



POWIAT
POZNAŃSKI

Załącznik do Uchwały Nr¹⁰⁸³...../2025
Zarządu Powiatu w Poznaniu
z dnia 17 lipca 2025 r.

UCHWAŁA NR¹⁰⁸³...../2025
ZARZĄDU POWIATU
W POZNANIU
Z DNIA 17 LIPCA 2025 R.

AKCEPTUJĘ
Tomasz Łubiński
Wicestarosta Poznański

17 lipca 2025 r.
(data)

.....
WICESTAROSTA
Tomasz Łubiński
(podpis)

**„PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
Z ZAKRESU PROFILAKTYKI I WCZESNEGO
WYKRYWANIA OSTEOPOROZY WŚRÓD
MIESZKAŃCÓW POWIATU POZNAŃSKIEGO”
W 2026 R.**

Okres realizacji: 2026 r.

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.), Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. 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

Poznań, 2025 r.

„Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego”, zwany dalej „Programem”, został opracowany z uwzględnieniem Rekomendacji nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. 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. W przedmiotowej opinii: Prezes Agencji stwierdza iż „biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, odnalezione dowody naukowe oraz opinie ekspertów klinicznych, rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań dotyczących wykrywania osteoporozy z wykorzystaniem densytometrii oraz oceny dziesięcioletniego ryzyka złamań z wykorzystaniem narzędzia FRAX w populacji kobiet w wieku ≥ 65 lat, kobiet w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka, mężczyźni ≥ 75 r. z (po objęciu całej populacji kobiet)”.

Powiat Poznański opracowując przedmiotowy Program uwzględnił powyższe rekomendacje, doświadczenie z realizacji przedmiotowego Programu w latach 2023-2024 oraz posiadane możliwości finansowe.

I. Opis 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. 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 - zmniejszenie masy, siły i sprawności mięśni szkieletowych związane z procesem starzenia się lub współistniejącymi chorobami (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 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:

- M 80 – Osteoporoza ze złamaniem patologicznym;
- M 81 – Osteoporoza bez patologicznego złamania;
- M 82 – Osteoporoza w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej;
- M 83 – Zmiękczenie kości (osteomalacja dorosłych);
- M 84 – Zaburzenia ciągłości kości;
- M 85 – Inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości.¹

W rozpoznaniu osteoporozy Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, World Health Organization) podaje następujące kryteria densytometryczne rozpoznawania osteoporozy na podstawie pomiaru BMD techniką DXA bliższego końca kości udowej (lub kręgow) u kobiet po menopauzie [wskaźnik T (*T-score*)]:

- *T-score* > -1 SD – wartość prawidłowa,
- *T-score* od -1 do $-2,5$ SD – osteopenia,
- *T-score* $\leq -2,5$ SD – osteoporoza,
- *T-score* $\leq -2,5$ SD i złamanie osteoporotyczne – osteoporoza zaawansowana.²

I.2. Dane epidemiologiczne:

W „Mapie potrzeb zdrowotnych” zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Zaburzenia mineralizacji i struktury kości” w roku 2016 wyniosła 63,9 tys. przypadków w Polsce. Natomiast

¹ Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. 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

² Ibidem

współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności dla zaburzeń mineralizacji i struktury kości w 2016 roku w Polsce wyniósł 166,2.

W Województwie Wielkopolskim zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Zaburzenia mineralizacji i struktury kości” w roku 2016 wyniosła 3,5 tysięcy (w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców było to 99,7 osób chorych).

Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 635,4 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 1,7 tys.).

W latach 2022—2031 dla grupy „Zaburzenia mineralizacji i struktury kości” prognozuje się w Polsce wzrost zapadalności rejestrowanej. Do 2031 roku zapadalność rejestrowana wzrośnie do 132,3 tys. (wzrost o 6,4 %).

Dla Wielkopolski przewiduje się, że prognozowana zapadalność rejestrowana w 2022 r. będzie wynosiła w 2031 r. 11,56 tysięcy.

I.3. Opis obecnego postępowania w zakresie wykrywania osteoporozy:

1. Postępowanie w zakresie wykrywania osteoporozy w ramach środków publicznych:

Diagnostyka osteoporozy opiera się na pomiarze gęstości mineralnej kości (BMD - Bone Mineral Density), która świadczy o wytrzymałości, poziomie zmineralizowania i zwartości struktury tkanki kostnej. Pomiaru dokonuje się metodą densytometrii, wykorzystującej zjawisko absorpcjometrii promieniowania rentgenowskiego o podwójnej energii (DXA, dawniej DEXA). Jest ona najczęściej wykorzystywaną metodą diagnostyki osteoporozy, ponieważ charakteryzuje się dużą czułością i powtarzalnością wyników. Opiera się na różnicy absorpcji promieniowania rentgenowskiego tkanki kostnej i tkanek miękkich organizmu. BMD bada się zwykle dla tych części układu kostnego, które najczęściej ulegają osłabieniu w przebiegu osteoporozy miejscowej – bliższej kości udowej, kręgosłupa oraz dystalnego odcinka kości przedramienia. Wynik badania BMD podawany jest w g minerałów/cm². Zaleca się, aby badanie przesiewowe gęstości mineralnej kości wykonały osoby po 50 r.ż. z przebyłym złamaniem, a także kobiety po 65 r.ż.³

W ramach świadczeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) realizowana jest „Porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy”. W ramach ww. porady realizowane są badania densytometryczna DXA kręgosłupa i kości udowej, badania laboratoryjne i mikrobiologiczne, USG oraz RTG.⁴

2. Rekomendacja dotycząca wykrywania osteoporozy:

Na podstawie odnalezionych rekomendacji można wyodrębnić trzy główne grupy, do których mogą być skierowane badania w kierunku wczesnego wykrywania osteoporozy – kobiety ≥ 65 r.ż., kobiety po menopauzie < 65 r.ż. oraz mężczyźni > 50 r.ż. (w szczególności > 70 r.ż.). Poniżej wskazano szczegółowe informacje z wytycznych dot. poszczególnych grup pacjentów:

³ Agnieszka Smektała, Agnieszka Dobosz, „Osteoporoza – patofizjologia, objawy, profilaktyka i leczenie” Farmacja Polska, 2020 r.

