 7331 kobiety i 988 mężczyzn. Należy uwzględnić prawdopodobieństwo, że wszyscy uczestnicy zakwalifikowani do programu objęci zostaną pełnym zakresem Programu: tj.:

- poddani zostaną działaniom edukacyjno-informacyjnym;
- zostaną zakwalifikowani do FRAX,
- wykony zostanie pomiar BMD za pomocą DXA,
- wezmą udział w lekarskiej wizycie podsumowującej;

Uwaga: na etapie opracowywania PPZ nie jest możliwe oszacowanie jaki odsetek zakwalifikuje się do kolejnego etapu programu po kwalifikacji narzędziem FRAX dlatego uwzględniono prawdopodobieństwo, że wszyscy uczestnicy zakwalifikowani do programu objęci zostaną pełnym zakresem Programu.

- ✓ Pomiar densytometrii DXA jest dokonywany na kręgosłupie i szyjce kości udowej. Przy wyznaczaniu T-score dla kobiet i mężczyzn norma referencyjna to NHANES III dla kobiety rasy białej pomiędzy 20-29 rokiem życia. Przestrzeganie powyższej specyfikacji wskazanej przez autorów narzędzia FRAX umożliwi zastosowanie wyniku pomiaru w narzędziu FRAX.
- ✓ Realizator PPZ dysponuje poradnią leczenia osteoporozy, wyposażoną w pomieszczenia zgodnie z wymogami NFZ. Posiada wszelkie dopuszczenia i certyfikaty niezbędne do realizacji umowy z NFZ.

LEKARSKA WIZYTA PODSUMOWUJĄCA:

- ✓ Realizator PPZ dysponuje poradnią leczenia osteoporozy, wyposażoną w pomieszczenia zgodnie z wymogami NFZ. Posiada wszelkie dopuszczenia i certyfikaty niezbędne do realizacji umowy z NFZ. Posiada personel niezbędny do realizacji umowy z NFZ zgodnie z Zrządzeniami Prezesa NFZ. Lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu. Technik radiologii obsługujący

densytometr, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ. Osoba przyjmująca formularz musi posiadać odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania świadczeniobiorców, np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu, Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

- ✓ W trakcie wizyty lekarz omawia ze świadczeniobiorcą wynik badania DXA. Następnie wykonuje ponowną ocenę ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL – tym razem uwzględniając wynik uzyskany w DXA. Lekarz omawia ze świadczeniobiorcą uzyskany wynik.
- ✓ W przypadku braku osteoporozy pacjent informowany jest o wyniku ujemnym (tj. brak stwierdzonej osteoporozy). Przekazywane są zalecenia odnośnie czynników ryzyka osteoporozy. Świadczeniobiorca jest informowany o tym, że jeśli nie pojawią się dodatkowe czynniki ryzyka, to kolejne badanie DXA powinno zostać przeprowadzone nie wcześniej niż za 2 lata. Świadczeniobiorca kończy swój udział w programie.
- ✓ W przypadku wykrycia osteoporozy pacjent kierowany jest do leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych. W czasie konsultacji lekarz przekazuje pacjentowi informację na temat jego bieżącego stanu zdrowia, zalecenia odnośnie dalszego postępowania oraz wskazuje wszystkie dostępne ścieżki postępowania specjalistycznego w ramach systemu opieki zdrowotnej. Po otrzymaniu skierowania na leczenie osteoporozy pacjent kończy swój udział w programie.

I.12 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert.

I.13 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- ✓ w przypadku osób, które nie kwalifikują się do oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego za pomocą narzędzia FRAX udział w programie kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach informacyjno-edukacyjnych;
- ✓ w przypadku osób, które kwalifikują się do oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego za pomocą narzędzia FRAX udział w programie kończy się wraz z uzyskaniem wyniku mniejszego niż 5%, lub wraz ze zidentyfikowaniem przeciwwskazania do wykonania pomiaru DXA lub wraz z zakończeniem lekarskiej wizyty podsumowującej;
- ✓ zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- ✓ wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

I.14 Organizacja programu polityki zdrowotnej

I.15 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele Urzędu Miasta Jastrzębie-Zdrój, przedstawiciele lokalnych podmiotów leczniczych, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu pełnić będzie rolę

wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie przekroczą 5% całego budżetu na realizację PPZ.

