



POWIAT
POZNAŃSKI

Załącznik do Uchwały Nr 1841/2026
Zarządu Powiatu w Poznaniu
z dnia 23 kwietnia 2026 r.

**UCHWAŁA NR 1841/2026
ZARZĄDU POWIATU
W POZNANIU
Z DNIA 23 KWIECZNIA 2026 R.**

**AKCEPTUJĘ
Tomasz Łubiński
Wicestarosta Poznański**

23 kwietnia 2026 r.
(data)

.....
(podpis)

**„NIE DAJ SIĘ OSTEOPOROZIE -
PROGRAM PROFILAKTYCZNO-EDUKACYJNY
DLA 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 177/2025 z dnia 21 listopada 2025 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, 2026 r.

„Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r., zwany dalej „Programem”, został opracowany na podstawie Rekomendacji nr 177/2025 z dnia 21 listopada 2025 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. Powyższa rekomendacja stanowi aktualizację rekomendacji wydanej przez Prezesa AOTMIT w 2020 r. dla ww. problemu zdrowotnego.

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, odnalezione dowody naukowe, opinie ekspertów klinicznych, obowiązujące przepisy prawa oraz dane epidemiologiczne dotyczące osteoporozy, zaleca „przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań informacyjno-edukacyjnych ukierunkowanych na profilaktykę osteoporozy oraz zapobieganie złamaniom osteoporotycznym i upadkom w populacji osób dorosłych, szkoleń dla personelu medycznego, oceny ryzyka wystąpienia w populacji kobiet w wieku ≥ 50 i mężczyzn w wieku ≥ 65 lat oraz kobiet w wieku 40-49 lat i mężczyzn w wieku 50-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, badań gęstości kości techniką DXA u osób ze stwierdzonym ryzykiem wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych oraz edukację zdrowotną u osób z wykrytą osteoporozą”.

Powiat Poznański opracowując niniejszy Program uwzględnił rekomendację z 2025 r., doświadczenie z realizacji przedmiotowego Programu w latach 2023-2025 oraz posiadane możliwości finansowe. Jednocześnie mając na uwadze fakt, iż w 2026 r. realizowany jest również „Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego”, uwzględniający poprzednią rekomendację, w programie pn. „Nie daj się osteoporozie (...)” dokonano zawężenia grupy docelowej wskazanej w rekomendacji z 2025 r.

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, będącą następstwem różnych stanów patologicznych lub na skutek działania niektórych leków (najczęściej glikokortykosteroidów).

Zgodnie z polską wersją językową ICD-11 osteoporoza znajduje się w kategorii kodu 15, tj. choroby układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej – osteopatie i chondropatie (FB83: zaburzenia związane z niską masą kostną). W ramach podkategorii, osteoporozę sklasyfikowano w następujący sposób:

FB83.1 – Osteoporoza:

- FB83.10 – Osteoporoza przedmenopauzalna idiopatyczna;
- FB83.11 – Osteoporoza pomenopauzalna;
- FB83.12 – Osteoporoza z nieużywania;
- FB83.13 – Osteoporoza polekowa;
- FB83.14 – Osteoporoza z powodu złego wchłaniania;

- FC01.9 – Osteoporoza po usunięciu jajników;
- FB83.1Y – Inna określona osteoporoza;
- FB83.1Z – Osteoporoza, nieokreślona.¹

Czynniki zwiększające ryzyko rozwoju osteoporozy pierwotnej obejmują:

- czynniki genetyczne i demograficzne: predyspozycja rodzinna, wiek (kobiety >65 lat, mężczyźni >70 lat), płeć żeńska, rasa kaukaska i mongoloidalna;
- niedowagę: wskaźnik masy ciała (BMI, ang. body mass index) wynoszący <18 kg/m²;
- gospodarkę hormonalną oraz zdrowie prokreacyjne kobiet: hipogonadyzm o różnej etiologii, zaburzenia miesiączkowania (nieregularne miesiączki, opóźnione pokwitanie), nieposiadanie potomstwa, okres pomenopauzalny;
- czynniki związane z odżywianiem i stylem życia: niedostateczna podaż wapnia, niedostateczna lub zbyt wysoka podaż fosforu, niedobór witaminy D, niedobory białkowe lub stosowanie diety bogatobiałkowej, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nadmierne spożycie kawy, siedzący tryb życia.

Osteoporoza wtórna z kolei może być wynikiem:

- współwystępowania innych chorób, tj.: zaburzeń hormonalnych, chorób układu pokarmowego, układu oddechowego, nerek, szpiku i krwi, a także chorób reumatycznych, hiperwitaminozy A (nadmiernej ilości witaminy A w surowicy krwi) oraz stanu po przeszczepie narządu;
- przyjmowania leków: glikokortykosteroidów, hormonów tarczycy w dużych dawkach, leków przeciwpadaczkowych (fenobarbital, fenytoina, karbamazepina), heparyny (zwłaszcza niefrakcjonowanej), antagonistów witaminy K, cyklosporyny, leków immunosupresyjnych w dużych dawkach i innych antymetabolitów, żywic wiążących kwasy żółciowe (np. cholestyramina), analogów gonadoliberyny, pochodnych tiazolidynodionu (pioglitazon), tamoksifenu (u kobiet przed menopauzą), inhibitorów aromatazy, inhibitorów pompy protonowej czy leków antyretrowirusowych;
- długotrwałe unieruchomienie, przebyte złamania, sarkopenia.

Osteoporozę można rozpoznać po stwierdzeniu zmniejszonej gęstości mineralnej kości na podstawie przeprowadzonego badania densytometrycznego, w którym wskaźnik T u kobiet (po menopauzie) oraz u mężczyzn w wieku ≥ 50 lat wynosi $\leq -2,5$. U osób młodszych muszą występować dodatkowe czynniki ryzyka, które zwykle wskazują na osteoporozę wtórną. W diagnostyce osteoporozy wskazana jest ocena bezwzględnego 10-letniego ryzyka złamania na podstawie występowania u pacjenta czynników ryzyka złamań.