⁴ Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. 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

➤ **Kobiety ≥65 r.ż.**

Większość odnalezionych rekomendacji (USPSTF 2018a, ACR 2017, ICSI 2017, ACOG 2012, ESC 2012, NOF 2014, ISCD/IOF 2011) dotyczących badań przesiewowych, rekomenduje ich wykonywanie w populacji kobiet ≥65 r.ż. z wykorzystaniem jedynie badania densytometrycznego (pomiar BMD).

W celu oceny ryzyka złamań NICE wskazuje na możliwość zastosowania narzędzia FRAX lub QFracture (wykorzystywanego w populacji brytyjskiej). Zastosowanie narzędzia FRAX lub QFracture wraz z densytometrią rekomenduje także SIGN 2017, jednak wskazuje na populację kobiet >50 r.ż. ze złamaniem niskoenergetycznym.

➤ **Kobiety poniżej 65 r.ż. po menopauzie**

W odniesieniu do młodszych kobiet po menopauzie rekomendacje nie są jednoznaczne co do dokładnego wieku tej populacji. Wskazuje się na kobiety po menopauzie <65 r.ż., u których występują dodatkowe czynniki ryzyka złamania tj. niska masa ciała, złamania w przeszłości, stosowanie GKS (glikokortykosteroidów), choroba lub stan związany z utratą kości. Jako badanie przesiewowe w tej grupie kobiet wskazuje się na densytometrię (ACR 2017, ICSI 2017, ACOG 2012).

Poprzedzenie densytometrii oceną ryzyka złamania za pomocą odpowiedniego narzędzia wśród kobiet <65 r.ż., u których występują dodatkowe czynniki ryzyka złamania tj. niska masa ciała, złamania w przeszłości, stosowanie GKS, choroba lub stan związany z utratą kości rekomendują USPSTF 2018, NICE 2017, NOS 2014, ISCD/IOF 2011.

➤ **Mężczyźni**

Badania przesiewowe mężczyzn >70 r.ż. z zastosowaniem densytometrii zalecane jest przez następujące towarzystwa naukowe: ACR 2017, ESC 2012, NOF 2014, ISCD/IOF 2011. ICSI 2017, która rekomenduje, aby decyzja o przesiewie w tej grupie wiekowej mężczyzn podejmowana była w oparciu o indywidualne podejście tj. wspólna decyzja pacjenta i lekarza. USPSTF 2018 stwierdza natomiast, że nie ma wystarczających dowodów naukowych, aby rekomendować badania przesiewowe w jakiegokolwiek grupie wiekowej mężczyzn.

Kolejną grupę wśród mężczyzn jaką można wyodrębnić to mężczyźni w wieku 50-69 lat z dodatkowymi czynnikami ryzyka. W tym przypadku rekomendowana jest ocena ryzyka złamania za pomocą odpowiedniego narzędzia (FRAX lub kalkulator Garvana) oraz badanie densytometryczne (ESC 2012, NOF 2014, ISCD/IOF 2011).

NICE 2017 zaleca, aby badaniom tym poddać mężczyzn ≥75 lat oraz mężczyzn <75. r.ż. z obecnością czynników ryzyka, m.in.: złamania niskoenergetycznego w przeszłości, upadków w przeszłości, niskiego BMI (<18,5 kg/m²), palenia papierosów (NICE zaznacza, że po przeprowadzeniu oceny ryzyka narzędziem FRAX lub QFracture należy rozważyć pomiar BMD przy pomocy DXA u osób, u których ryzyko złamania jest bliskie wartości progowej przewidzianej dla wdrożenia leczenia).

Interwały czasowe wykonywania badań przesiewowych

W odniesieniu do określenia interwału czasowego wykonywania badań przesiewowych DXA, odnalezione dowody naukowe są ograniczone i niespójne. W przypadku braku nowych czynników ryzyka, skryningowe badania DXA nie powinny być wykonywane częściej niż co 2 lata.

Wytyczne zgodnie wskazują, że DXA pozostaje złotym standardem służącym wykonaniu pomiaru BMD w rozpoznaniu osteoporozy. Metoda DXA wciąż pozostaje rekomendowaną metodą w diagnostyce osteoporozy i monitorowaniu efektów terapii.

3. Uzasadnienie dla wprowadzenia „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego”

„Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” jest zgodny z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, w zakresie celu operacyjnego nr 5: Wyzwania demograficzne, w szczególności w odniesieniu do działań obejmujących „*edukację ukierunkowaną na profilaktykę problemów zdrowotnych występujących u osób starszych, w szczególności w zakresie urazów i prewencji upadków oraz zasad unikania skutków polipragmazji*” oraz w zakresie „*rozwoju usług wspierających zdrowie i jakość życia związaną ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów nieformalnych*”.

Założenia Programu są zgodne z rekomendacjami „*Krajowego Planu Transformacji*”, w którym wskazuje się, że jedną z najważniejszych zmian demograficznych mających wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej jest m.in. starzenie się społeczeństwa. W związku z powyższym zaleca się „*rozwój dziedzin związanych z geriatrią, opieką długoterminową oraz szeroko rozumianą opieką zdrowotną dedykowaną seniorom czy osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zmiany te powinny być ukierunkowane na organizację świadczeń na poziomie lokalnym, jak najbliżej pacjenta*”.

Program stanowi uzupełnienie/rozszerzenie dostępu do profilaktyki i diagnostyki osteoporozy, a w efekcie sprzyjać będzie zmniejszeniu liczby złamań osteoporotycznych. Stanowi on kontynuację działań realizowanych przez Powiat Poznański w latach 2023-2025.

4. Podstawy prawne realizacji Programu:

- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie powiatowym* (Dz. U. z 2024 r. poz. 107 ze zm.),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.),
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 ze zm.);
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670 ze zm.);
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. *w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025* (Dz. U. z 2021 r. poz. 642),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lutego 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* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476),
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. *w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych* (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69),
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. *w sprawie krajowego planu transformacji* (Dz. Urz. MZ. z 2021 r. poz. 80).

II. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji:

II. 1. Cel główny:

- uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy* z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 65% uczestników Programu.

