

**UCHWAŁA NR LXXI/703/2023
RADY GMINY OSTRÓW WIELKOPOLSKI**

z dnia 20 grudnia 2023 r.

w sprawie przyjęcia programu profilaktyki osteoporozy na terenie Gminy Ostrów Wielkopolski - gmina wiejska 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 (Dz.U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) Rada Gminy Ostrów Wielkopolski uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji wieloletni program polityki zdrowotnej pn. „**Program profilaktyki osteoporozy na terenie Gminy Ostrów Wielkopolski - gmina wiejska w latach 2023-2025. Realizowany w latach 2023-2025 przez okres minimum 730 dni**”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Ostrów Wielkopolski.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr LXXI/703/2023
Rady Gminy Ostrów Wielkopolski
z dnia 20 grudnia 2023 roku



**Gmina Ostrów Wielkopolski - gmina wiejska
Urząd Gminy Ostrów Wielkopolski**

ul. Gimnazjalna 5

63-400 Ostrów Wielkopolski

tel. 627346200

fax. 627346201

e-mail: kancelaria@ostrowwielkopolski.pl

adres elektronicznej skrzynki podawczej: /301704/skrytka

Program profilaktyki osteoporozy na terenie Gminy Ostrów Wielkopolski - gmina wiejska w latach 2023-2025

Realizowany w latach 2023-2025 przez okres minimum 730 dni

Program opracowany został na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „AOTMiT”, nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy, wydaną na podstawie art. 48aa ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dostępną w repozytorium AOTMiT dot. problemu zdrowotnego: Profilaktyka i wykrywanie osteoporozy, zwaną dalej „Rekomendacją Prezesa AOTMiT”

Ostrów Wielkopolski, 2023 rok

KOLEJNE STRONY PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program profilaktyki osteoporozy na terenie Gminy Ostrów Wielkopolski - gmina wiejska w latach 2023-2025

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

- 1 Opis problemu zdrowotnego
- 2 Dane epidemiologiczne
- 3 Opis obecnego postępowania

II Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

- 1 Cel główny
- 2 Cele szczegółowe
- 3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

III Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

- 1 Populacja docelowa
- 2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej
- 3 Planowane interwencje
- 4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej
- 5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

IV Organizacja programu polityki zdrowotnej

- 1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów
- 2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

V Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

- 1 Monitorowanie
- 2 Ewaluacja

VI Budżet programu polityki zdrowotnej

- 1 Koszty jednostkowe
- 2 Koszty całkowite
- 3 Źródła finansowania

VII Bibliografia

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

- 1 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: • pierwotna, która rozwija się u kobiet po menopauzie i rzadziej u mężczyzn w podeszłym wieku, • wtórna – jest następstwem różnych stanów patologicznych lub wynikiem działania niektórych leków, najczęściej glikokortykosteroidów (Szczeklik 2017). Do czynników ryzyka występowania osteoporozy pierwotnej zalicza się: • 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 – późne pokwitanie, brak przebytych porodów, stan pomenopauzalny (zwłaszcza przedwczesny, w tym po usunięciu jajników), • 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 ≤-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 ≤-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 Rekomendacja nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. 4 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). 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) (MPZ 2017). Zgodnie z badaniami WHO oraz SCOPE w krajach Unii Europejskiej w populacji w wieku powyżej 50 lat osteoporoza występuje 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%

- 2 W 2018 roku w Polsce chorobowość na osteoporozę wynosiła 555 tys. W porównaniu do 2013 roku liczba ta nieznacznie wzrosła, kiedy to wynosiła 542 tys. Stosunek chorobowości wg płci do wielkości populacji powyżej 50. roku życia nie różnił się między latami. W przypadku kobiet wzrósł on z 6,2% w 2013 roku do 6,3% w 2018 roku, zaś u mężczyzn spadł odpowiednio z 0,97% do 0,91%. Współczynnik chorobowości rejestrowanej tj. wielkość chorobowości rejestrowanej w przeliczeniu na 100 tys. populacji powyżej 50. roku życia spadał – z 3 920 na 100 tys. populacji w 2013 roku do 3 894 na 100 tys. populacji w 2018 roku. Po standaryzacji (przyjmując za standardową strukturę populacji z 2013 roku) spadek tego wskaźnika był wyraźniejszy – spadł on do 3 674 na 100 tys. populacji w 2018 roku. Do 70. roku życia obserwowano gwałtowny wzrost chorobowości, a następnie stopniowy spadek. W 2018 roku największe wartości chorobowości rejestrowanej charakteryzowały grupę wiekową 65–69 lat – 123 tys. kobiet i 12 tys. mężczyzn. Najmniejsza wartość chorobowości rejestrowanej została odnotowana w grupie osób w wieku 50–54 lata. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w tej grupie wiekowej wynosiła ona odpowiednio 24,5 tys. (kobiety) i 3,8 tys. (mężczyźni). W województwie wielkopolskim liczba zachorowań na 100 tys. osób powyżej 50. roku życia (2018 r.) wynosiła 3079, na terenie powiatu ostrowskiego kształtowała się na poziomie ok 3000 zachorowań na 100 tys. mieszkańców. Stąd zasadne jest objęcie programem Profilaktyki populację osób zamieszkujących Gminę Ostrów Wielkopolski - gmina wiejska w celu edukacji i prewencji złamań osteoporotycznych.
- 3 Świadczenia profilaktyki osteoporozy udzielane są głównie w poradniach osteoporozy oraz reumatologicznej i stanowią 80% całkowitej wartości refundacji świadczeń udzielanych w AOS z powodu osteoporozy. Świadczenia te są również realizowane w poradniach ortopedycznych. W przypadku świadczeń w ramach Leczenia Szpitalnego Większość hospitalizacji wynikała z pobyków na oddziale neurochirurgicznym (59% w 2013 roku i 48% w 2018 roku) i była związana z zabiegami na kręgosłupie.