I.2. Dane epidemiologiczne:

Według szacunków Narodowego Funduszu Zdrowia, w roku 2024 liczba osób dotkniętych osteoporozą wyniosła ponad 2 mln, z czego 420 tys. przypadków odnotowano wśród mężczyzn, a 1,83 mln przypadków wśród kobiet po 50 r.ż. Wskazuje się natomiast, że w latach 2013-2024 poziom niedoszacowania (tzw. liczba niezdiagnozowanych chorych) wyniósł około 75%.

¹ Rekomendacja nr 177/2025 z dnia 21 listopada 2025 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

Począwszy od 2013 r. obserwowany jest stopniowy wzrost zarówno liczby osób chorych na osteoporozę, jak i współczynnika 3-letniej chorobowości rejestrowanej (gdzie w 2024 roku wyniósł 604,8 tys. osób).

Na przestrzeni lat 2013-2023, stosunek chorobowości rejestrowanej do ludności w wieku powyżej 50 lat wynosił około 6% wśród kobiet, a u mężczyzn około 1%.

W ramach zrealizowanych przez Powiat Poznański programów osteoporozę zdiagnozowano u 124 osób (w 2023 r. - badanie DXA wykonano u 356 osób, 16 z nich uzyskało wynik T-score $\leq -2,5$ SD, w 2024 r. - badanie DXA wykonano u 793 osób, 57 z nich uzyskało wynik T-score $\leq -2,5$ SD, w 2025 r. - badanie DXA wykonano u 495 osób, 51 z nich uzyskało wynik T-score $\leq -2,5$ SD).

Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031, poradnia osteoporozы należy do placówek, w których w 2023 r. przeważali pacjenci w wieku ≥ 65 lat (89,7%). Wskazano także, że głównym wyzwaniem systemu opieki zdrowotnej oraz rekomendowanych kierunkach działań w województwach dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, śląskim oraz wielkopolskim jest zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj.: w poradniach osteoporozы.

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

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

Diagnostyka osteoporozы 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 absorpcyjometrii promieniowania rentgenowskiego o podwójnej energii (DXA, dawniej DEXA). Jest ona najczęściej wykorzystywaną metodą diagnostyki osteoporozы, 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 osteoporozы miejscowej – bliższej kości udowej, kręgosłupa oraz dystalnego odcinka kości przedramienia. Wynik badania BMD podawany jest w g minerałów/cm².

Wytyczne kliniczne oraz wyniki pozyskane z wtórnych dowodów naukowych wskazują na możliwe działania profilaktyczne ukierunkowane na osteoporozę, które obejmują: badania przesiewowe (densytometria DXA poprzedzona oceną ryzyka złamania w oparciu o narzędzie FRAX), działania informacyjno-edukacyjne oraz modyfikację stylu życia (dieta, aktywność fizyczna).

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 r. poz. 357 ze zm.), od momentu wydania rekomendacji Prezesa Agencji nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020, nie zostały wprowadzone nowe zmiany dotyczące świadczeń gwarantowanych związanych z osteoporozą. Jedynym badaniem pomiaru gęstości kości pozostaje świadczenie o kodzie 88.981 „Dwufotonowa absorbcyjometria (densytometria z kości udowej lub kręgosłupa)”, wykonywane w pracowni, gabinecie lub poradni specjalistycznej. W ramach świadczeń gwarantowanych, tylko w przypadku porady specjalistycznej dla leczenia osteoporozы wymagane jest wyposażenie w densytometr DXA do badania kręgosłupa i kości udowej. Z kolei zapewnienie dostępu do densytometrii kręgosłupa i kości udowej wskazano dla porad

specjalistycznych m.in. z zakresu chorób metabolicznych, endokrynologii, geriatrici, reumatologii, czy ortopedii i traumatologii narządu ruchu.²

2. Uzasadnienie dla wprowadzenia programu polityki zdrowotnej pn. „Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.

„Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r. jest zgodny z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026, 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 geriatricią, 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**”.

Realizacja przedmiotowego Programu wpisuje się także w założenia „*Programu działań Powiatu Poznańskiego w zakresie promocji i ochrony zdrowia na lata 2025-2030*”, w zakresie celu operacyjnego nr 6: *Profilaktyka - wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom wybranych chorób społecznych i cywilizacyjnych (m.in. cukrzyca, otyłość, osteoporoza)* oraz celu operacyjnego nr 8: „*Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*”.

Niniejszy Program pozwoli na zwiększenie dostępu do profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, a w efekcie sprzyjać będzie zmniejszeniu liczby złamań osteoporotycznych. Stanowi on kontynuację działań realizowanych przez Powiat Poznański w latach 2023-2025.

3. Podstawy prawne realizacji Programu:

- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie powiatowym* (Dz. U. z 2025 r. poz. 1684),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.),
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2026 r. poz. 156),
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2026 r. poz. 149),
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. *w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026* (Dz. U. z 2025 r. poz. 1886),

² Rekomendacja nr 177/2025 z dnia 21 listopada 2025 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

- 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 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. MZ z 2025 r. poz. 42),
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. MZ. z 2021 r. poz. 80),
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji krajowego planu transformacji (Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 146),
- Obwieszczenie Wojewody Wielkopolskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji (Dz. Urz. z 2024 r. poz. 11120).

II. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji:

II. 1. Cel główny:

- podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania Programu wysokiego poziomu wiedzy* z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom, wśród 65% uczestników Programu.

*wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.

II. 2. Cel szczegółowy:

- 1) podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania Programu wysokiego poziomu wiedzy* w zakresie profilaktyki osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi, wśród 60% osób dorosłych, którzy wzięli udział w działaniach edukacyjnych (film edukacyjny).
- 2) podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania Programu wysokiego poziomu wiedzy* wśród 70% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.
- 3) podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania Programu wysokiego poziomu wiedzy* w zakresie profilaktyki osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi, wśród 65% świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w indywidualnej edukacji zdrowotnej.
- 4) zwiększenie o 5% w okresie trwania całego Programu odsetka osób z wykrytą osteoporozą w oparciu o wynik DXA, którzy zostali skierowani na dalszą diagnostykę i leczenie w ramach środków NFZ.

*wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.

II.3. Mierniki efektywności realizacji Programu:

Tabela 1: Mierniki efektywności realizacji Programu:

Cel	Miernik
Główny	<p>Odsetek uczestników Programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy*, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test.</p> <p>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników, którzy wzięli udział w działaniach edukacyjnych w ramach etapów „działania informacyjno-edukacyjne” oraz „lecarska wizyta podsumowująca z indywidualną edukacją zdrowotną”. Wynik wyrażony w procentach.)</p>
Cel szczegółowy nr 1	<p>Odsetek osób dorosłych, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób dorosłych, którzy wypełnili pre-test.</p> <p>(Iloraz liczby osób dorosłych z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich osób dorosłych, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych w ramach etapu „działania informacyjno-edukacyjne”. Wynik wyrażony w procentach.)</p>
Cel szczegółowy nr 2	<p>Odsetek uczestników z grupy personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestniczących w szkoleniach, które wypełniły pre-test.</p> <p>(Iloraz liczby przedstawicieli personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich przedstawicieli personelu medycznego, którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy. Wynik wyrażony w procentach.)</p>
Cel szczegółowy nr 3	<p>Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.</p> <p>(Iloraz liczby świadczeniobiorców z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w indywidualnej edukacji zdrowotnej w ramach etapu „wizyta podsumowująca z indywidualną edukacją zdrowotną”. Wynik wyrażony w procentach.)</p>
Cel szczegółowy nr 4	<p>Odsetek świadczeniobiorców z wynikiem pozytywnym badania gęstości kości techniką DXA skierowanych na dalszą diagnostykę i leczenie w ramach NFZ, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których wykonano to badanie.</p> <p>(Iloraz osób, które zostały skierowane na dalsze leczenie i postępowanie w ramach NFZ w stosunku do wszystkich uczestników interwencji „badanie gęstości kości DXA”. Wynik wyrażony w procentach.)</p>

* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.

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	
Szkolenia dla personelu medycznego	Personel medyczny w szczególności zaangażowany w realizację Programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, fizjoterapeuci, koordynatorzy opieki medycznej
Grupa docelowa nr 2	
Wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka	<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 50-64 lat* bez dodatkowych czynników ryzyka, mężczyźni w wieku 65-74 lat* bez dodatkowych czynników ryzyka, kobiety w wieku 40-49 lat z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, mężczyźni w wieku 50-64 lat z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego
Badanie gęstości kości techniką DXA	<ul style="list-style-type: none"> osoby zakwalifikowane do udziału w Programie, u których podczas wizyty kwalifikacyjnej oszacowane w ramach kalkulatora FRAX PL, 10-letnie ryzyko poważnych złamań osteoporotycznych wynosi $\geq 5\%$, osoby u których, stwierdzono obecność klinicznych czynników ryzyka złamań nieujętych w kalkulatorze FRAX PL oraz złamańiskoenergetycznych
Lekarska wizyta podsumowująca z edukacją zdrowotną	<ul style="list-style-type: none"> osób, które w ramach Programu wzięły udział w badaniu diagnostycznym i uzyskały wynik densytometrii DXA. Indywidualna edukacja zdrowotna uwzględniająca modyfikację stylu życia, skierowana jest do osób ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu
Grupa docelowa nr 3	
Działania informacyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> ogólna populacja osób dorosłych

*Mając na uwadze fakt, iż na podstawie Uchwały Nr 1083/2025 Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia 17 lipca 2025 r. realizowany jest Program adresowany do kobiet w wieku ≥ 65 lat oraz mężczyzn w wieku ≥ 75 lat, w niniejszym Programie dokonano zawężenia grupy docelowej wskazanej w rekomendacji Nr 177/2025 Prezesa AOTMIT z dnia 21 listopada 2025 r.

Liczebność populacji, u której zostanie wykonane badanie densytometryczne:

Planuje się, że w ramach Programu z pomiaru gęstości kości skorzysta ok. 216 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 40-49*	Liczba kobiet w wieku 50-64	Liczba mężczyzn w wieku 50-64*	Liczba mężczyzn w wieku 65-74 lat
Buk	1 031	1 207	1 143	604
Czerwonak	2 665	2 726	2 603	1 617
Dopiewo	3 948	2 600	2 529	1 230
Kleszczewo	1 154	862	903	322
Komorniki	4 157	2 553	2 595	1 117
Kostrzyn	1 746	1 732	1 737	914
Kórnik	3 540	2 927	2 947	1 252
Luboń	3 167	3 151	2 893	1 445
Mosina	3 480	3 030	2 964	1 666
Murowana Goślina	1 388	1 808	1 630	1 010
Pobiedziska	1 822	2 040	1 972	1 069
Puszczykowo	746	994	927	598
Rokietnica	2 522	1 815	1 830	830
Stęszew	1 321	1 480	1 417	837
Suchy Las	2 116	1 844	1 827	979
Swarzędz	5 339	4 912	4 657	2 396
Tarnowo Podgórne	3 382	2 689	2 653	1 465
Powiat Poznański	43 524	38 370	37 227	19 351

Źródło: <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica> (dostęp: 09.02.2026 r.)