2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów. Przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjno-informacyjnych, oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX, pomiarów BMD za pomocą DXA, lekarskie wizyty podsumowujące. Szkolenia zostaną skierowania do personelu medycznego bezpośrednio zaangażowanego w realizację działania: lekarzy, pielęgniarek, osób obsługujących densytometr, koordynatorów programu. Ogółem 10 osób. Szkolenie przed realizacją programu, następne raz na dwa lata. Szkolenie przeprowadzi lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.
6. Bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowe PPZ.
9. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

I.16 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Interwencja	Wymagania dotyczące personelu
Szkolenia personelu medycznego	Lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.

Działania informacyjno-edukacyjne	Lekarz, fizjoterapeuta pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	Osoba przyjmująca formularz musi posiadać odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania świadczeniobiorców, np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu dla personelu medycznego realizowanym w ramach programu.
Pomiar BMD za pomocą DXA	Zgodnie z obowiązującymi przepisami.
Lekarska wizyta podsumowująca	• lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy, • lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator zapewni wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

I.17 Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

I.18 Monitorowanie

Monitorowanie programu odbywać się będzie w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i będzie prowadzona przy wykorzystaniu następujących wskaźników:

- ✓ liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne; łącznie 10 osób.
- ✓ liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym; łącznie 8319 osób.
- ✓ liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki $<5\%$ i $\geq 5\%$; łącznie 8319 osób
- ✓ 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 $\leq -2,5$) łącznie 8319 osób.
- ✓ liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej; łącznie 8319 osób.
- ✓ liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów; 0 osób.
- ✓ liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie. 0 osób.

UWAGA: Biorąc pod uwagę stopień wykrywalności osteoporozy definiowany jako stosunek liczby zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych, który wynosi 28,1%, do udziału w programie zakwalifikuje się 7331 kobiety i 988 mężczyzn. Należy uwzględnić

prawdopodobieństwo, że wszyscy uczestnicy zakwalifikowani do programu objęci zostaną pełnym zakresem Programu: tj.:

- poddani zostaną działaniom edukacyjno-informacyjnym;
- zostaną zakwalifikowani do FRAX,
- wykony zostanie pomiar BMD za pomocą DXA,
- wezmą udział w lekarskiej wizycie podsumowującej;

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników Programie w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- ✓ data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- ✓ numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- ✓ informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- ✓ data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zostanie również przeprowadzona ocena jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ zapewni się możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, zostanie przedstawiony raporcie końcowym.

I.19 Ewaluacja

Ewaluację rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom Programu. Wynik ewaluacji umieszczony zostanie w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego Programu.

W ramach ewaluacji zastosuje się odniesienie do stopnia zrealizowania potrzeb zdrowotnych populacji docelowej z terenu miasta Jastrzębie-Zdrój, wyrażonej w:

- ✓ liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu). Wartość 10 osób.
- ✓ liczbie uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu). Wartość 8319
- ✓ odsetku świadczeniobiorców z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX; 100%.
- ✓ odsetku świadczeniobiorców z wynikiem BMD $T\text{-score} \leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu; 100%.

I.20 Budżet programu polityki zdrowotnej

Budżet programu uwzględnia wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Podzielono koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazano sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.