Najczęściej stosowanym badaniem diagnostycznym do pomiaru gęstości kości jest dwufotonowa absorpcyjometria (densytometria z kości udowej lub kręgosłupa, dalej DXA) (Blake i Fogelman, 2007).

- 4 Program opracowany został na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „AOTMiT”, nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy, wydaną na podstawie art. 48aa ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dostępną w repozytorium AOTMiT dot. problemu zdrowotnego: Profilaktyka i wykrywanie osteoporozy, zwaną dalej „Rekomendacją Prezesa AOTMiT”. Wykorzystanie przy opracowaniu niniejszego Programu Rekomendacji Prezesa „AOTMiT” zostało podyktowane jej wysoką wartością merytoryczną.

II Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

- 1 Cel główny to uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 30 % uczestników programu
- 2 Cele szczegółowe:
 - a) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 60% personelu medycznego 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.

3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
II.1	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
II.2a)	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
II.2b)	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.

III Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące.
Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja ogólna osób dorosłych.
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).
Pomiar BMD za pomocą DXA	Uczestnicy programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło $\geq 5\%$.
Lekarska wizyta podsumowująca	Każdy świadczeniobiorca, który w ramach programu uzyskał wynik pomiaru BMD za pomocą DXA.

1 Programem objęte zostanie w poszczególnych działaniach edukacyjnych i diagnostycznych w poszczególnych grupach docelowych

- działaniami informacyjno-edukacyjnymi zostanie objęte 20 % - 30 % z ogólnej liczby mieszkańców powyżej 50 r.ż tj od 1349 osób do 2023 - pod uwagę wzięte są osoby które wezmą udział w ocenie poprzez pre i post - testy, ogólnymi działaniami informacyjnymi zostanie objęte zdecydowanie większa liczba osób
- oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w populacji kobiet w wieku ≥ 65 lat zostanie objęte > 30 % kobiet z tej grupy wiekowej tj. > 520 osób
W populacji kobiet w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego zostanie objęte > 30% kobiet z tej grupy wiekowej tj. > 1013 osoby
- Objęcie mężczyzn ≥ 75 roku życia kompleksową interwencją tj. łącznie działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w ramach programu, w razie objęcia kompleksową interwencją min. 30% kobiet ≥ 65 roku życia mieszkających na terenie gminy oraz niewykorzystania całości środków tj. 384 osób

2 Kwalifikacja do udziału w programie 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 informacyjnoedukacyjne	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 obliczana i wpisywana przez osobę przyjmującą formularz zgłoszeniowy na podstawie zawartych w nim danych)	ostatni pomiar u świadczeniobiorcy BMD za pomocą DXA na szyjce 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.

Działania informacyjno-edukacyjne kierowane będą do grupy docelowej pacjentów zamieszkujących Gminę , którzy ukończyli 50 r.ż – jedynym kryterium włączenia do Programu w tym wypadku jest wiek mieszkańca
Kryterium kwalifikacji do oceny ryzyka wystąpienia poważnych złamań będzie wiek pacjenta – w przypadku kobiet – każda kobieta po ukończeniu 65 r.ż. oraz kobiety, które ukończyły 40 r.ż. i posiadają co najmniej jeden dodatkowy czynnik ryzyka wystąpienia osteoporozy takimi jak:

- a) Przebyte złamania
- b) Złamanie biodra u rodziców
- c) Obecne palenie tytoniu
- d) Glikokortykosteroidy
- e) Reumatoidalne zapalenie stawów
- f) Wtórna osteoporoza rozumiana jako schorzenie silnie związane z osteoporozą: Obejmuje to cukrzycę typu I (insulinozależną), wrodzoną łamliwość kości u dorosłych, nieleczoną przez długi czas nadczynność tarczycy, hipogonadyzm lub przedwczesną menopauzę (przed 45 rokiem życia), przewlekłe niedożywienie lub zespół złego wchłaniania oraz przewlekłą chorobę wątroby.
- g) Spożycie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie. Pojęcie jednostki alkoholu zwykle odpowiada kuflowi piwa (285ml), kieliszkowi wódki (30ml) lub kieliszkowi wina (120ml) lub jednej miarce aperitif (60ml)

W przypadku mężczyzn kwalifikowani do oceny ryzyka wystąpienia poważnych złamań będą osoby które ukończyły 75 r.ż.

Wyłączone z oceny ryzyka wystąpienia poważnych złamań będą osoby, które mają już rozpoznaną osteoporozę lub nie spełniają kryterium wieku dla kobiet < 40 r.ż. dla mężczyzn < 75 r.ż.