II. 2. Cel szczegółowy:

- 1) uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy* teoretycznej i praktycznej wśród ok. 70% personelu medycznego w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom (dotyczy grupy docelowej nr 1, zgodnie z tabelą nr 2),
- 2) uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy* teoretycznej i praktycznej wśród 60% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi (dotyczy grupy docelowej nr 2 i 3, zgodnie z tabelą nr 2).

*Wysoki poziom wiedzy oznacza uzyskanie min. 60% prawidłowych odpowiedzi w teście. Wykonawca Programu opracuje formularz testu wiedzy (pre-test i post-test) zawierającego m.in. 6 pytań jednokrotnego wyboru.

II.3. Mierniki efektywności realizacji Programu:

Tabela 1: Mierniki efektywności realizacji Programu:

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

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach Programu:

III. 1. Populacja docelowa:

Tabela nr 2. Adresaci poszczególnych interwencji planowanych w ramach Programu:

Interwencja	Opis populacji docelowej
Grupa docelowa nr 1	

Szkolenie personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami Programu, a w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne oraz diagnostyczne, lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące
Grupa docelowa nr 2	
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	<ul style="list-style-type: none"> osoby z miejscem zameldowania/zamieszkania na terenie powiatu poznańskiego, które wyrażą zgodę na udział w Programie: <ul style="list-style-type: none"> kobiety w wieku ≥ 65 lat, kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego (określone w pkt. III.2) mężczyźni w wieku ≥ 75 lat (po objęciu działaniami całej populacji kobiet zainteresowanych udziałem w Programie), podanie w formularzu zgłoszeniowym kompletu informacji niezbędnych do użycia narzędzia FRAX (kalkulator ryzyka złamania kości)
Pomiar BMD za pomocą DXA	<ul style="list-style-type: none"> osoby zakwalifikowane do udziału w Programie, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenianego narzędziem FRAX wyniosło $\geq 5\%$,
Lekarska wizyta podsumowująca	<ul style="list-style-type: none"> osoby, u których wykonano pomiar gęstości kości w ramach realizowanego Programu
Grupa docelowa nr 3	
Działania informacyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> ogólna populacja osób dorosłych

Liczebność populacji, u której zostanie wykonane badanie densytometryczne:

Planuje się, że w ramach Programu z pomiaru gęstości kości skorzysta ok. 529 osób. **Należy podkreślić, że po dokonaniu wyboru realizatora Programu liczba populacji możliwej do włączenia w ramach Programu (populacji docelowej Programu) zostanie przeliczona ponownie z uwzględnieniem faktycznych jednostkowych kosztów realizacji poszczególnych interwencji wskazanych przez Wykonawcę w procedurze konkursowej. W umowie o realizacji Programu zostanie określona ostateczna liczba osób, które mogą zostać objęte interwencjami w ramach Programu.**

Tabela nr 3. Dane demograficzne dotyczące liczby osób w poszczególnych gminach powiatu poznańskiego.

Gmina	Liczba kobiet w wieku 40-64*	Liczba kobiet w wieku 65 lat i więcej	Liczba mężczyzn w wieku 75 lat i więcej
Buk	2 238	1 344	309
Czerwonak	5 391	3 023	611

„PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA OSTEOPOROZY
WŚRÓD MIESZKAŃCÓW POWIATU POZNAŃSKIEGO” W 2026 R.

Dopiewo	6 548	2 188	520
Kleszczewo	2 016	653	176
Komorniki	6 710	2 227	487
Kostrzyn	3 478	1 871	406
Kórnik	6 467	2 499	577
Luboń	6 318	3 556	841
Mosina	6 510	3 350	792
Murowana Goślina	3 196	1 627	360
Pobiedziska	3 862	2 108	485
Puszczykowo	1 740	1 321	353
Rokietnica	4 337	1 571	369
Stęszew	2 801	1 584	336
Suchy Las	3 960	1 907	521
Swarzędz	10 251	5 212	1 217
Tarnowo Podgórne	6 071	2 968	694
Powiat Poznański	81 894	39 009	9 054

Źródło: <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica> (dostęp: 01.07.2025 r.)

*uwzględniono wyłącznie dane demograficzne, brak danych dotyczących liczby osób z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego

III.2. Kryteria kwalifikowania do udziału oraz kryteria wyłączenia, z Programu:

Tabela 4. Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie.

Etapy Programu	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> personel medyczny zaangażowany w realizację Programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami np.: lekarze, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> wiek (osoba dorosła), miejsce zameldowania/zamieszkania 	<ul style="list-style-type: none"> uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat⁷;

⁷ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu

	<p>na terenie powiatu poznańskiego⁵,</p> <ul style="list-style-type: none"> wyrażenie zgody na udział w Programie⁶ 	
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (kalkulator ryzyka złamania kości)	<ul style="list-style-type: none"> miejsce zameldowania/zamieszkania na terenie powiatu poznańskiego⁸, zgłoszenie udziału w Programie u Wykonawcy Programu⁹, wyrażenie zgody na udział w Programie¹⁰, wiek¹¹ i płeć: <ul style="list-style-type: none"> kobiety w wieku ≥ 65 lat, kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego (tzw. kryterium medyczne)*, mężczyźni w wieku ≥ 75 lat (po objęciu działaniami całej populacji kobiet zainteresowanych udziałem w Programie)¹², podanie w formularzu zgłoszeniowym kompletu informacji niezbędnych do użycia narzędzia FRAX 	<ul style="list-style-type: none"> wcześniej zdiagnozowana osteoporoza¹³; aktualny udział w innym programie o podobnym charakterze¹⁴
Pomiar BMD za pomocą DXA	<ul style="list-style-type: none"> 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ostatni pomiar u świadczeniobiorcy BMD za pomocą DXA na szyjce kości udowej w ciągu poprzednich 2 lat przy jednoczesnym braku

⁵ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu

⁶ Na podstawie pisemnego druku zgody na udział w Programie opracowanego przez Wykonawcę Programu

⁸ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu

⁹ Ze względu na ograniczoną liczbę osób możliwych do przebadania w ramach Programu oraz założenia Programu, Wykonawca potwierdzi przyjęcie zgłoszenia oraz zakwalifikowanie do udziału w Programie