Budżet zawiera wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
- koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego,
- koszt przygotowania materiałów informacyjno-edukacyjnych,
- koszt prowadzenia działań edukacyjnych dla świadczeniobiorców,
- koszt obsługi narzędzia FRAX,

- koszt pomiaru BMD za pomocą DXA,
- koszt wizyty, na której pacjent otrzyma wyniki przeprowadzonych badań,
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

I.21 Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji opierają się na wysokości cen rynkowych. W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie kosztów jednostkowych Programu, w odniesieniu do jednego uczestnika programu, przy założeniu, że objęty zostanie pełnym zakresem Programu. Koszt jednostkowy oszacowano na podstawie cen oferowanych przez lokalne podmioty lecznicze, potencjalni realizatorzy Programu:

l.p.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3x4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)				
1.	Ewaluacja i monitorowanie	1	Do 10% całkowitego budżetu PPZ	15,00 zł
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	1	5,00 zł	5,00 zł
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień)	1	5,00 zł	5,00 zł
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	1	5,00 zł	5,00 zł
Koszty bezpośrednie				
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego	1	10,00 zł	10,00 zł
2.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców	1	10,00 zł	10,00 zł
3.	Koszt obsługi narzędzia FRAX	1	10,00 zł	10,00 zł
4.	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej	1	45,00 zł	45,00 zł
5.	Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA	1	50,00 zł	50,00 zł
6.	Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej	1	45,00 zł	45,00 zł
SUMA		1	200,00 zł	200,00 zł

I.22 Koszty całkowite

Biorąc pod uwagę stopień wykrywalności osteoporozy definiowany jako stosunek liczby

zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych, który wynosi 28,1%, do udziału w programie zakwalifikuje się 7331 kobiet i 988 mężczyzn. Należy uwzględnić prawdopodobieństwo, że wszyscy uczestnicy zakwalifikowani do programu objęci zostaną pełnym zakresem Programu: tj.:

- ✓ poddani zostaną działaniom edukacyjno-informacyjnym;
- ✓ zostaną zakwalifikowani do FRAX,
- ✓ wykony zostanie pomiar BMD za pomocą DXA,
- ✓ wezmą udział w lekarskiej wizycie podsumowującej;

Wobec czego całkowity koszt realizacji programu w latach 2023-2025 wyniesie: 7331 kobiet + 988 mężczyzn = 8319 osób w ciągu 3 lat.

Rok realizacji Programu	Koszt całkowity	Udział miasta Jastrzębie-Zdrój -20%	Środki Subfunduszu rozwoju profilaktyki, wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego-80%
2023	522 000 zł	104 400 zł	417 600 zł
2024	522 000 zł	104 400 zł	417 600 zł
2025	522 000 zł	104 400 zł	417 600 zł
Koszt całkowity	1.566.000 zł	313 200 zł	1 252 800 zł

I.23 Źródła finansowania

Niniejszy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Jastrzębia-Zdroju zostanie w 20 % sfinansowany ze środków budżetu Miasta Jastrzębie-Zdrój w ramach środków przeznaczonego na realizację programów polityki zdrowotnej (Dział 851, rozdział 85149). Miasto zabezpieczy uchwałą Rady Miasta kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu, na każdy rok realizacji programu. Pozostałe koszty realizacji Programu w wysokości 80 % planuje się pozyskać poprzez udział w ogłoszonym przez Ministerstwo Zdrowia konkursie wniosków na: dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy, w ramach Subfunduszu rozwoju profilaktyki, wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego.

I.24 Bibliografia

Program sporządzany został z wykorzystaniem Modelowego rozwiązania wskazanego w Rekomendacji nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy. Program zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Bibliografia

1. Głuszko P., Tłustochowicz W., & Korkosz, M. (2017). Choroby metaboliczne kości. W: Gajewski P. (red.) Interna Szczeklika, 2070-2076
2. Hernlund E., Svedbom A., Ivergård M., Compston J., Cooper C., Stenmark J., ... & Kanis J. A. (2013). Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. Archives of osteoporosis, 8(1-2), 136.
3. Obwieszczenie 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 (t. j. Dz.U. z 2016, poz. 357). <https://sip.lex.pl/#/>
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018, poz. 2190 ze zm.) <https://sip.lex.pl/#/>
 5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 poz. 633) <https://sip.lex.pl/#/>
 6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896) <https://sip.lex.pl/#/>
 7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 poz. 1304) <https://sip.lex.pl/#/>
 8. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/>
 9. <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2>