W celu dotarcia do maksymalnej liczby osób mogących być objętych Programem wykorzystane zostaną:

- środki masowego przekazu takich jak: telewizja lokalna, publikacje w lokalnych gazetach, wykorzystanie

- nośników outdoor stacjonarnych lub mobilnych,
- przekazanie broszur i plakatów z informacjami dla Pacjenta do przychodni lekarzy POZ, przychodni specjalistycznych, szpitali oraz w miejscach użyteczności publicznej/urzędach,
- bezpośrednie spotkania edukacyjne połączone z możliwością wykonania wstępnej oceny ryzyka wystąpienia osteoporozy przy użyciu narzędzia FRAX dla populacji polskiej – takie jak spotkania w Domach Seniora, spotkania na terenie każdego sołectwa w Gminie przy udziale min. kół gospodyń wiejskich oraz organizacji lokalnych,
- udostępnienie stanowiska edukacyjnego w czasie organizowanych przez Gminę wydarzeń o charakterze masowym w organizowanych na terenie Gminy – takich jak festyny, dożynki itp.
- do każdej osoby z grupy ryzyka tj. kobiet > 40 r.ż oraz mężczyzn > 75 r.ż. zostaną wysłane poprzez Poczty Polską materiały edukacyjne w formie broszur z załączonymi informacjami na temat organizowanych lokalnie spotkań z pacjentami, informacjami na temat dostępności Platformy Edukacyjnej w formie strony WWW, na której udostępnione będą różnorodne informacje dla pacjenta poszerzające jego wiedzę na temat zagadnienia jaką jest osteoporoza, do każdego wysłanego Pakietu zostanie dołączona koperta zwrotna z odpłaconym kosztem nadania, poprzez którą pacjent będzie mógł zgłosić swój udział w dalszej części Programu tj. wykonaniu oceny ryzyka złamania przy pomocy narzędzia Frax. Z każdą osobą, która wyrazi chęć wzięcia udziału zostanie nawiązany kontakt przez wyznaczonego przez Realizatora Projektu osobę.

Każda z tych osób wypełni ankietę pre-test i post-test oceniającą jej wiedzę na temat osteoporozy przed przystąpieniem do Programu i po jego zakończeniu

3. SZKOLENIA PERSONELU MEDYCZNEGO:

- W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje Rada ds. Programu (opis Rady przedstawiono w rozdziale „Organizacja PPZ”).
- Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego tj. szkolenie bezpośrednie personelu placówek POZ prowadzących leczenie pacjentów zamieszkałych na terenie gminy – dotyczy to zarówno placówek POZ zlokalizowanych na terenie Gminy Wiejskiej Ostrów Wielkopolski jak również placówek mieszczących się na terenie Miasta Ostrów Wielkopolski – z uwagi na to iż część pacjentów, będących mieszkańcami Gminy Wiejskiej Ostrów Wielkopolski korzysta na stałe z opieki placówek POZ zlokalizowanych również na terenie Miasta Ostrów Wielkopolski.

Szkoleniami zostanie objęty zarówno personel lekarski jak i pielęgniarski tych Przychodni.

Łącznie planowane są szkolenia w 17 placówkach POZ zlokalizowanych na terenie Gminy Wiejskiej oraz Miejskiej Ostrowa Wielkopolskiego.

Szkoleniami zostanie objęte ok. 50 lekarzy i ok. 50 pielęgniarek – liczba ta jest zmienna z uwagi na ciągłą rotację personelu poszczególnych Placówek Medycznych

- każda placówka zostanie objęta 1 szkoleniem w pierwszych miesiącach realizacji Programu celem podniesienia wiedzy na temat prowadzonej profilaktyki oraz zachęcaniu swoich pacjentów do udziału w Programie
- W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny 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 przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE:

- Przygotowanie broszur z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom.
- Zaproszenia do udziału w Programie Profilaktyki zostaną przesłane listownie do osób wytypowanych do Udziału w programie według klucza – w początkowej fazie Programu – kobiety > 65 r.ż, następnie kobiety w wieku 40-64 z dodatkowymi czynnikami wystąpienia osteoporozy, a po objęciu zaproszeniami do udziału w Programie wszystkich kobiet, zaproszenia zostaną również wysłane do mężczyzn powyżej 75 r.ż
- ulotki oraz plakaty z informacjami dla Pacjentów na temat Programu zostaną przekazane do każdej z Przychodni POZ zlokalizowanej na terenie Gminy Wiejskiej oraz Miejskiej Ostrów Wielkopolski, zostaną przekazane do Urzędu Gminy Ostrów Wielkopolski oraz przesłane listownie do pacjentów wraz z zaproszeniem od udziału w badaniach – liczba ulotek wyniesie kilka tysięcy (5-10 tysięcy), w przypadku zgłaszania zwiększonego zapotrzebowania zostanie ona zwiększona
- Terminy szkolenia personelu danej Przychodni będzie ustalane przez wyznaczoną do tego celu osobę ze strony

Realizatora Projektu

- Kolportażem oraz wysyłaniem zaproszeń oraz obsługą zgłoszeń zajmował się będzie Realizator Programu
- Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej.
- Działania edukacyjno-informacyjne nakierowane na podniesienie poziomu wiedzy teoretycznej o praktycznej dotyczą co najmniej: o promocji elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości; o 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 (NOGG 2017, RACGP 2017, SMS 2013, AACE/ACE 2016, CTFPHC 2010, 2013); o przyczynach upadków oraz ich negatywnych następstw; Rekomendacja nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. 20 o działaniach pomagających zapobiegać upadkom; o identyfikacji i sposobów eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę; o podkreślenia roli prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu (ICSI 2017, RACGP 2017, AACE/ACE 2016, EULAR/EFORT 2016, MCG 2016, SMS 2013, ESC 2012)
- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji – poprzez stosowanie środków przekazu masowego, gazet, telewizji lokalnej, platformy Edukacyjnej
- 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 przystąpiła 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. o materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Programu Profilaktyki Osteoporozy” (<https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/profilaktyka-osteoporozy>)