¹⁰ Na podstawie pisemnego druku zgody na udział w Programie opracowanego przez Wykonawcę Programu

¹¹ Przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia

¹² Dotyczy kobiet spełniających ww. kryteria, zainteresowanych udziałem w Programie

¹³ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu

¹⁴ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu

		<p>nowych czynników ryzyka od czasu tego pomiaru¹⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> obecność przeciwwskazań do pomiaru DXA przez szyjkę kości udowej, np. obustronna endoproteza całkowita stawu biodrowego, znaczna otyłość, inne; aktualny udział w innym programie o podobnym charakterze¹⁶
Lekarska wizyta podsumowująca	<ul style="list-style-type: none"> dostępny wynik pomiaru BMD za pomocą DXA wykonany w ramach realizowanego Programu 	<ul style="list-style-type: none"> aktualny udział w innym programie o podobnym charakterze¹⁷

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w Programie należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

***Czynniki ryzyka złamania osteoporotycznego (tzw. kryterium medyczne) – dla kobiet w wieku 40-64 lat konieczne jest spełnienie jednego z poniższych czynników ryzyka:**

- zaburzenia hormonalne (nadczynność przytarczyc, nadczynność kory nadnerczy, nadczynność tarczycy, akromegalia, cukrzyca typu 1, endometrioza, hiperprolaktynemia, hipogonadyzm (pierwotny i wtórny), wydzielanie peptydu podobnego do parathormonu (PTHrP) przez nowotwór, choroba Addisona);
- choroby układu pokarmowego (zaburzenia trawienia lub wchłaniania (głównie celiakia), stan po resekcji żołądka lub jelit, stan po operacjach bariatrycznych, choroby zapalne jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego), przewlekłe choroby wątroby z cholestazą (zwłaszcza pierwotna marskość żółciowa u kobiet) lub bez, żywienie pozajelitowe);
- choroby nerek (nefropatie z ucieczką wapnia i fosforu, zespół nerczycowy, przewlekła choroba nerek, zwłaszcza w okresie leczenia nerkozastępczego);
- choroby reumatyczne (reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów);
- choroby układu oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc, mukowiscydoza);
- choroby szpiku i krwi (szpiczak plazmocytowy, białaczka szpikowa, chłoniaki, hemofilia, mastocytoza układowa, niedokrwistość sierpowatokrwinkowa, talasemie, sarkoidoza, amyloidoza);
- hiperwitaminoza A;
- stan po przeszczepieniu narządu (nerki, płuc, serca, komórek krwiotwórczych, wątroby) – głównie wpływ leków;

¹⁵ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu

¹⁶ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu

¹⁷ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu

- leki – GKS, hormony tarczycy w dużych dawkach, leki przeciwpadaczkowe (fenobarbital, fenytoina, karbamazepina), heparyna (zwłaszcza niefrakcjonowana), antagoniści witaminy K, cyklosporyna, leki immunosupresyjne w dużych dawkach i inne antymetabolity, żywice wiążące kwasy żółciowe (np. cholestyramina), analogi gonadoliberyny, pochodne tiazolidynodionu (pioglitazon), tamoksyfen (u kobiet przed menopauzą), inhibitory aromatazy, inhibitory pompy protonowej, leki przeciwretrowirusowe;
- unieruchomienie;
- przebyte złamania;
- sarkopenia (zmniejszenie masy, siły i sprawności mięśni szkieletowych związane z procesem starzenia się lub współistniejącymi chorobami).¹⁸

Informacje o Programie zostaną zamieszczone na:

- stronach internetowych: Powiatu Poznańskiego, gmin powiatu poznańskiego oraz realizatora Programu,
- tablicach ogłoszeń: w Starostwie Powiatowym w Poznaniu, w urzędach gmin, w przychodniach lekarskich, oraz innych miejscach użyteczności publicznej,
- w lokalnych mediach,
- w mediach społecznościowych.

Informacje zostaną również przekazane m.in. do Domów Pomocy Społecznej, Klubów Seniora, Centrum Aktywności Seniora, Uniwersytetów III Wieku z terenu powiatu poznańskiego.

Z uwagi na ograniczoną wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu o udziale w Programie decyduje kolejność zgłoszeń.

III.3. Planowane interwencje, w tym powiązanie działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych:

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- dla I grupy docelowej: **szkolenie** – dla personelu medycznego;
- dla II grupy docelowej: **edukacja zdrowotna** (film edukacyjny, edukacja bezpośrednia podczas badania/konsultacji lekarskiej oraz ulotki), **oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX, badanie densytometryczne, konsultacja lekarska**;
- dla III grupy docelowej - ogólnej populacji osób dorosłych: **działania informacyjno-edukacyjne** (film edukacyjny, ulotki).

➤ **Szkolenie dla personelu medycznego:**

- W ramach szkoleń/szkolenia należy zapoznać personel medyczny z rekomendacjami dotyczącymi profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, a także zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.
- Forma/formy szkolenia/szkoleń winna/winny być dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykładu w trybie stacjonarnym.

¹⁸ „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej”, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Warszawa, październik 2018 r.

- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- **Działania informacyjno-edukacyjne** (w tym: edukacja bezpośrednia podczas badania lub konsultacji lekarskiej – dla II grupy docelowej, film edukacyjny dla II i III grupy docelowej Programu)
 - Przygotowanie ulotek 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 i praktycznej dotyczyć będą co najmniej poniższych zagadnień:
 - 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 szkodliwości spożycia alkoholu;
 - Edukacja realizowana w formie stacjonarnej podczas badań/konsultacji lekarskiej oraz w formie on-line poprzez przygotowanie i udostępnienie filmu edukacyjnego na stronie internetowej Wykonawcy Programu;
 - 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;
 - Ulotki edukacyjne będą dystrybuowane wśród osób badanych oraz zostaną przekazane do miejsc użyteczności publicznej na terenie gmin powiatu poznańskiego (np. do urzędów gmin, przychodni lekarskich);
 - Warunkiem przystąpienia do edukacji realizowanej stacjonarnie i on-line jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach 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 potrzeb Programu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne, 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.¹⁹ Obok każdego z pytań o obecność dodatkowego czynnika ryzyka złamania osteoporotycznego należy zamieścić stosowne wyjaśnienie (na podstawie strony internetowej: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=po&country=40>)²⁰.
- Osoba przyjmująca dane do formularza 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 otrzymuje świadczeniobiorca w formie wydruku.
- Osoba przyjmująca formularz udziela merytorycznych odpowiedzi na wszelkie pytanie dotyczące osteoporozy i zapobiegania 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 oraz sposobu przygotowania do badania. Świadczeniobiorca powinien zostać poinformowany o przeciwwskazaniach do wykonania pomiaru DXA oraz że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy.