*uwzględniono wyłącznie dane demograficzne, brak danych dotyczących liczby osób z co najmniej jednym 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 w szczególności zaangażowany w realizację Programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, fizjoterapeuci, 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
Działania informacyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> populacja ogólna osób dorosłych 	<ul style="list-style-type: none"> brak
Wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka	<ul style="list-style-type: none"> miejsce zameldowania/zamieszkania na terenie powiatu poznańskiego³, zgłoszenie udziału w Programie u Wykonawcy Programu⁴, wyrażenie zgody na udział w Programie⁵, wiek⁶ i płeć: <ul style="list-style-type: none"> kobiety w wieku 50-64 lat bez dodatkowych czynników ryzyka, kobiety w wieku 40-49 lat, u których występuje co najmniej jeden czynnik ryzyka*, mężczyźni w wieku 65-74 lat bez dodatkowych czynników ryzyka, mężczyźni w wieku 50-64 lat, u których występuje co najmniej jeden czynnik ryzyka* 	<ul style="list-style-type: none"> osoby, u których zdiagnozowano osteoporozę przed zgłoszeniem do Programu; pozostawanie pod opieką poradni leczenia osteoporozy

³ Na podstawie pisemnego oświadczenia, druk oświadczenia zostanie opracowany przez Wykonawcę Programu

⁴ 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

⁵ Na podstawie pisemnego druku zgody na udział w Programie opracowanego przez Wykonawcę Programu

⁶ Przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia

<p>Badanie gęstości kości techniką DXA</p>	<p>zakwalifikowane w ramach „wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka” osoby, u których:</p> <ul style="list-style-type: none"> oszacowane w ramach kalkulatora FRAX PL 10-letnie ryzyko poważnych złamań osteoporotycznych wynosi $\geq 5\%$, stwierdzono obecność klinicznych czynników ryzyka* złamań nieujętych w kalkulatorze FRAX PL oraz złamań niskoenergetycznych 	<ul style="list-style-type: none"> osoby niezakwalifikowane do badania podczas „wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka”, obecność przeciwwskazań do badania DXA, osoby, które miały przeprowadzone w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu badanie z wykorzystaniem densytometrii DXA
<p>Lekarska wizyta podsumowująca z edukacją zdrowotną</p>	<p><u>Lekarska wizyta podsumowująca</u></p> <ul style="list-style-type: none"> osoby, które otrzymały wynik densytometrii DXA realizowanej w ramach Programu <p><u>Indywidualna edukacja zdrowotna</u></p> <ul style="list-style-type: none"> osoby ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu 	<p>brak</p>

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.

* **Do istotnych klinicznie czynników złamań należą** (RACGP 2024, RACGP/HBA 2024, NOGG 2022, SIGN 2021, eksperci kliniczni):

- przebyte złamania,
- złamania biodra u co najmniej jednego z rodziców,
- obecne palenie tytoniu,
- stosowanie glikokortykosteroidów,
- obecność chorób przewlekłych (w tym cukrzyca typu 2, reumatoidalne zapalenie stawów) lub innego schorzenia silnie związanego z osteoporozą (wtórna osteoporoza),
- spożywanie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie,
- stosowanie używek,
- siedzący tryb życia,
- stwierdzenie wyraźnego obniżenia wzrostu.

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: wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka, badanie densytometryczne, lekarska wizyta podsumowująca z edukacją zdrowotną (indywidualna edukacja zdrowotna dla osób ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu);
- dla III grupy docelowej - ogólnej populacji osób dorosłych: **działania informacyjno-edukacyjne** (film edukacyjny, ulotki).

➤ Szkolenie dla personelu medycznego:

- Działania oraz tematyka poruszana na szkoleniach i w materiałach edukacyjnych powinny w szczególności obejmować:
 - metody profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy,
 - strategie zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom,
 - rozpoznawanie i definicję złamańiskoenergetycznych,
 - zasady postępowania diagnostycznego i wywiadu w zakresie identyfikacji czynników ryzyka,
 - zajęcia praktyczne (warsztaty) z oceny ryzyka złamań za pomocą kalkulatora FRAX,
 - budowę i metabolizm tkanki kostnej, patofizjologia, przebieg i powikłania osteoporozy, mechanizm złamań oraz prawidłowy pomiar wzrostu i wagi ciała (BMI),
 - ocenę ryzyka upadków i ich przyczyn,
 - prezentację konkretnych przypadków klinicznych,
 - omówienie ogólnych zasad kompleksowej terapii.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniach jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła szkolenie, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb personelu medycznego. Zaleca się, aby szkolenia obejmowały bezpośredni kontakt wykładowcy i słuchaczy (np. wykłady, warsztaty) (eksperci kliniczni). Dopuszcza się możliwość realizacji szkoleń w ramach e-learningów.

➤ Działania informacyjno-promocyjne:

- 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 (np. w formie plakatów),
 - w lokalnych mediach,
 - w mediach społecznościowych.
- Działania informacyjno-promocyjne będą obejmować proces aktywnej rekrutacji do Programu poprzez dedykowaną infolinię do rejestracji.

- **Działania edukacyjne** (edukacja podczas lekarskiej wizyty podsumowującej, film edukacyjny, ulotki)
- Edukacja realizowana podczas lekarskiej wizyty podsumowującej oraz on-line poprzez przygotowanie i udostępnienie filmu edukacyjnego na stronie internetowej Wykonawcy Programu.
 - Warunkiem przystąpienia do działań edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest także do wypełnienia post-testu po zakończeniu ww. interwencji.
 - Działania edukacyjne ukierunkowane na podniesienie wiedzy populacji na temat osteoporozy powinny obejmować następujący zakres tematyczny:
 - opis choroby i czynniki ryzyka;
 - informacje o dostępności do badań przesiewowych z wykorzystaniem densytometrii DXA oraz korzyści z nich wynikających;
 - korzyści wynikające z podjęcia działań w kierunku minimalizacji wpływu czynników ryzyka związanych ze stylem życia (palenie tytoniu, picie alkoholu, siedzący tryb życia, stosowanie restrykcyjnych diet, które nie dostarczają odpowiedniej ilości makroskładników, witamin itp.);
 - potrzeby ograniczenia/eliminacji czynników ryzyka złamań, z uwzględnieniem sposobów na zmniejszenie ryzyka upadków;
 - rola aktywności fizycznej na zdrowie i gęstość mineralną kości, ze wskazaniem zalecanych form ćwiczeń (np. ćwiczeń siłowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową);
 - rola prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, z uwzględnieniem optymalizacji podaży makroskładników (wapń, magnez), witaminy D oraz białka;
 - nauka oceny ryzyka złamań z użyciem kalkulatora FRAX w ramach spotkań bezpośrednich;
 - ogólne informacje o zasadach leczenia osteoporozy.
 - Działania edukacyjne powinny być prowadzone prostym i zrozumiałym językiem dla adresatów oraz w przystępnej formie.
 - W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich (np. dostęp z dnia 17.11.2025 r.):
 - Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia:
<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/cichy-zlodziej-kosci>
 - Polski Portal Osteoporozy:
<https://osteoporoza.pl/materiay-edukacyjne-dla-pacjentow/>
 - Narodowy Fundusz Zdrowi:
<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/profilaktyka-osteoporozy-sroda-z-profilaktyka-w-ow-nfz,565.html> (<https://www.nfz.gov.pl/gfx/>)
 - Ulotki edukacyjne będą dystrybuowane wśród uczestników Programu oraz zostaną przekazane do miejsc użyteczności publicznej na terenie gmin powiatu poznańskiego (np. do urzędów gmin, przychodni lekarskich);