OCENA RYZYKA POWAŻNEGO ZŁAMANIA OSTEOPOROTYCZNEGO NARZĘDZIEM FRAX:

- 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=4030/*
- 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 poważnego 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 poważnego 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. Świadczeniobiorca powinien zostać poinformowany o przeciwwskazaniach do wykonania pomiaru DXA. Świadczeniobiorca jest informowany, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy.
- Na terenie Gminy Wiejskiej Ostrów Wielkopolski planuje się objąć badaniem Frax
 - a) w grupie kobiet > 65 r.ż badaniem zostanie objęte > 520 osób

- b) w grupie mężczyzn >75 r.ż badaniem zostanie objęte do 384 osób
- c) w grupie kobiet w wieku od 40-64 r.ż objęte zostaną wszystkie pacjentki, które przystąpią do Programu i uzyskają wynik dziesięcioletniego ryzyka poważnych złamań osteoporotycznych $\geq 5\%$

POMIAR BMD ZA POMOCĄ DXA: Rekomendacja nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. 21

- Działania są skierowane do uczestników programu, którzy uzyskali wynik FRAX $\geq 5\%$ i zostali zakwalifikowani do programu.
- Pomiar densytometrii DXA jest dokonywany na 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.
- Badaniem DXA objęte zostaną wszystkie osoby z populacji docelowej, które w badaniu FRAX uzyskają wynik dziesięcioletniego ryzyka poważnych złamań osteoporotycznych $\geq 5\%$. Biorąc pod uwagę dane z badań WHO oraz SCOPE, mówiących o tym, że w krajach Unii Europejskiej w populacji w wieku powyżej 50 lat osteoporoza występuje u 22,1% kobiet oraz 6,6% mężczyzn – można szacować liczbę badań na ok. 114 w populacji kobiet > 65 r.ż (zakładając minimalny próg 30 %), w populacji 40-64 r.ż liczbę badań na ok. 222 (zakładając minimalny próg 30 %) oraz w populacji męskiej > 75 r.ż ok. 25 badań

LEKARSKA WIZYTA PODSUMOWUJĄCA:

- 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.
- Wizytą podsumowującą objęte zostaną wszystkie osoby z populacji docelowej, które w badaniu FRAX uzyskają wynik dziesięcioletniego ryzyka poważnych złamań osteoporotycznych $\geq 5\%$ i zostaną zakwalifikowane do dalszego badania densytometrii metodą DXA. Biorąc pod uwagę dane z badań WHO oraz SCOPE, mówiących o tym, że w krajach Unii Europejskiej w populacji w wieku powyżej 50 lat osteoporoza występuje u 22,1% kobiet oraz 6,6% mężczyzn – można szacować liczbę badań i wizyt podsumowujących na ok. 114 w populacji kobiet > 65 r.ż (zakładając minimalny próg 30 %), w populacji 40-64 r.ż liczbę badań i wizyt podsumowujących na ok. 222 (zakładając minimalny próg 30 %) oraz w populacji męskiej > 75 r.ż ok. 25 badań i wizyt podsumowujących

3 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

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

4 Sposób 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 o wraz z uzyskaniem wyniku mniejszego niż 5%, o lub wraz ze zidentyfikowaniem przeciwwskazania do wykonania pomiaru DXA, o lub wraz z zakończeniem lekarskiej wizyty podsumowującej;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ. Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

IV Organizacja programu polityki zdrowotnej

- 1 W I i II i III kwartale trwania Programu zostaną przeprowadzone szkolenia personelu medycznego w Poradniach POZ, zostanie przeprowadzone szkolenie personelu zajmującego się bezpośrednio obsługą pacjentów,
W II kwartale rozpocznie się dystrybucja zaproszeń do grup docelowych pacjentów oraz broszur informacyjnych do placówek POZ
Badania narzędziem FRAX oraz w przypadku wykrycia zwiększonego ryzyka osteoporozy będą przeprowadzane po otrzymaniu ankiet zwrotnych od pacjentów biorących udział w badaniu – działania te będą prowadzone na bieżąco od III kwartału do czasu zakończenia Programu bądź wykorzystania całości środków
Od III kwartału rozpoczną się spotkania w kołach gospodyń wiejskich - realizowane będą na bieżąco w miarę możliwości organizacji takich spotkań – do czasu wykonania spotkań we wszystkich zainteresowanych współpraca kołach gospodyń wiejskich na terenie Gminy Wiejskiej Ostrów Wielkopolskie
Lekarskie wizyty podsumowujące zaczną się od III kwartału – będą przeprowadzane na bieżąco w miarę jak będą służyły wyniki badań DXA od pacjentów – i będą trwały do końca Programu lub zakończenia puli środków
Incydentalne szkolenia i działania informacyjne takie jak przy okazji Festynów bądź innych spotkań organizowanych przez Gminę będą realizowane przez cały czas trwania Programu
- 2 Badania ewaluacyjne podsumowujące dany okres Programu będą wykonywane co 4 kwartały
- 3 Program polityki zdrowotnej przygotowuje Realizator Programu i przedstawia do akceptacji Radzie Gminy lub instytucji upoważnionej przez nią do realizacji Programu
- 4 Wybór realizatora Programu zostanie przeprowadzony na zasadzie Konkursu Ofert – Realizator będzie musiał zapewnić realizację zgodnie z założeniami zawartymi w **Programie profilaktyki osteoporozy na terenie Gminy Ostrów Wielkopolski - gmina wiejska w latach 2023-2025 Realizowany w latach 2023-2025 przez okres minimum 730 dni**
- 5 Program będzie realizowany w podziale na Etapy:
 - Szkolenia personelu medycznego
 -
 - Działania informacyjno - edukacyjne
 -
 - Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX
 -
 - Pomiar BMD za pomocą DXA
 -
 - Lekarska wizyta podsumowująca
- 6 Realizator Programu musi zapewnić dostępność do badania metodą DXA na terenie Gminy Wiejskiej lub Miejskiej Ostrowa Wielkopolskiego
- 7 Urządzenie do wykonywania badania Densytometrii ma znajdować się na terenie przychodni lekarskiej posiadającej odpowiednie warunki lokalowe z Rejestracją i z zapleczem sanitarnym do obsługi Pacjentów
- 8 Lekarska wizyta podsumowująca powinna być przeprowadzona przez lekarza Ortopedę zajmującego się prowadzeniem pacjentów z osteoporozą
- 9 szkolenia personelu powinny być przeprowadzone przez lekarza Ortopedę zajmującego się prowadzeniem pacjentów z osteoporozą
- 10 Cały personel biorący udział w realizacji świadczeń po stronie Realizatora powinien być przeszkolony do tego zadania najlepiej przez lekarza Ortopedę zajmującego się prowadzeniem pacjentów z osteoporozą

V Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie będzie prowadzone na bieżąco przy wykorzystaniu co następujących wskaźników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;

100

- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym;
5494
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki $<5\%$ i $\geq 5\%$;
1650
- 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 $\leq -2,5$).
610
- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej;
610
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;
150
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie.
150

2.

- Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści Rekomendacja nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. 22 edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawiciele 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 (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
- Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. 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.
- Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
- Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjnoinformacyjnych, oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX, pomiarów BMD za pomocą DXA, lekarskie wizyty podsumowujące.
- Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
- Zakończenie realizacji PPZ.
- Rozliczenie finansowe PPZ.
- Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

3. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie rozpoczęta 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 co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji umieszczony będzie w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ. W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)

100

- liczba uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),

1750

- odsetek świadczeniobiorców z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX

37%

- odsetek świadczeniobiorców z wynikiem BMD $T\text{-score} \leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu

23%

- Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:
- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia,
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

VI Budżet programu polityki zdrowotnej

LP [1]	Działanie [2]	Liczba [3]	Koszt Jednostkowy [4]	Suma kosztów jednostkowych [3 × 4] [5]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)				
1	Ewaluacja i monitorowanie	2 osoby	22802,50 zł	45605,00 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	2 osoby	22802,50 zł	45605,00 zł
3	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	6 osób	22802,50 zł	136815,00 zł
4	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	5494	40,00 zł	219760,00 zł
Koszty bezpośrednie				
1	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego	Przychodnie lekarskie na terenie Gminy 17	5000,00 zł	85000,00 zł
2	Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców	5494 osób	60,00 zł	329641,00 zł
3	Koszt obsługi narzędzia FRAX	1650 osób	50,00 zł	82500,00 zł
4	Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA	610 osób	120,00 zł	73200,00 zł
5	Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej	610 osób	200,00 zł	122000,00 zł
SUMA				1140126,00 zł

- 1 Należy określić szacowane koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, w przypadku gdy każdemu oferowany będzie dokładnie ten sam zakres interwencji (usług, świadczeń zdrowotnych). W złożonych programach polityki zdrowotnej zakładających wieloetapowość interwencji, należy podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

2 Koszty całkowite realizacji PPZ:

3 Rok realizacji PPZ	4 Koszt całkowity (zł)	5 Udział własny Realizatora (zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (zł)
2023	25000	5000	20000
2024	716082	143217	572865
2025	399044	79809	319235
Koszt całkowity	1140126	228026	912100

3. Źródła finansowania PPZ

Środki na realizację zadań zawartych w PPZ pochodziły będą w:

- 80 % tj 912 100 zł ze środków pozyskanych w ramach dotacji celowej pochodzącej z Funduszu Medycznego Ministerstwa Zdrowia przyznanej w ramach konkursu wniosków nr **FM-SRP.01.2022** na:

dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy

zwany dalej „konkursem”, w ramach *Subfunduszu rozwoju profilaktyki*, wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego, o którym mowa w *ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym* (Dz. U. Poz. 1875).

- 20 % tj 228 025 zł ze środków własnych Gminy Ostrów Wielkopolski - gmina wiejska – w tym wartości niematerialne w tym:

- Koszty personelu Gminy bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia
- Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ
- koszty udostępnienia nie odpłatnie Realizatorowi środków trwałych należących do Gminy w tym min. pomieszczeń służących do realizacji celów zawartych w PPZ