➤ **Pomiar gęstości kości za pomocą DXA:**

- 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.

➤ **Lekarska wizyta podsumowująca (konsultacja lekarska):**

- Po wykonaniu badania densytometrycznego każdy uczestnik Programu odbywa wizytę lekarską (niezależnie od wyniku badania).

¹⁹ Pojęcie jednostki alkoholu może różnić się zależnie od kraju i wynosić od 8 do 10 g alkoholu jednak zwykle odpowiada kufłowi piwa (285ml), kieliszкови wódki (30ml) lub kieliszкови wina (120ml) lub jednej miarce aperitif (60ml) - źródło: <https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=po&country=40>

²⁰ Dotyczy osób zarejestrowanych przez Wykonawcę Programu

- W przypadku realizacji badań densytometrycznych w pracowni mobilnej, dopuszcza się możliwości realizacji wizyty lekarskiej w innym terminie niż zostało wykonane badanie densytometryczne. W takiej sytuacji Wykonawca Programu ustali telefonicznie z uczestnikiem Programu termin konsultacji lekarskiej oraz wskaże miejsce jej realizacji.
- W przypadku braku zgłoszenia uczestnika Programu, w ustalonym miejscu i terminie, na konsultację lekarską realizowaną w formie stacjonarnej, Wykonawca Programu umożliwi realizację konsultacji z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych (tzw. teleporada) oraz prześle wynik badania oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania na wskazany przez uczestnika Programu adres korespondencyjny lub adres poczty elektronicznej (w zależności od wskazań uczestnika Programu określonych w formularzu zgłoszeniowym). Świadczeniobiorca kończy swój udział w Programie.
- W trakcie wizyty, lekarz omawia ze świadczeniobiorcą wynik badania DXA. Następnie wykonuje ponowną ocenę ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL – uwzględniając wynik uzyskany w DXA. Lekarz omawia ze świadczeniobiorcą uzyskany wynik i udziela wyczerpujących odpowiedzi na pytania świadczeniobiorcy.
- 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 finansowanych przez NFZ. 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.
- W sytuacji braku zgłoszenia uczestnika Programu na konsultację lekarską realizowaną w formie stacjonarnej oraz braku możliwości jej realizacji z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych, z przyczyn niezależnych od Wykonawcy, wynik badania oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania, zostaną przesłane przez Wykonawcę na wskazany przez uczestnika Programu adres korespondencyjny lub adres poczty elektronicznej (w zależności od wskazań uczestnika Programu określonych w formularzu zgłoszeniowym). Świadczeniobiorca kończy swój udział w Programie.

➤ **Ankieta ewaluacji:**

Każdy uczestnik Programu zobowiązany jest do wypełnienia ankiet ewaluacji (odpowiednio załączniki: nr 1, 2 i 3 do Programu).

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu:

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Realizator Programu zostanie wybrany w ramach ogłoszonego konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Udział w Programie dla jego uczestników jest dobrowolny i bezpłatny.

III.5. Sposób zakończenia udziału w Programie:

- 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 (w przypadku braku zgłoszenia na konsultację lekarską oraz braku możliwości realizacji konsultacji z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych po przesłaniu przez Wykonawcę Programu dokumentów – wyniku badań oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania);
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w Programie;
- zakończenie realizacji Programu.

Wraz z zakończeniem udziału w Programie każdy z uczestników, o ile jest to możliwe winien uzyskać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

IV. Organizacja Programu:

IV. 1. Etapy Programu i działania podejmowane w ramach poszczególnych etapów:

Tabela nr 5. Etapy Programu i podejmowane w ramach niego działania:

Lp.	Działania podejmowane w ramach Programu	Termin realizacji
I etap. Opracowanie Programu:		
1.	Opracowanie Programu uwzględniające rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.	III kwartał 2025 r.
2.	Konsultacje Programu z gminami powiatu poznańskiego.	III kwartał 2025 r.
3.	Zatwierdzenie Programu do realizacji oraz powołanie Rady ds. Programu (Uchwała Zarządu Powiatu).	III kwartał 2025 r.
4.	Przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności projektu Programu z rekomendacją, o której mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	III kwartał 2025 r.
5.	Złożenie wniosku o dofinansowanie Programu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.	III kwartał 2025 r.
II etap. Wdrożenie Programu do realizacji i wybór jego realizatora:		

**„PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA OSTEOPOROZY
WŚRÓD MIESZKAŃCÓW POWIATU POZNAŃSKIEGO” W 2026 R.**

6.	Ogłoszenie otwartego konkursu ofert na wybór realizatora Programu.	I/II kwartał 2026 r.
7.	Składanie ofert w konkursie na wybór realizatora Programu przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.	
8.	Wybór realizatora Programu przez Zarząd Powiatu w Poznaniu (uchwała Zarządu ws. zatwierdzenia wyników konkursu ofert).	
9.	Podpisanie umowy o realizacji Programu.	
III etap. Kampania informacyjno-promocyjna oraz szkolenia/szkolenie dla personelu:		
10.	Poinformowanie wójtów/burmistrzów gmin powiatu poznańskiego o realizacji Programu oraz wyborze jego wykonawcy.	I/II kwartał 2026 r.
11.	Spotkanie Rady ds. Programu z wykonawcą w celu omówienia organizacji i sposobu przeprowadzenia ww. Programu na terenie poszczególnych gmin (stacjonarnie lub on-line).	
12.	Przeprowadzenie przez realizatora Programu szkoleń/szkolenia dla personelu uczestniczącego w jego realizacji.	
13.	Przeprowadzenie kampanii promocyjno - informacyjnej dotyczącej Programu (w tym m.in. plakaty, ulotki, informacje na stronach internetowych powiatu i gmin, informacje w mediach, w mediach społecznościowych, w przychodniach oraz innych miejscach użyteczności publicznej na terenie powiatu poznańskiego).	
IV etap. Działania w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy oraz monitoringu:		
14.	Opracowanie, wydanie oraz dystrybucja ulotek edukacyjnych.	I – IV kwartał 2026 r.
15.	Kwalifikacja uczestników do Programu.	
16.	Edukacja realizowana bezpośrednio oraz on-line (film edukacyjny dostępny na stronie internetowej Wykonawcy Programu).	
17.	Przeprowadzenie oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX.	
18.	Pomiar gęstości kości za pomocą DXA.	
19.	Lekarska wizyta podsumowująca u osób, u których wykonano pomiar gęstości kości.	
20.	Bieżący monitoring realizacji Programu.	
V etap. Podsumowanie realizacji Programu oraz ewaluacja:		
21.	Sporządzenie przez Wykonawcę końcowego sprawozdania merytorycznego z realizacji Programu.	IV kwartał 2026 r.
22.	Rozliczenie przez Wykonawcę dotacji przyznanej na realizację Programu.	
23.	Rozliczenie dofinansowania uzyskanego z Narodowego Funduszu Zdrowia (w przypadku przyznania środków).	
24.	Ewaluacja Programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji Programu i przesłanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.	

➤ **Wybór realizatora Programu:**

Wykonawca Programu zostanie wyłoniony w trybie otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej zgodnie z obowiązującymi przepisami określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.).

➤ **Koordynatorzy Programu:**

- wyznaczony przedstawiciel Wykonawcy Programu,
- pracownik Wydziału Spraw Społecznych i Zdrowia Starostwa Powiatowego w Poznaniu.

➤ **Termin i miejsce realizacji Programu:**

• **Miejsce:**

- w zakresie badania densytometrycznego: na terenie 17 gmin powiatu poznańskiego (mobilne lub stacjonarne pracownie densytometryczne spełniające ogólne warunki dla pracowni radiologicznych); W sytuacji braku możliwości realizacji badań na terenie poszczególnych gmin, z przyczyn niezależnych od Wykonawcy, mieszkańcy tych gmin będą mogli skorzystać z badań realizowanych na terenie innej gminy powiatu poznańskiego. Poza obowiązkową realizacją badań densytometrycznych na terenie gmin powiatu poznańskiego, o której mowa w zdaniu pierwszym, dodatkowo dopuszcza się możliwość realizację badań na terenie m. Poznań;
- w zakresie konsultacji lekarskiej realizowanej stacjonarnie:
 - bezpośrednio po wykonanym badaniu densytometrycznym: miejsce realizacji badania na terenie powiatu poznańskiego,
 - w innym terminie niż zostało wykonane badanie densytometryczne: powiat poznański lub Poznań (min. jedna lokalizacja wskazana przez Wykonawcę Programu);
- w zakresie edukacji realizowanej stacjonarnie: miejsca realizacji badań densytometrycznych/konsultacji lekarskiej.

- **Termin: 2025 r.** – opracowanie i zatwierdzenie Programu, **2026 r.** - interwencje oferowane w Programie; (zgodnie z pkt. IV.1).

Szczegółowy harmonogram dotyczący terminów i miejsc realizacji badań zostanie określony przez Wykonawcę Programu po podpisaniu stosownej umowy.

IV.2. Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Wykonawcą Programu będzie podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 ze zm.).

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

Tabela nr 6. Wymagania dotyczące personelu uczestniczącego w realizacji Programu:

Wymagania dotyczące personelu	
Szkolenia personelu medycznego	Co najmniej jeden 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	Co najmniej jeden 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 Programu.
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	Co najmniej jedna osoba spośród personelu medycznego, przyjmująca formularz, posiadająca 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	Co najmniej jeden technik elektroradiolog/elektroradiolog z certyfikatem do obsługi densytometru.
Lekarska wizyta podsumowująca	Co najmniej jeden lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii albo lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy.

Wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną:

Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań, w tym:

- 1) pomieszczenie, gdzie będzie można przeprowadzić wywiad lekarski, badanie fizykalne, pomiar wzrostu i masy ciała pacjenta, edukację;
- 2) pracownię densytometryczną spełniającą ogólne warunki dla pracowni radiologicznych;
- 3) komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej;
- 4) densytometr oceniający BMD kręgosłupa i kości udowej metodą DXA.²¹

Interwencje w ramach Programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia

²¹ „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej”, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2018

uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w Programie, spełniał on wszystkie normy, zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne przeglądy, certyfikaty. W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie Program w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator musi spełniać wymagania określone w przepisach, w szczególności:

- w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia:
 - 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
 - 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi,
 - 11 stycznia 2023 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej,
 - 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
- ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2024 r. poz. 1620 ze zm.).

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją Programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora Programu zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu:

V.1. Monitorowanie:

Monitorowanie Programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia jego realizacji.

➤ ocenę zgłaszalności do Programu w oparciu o dane dotyczące:

Monitoring realizacji Programu będzie polegał na analizie comiesięcznych sprawozdań przedkładanych przez wykonawcę Programu dotyczących zgłaszalności do Programu, przy wykorzystaniu następujących wskaźników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniu/szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym, z podziałem na formę realizacji edukacji (stacjonarna, on-line), z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy;
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki <5% i ≥5%, z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy,
- liczba świadczeniobiorców, u których wykonano w ramach Programu pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników *T-score* (grupa >-1; grupa ≤-1 i >-2,5; grupa ≤-2,5), z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy,

- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej, z podziałem na formę realizacji (konsultacja stacjonarna, konsultacja z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych), z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy,
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci objęte badaniami densytometrycznymi w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów;
- liczba osób, które nie uczestniczyły w konsultacji lekarskiej w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w Programie.

Wykonawca Programu zobowiązany będzie do prowadzenia wykazu uczestników Programu, w formie elektronicznej bazy danych w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel obejmującego:

- datę wyrażenia zgody na uczestnictwo w Programie, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz udostępnienie danych do kontaktu (np. numer telefonu, adres korespondencyjny, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w celu oceny efektów zdrowotnych Programu,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik w ramach Programu;
- datę zakończenia udziału w Programie wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji Programu, wycofanie zgody na uczestnictwo w Programie).

➤ **ocenę jakości udzielanych świadczeń w ramach Programu:**

Ocena jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach Programu zostanie dokonana na podstawie analizy ankiet satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń, przeprowadzonych anonimowo wśród odbiorców Programu oraz ewentualnych uwag zgłoszonych przez uczestników Programu.

V.2. Ewaluacja:

Po zakończeniu realizacji Programu zostanie przeprowadzona ewaluacja uwzględniająca:

➤ **ocenę zgłaszalności do Programu w oparciu o dane dotyczące:**

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

Wyniki ewaluacji zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji Programu.

VI. Budżet Programu:

VI.1. Koszty jednostkowe.

Tabela 7. Planowany jednostkowy koszt udziału w Programie:²²

Lp.	Działanie	Liczba osób ²³	Koszt jednostkowy w zł	Suma kosztów jednostkowych w zł [3 × 4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
1.	Koszt oceny ryzyka złamania osteoporotycznego na podstawie metody FRAX	529	55	29 095,00
2.	Koszt badania densytometrycznego (pomiar BMD za pomocą DXA)	529	93	49 197,00
3.A.	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej obejmującej ponowne wykonanie oceny ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, omówienie wyników badania DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania ²⁴	529	154	81 466,00
3.B.	Opis wyniku badania DXA, ponowne wykonanie oceny ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania (dokumenty zostaną przesłane pocztą na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny lub adres e-mail) ²⁵	0	95	0
SUMA KOSZTÓW: 1. + 2. + 3.A.		529	302	159 758,00
SUMA KOSZTÓW: 1. + 2. + 3.B.		0 ²⁶	243	0

²² Powyższa kalkulacja stanowi symulację kosztów jednostkowych (wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen uzyskanych od poszczególnych podmiotów), faktyczne koszty jednostkowe poszczególnych działań zostaną określone przez oferenta w procedurze konkursowej.

²³ Szacowana liczba uczestników uwzględniająca kalkulowane koszty jednostkowe. Po dokonaniu wyboru realizatora Programu liczba populacji możliwej do włączenia w ramach Programu zostanie przeliczona ponownie z uwzględnieniem faktycznych jednostkowych kosztów realizacji poszczególnych interwencji wskazanych przez Wykonawcę w procedurze konkursowej. W zależności od wyceny poszczególnych interwencji liczba ta może być większa lub mniejsza. W umowie o realizacji Programu zostanie określona ostateczna liczba osób, które mogą zostać objęte interwencjami w ramach Programu.

²⁴ W sytuacji realizacji konsultacji lekarskiej z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych, w tym przesłanie pocztą, na wskazany przez uczestnika Programu adres korespondencyjny lub adres e-mail, wyniku badania oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

²⁵ Dotyczy sytuacji, w których nie zrealizowano konsultacji lekarskiej w formie stacjonarnej z uwagi na brak zgłoszenia uczestnika Programu oraz braku możliwości realizacji konsultacji lekarskiej z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych

²⁶ Na etapie wdrożenia Programu zakłada się, że wszystkie osoby, u których zostanie wykonane badanie DXA wezmą udział w konsultacji lekarskiej. Jednocześnie przyjęto, że koszt określony w pkt. 3.B. jest niższy niż koszt 3.A.

VI.2. Koszty całkowite.

W 2026 r. na realizację Programu planuje się przeznaczyć z budżetu Powiatu Poznańskiego **200 000,00 zł**, w tym na tzw. koszty pośrednie nie więcej niż **40 000,00 zł**. Kwota ta uwzględnia możliwości finansowe Powiatu na dzień opracowania niniejszego Programu.

Tabela nr 8. Planowane koszty całkowite realizacji Programu²⁷:

Lp.	Koszty całkowite w poszczególnych kategoriach kosztów	Planowany koszt w zł brutto
Koszty bezpośrednie:		
1.	Koszt oceny ryzyka złamania osteoporotycznego na podstawie metody FRAX	29 095,00
2.	Koszt badania densytometrycznego (pomiar BMD za pomocą DXA)	49 197,00
3.A.	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej obejmującej omówienie wyników badania DXA, ponowne wykonanie oceny ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania ²⁸	81 466,00
3.B.	Opis wyniku badania DXA, ponowne wykonanie oceny ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania wydane przez lekarza (dokumenty zostaną przesłane pocztą na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny) ²⁹	0
Suma kosztów bezpośrednich		
Koszty pośrednie:		
1.	Koszty przygotowania i przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego (z pre-testem i post-testem)	40 000, 00
2.	Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej (w tym np. plakaty, informacje w mediach)	
3.	Koszty opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych	
4.	Koszty realizacji edukacji zdrowotnej w formie bezpośredniej oraz on-line (z pre-testem i post-testem)	
5.	Koszty administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, wstępnej kwalifikacji do udziału w Programie)	

²⁷ Powyższa kalkulacja stanowi symulację kosztów według poszczególnych kategoriach kosztów. Faktyczne koszty zostaną określone w procedurze konkursowej przez oferenta.

²⁸ W sytuacji realizacji konsultacji lekarskiej z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych, koszt ten uwzględnia również przesłanie pocztą na wskazany przez uczestnika Programu adres korespondencyjny lub adres e-mail wynik badania oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

²⁹ Na etapie wdrożenia Programu zakłada się, że wszystkie osoby, u których zostanie wykonane badanie DXA wezmą udział w konsultacji lekarskiej.

z wykorzystaniem kalkulatora FRAX, eksploatacyjne), koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania	
Suma kosztów pośrednich	40 000,00
SUMA kosztów całkowitych realizacji Programu	199 758,00

Monitoring i ewaluacja będą prowadzone bezkosztowo przez pracowników Starostwa Powiatowego w Poznaniu.

VI.3. Źródła finansowania:

Program zostanie sfinansowany ze środków budżetowych Powiatu Poznańskiego.

Jednocześnie, na podstawie art. 48d w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* Powiat Poznański będzie wnioskował do Narodowego Funduszu Zdrowia o dofinansowanie Programu.

VI. 4. Kontynuacja Programu:

Kontynuacja realizacji Programu w kolejnych latach uzależniona będzie od możliwości finansowych Powiatu Poznańskiego oraz aktualnych regulacji prawnych w omawianym temacie.

VII. Bibliografia:

- 1) <http://aotm.gov.pl>
- 2) <https://stat.gov.pl/>
- 3) <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/>
- 4) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021 r., poz. 642);
- 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lutego 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 (Dz. U. z 2017 r., poz. 2476);
- 6) Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69),
- 7) Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. MZ. z 2021 r. poz. 80),
- 8) Obwieszczenie Wojewody Wielkopolskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wojewódzkiego planu transformacji (Dz. Urz. z 2021 r. poz. 9999);
- 9) Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. 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.

W ramach wyszukiwania odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących organizacji:

- U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF) 2018,
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2017,
- American College of Radiology (ACR) 2017,
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) 2017,
- National Osteoporosis Society (NOS) 2014,
- The Endocrine Society (ESC) 2012,
- The International Society for Clinical Densitometry, International Osteoporosis Foundation ISCD/IOF 2011.

Ankieta jakości świadczeń realizowanych w ramach „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r. (m.in. edukacja i badanie gęstości kości)

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Uprzejmie prosimy o anonimowe wypełnienie ankiety, której wyniki służyć będą ocenie jakości świadczeń realizowanych w ramach Programu. Po wypełnieniu prosimy o jej przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie we wskazanym miejscu.

Odpowiedzi na pytania od I do V prosimy zaznaczyć poprzez postawienie znaku X we właściwej kolumnie. Ocena 5 – oznacza ocenę najwyższą, a ocena 1 – ocenę najniższą.

I. Ocena rejestracji:

Jak Pani/Pan ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość osób rejestrujących?					
2. dostępność rejestracji telefonicznej?					
3. zrozumiałość przekazywanych informacji?					

II. Ocena edukacji zdrowotnej:

Jak Pani/Pan ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość edukatora?					
2. przygotowanie merytoryczne edukatora?					
3. zrozumiałość przekazywanych informacji?					
4. atrakcyjność materiałów edukacyjnych?					
5. przydatność uzyskanych informacji?					

III. Ocena oszacowania 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX:

Jak Pani/Pan ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość personelu?					
2. czas oczekiwania na badanie po zgłoszeniu się do pracowni?					
3. warunki panujące w pracowni (np. warunki higieniczno-sanitarne)?					

IV. Ocena badania densytometrycznego:

Jak Pani/Pan ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość personelu?					
2. warunki panujące w pracowni (np. warunki higieniczno-sanitarne)?					

3. lokalizacja miejsca, w którym realizowane jest badanie? (np. możliwość dojazdu pod wskazany adres)					
---	--	--	--	--	--

V. W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o realizowanym Programie? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź poprzez jej podkreślenie).

- a) z Internetu,
- b) z mediów (radio, telewizja, prasa),
- c) z podmiotu leczniczego/od lekarza, pielęgniarki, położnej innej osoby personelu medycznego,
- d) od znajomej/innej uczestniczki Programu,
- e) z innych źródeł (z jakich? – proszę określić)

.....
.....

VI. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w kolejnych latach? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź poprzez jej podkreślenie).

- a) tak
- b) nie

VII. Dodatkowe uwagi/opinie:

.....
.....
.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Ankieta jakości świadczeń realizowanych w ramach „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r. (konsultacja lekarska w formie stacjonarnej)

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Uprzejmie prosimy o anonimowe wypełnienie ankiety, której wyniki służyć będą ocenie jakości świadczeń realizowanych w ramach Programu. Po wypełnieniu prosimy o jej przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie we wskazanym miejscu.

Odpowiedzi na pytania od I do V prosimy zaznaczyć poprzez postawienie znaku X we właściwej kolumnie. Ocena 5 – oznacza ocenę najwyższą, a ocena 1 – ocenę najniższą.

I. Ocena konsultacji lekarskiej:

Jak Pani/Pan ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość lekarza?					
2. zrozumiałość przekazywanych informacji?					
3. lokalizacja miejsca, w którym realizowana jest konsultacja lekarska? (np. możliwość dojazdu pod wskazany adres)					
4. warunki panujące w gabinecie (np. warunki higieniczno-sanitarne)?					
5. czas oczekiwania na przyjęcie przez lekarza po zgłoszeniu się w podmiocie?					

II. Dodatkowe uwagi/opinie:

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Ankieta jakości świadczeń realizowanych w ramach „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r. (edukacja on-line)

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Uprzejmie prosimy o anonimowe wypełnienie ankiety, której wyniki służyć będą ocenie jakości świadczeń realizowanych w ramach Programu.

Odpowiedzi na pytania od I do V prosimy zaznaczyć. Ocena 5 – oznacza ocenę najwyższą, a ocena 1 – ocenę najniższą.

I. Ocena edukacji zdrowotnej realizowanej on-line:

Jak Pani/Pan ocenia:	5	4	3	2	1
1. jakość przygotowanego filmu edukacyjnego?					
2. atrakcyjność przygotowanego filmu edukacyjnego?					
3. zrozumiałość przekazywanych informacji?					
4. przydatność uzyskanych informacji?					

II. W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o realizowanym Programie? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź poprzez jej podkreślenie).

- a) z Internetu,
- b) z mediów (radio, telewizja, prasa),
- c) z podmiotu leczniczego/od lekarza, pielęgniarki, położnej innej osoby personelu medycznego,
- d) od znajomej/innej uczestniczki Programu,
- e) z innych źródeł (z jakich? – proszę określić)

.....
.....

III. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w kolejnych latach? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź poprzez jej podkreślenie).

- a) tak
- b) nie

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.