➤ **Wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka:**

Wywiad i wyznaczenie ryzyka złamań osteoporotycznych za pomocą FRAX PL:

- Osoby, które zgłosiły się do udziału w Programie zostają szczegółowo poinformowane o jego celach i etapach.
- Uczestnik przed lub na wizycie wypełnia formularz zgłoszeniowy, który uwzględnia także wszystkie dane niezbędne do przeprowadzenia oceny ryzyka poważnych złamań przy wykorzystaniu narzędzia FRAX, tj.:
 - wiek (w latach),
 - płeć,
 - wagę (w kg),
 - wzrost (w cm),
 - 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 (wtórna osteoporoza),
 - spożywanie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie.
 - Obok każdego z pytań o obecność dodatkowego czynnika ryzyka złamania osteoporotycznego należy zamieścić stosowne wyjaśnienie.
 - Ponadto zaleca się, aby personel medyczny brał aktywny udział już w trakcie wypełniania przez uczestnika formularza.
- Osoba przyjmująca formularz weryfikuje kompletność zamieszczonych w nim informacji, a następnie korzystając z kalkulatora FRAX dla populacji polskiej („FRAX PL” <https://www.fraxplus.org/pl/calculation-tool>) wylicza 10-letnie prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego. Wynik wpisywany jest do formularza zgłoszeniowego i udostępniany świadczeniobiorcy w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego.
- W trakcie wizyty należy także przeprowadzić pogłębiony wywiad w celu stwierdzenia obecności istotnie klinicznych czynników ryzyka złamania, które wykraczają poza parametry uwzględniane w kalkulatorze FRAX, w szczególności:
 - liczba przebytych złamań i ich rodzaju oraz upadków, stosowanie używek,
 - czas stosowania i dawek glikokortykosteroidów,
 - obecność chorób przewlekłych z określeniem ich stopnia zaawansowania,
 - rodzaj trybu życia (np. siedzący/aktywny),
 - stwierdzenie wyraźnego obniżenia wzrostu.
- Ponadto w trakcie wywiadu należy przeprowadzić:
 - pomiar wzrostu i wagi ciała,
 - wybrane testy czynnościowe (np. „wstań i idź”),
 - ocenę siły mięśniowej.

Skierowanie na badanie techniką DXA w ramach Programu:

- **Ostateczną decyzję o skierowaniu na badanie techniką DXA podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę:**
 - oszacowane w ramach kalkulatora FRAX PL 10-letnie ryzyko poważnych złamań osteoporotycznych, wynoszące $\geq 5\%$,
 - obecność klinicznych czynników ryzyka złamań nieujętych w kalkulatorze FRAX PL oraz złamańiskoenergetycznych.
- Uczestnik skierowany na badanie techniką DXA otrzymuje informację zwrotną od Wykonawcy Programu o zakwalifikowaniu do badania oraz o miejscu i terminie planowanego pomiaru DXA, a także o sposobie przygotowania się do badania i przeciwwskazaniach do jego wykonania.
- Świadczeniobiorca powinien zostać poinformowany, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy.
- W przypadku stwierdzenia niskiego ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego (FRAX PL $< 5\%$, brak innych istotnych klinicznie czynników ryzyka), uczestnik otrzymuje materiały edukacyjne oraz informację zwrotną o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA.

➤ **Badanie gęstości kości techniką DXA:**

- Badanie DXA jest skierowane do uczestników Programu, którzy zostali zakwalifikowani do badania w ramach etapu „wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka”.
- **Badanie gęstości kości techniką DXA powinno być przeprowadzone w szyjce kości udowej oraz w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (L1-L4).**
- Aparat i jego oprogramowanie w zakresie standardów referencyjnych T-score powinien wykorzystywać odpowiednie bazy danych dla mieszkank i mieszkańców Europy.
- W trakcie badania istotnym jest prawidłowe pozycjonowanie pacjenta przez osobę wykonującą badanie.
- Wyniki powinny zostać zinterpretowane w ciągu 3 tygodni od wykonania badania (NOGG 2022).
- Wszystkie pozostałe wymagania dotyczące badania oraz aparatu należy spełnić zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wytycznymi.

➤ **Lekarska wizyta podsumowująca z edukacją zdrowotną:**

Lekarska wizyta podsumowująca:

- Wynik badania gęstości kości techniką DXA należy interpretować zgodnie z kryteriami WHO:
 - 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.
- 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 końcowy wynik.

- W przypadku wykrycia osteoporozy i/lub obecności wysokiego/bardzo wysokiego ryzyka złamania, pacjent kierowany jest do leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych, celem rozpoczęcia terapii mającej na celu redukcję ryzyka złamań. W trakcie wizyty 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, pacjent kierowany jest na indywidualną edukację zdrowotną w ramach Programu, w której wskazane zostaną także zalecenia dotyczące modyfikacji stylu życia. Zaleca się, aby indywidualna edukacja zdrowotna była przeprowadzona bezpośrednio po lekarskiej wizycie podsumowującej.
- Dodatkowo osoby, u których stwierdzono w trakcie wizyty kwalifikacyjnej obniżenie wzrostu o >3 cm powinny zostać poinformowane o konieczności wykonania RTG w ramach świadczeń gwarantowanych w celu potwierdzenia/wykluczenia złamania kręgu.
- W przypadku niestwierdzenia osteoporozy, pacjent informowany jest o wyniku ujemnym. Przekazywane są zalecenia odnośnie dążenia do ograniczenia lub eliminacji modyfikowalnych czynników ryzyka złamań. 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 realizacji badań densytometrycznych w pracowni mobilnej, dopuszcza się możliwości realizacji lekarskiej wizyty podsumowującej 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 wraz z zaleceniami dotyczącymi 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 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.

Indywidualna edukacja zdrowotna:

- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w indywidualnej edukacji zdrowotnej jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do działań edukacyjnych, zobowiązana jest do wypełnienia post-testu.

- Indywidualna edukacja zdrowotna powinna być prowadzona przez personel medyczny wyspecjalizowany w profilaktyce osteoporozy i podkreślać konieczność dążenia do ograniczenia lub eliminacji modyfikowalnych czynników ryzyka złamań.
- Zaleca się prowadzenie indywidualnej edukacji bezpośredniej, a czas poświęcony na działania edukacyjne powinien wynosić ≥ 45 min.
- Indywidualna edukacja zdrowotna powinna obejmować następujący zakres tematyczny:
 - opis choroby i czynniki ryzyka;
 - korzyści z podjęcia działań w kierunku minimalizacji wpływu czynników ryzyka związanych ze stylem życia (palenie tytoniu, picie alkoholu, siedzący tryb życia, stosowanie restrykcyjnych diet);
 - potrzeby ograniczenia/eliminacji czynników ryzyka złamań, w tym zmniejszenie ryzyka upadków oraz sposoby ich zapobiegania;
 - rola aktywności fizycznej na zdrowie i gęstość mineralną kości, ze wskazaniem zalecanych form ćwiczeń (np. ćwiczeń siłowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową);
 - rola prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, z uwzględnieniem optymalizacji podaży makroskładników (wapń, magnez), witaminy D oraz białka oraz konieczności zaprzestania lub ograniczenia picia alkoholu;
 - nauka oceny ryzyka złamań z użyciem kalkulatora FRAX w ramach spotkań bezpośrednich,
 - ogólne informacje o zasadach leczenia osteoporozy.
- W ramach modyfikacji stylu życia należy wskazać pacjentowi dostosowane do jego indywidualnych potrzeb i możliwości z zakresu:
 - zwiększenia aktywności fizycznej (poprzez ćwiczenia wykonywane samodzielnie lub w kombinacji różnych rodzajów), obejmującej m.in.:
 - ćwiczenia wytrzymałościowe (siłowe), odbywające się regularnie co najmniej 2 razy w tygodniu o umiarkowanej do wysokiej intensywności;
 - ćwiczenia siłowe z wykorzystaniem ciężarów. – powinny być one wykonywane każdego dnia (co najmniej 50 aktywności o umiarkowanym natężeniu) i powinny także uwzględniać ciężary o umiarkowanej lub dużej wadze, podnoszone podczas różnych aktywności w różnych kierunkach;
 - ćwiczenia balansu ciałem, w stopniu stanowiącym pewne wyzwanie dla pacjenta;
 - ćwiczenia rozciągające;
 - ćwiczenia statyczne z obciążeniem (np. stanie na jednej nodze, aby spowolnić spadek gęstości mineralnej biodra);
 - eliminację zjawiska długotrwałego pozostawiania w pozycji siedzącej;
 - prawidłowych nawyków żywieniowych, opierających się na: głównie na dobrze zbilansowanej diecie oraz odpowiedniej podaży:
 - wapnia w diecie (ok. 800-1 200 mg/dz.), co powinno docelowo zostać osiągnięte poprzez modyfikację diety oraz rozsądną suplementację;

- witaminy D, zapewnione głównie dzięki spożyciu odpowiednich produktów spożywczych oraz suplementacji w dawce co najmniej 800 IU/dzień, szczególnie gdy u pacjentów stwierdza się niedobór tej witaminy;
 - białka (1,2 g/kg mc./dz.);
 - potasu (ok. 3 500 mg/dz.);
 - magnezu (>300 mg/dz.);
- ograniczenia spożycie kawy do nie więcej niż 4 filiżanek dziennie.

➤ **Ankieta ewaluacji:**

Każdy uczestnik Programu zobowiązany jest do wypełnienia ankiet ewaluacji (odpowiednio zgodnie z treścią załącznika: nr 1 lub 2 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 uczestniczyły w szkoleniu/szkoleniach dla personelu medycznego, ich udział w Programie kończy się po ukończeniu interwencji i wypełnieniu post-testu;
- w przypadku osób biorących udział w działaniach edukacyjnych w ramach etapu „działania informacyjno-edukacyjne”, ich udział kończy się wraz z wypełnieniem post-testu;
- w przypadku osób, które nie zostały zakwalifikowane do badania gęstości kości DXA, ich udział w Programie kończy się przekazaniem zaleceń i materiałów edukacyjnych;
- w przypadku osób, u których podczas lekarskiej wizyty podsumowującej nie zostanie wykryta osteoporoza, ich udział w Programie kończy się wraz z zakończeniem tej wizyty;
- w przypadku osób, u których wykryto osteoporozę, ich udział kończy się po ukończeniu indywidualnej edukacji zdrowotnej i po wypełnieniu post-testu;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w Programie;
- zakończenie realizacji Programu.

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 uwzględniającego rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.	I/II kwartał 2026 r.
2.	Konsultacje Programu z gminami powiatu poznańskiego.	
3.	Zatwierdzenie Programu przez Zarząd Powiatu w Poznaniu.	
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.	
II etap. Wdrożenie Programu do realizacji i wybór jego realizatora:		
5.	Ogłoszenie otwartego konkursu ofert na wybór realizatora Programu.	II kwartał 2026 r.
6.	Składanie ofert w konkursie na wybór realizatora Programu przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.	
7.	Wybór realizatora Programu przez Zarząd Powiatu w Poznaniu (uchwała Zarządu ws. zatwierdzenia wyników konkursu ofert).	
8.	Podpisanie umowy o realizacji Programu.	
III etap. Kampania informacyjno-promocyjna oraz szkolenie/szkolenia dla personelu:		
9.	Poinformowanie wójtów/burmistrzów gmin powiatu poznańskiego o realizacji Programu oraz wyborze jego wykonawcy.	II kwartał 2026 r.
10.	Przeprowadzenie przez realizatora Programu szkoleń/szkolenia dla personelu uczestniczącego w jego realizacji.	
11.	Przeprowadzenie kampanii promocyjno - informacyjnej dotyczącej Programu (w tym m.in. plakaty, 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 profilaktyczno-edukacyjne dotyczące osteoporozy oraz monitoring:		
12.	Opracowanie, wydanie oraz dystrybucja ulotek edukacyjnych.	II – IV kwartał 2026 r.
13.	Edukacja realizowana on-line (film edukacyjny dostępny na stronie internetowej Wykonawcy Programu).	
14.	Wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka.	
15.	Pomiar gęstości kości za pomocą DXA.	
16.	Lekarska wizyta podsumowująca z edukacją zdrowotną.	
17.	Bieżący monitoring realizacji Programu.	
V etap. Podsumowanie realizacji Programu oraz ewaluacja:		
18.	Sporządzenie przez Wykonawcę końcowego sprawozdania merytorycznego z realizacji Programu.	IV kwartał 2026 r./ I kwartał 2027 r.
19.	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 2025 r. poz. 1461 ze zm.).

➤ **Koordynatorzy Programu:**

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

➤ **Termin i miejsce realizacji Programu:**

• **Miejsce realizacji Programu w zakresie:**

- **badania densytometrycznego:** na terenie wszystkich 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. Poznania;
- **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);
- **edukacji** realizowanej stacjonarnie: miejsca realizacji konsultacji lekarskiej.

• **Termin realizacji Programu: 2026 r.**

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 2026 r. poz. 156).

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	Lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii, endokrynologii, geriatry lub chorób wewnętrznych) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach Programu.
Działania informacyjno-edukacyjne	Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w trakcie szkolenia prowadzonego przez eksperta w ramach Programu.
Wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka	<p><u>Wywiad i wyznaczenie ryzyka złamań osteoporotycznych za pomocą FRAX PL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> co najmniej 1 pracownik medyczny posiadający odpowiedni poziom wiedzy, uzyskany m.in. dzięki udziałowi w szkoleniu personelu medycznego realizowanym w ramach Programu, wystarczający do prawidłowego przeprowadzenia wywiadu i oceny ryzyka złamań osteoporotycznych za pomocą FRAX PL oraz udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym Programem pytania uczestników. <p><u>Skierowanie na badanie techniką DXA w ramach Programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach Programu przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.
Badanie gęstości kości techniką DXA	<p>Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (technik radiolog).*</p> <p>* Bardzo ważne jest przygotowanie technika radiologa do obsługi aparatu densytometrycznego, a zwłaszcza prawidłowego pozycjonowania chorych do badania. Wskazane jest, aby technik ukończył odpowiedni kurs specjalistyczny.</p>
Lekarska wizyta podsumowująca z edukacją zdrowotną	<p><u>Lekarska wizyta podsumowująca:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach Programu przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego. <p><u>Indywidualna edukacja zdrowotna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka lub inny pracownik medyczny, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla

	przeprowadzenia działań edukacyjnych (optymalnie uzyskanych podczas szkolenia zrealizowanego przez eksperta w ramach Programu).
--	---

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 dostępem do Internetu, kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej;
- 4) densytometr DXA do badania kręgosłupa i kości udowej.⁷

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

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.

⁷ „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej”, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2018

➤ **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 osób poddanych działaniom edukacyjnym w ramach etapu „działania informacyjno-edukacyjne” (tj. liczba osób, które zapoznały się z filmem edukacyjnym);
- liczba świadczeniobiorców, którzy zgłosili się do udziału w Programie i wzięli udział w wizycie kwalifikacyjnej z oceną ryzyka;
- liczba osób, u których wykonano badanie gęstości kości DXA, z podziałem na 4 grupy wyników T-score (I – wartość prawidłowa/brak stwierdzonej osteoporozy; II – osteopenia; III – osteoporoza; IV – osteoporoza zaawansowana), z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania świadczeniobiorcy oraz płeć;
- 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 działaniami w ramach Programu, wraz ze wskazaniem powodów;
- liczba osób poddanych edukacji zdrowotnej w ramach etapu „wizyta podsumowująca z edukacją zdrowotną”;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w Programie;
- liczba osób, które zakończyły udział w Programie, zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką.

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. ukończenie wszystkich interwencji, 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 dane dotyczące:

- odsetek uczestników z grupy personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy*, względem wszystkich uczestniczących w szkoleniach, które wypełniły pre-test;
- odsetek uczestników Programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy*, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test;
- odsetek świadczeniobiorców biorących udział w edukacji zdrowotnej (w ramach etapu „wizyta podsumowująca z edukacją zdrowotną”), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy*, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test;
- odsetka świadczeniobiorców z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach Programu wykonano ocenę ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego;
- odsetka świadczeniobiorców z wynikiem badania gęstości kości T-score wynoszącym $\leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, u których przeprowadzono badanie DXA w ramach Programu.

*wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.

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:⁸

Lp.	Działanie	Liczba osób ⁹	Koszt jednostkowy w zł	Suma kosztów jednostkowych w zł [3 × 4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
1.	Koszt wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka przy wykorzystaniu narzędzia FRAX PL wraz ze skierowaniem na badanie przez lekarza w ramach Programu <i>(w tym np. koszty: personelu, udostępnienia pomieszczenia, prądu)</i>	240	127	30.480,00

⁸ 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.

⁹ 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 realizację Programu zostanie określona ostateczna liczba osób, które mogą zostać objęte interwencjami w ramach Programu.

**„NIE DAJ SIĘ OSTEOPOROZIE - PROGRAM PROFILAKTYCZNO-EDUKACYJNY
DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU POZNAŃSKIEGO” W 2026 R.**

	(zakłada się, że do 10% osób, nie zostanie zakwalifikowanych do badania) ¹⁰			
2.	Koszt badania gęstości kości techniką DXA (w tym np. koszty: personelu, udostępnienia pomieszczenia, prądu, paliwa)	216	168	36.288,00
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, przekazanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania (w tym np. koszty: personelu, udostępnienia pomieszczenia, prądu, w przypadku teleporady - koszt połączeń telefonicznych oraz koszt wysyłki na wskazany adres e-mail lub adres korespondencyjny wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania)	216	237	51.192,00
3.B.	Koszt opisu wyniku badania DXA, ponowne wykonanie oceny ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania (w przypadku nie zrealizowania lekarskiej wizyty podsumowującej stacjonarnie lub w formie teleporady dokumenty zostaną przesłane pocztą na wskazany przez świadczeniobiorcę adres e-mail lub adres korespondencyjny) (w tym np. koszty: personelu, wysyłki korespondencji)	0	122	0
4.	Koszt przeprowadzenia indywidualnej edukacji zdrowotnej dla osób ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu, z pre-testem i post-testem (w tym np. koszty: personelu, udostępnienia pomieszczenia, prądu)	22	83	1.826,00

¹⁰ Na podstawie programu zrealizowanego w 2025 r.

	(zakłada się, że osteoporoza zostanie stwierdzona u nie więcej niż 10% osób, u których zostanie wykonane badanie) ¹¹		
SUMA KOSZTÓW:			119.786,00

VI.2. Koszty całkowite.

W 2026 r. na realizację Programu planuje się przeznaczyć z budżetu Powiatu Poznańskiego **150.000,00 zł**, w tym na tzw. koszty pośrednie nie więcej niż **30.000,00 zł**. Kwota ta uwzględnia możliwości finansowe Powiatu na dzień opracowania niniejszego Programu.

Tabela nr 8. Planowane koszty całkowite realizacji Programu¹²:

Lp.	Koszty całkowite w poszczególnych kategoriach kosztów	Planowany koszt w zł brutto
I. Koszty bezpośrednie (nie więcej niż 120.000,00 zł):		
1.	Koszt wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka przy wykorzystaniu narzędzia FRAX PL wraz ze skierowaniem na badanie przez lekarza w ramach Programu (zakłada się, że do 10% osób, nie zostanie zakwalifikowanych do badania)	30.480,00
2.	Koszt badania gęstości kości techniką DXA	36.288,00
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	51.192,00
3.B.	Koszt opisu 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) ¹³	0
4.	Koszt przeprowadzenia edukacji indywidualnej dla osób ze stwierdzoną osteoporozą w ramach Programu, z pre-testem i post-testem (zakłada się, że osteoporoza zostanie stwierdzona u nie więcej niż 10% osób, u których zostanie wykonane badanie w ramach Programu) ¹⁴	1.826,00
Suma kosztów bezpośrednich: I.1. + I.2. + I.3.A. + I.4		119.786,00
II. Koszty pośrednie (nie więcej niż 30.000,00 zł):		

¹¹ Na podstawie programu zrealizowanego w 2025 r.

¹² Powyższa kalkulacja stanowi symulację kosztów według poszczególnych kategoriach kosztów. Faktyczne koszty zostaną określone w procedurze konkursowej przez oferenta.

¹³ 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

¹⁴ Na podstawie programu zrealizowanego w 2025 r.

1.	Koszty przygotowania i przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego (z pre-testem i post-testem)	30.000,00
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 on-line (film edukacyjny z pre-testem i post-testem)	
5.	Koszty administracyjno-organizacyjne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, koszty obsługi kadrowej i finansowej, koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania)	
Suma kosztów pośrednich		30.000,00
SUMA KOSZTÓW:		149.786,00

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

VI.3. Źródła finansowania:

Program zostanie sfinansowany ze środków budżetowych Powiatu Poznańskiego.

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) <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/cichy-zlodziej-kosci>
- 4) <https://osteoporoza.pl/materiay-edukacyjne-dla-pacjentow/>
- 5) <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosc/aktualnosc-oddzialow/profilaktyka-osteoporozy-sroda-z-profilaktyka-w-ow-nfz,565.html>
- 6) Rekomendacja nr 177/2025 z dnia 21 listopada 2025 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.

**Ankieta jakości świadczeń realizowanych w ramach „Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.
(m.in. wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka, badanie gęstości kości, lekarska wizyta podsumowująca, edukacja indywidualna)**

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. Wizyta kwalifikacyjna z oceną ryzyka:

Jak Pani/Pan ocenia:	5	4	3	2	1
1. uprzejmość personelu?					
2. zrozumiałość przekazywanych informacji?					

III. Ocena badania gęstości kości:

Jak Pani/Pan ocenia:	5	4	3	2	1	Nie dotyczy
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)						

IV. Ocena lekarskiej wizyty podsumowującej:

Jak Pani/Pan ocenia:	5	4	3	2	1	Nie dotyczy
1. uprzejmość lekarza?						
2. zrozumiałość przekazywanych informacji?						
3. lokalizacja miejsca, w którym realizowana jest konsultacja lekarska?						

4. warunki panujące w gabinecie (np. warunki higieniczno-sanitarne)?						
5. czas oczekiwania na przyjęcie przez lekarza po zgłoszeniu się w podmiocie?						

V. Ocena edukacji zdrowotnej:

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

VI.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, innej osoby personelu medycznego,
- d) od znajomej/innej uczestniczki Programu,
- e) z innych źródeł (z jakich? – proszę określić)

.....

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

- a) tak
- b) nie

VIII. Dodatkowe uwagi/opinie:

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Ankieta jakości świadczeń realizowanych w ramach „Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla 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.