VII Bibliografia

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinia Rady Przejrzystości 294/2019 z dnia 9 września 2019 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji dla problemu zdrowotnego: profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej
Raport	Raport nr OT.423.1.2018 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej”, Warszawa, październik 2018.
Avenell 2014	Avenell, A., Mak, J., & O'Connell, D. (2014). Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men. The Cochrane Library
Bell 2014	Bell, K., Strand, H., & Inder, W. J. (2014). Effect of a dedicated osteoporosis health professional on screening and treatment in outpatients presenting with acute low trauma non-hip fracture: a systematic review. Archives of osteoporosis, 9(1), 167
Calciolar i 2015	Calciolari, E., Donos, N., Park, J. C., Petrie, A., & Mardas, N. (2015). Panoramic measures for oral bone mass in detecting osteoporosis: a systematic review and meta-analysis. Journal of dental research, 94(3_suppl), 17S-27S
Crandall 2015	Crandall, C. J. (2015). Risk assessment tools for osteoporosis screening in postmenopausal women: a systematic review. Current osteoporosis reports, 13(5), 287-301
Guirguis-Blake 2018	Guirguis-Blake, J. M., Michael, Y. L., Perdue, L. A., Coppola, E. L., & Beil, T. L. (2018). Interventions to prevent falls in older adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. Jama, 319(16), 1705-1716
Høiberg 2016	Høiberg, M. P., Rubin, K. H., Hermann, A. P., Brixen, K., & Abrahamsen, B. (2016). Diagnostic devices for osteoporosis in the general population: a systematic review. Bone, 92, 58-69
Huang 2014	Huang, Z. B., Wan, S. L., Lu, Y. J., Ning, L., Liu, C., & Fan, S. W. (2014). Does vitamin K2 play a role in the prevention and treatment of osteoporosis for postmenopausal women: a meta-analysis of randomized controlled trials. Osteoporosis international, 26(3), 1175-1186
Ito 2015	Ito, K., & Leslie, W. D. (2015). Cost-effectiveness of fracture prevention in rural women with limited access to dual-energy X-ray absorptiometry. Osteoporosis International, 26(8), 2111-2119
Jensen 2013	Jensen, A. L., Lomborg, K., Wind, G., & Langdahl, B. L. (2013). Effectiveness and characteristics of multifaceted osteoporosis group education—a systematic review. Osteoporosis International, 25(4), 1209-1224
Kahwati 2018	Kahwati, L. C., Weber, R. P., Pan, H., Gourlay, M., LeBlanc, E., Coker-Schwimmer, M., & Viswanathan, M. (2018). Vitamin D, calcium, or combined supplementation for the primary prevention of fractures in community-dwelling adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. Jama, 319(15), 1600-1612
Kanis 2012	Kanis, J. A., Oden, A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Wahl, D. A., & Cooper, C. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporosis International, 23(9), 2239-2256.
Kastner 2017	Kanis, J. A., Borgström, F., Compston, J., Dreinhöfer, K., Nolte, E., Jonsson, L., ... & Stenmark, J. (2013). SCOPE: a scorecard for osteoporosis in Europe. Archives of osteoporosis, 8(1-2), 144.
Liu 2008	Kastner, M., Perrier, L., Munce, S. E. P., Adihetty, C. C., Lau, A., Hamid, J., ... & Straus, S. E. (2017). Complex interventions can increase osteoporosis investigations and treatment: a systematic review and meta-analysis. Osteoporosis International, 1-13
Marques 2015	Liu, H., Paige, N. M., Goldzweig, C. L., Wong, E., Zhou, A., Suttrop, M. J., ... & Shekelle, P. (2008). Screening for Osteoporosis in Men: A Systematic Review for an American College of Physicians Guideline Male Osteoporosis Screening. Annals of Internal Medicine, 148(9), 685- 701
Merlijn 2018	Marques, A., Ferreira, R. J., Santos, E., Loza, E., Carmona, L., & da Silva, J. A. P. (2015). The accuracy of osteoporotic fracture risk prediction tools: a systematic review and meta-analysis. Annals of the rheumatic diseases, annrheumdis-2015

Moayyeri 2011	Merlijn T, Swart K, Netelenbos C, Elders P (2018). Screening of high fracture risk in primary care to reduce fractures: the SALT Osteoporosis Study a randomized trial. Conference: 45th european calcified tissue society congress, ECTS 2018. Spain, 2018, 102(1 Supplement 1), S17
Morfeld 2017	Moayyeri, A., Adams, J., Adler, R., Blake, G., Krieg, M. A., Hans, D., ... & Lewiecki, E. M. (2011). Quantitative ultrasound of the heel and fracture risk assessment: an updated meta-analysis. In <i>OSTEOPOROSIS INTERNATIONAL</i> (Vol. 22, pp. 98-99)
Mueller 2009	Mueller, D., & Gandjour, A. (2009). Cost-Effectiveness of Using Clinical Risk Factors with and without DXA for Osteoporosis Screening in Postmenopausal Women. <i>Value in Health</i> , 12(8), 1106-1117
Nayak 2014	Nayak, S., Edwards, D. L., Saleh, A. A., & Greenspan, S. L. (2014). Performance of risk assessment instruments for predicting osteoporotic fracture risk: a systematic review. <i>Osteoporosis International</i> , 25(1), 23-49
Nayak 2015	Nayak, S., Edwards, D. L., Saleh, A. A., & Greenspan, S. L. (2015). Systematic review and meta-analysis of the performance of clinical risk assessment instruments for screening for osteoporosis or low bone density. <i>Osteoporosis International</i> , 26(5), 1543-1554
Nayak 2018	Nayak, S., & Greenspan, S. L. (2018). How Can We Improve Osteoporosis Care? A Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of Quality Improvement Strategies for Osteoporosis. <i>Journal of Bone and Mineral Research</i>
Orchard 2012	Orchard, T. S., Pan, X., Cheek, F., Ing, S. W., & Jackson, R. D. (2012). A systematic review of omega-3 fatty acids and osteoporosis. <i>British Journal of Nutrition</i> , 107(S2), S253-S260
Posadzki 2016	Posadzki, P., Mastellos, N., Ryan, R., Gunn, L. H., Felix, L. M., Pappas, Y., ... & Car, J. (2016). Automated telephone communication systems for preventive healthcare and management of long-term conditions. <i>The Cochrane Library</i>
Reid 2013	Reid, I. R., Bolland, M. J., & Grey, A. (2013). Effects of vitamin D supplements on bone mineral density: a systematic review and meta-analysis. <i>The Lancet</i> , 383(9912), 146-155
Rubin 2013	Rubin, K. H., Friis-Holmberg, T., Hermann, A. P., Abrahamsen, B., & Brixen, K. (2013). Risk assessment tools to identify women with increased risk of osteoporotic fracture: complexity or simplicity? A systematic review. <i>Journal of Bone and Mineral Research</i> , 28(8), 1701-1717
Ryan 2013	Ryan, P., Schlidt, A., & Ryan, C. (2013). The impact of osteoporosis prevention programs on calcium intake: a systematic review. <i>Osteoporosis International</i> , 24(6), 1791-1801
Smith 2010	Smith, C. A. (2010). A Systematic Review of Healthcare Professional-Led Education for Patients With Osteoporosis or Those at High Risk for the Disease. <i>Orthopaedic Nursing</i> , 29(2), 119-132
Viswanathan 2018	Viswanathan, M., Reddy, S., Berkman, N., Cullen, K., Middleton, J. C., Nicholson, W. K., & Kahwati, L. C. (2018). Screening to prevent osteoporotic fractures: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. <i>JAMA</i> , 319(24), 2532- 2551.
Walter 2018	Walter, E., Dellago, H., Grillari, J., Dimai, H. P., & Hackl, M. (2018). Cost-utility analysis of fracture risk assessment using microRNAs compared with standard tools and no monitoring in the Austrian female population. <i>Bone</i> , 108, 44-54
Weaver 2016	Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., ... & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: an updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. <i>Osteoporosis International</i> , 27(1), 367-376
Wu 2018	Wu, C. H., Kao, I. J., Hung, W. C., Lin, S. C., Liu, H. C., Hsieh, M. H., ... & Yang, R. S. (2018). Economic impact and cost-effectiveness of fracture liaison services: a systematic review of the literature. <i>Osteoporosis International</i> , 1-16
Xu 2016	Xu, J., Lombardi, G., Jiao, W., & Banfi, G. (2016). Effects of exercise on bone status in female subjects, from young girls to postmenopausal women: an overview of systematic reviews and meta-analyses. <i>Sports Medicine</i> , 46(8), 1165-1182

AACE/AC E 2016	Camacho, P. M., Petak, S. M., Binkley, N., Clarke, B. L., Harris, S. T., Hurley, D. L., ... & Pessah-Pollack, R. (2016). American association of clinical endocrinologists and American College of endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis—2016. <i>Endocrine Practice</i> , 22(s4), 1-42.
ACOG 2012	ACOG (2012). Osteoporosis. ACOG practice bulletin 129.
ACP 2017	Qaseem, A., Forciea, M. A., McLean, R. M., & Denberg, T. D. (2017). Treatment of Low Bone Density or Osteoporosis to Prevent Fractures in Men and Women: A Clinical Practice Guideline Update from the American College of Physicians Treatment of Low Bone Density or Osteoporosis to Prevent Fractures in Men and Women. <i>Annals of Internal Medicine</i> .
ACR 2017	Ward, R. J., Roberts, C. C., Bencardino, J. T., Arnold, E., Baccei, S. J., Cassidy, R. C., ... & Hochman, M. G. (2017). ACR Appropriateness Criteria® osteoporosis and bone mineral density. <i>Journal of the American College of Radiology</i> , 14(5), S189-S202.
CTFPHC 2010/2013	CTFPHC (2010/2013). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada. Pozyskano z: https://canadiantaskforce.ca/guidelines/appraised-guidelines/osteoporosis/ , dostęp z 20.09.2018.
ESC 2012	Watts, N. B., Adler, R. A., Bilezikian, J. P., Drake, M. T., Eastell, R., Orwoll, E. S., & Finkelstein, J. S. (2012). Osteoporosis in men: an Endocrine Society clinical practice guideline. <i>The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism</i> , 97(6), 1802-1822.
ESCEO 2015	Harvey, N. C., Glüer, C. C., Binkley, N., McCloskey, E. V., Brandi, M. L., Cooper, C., ... & Reginster, J. Y. (2015). Trabecular bone score (TBS) as a new complementary approach for osteoporosis evaluation in clinical practice. <i>Bone</i> , 78, 216-224.
ESCEO/IO F 2013	Kanis, J. A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Cooper, C., Rizzoli, R., & Reginster, J. Y. (2013). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. <i>Osteoporosis international</i> , 24(1), 23-57.
EULAR/ EFFORT 2016	Lems, W. F., Dreinhöfer, K. E., Bischoff-Ferrari, H., Blauth, M., Czerwinski, E., da Silva, J. A. P., ... & Marsh, D. (2016). EULAR/EFORT recommendations for management of patients older than 50 years with a fragility fracture and prevention of subsequent fractures. <i>Annals of the rheumatic diseases</i> , annrheumdis-2016.
ICSI 2017	Allen S., Forney-Gorman A., Homan M., Kearns A., Kramlinger A., Sauer M. (2017). Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Osteoporosis. Updated July 2017.
ISCD 2015	Engelke, K., Lang, T., Khosla, S., Qin, L., Zysset, P., Leslie, W. D., ... Schousboe, J. T. (2015). Clinical Use of Quantitative Computed Tomography (QCT) of the Hip in the Management of Osteoporosis in Adults: the 2015 ISCD Official Positions—Part I. <i>Journal of Clinical Densitometry</i> , 18(3), 338–358; Zysset, P., Qin, L., Lang, T., Khosla, S., Leslie, W. D., Shepherd, J. A., ... Engelke, K. (2015). Clinical Use of Quantitative Computed Tomography–Based Finite Element Analysis of the Hip and Spine in the Management of Osteoporosis in Adults: the 2015 ISCD Official Positions—Part II. <i>Journal of Clinical Densitometry</i> , 18(3), 359–392.
ISCD/IOF 2011	Blank, R. D. (2011). Official Positions for FRAX® Clinical Regarding Prior Fractures. <i>Journal of Clinical Densitometry</i> , 14(3), 205–211; Cauley, J. A., El-Hajj Fuleihan, G., Arabi, A., Fujiwara, S., Ragi-Eis, S., Calderon, A., ... Luckey, M. (2011). Official Positions for FRAX® Clinical Regarding International Differences. <i>Journal of Clinical Densitometry</i> , 14(3), 240–262; Lewiecki, E. M., Compston, J. E., Miller, P. D., Adachi, J. D., Adams, J. E., Leslie, W. D., ... Khan, A. A. (2011). Official Positions for FRAX® Bone Mineral Density and FRAX® Simplification. <i>Journal of Clinical Densitometry</i> , 14(3), 226–236; Hans, D. B., Kanis, J. A., Baim, S., Bilezikian, J. P., Binkley, N., Cauley, J. A., ... Rizzoli, R. (2011). Joint Official Positions of the International Society for Clinical Densitometry and International Osteoporosis Foundation on FRAX®. <i>Journal of Clinical Densitometry</i> , 14(3), 171–180.
MCG 2016	Yeap, S. S., Hew, F. L., Damodaran, P., Chee, W., Lee, J. K., Goh, E. M. L., ... & Chan, S. P. (2016). A summary of the Malaysian Clinical Guidance on the management of postmenopausal and male osteoporosis, 2015. <i>Osteoporosis and Sarcopenia</i> , 2(1), 1-12.
NICE 2017	NICE (2017). Assessing the risk of fragility fractures. NICE 146.

NOGG 2017	Compston, J., Cooper, A., Cooper, C., Gittoes, N., Gregson, C., Harvey, N., ... & Reid, D. M. (2017). UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Archives of osteoporosis, 12(1), 43; Compston, J., Bowring, C., Cooper, A., Cooper, C., Davies, C., Francis, R., ... & Selby, P. (2013). Diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and older men in the UK: National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) update 2013. Maturitas, 75(4), 392-396.
NOS 2014	Aspray, T. J., Bowring, C., Fraser, W., Gittoes, N., Javaid, M. K., Macdonald, H., ... & Francis, R. M. (2014). National osteoporosis society vitamin D guideline summary. Age and ageing, 43(5), 592-595.
OC 2010, 2015	Papaioannou, A., Santesso, N., Morin, S. N., Feldman, S., Adachi, J. D., Crilly, R., ... & Katz, P. (2015). Recommendations for preventing fracture in long-term care. Canadian Medical Association Journal, 187(15), 1135-1144; Papaioannou, A., Morin, S., Cheung, A. M., Atkinson, S., Brown, J. P., Feldman, S., ... & Kvern, B. (2010). 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. Canadian Medical Association Journal, 182(17), 1864-1873; Lentle, B., Cheung, A. M., Hanley, D. A., Leslie, W. D., Lyons, D., Papaioannou, A., ... Siminoski, K. (2011). Osteoporosis Canada 2010 Guidelines for the Assessment of Fracture Risk. Canadian Association of Radiologists Journal, 62(4), 243-250.
RACGP 2017	The Royal Australian College of General Practitioners and Osteoporosis Australia (2017). Osteoporosis prevention, diagnosis and management in postmenopausal women and men over 50 years of age. 2nd edn. East Melbourne, Vic: RACGP.
SIGN 2015	SIGN (2015). Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures. SIGN 142.

Wójt Gminy Ostrów Wielkopolski

Piotr Kuroszyk

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych programy polityki zdrowotnej mogą być opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego. Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców Gminy Ostrów Wielkopolski. Mając na uwadze powyższy fakt, proponuje się wdrożenie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki osteoporozy na terenie Gminy Ostrów Wielkopolski - gmina wiejska w latach 2023-2025. Realizowany w latach 2023-2025 przez okres minimum 730 dni”. Program profilaktyki osteoporozy jest zgodny z Rekomendacją Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „AOTMiT”, nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy. Oznacza to, iż zgodnie z art. 48a ust. 5 pkt 1 lit. b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, program nie wymaga uzyskania opinii Prezesa AOTMiT. Powyższy program znalazł się na liście rankingowej, opublikowanej 14 września 2023 r. przez Ministerstwo Zdrowia. Gmina Ostrów Wielkopolski uzyskała łącznie 912,100,00 zł dofinansowania, co stanowi 80% całkowitych kosztów realizacji programu. Pozostałe środki w kwocie 228.026,00 zł zostaną poniesione przez realizatora programu wybranego w postępowaniu konkursowym. Z uwagi na powyższe podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione.