

OGŁOSZENIE KONKURSU OFERT NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Burmistrz Mieściska ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. **„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Mieścisko na lata 2023-2025”**

I. PRZEDMIOT KONKURSU

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi działania ujęte w programie polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Mieściska na lata 2023-2025”, zwanym dalej Programem.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację całego Programu w latach 2023-2025 wynosi **315 000,00 złotych brutto**, w tym wkład własny realizatora wynosi 20 % (63 000,00 złotych). Reszta środków w kwocie 252 000,00 złotych pochodzi ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach dofinansowania z Subfunduszu rozwoju profilaktyki, wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego.

II. ADRESACI KONKURSU

Konkurs adresowany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm).

Oferent przystępujący do konkursu powinien spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać uprawnienia do wykonywania świadczeń z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia osteoporozy;
- 2) dysponować odpowiednią, doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiadać odpowiednie warunki do prowadzenia badań oraz edukacji w ramach realizacji Programu (lekarz w trakcie lub ze specjalizacją ze Zdrowie Publicznego, elektroradiolog);
- 3) stosować zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy, 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);
- 4) zapewnić pomieszczenia do przeprowadzenia poszczególnych etapów Programu (dopuszcza się do realizacji programu gabinet mobilny),
- 5) posiadać sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu,

III. UCZESTNICZY PROGRAMU

Uczestnikami programu będzie personel medyczny oraz mieszkańcy Miasta i Gminy Mieściska. Szczegółowy opis populacji docelowej określony został w Programie.

IV. OPIS DZIAŁAŃ PROWADZONYCH W RAMACH REALIZACJI PROGRAMU

Interwencje zaplanowane w Programie	
Etap I	Szkolenie personelu medycznego: szkolenie w formie stacjonarnej lub e-learningu zaplanowane dla grupy co najmniej 5 osób z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji (minimum 10 pytań zamkniętych z 3 wariantami odpowiedzi, test jednokrotnego wyboru). Treści szkoleniowe: zalecane przez rekomendacje metody profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, zapobieganie złamaniom osteoporotycznym i upadkom.
Etap II	❖ Przygotowanie oraz dystrybucja broszur z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom w populacji osób dorosłych. ❖ Edukacja zdrowotna zaplanowana i prowadzona przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, dietetyka, ratownika medycznego, edukatora medycznego, elektroradiologa lub specjalistę zdrowia publicznego z wykorzystaniem metody wykładu w populacji docelowej 80 osób w wieku 50 lat i więcej, w formie co najmniej 2 wykładów 60-minutowych dla grup max. 40-osobowych, z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji (minimum 5 pytań zamkniętych z 3 wariantami odpowiedzi, test jednokrotnego wyboru); wykład powinien obejmować następujące treści: - główne założenia realizowanego programu, - istota działań profilaktyki pierwotnej osteoporozy, - promocja elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości, - zasadnicza rola 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, - przyczyny upadków oraz ich negatywnych następstw, - działania pomagające zapobiegać upadkom, - identyfikacja i sposoby eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę, - rola prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu. ❖ Edukacja zdrowotna zaplanowana i prowadzona przez osobę przyjmującą formularz w etapie III z wykorzystaniem metody pogadanki w populacji docelowej osób w wieku 65 lat i więcej, z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy uczestnika przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po edukacji (minimum 5 pytań zamkniętych z 3 wariantami odpowiedzi, test jednokrotnego wyboru); pogadanka powinna obejmować następujące treści: - główne założenia realizowanego programu, - istota działań profilaktyki pierwotnej osteoporozy, - promocja elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości, - zasadnicza rola 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, - przyczyny upadków oraz ich negatywnych następstw, - działania pomagające zapobiegać upadkom,

	- identyfikacja i sposoby eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę, - rola prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych Ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu.
Etap III	Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX: ❖ indywidualna edukacja zdrowotna (z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy uczestnika przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po edukacji, co opisano w punkcie poprzednim), ❖ wypełnienie przez uczestnika Programu formularza zgłoszeniowego określonego w Programie, ❖ wyliczenie dziesięcioletniego prawdopodobieństwa poważnego złamania osteoporotycznego, przy wykorzystaniu narzędzia FRAX dla populacji polskiej („FRAX PL”) oraz wpisanie go do formularza zgłoszeniowego, ❖ udostępnienie świadczeniobiorcy wyniku w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego, ❖ udzielenie merytorycznych odpowiedzi na wszelkie pytanie dotyczące osteoporozy i zapobieganiu upadkom oraz skierowanie świadczeniobiorcy do rzetelnych źródeł wiedzy, ❖ poinformowanie o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA (przy wyniku $<5\%$) lub poinformowanie o wysokim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego (przy wyniku $\geq 5\%$) i zakwalifikowaniu do pomiaru DXA (etap IV) wraz z podaniem szczegółów dotyczących miejsca i czasu planowanego pomiaru DXA oraz sposobu przygotowania do badania (dodatkowo świadczeniobiorca powinien zostać poinformowany o przeciwwskazaniach do wykonania pomiaru DXA oraz o tym, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy).
Etap IV	Pomiar BMD za pomocą DXA: 1. pomiar densytometrii DXA dokonywany na szyjce kości udowej, 2. przy wyznaczaniu T-score dla kobiet i mężczyzn norma referencyjna to NHANES III dla kobiety rasy białej pomiędzy 20-29 rokiem życia (przestrzeganie ww. specyfikacji wskazanej przez autorów narzędzia FRAX umożliwi zastosowanie wyniku pomiaru w narzędziu FRAX), 3. przekazanie uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta.
Etap V	Lekarska wizyta podsumowująca: ❖ omówienie w trakcie wizyty wyniku badania DXA, ❖ wykonanie ponownej oceny ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL (z uwzględnieniem wyniku uzyskanego w DXA) oraz omówienie ze świadczeniobiorcą uzyskanego wyniku, ❖ uzupełniająca edukacja indywidualna, w ramach której lekarz udziela wyczerpujących odpowiedzi na pytania świadczeniobiorcy, przez co wyjaśnia i utrwała przekazane wcześniej podczas działań informacyjno-edukacyjnych informacje, ❖ skierowanie pacjentów, którym postawiono diagnozę, do lekarza POZ celem uzyskania skierowania do dalszego leczenia specjalistycznego ze wskazaniem konkretnego podmiotu udzielającego świadczeń w ramach NFZ.

1. Do obowiązków realizatora należeć będzie m.in.:

- 1) przeprowadzenie działań edukacyjnych wskazanych w Programie;
- 2) zapewnienie dostępności do badań realizowanych w ramach Programu;
- 3) zapewnienie pacjentom możliwości rejestracji telefonicznej i elektronicznej oraz kontaktu telefonicznego z realizatorem Programu minimum przez 5 dni w tygodniu (w tym w godzinach porannych i popołudniowych);
- 4) zapewnienie pacjentom warunków dostępności i bezpieczeństwa uwzględniających sytuacje związane z ograniczeniami sprawności lub zdarzeniami epidemicznymi;

- 5) przeprowadzenie kwalifikacji uczestników do Programu.
2. Ponadto realizatora dotyczą następujące wymagania:
 - 1) stosowanie zaleceń i rekomendacji polskich wskazanych w punkcie II ogłoszenia;
 - 2) raportowanie realizacji Programu na formularzach przygotowanych przez zleceniodawcę i na zasadach określonych w umowie;
 - 3) umieszczenie informacji o realizowanym Programie na stronie internetowej oraz w siedzibie realizatora Programu;
 - 4) monitorowanie oceny jakości udzielonych świadczeń w postaci ankiety satysfakcji.

V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Ofertę sporządza się w języku polskim na formularzu ofertowym, stanowiącym załącznik nr 1 do ogłoszenia, oraz na formularzu kalkulacji kosztów realizacji Programu, stanowiącym załącznik nr 2 do ogłoszenia.
3. Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
 - 1) informację odpowiadającą odpisowi aktualnemu z rejestru przedsiębiorców KRS (jeżeli dotyczy);
 - 2) informację aktualną z CEIDG (jeżeli dotyczy);
 - 3) dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
 - 4) kopie polisy ubezpieczeniowej OC,
 - 5) oświadczenie potwierdzające posiadane doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych.
4. Wszelkie dokumenty muszą być podpisane przez oferenta albo osobę (lub osoby) uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta.
5. Z chwilą ustanowienia pełnomocnictwa istnieje obowiązek załączenia do oferty pełnomocnictwa z podaniem jego zakresu.
6. Oferty niezgodne, czyli takie, których treść nie odpowiada treści niniejszego ogłoszenia, zostaną odrzucone bez dalszego rozpatrywania.
7. Kopie dokumentów wchodzących w skład oferty muszą być poświadczone przez oferenta za zgodność z oryginałem.
8. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi oferent.

VI. TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

1. Termin składania ofert upływa **16.02.2024 r. godz. 14.30**
2. Oferty konkursowe należy składać w formie papierowej w zamkniętej kopercie lub innym opakowaniu uniemożliwiającym ich odczytanie przed otwarciem wraz pełną nazwą, adresem siedziby i adresem e-mail oferenta
3. Oferty należy kierować do Burmistrza Mieściska opatrzonej opisem:

Oferta na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Mieścisko na lata 2023-2025”

NIE OTWIERAĆ DO DNIA OTWARCIA OFERT!!!

- Oferty należy składać w Sekretariacie Urzędu Miejskiego w Mieścisku, Plac Powstańców Wielkopolskich 13, 62-290 Mieścisko

UWAGA: Przy wysłaniu pocztą lub kurierem decyduje data wpływu oferty do Urzędu Miejskiego w Mieścisku.

- Ofertent może wprowadzić zmiany w złożonej ofercie lub ją wycofać, pod warunkiem, że uczyni to przed upływem terminu składania ofert. Zarówno zmiana, jak i wycofanie oferty wymagają zachowania formy pisemnej. Na kopercie zewnętrznej należy dodatkowo umieścić zastrzeżenie „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

VII. OSOBY DO KONTAKTU ZE STRONY OGŁOSZENIODAWCY

Szczegółowych informacji na temat przedmiotu niniejszego postępowania konkursowego udzielają:

Katarzyna Gronowska, tel. 61 42 98 010, e-mail: kgronowska@miescisko.pl

VIII. TRYB ROZPATRYWANIA I OCENA OFERT

- Złożone w konkursie oferty przekazywane są pod obrady komisji konkursowej powołanej przez Burmistrza Mieścisko.
- Komisyjne otwarcie ofert nastąpi podczas posiedzenia komisji konkursowej. Do chwili otwarcia oferty w stanie nienaruszonym są przechowywane w biurze Sekretarza Mieściska
- Komisja obraduje na posiedzeniach zamkniętych, które organizuje i prowadzi przewodnicząca komisji.
- Możliwy jest udział ofertentów w części otwartej posiedzenia komisji konkursowej dotyczącej otwarcia ofert. O terminie otwarcia ofert komisja informuje ofertentów drogą elektroniczną.
- W przypadku uczestnictwa w otwarciu ofert osoby niewymienionej w dokumentach jako upoważnionej do reprezentacji oferenta należy dostarczyć stosowne upoważnienie przed rozpoczęciem obrad komisji konkursowej.
- W trakcie oceniania prawidłowości formalnej złożonych ofert komisja konkursowa może zażądać udzielenia przez ofertentów wyjaśnień dotyczących złożonych przez nich ofert.
- Ocenie podlegają tylko oferty spełniające następujące warunki określone w ogłoszeniu:**

WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE	
1.	Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z rejestru przedsiębiorców KRS (jeżeli dotyczy)
2.	Informacja aktualna z CEIDG jeżeli dotyczy
3.	Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
4.	Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z Programem
5.	Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego i infrastruktury niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu
6.	Kopia polisy ubezpieczeniowej OC
7.	Oświadczenie potwierdzające posiadane doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych
8.	Oświadczenie potwierdzające stosowanie zaleceń i rekomendacji polskich ekspertów (np. zaleceń Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych

	Kości i Osteoporozy dotyczących diagnostyki i leczenia osteoporozy)
9.	Oświadczenie, że oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców
10.	Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych
11.	Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe
12.	Oświadczenie, że oferent jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze zleceniodawcą zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym
13.	Oświadczenie, że podmiot nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego
14.	Oświadczenie oferenta o zobowiązaniu do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)
15.	Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego
16.	Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym

8. Dołączone do oferty dokumenty mogą mieć formę:
- 1) kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta,
 - 2) pobranego z właściwej ewidencji elektronicznego wydruku.
11. Oferty niespełniające warunków określonych w ogłoszeniu lub złożone po terminie zostaną odrzucone i nie wezmą udziału w ocenie ofert w konkursie.
- 12. Oferty konkursowe oceniane będą według następujących kryteriów:**

NAZWA KRYTERIUM			Maksymalna liczba punktów
1.	Doświadczenie oferenta i efektywność realizacji Programu, w tym:		30
1)	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki osteoporozy, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej	0-10 pkt	
2)	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań z zakresu edukacji związanej z profilaktyką osteoporozy, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej	0-10 pkt	
3)	Efektywność w odniesieniu do liczby uczestników przewidzianych w Programie – roczna liczba badań profilaktycznych osteoporozy, realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej, w tym również densytometrycznych w okresie ostatnich 2 lat	0-10 pkt	
2.	Kompetencje i kwalifikacje oferenta		32
1)	Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu:		
	szkolenie personelu medycznego (etap I) – lekarz, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom, według kryterium:	0-4 pkt	

	1 osoba – 2 punkty 2 osoby – 4 punkty		
	lekarska wizyta podsumowująca, według kryterium: 1-3 osoby – 2 punkty 4 osoby i więcej – 4 punkty	0-4 pkt	
	osoba odpowiedzialna za edukację (etap II) – lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych (wskazać w formularzu ofertowym jedną osobę ze wskazanych powyżej), według kryterium: 1 osoba – 1 punkt 2-4 osoby – 2 punkty 5 osób lub więcej – 4 punkty	0-4 pkt	
	osoba odpowiedzialna za organizację i koordynację nad realizacją Programu po stronie realizatora, według kryterium: 1 osoba – 1 punkt 2-4 osoby – 2 punkty 5 osób lub więcej – 3 punkty	0-3 pkt	
	technik elektroradiolog, według kryterium: 1 osoba – 2 punkty 2 lub więcej – 4 punkty	0-4 pkt	
2)	Wyposażenia w densytometr DXA do badania kości udowej, komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej, według kryterium: 1 pracownia densytometryczna – 1 punkt 2 pracownie densytometryczne – 2 punkty 3 lub więcej pracowni densytometrycznych – 3 punkty	0-3 pkt	
3)	Ocena planu przygotowania materiałów edukacyjnych i ich upowszechniania	0-10 pkt	
3.	Koszty realizacji Programu*		38
1)	Cena oferty – realizator, który zaoferuje najniższą cenę brutto, otrzyma 20 pkt, a dla pozostałych ofert punktacja w tym kryterium zostanie obliczona w następujący sposób: $C = (C_{min} / C_x) \times 20$ gdzie: <i>C – liczba punktów w kryterium „cena oferty”</i> <i>C_{min} – najniższa cena brutto spośród złożonych ofert</i> <i>C_x – cena brutto oferty badanej</i> UWAGA! 20 % ceny ofertowej brutto stanowi wkład własny realizatora!	0-38 pkt	
Maksymalna liczba punktów, które może przyznać komisja konkursowa jednej ofercie wynosi:			100 pkt

* Zarówno cena jednostkowa, jak i cena oferty muszą być podane w PLN z uwzględnieniem należnego podatku VAT. Ceną oferty jest łączna wartość brutto. Cena może być tylko jedna i powinna obejmować wszystkie koszty związane ze świadczeniem usługi wynikające z zakresu Programu.

13. Komisja po ocenieniu ofert przedłoży Burmistrzowi Mięsciska wyniki konkursu i protokół posiedzenia komisji.
14. Konkurs rozstrzyga Burmistrz Mięsciska, po zapoznaniu się z wynikami i protokołem komisji.
15. Burmistrz Mięsciska dopuszcza możliwość wyboru jednej lub więcej niż jednej oferty konkursowej na realizację Programu.

16. Wybór oferty konkursowej w wyżej wymienionym trybie nie wymaga uzasadniania powodów decyzji Burmistrz Mieściska
17. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.
18. Przyznane środki finansowe mogą być niższe niż wnioskowane przez oferenta w przypadku wyłonienia kilku oferentów do realizacji Programu. W przypadku niższego finansowania Programu warunkiem zawarcia umowy z oferentem będzie złożenie zaktualizowanego zakresu rzeczowego i zaktualizowanej kalkulacji kosztów realizacji Programu.
19. Burmistrz Mieściska zastrzega sobie prawo – bez podania przyczyny – do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu, zamknięcia konkursu bez wyboru oferty oraz nierozstrzygnięcia konkursu na każdym jego etapie.
20. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji na stronie internetowej w Biuletynie Informacji Publicznej.
21. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferenta drogą elektroniczną.
22. Termin związania ofertą wynosi do 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

IX. INFORMACJE DODATKOWE

1. W zakresie nieuregulowanym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umowy na realizację Programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.
2. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zawartej pomiędzy zleceniodawcą a oferentem wyłonionym w drodze postępowania konkursowego.
3. W zakresie związanym z udziałem w konkursie oferent zobowiązany jest do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).

Załączniki do ogłoszenia:

- Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
- Załącznik nr 2 – Formularz kalkulacji kosztów
- Załącznik nr 3 – Wzór umowy na realizację programu
- Załącznik nr 4 – Program polityki zdrowotnej

Załącznik nr 1 DO OGŁOSZENIA KONKURSU OFERT
NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

FORMULARZ OFERTOWY

„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Mieścisko na lata 2023-2025”

I. DANE OFERENTA	
Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę	
Dokładny adres Ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość	
Dane kontaktowe Telefon i/lub fax Adres e-mail	
Forma prawna	
Osoba prawna upoważniona do reprezentowania oferenta Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail	
Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)	
NIP	
REGON	
Nazwa banku i numer rachunku bankowego (w przypadku podatników VAT numer bankowy powinien figurować w rejestrze VAT)	
Osoba uprawniona do kontaktów Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail	

II. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I SKUTECZNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU

1 .	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej		
	<i>Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń</i>	<i>Odbiorcy</i>	<i>Rok realizacji</i>
2 .	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań z zakresu edukacji związanej z profilaktyką, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej		
	<i>Rok</i>	<i>Oferent prowadził działania z zakresu edukacji prowadzonej w ramach realizacji programów polityki zdrowotnej Proszę wpisać „tak” lub „nie”</i>	<i>Rodzaj i zakres prowadzonych działań</i>
	2023		
	2022		
3 .	Efektywność w odniesieniu do liczby uczestników przewidzianych w Programie – roczna liczba badań profilaktycznych, realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej, w tym również densytometrycznych		
	<i>Rok</i>	<i>Liczba badań profilaktycznych przeprowadzonych w ciągu roku</i>	
	2023		
	2022		

III. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA

1.	Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu				
<i>Lp.</i>	<i>Imię i Nazwisko</i>	<i>Tytuł lub stopień naukowy</i>	<i>Specjalizacja</i>	<i>Numer prawa wykonywania zawodu</i>	<i>Doświadczenie w leczeniu/profilaktyce/edukacji związanej z osteoporozą (podać w latach)</i>
Szkolenie personelu medycznego (etap I) – lekarz, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom					
Osoba odpowiedzialna za edukację (etap II) – lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych.					
Osoba odpowiedzialna za organizację i koordynację nad realizacją Programu po stronie realizatora					
Lekarska wizyta podsumowująca - lekarz, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom					

Technik elektroradiolog					
2.	Wypożyczenie (opisać)				
3.	Przygotowanie/zapewnienie materiałów edukacyjnych i sposób ich upowszechniania (opisać)				
4.	Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej (opisać)				

IV. OŚWIADCZENIA OFERENTA	
1.	Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu, są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego. , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
2.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny i infrastrukturę niezbędne do prawidłowej realizacji Programu. , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
3.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
4.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy).

	, dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
5.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę i realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców. dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
6.	Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych. , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
7.	Oświadczam, że jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie jestem ani nie byłam(-łem) objęta(-ty) zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz karana(-ny) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
8.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze zleceniodawcą zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym. , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
9.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
10.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę zobowiązuje się do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych). , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
11.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapoznał się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej. dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta

12.	Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
------------	---

VII. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY			
Należy wstawić znak X w miejscu, które „dotyczy” lub „nie dotyczy” oferenta		DOTYCZY	NIE DOTYCZY
1.	Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z rejestru przedsiębiorców KRS		
2.	Informacja aktualna z CEIDG		
3.	Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
4.	Kopia polisy ubezpieczeniowej OC		
5.	Wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowej		
6.	Inne		

Dołączone do oferty dokumenty mogą mieć formę:

- 1) kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta,
- 2) pobranego z właściwej ewidencji elektronicznego wydruku.

DATA	PIECZĄTKA OFERENTA	PODPIS osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji oferenta W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika podwykonawców

Załącznik Nr 2 DO OGŁOSZENIA KONKURSU OFERT
NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW

„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Mieścisko na lata 2023-2025”

Lp.	Nazwa usługi/świadczenia	Liczba osób/u sług	Jednostka miary	Koszt jednostkowy (w zł brutto)	Koszt ogółem (w zł brutto)	Koszt ogółem (w zł brutto)	Koszt ogółem (w zł brutto)
					Rok 2023	Rok 2024	Rok 2025
1.*	Szkolenie personelu medycznego: szkolenie w formie stacjonarnej lub e-learningu zaplanowane dla grupy co najmniej 5 osób		usługa				
2.*	Edukacja zdrowotna		usługa				
3.*	Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX		osoba				
4.*	Pomiar BMD za pomocą DXA		osoba				
5.*	Lekarska wizyta podsumowująca		osoba				
6.*	Monitoring i ewaluacja		usługa				
7.*	Koszt personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia		usługa				
8.*	Działania informacyjne		usługa				
9.*	Działania edukacyjne, w tym przygotowanie materiałów w postaci ulotek, plakatów, broszur		usługa				

ROCZNY KOSZT PROGRAMU:			
CENA OFERTY OGÓŁEM:			

* Rodzaje kosztów w pozycjach 1-9 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym i Programie. 20 % ceny oferty ogółem stanowić będzie wkład własny realizatora programu.

II. OŚWIADCZENIE OFERENTA Oświadczam, że w przypadku wyboru ww. oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na świadczenie usług zgodnie z zakresem wynikającym z treści programu polityki zdrowotnej. , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
--

DATA	PIECZĄTKA OFERENTA	PODPIS osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji oferenta W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika podwykonawców

Załącznik Nr 3 DO OGŁOSZENIA KONKURSU OFERT
NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

UMOWA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Mieścisko na lata
2023-2025”**

zawarta 2024 roku w,

pomiędzy:

[*]

zwanym dalej Zlecającym,

a

[*]

.....

reprezentowanym przez,

zwanym dalej Realizatorem,

zwanym łącznie Stronami,

o następującej treści:

§ 1

1. Umowa zawierana jest z Realizatorem wyłonionym w konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej przeprowadzonym na podstawie zarządzenia Nr 766 Burmistrza Mieściska z dnia r. oraz rozstrzygnięcia konkursu ofert na podstawie zarządzenia Nr Burmistrza Mieściska z dnia
2. Zlecający zleca Realizatorowi realizację programu polityki zdrowotnej pn. **„Profilaktyka i wczesne wykrywane osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Mieścisko”** zwanego dalej Programem.
3. Realizator zobowiązuje się zrealizować Program w zakresie i na warunkach określonych w niniejszej umowie oraz ofercie złożonej w konkursie ofert na wybór realizatora Programu, stanowiącej załącznik nr 1 do umowy.

4. Przed przystąpieniem do działań edukacyjnych Realizator przygotowuje i przedłoży do akceptacji Zlecającego pre- i post-testy służące sprawdzeniu wiedzy na temat osteoporozy i jej skutków.
5. Termin realizacji Programu ustala się na okres **od dnia podpisania umowy do 31 grudnia 2025 roku.**

§ 2

1. Zlecający zobowiązuje się do przekazania środków publicznych na realizację Programu w latach 2023-2025, w łącznej kwocie zł brutto, co stanowi 80 % ceny Realizatora wskazanej w ofercie złożonej w konkursie.
2. 20 % ceny, o której mowa w ust. 1 tj. kwota zł brutto stanowi wkład własny Realizatora na realizację Programu, stanowiącego przedmiot umowy.
3. Kwota, o której mowa w ust. 1 zostanie przekazana Realizatorowi w następującej wysokości:
 - 1) w 2023 roku – maksymalnie do kwoty zł brutto (słownie:..... złotych 00/100),
 - 2) w 2024 roku – maksymalnie do kwoty zł brutto (słownie: złotych 00/100),
 - 3) w 2025 roku - maksymalnie do kwoty zł brutto (słownie: złotych 00/100).
4. Środki finansowe, o których mowa w ust. 1, zostaną przekazywane będą kwartalnie w częściach, po wykonaniu kolejnych czynności składających się na Program na podstawie faktur VAT z terminem płatności 14 dni, wystawianych przez realizatora Programu za ilość faktycznie przebadanych osób lub zrealizowanie danej usługi na rachunek bankowy nr Każdorazowo załącznikiem do faktury będzie sprawozdanie, przekazywane co kwartał, potwierdzające wykonanie kolejnych czynności składających się na Program. Wraz z ostatnią fakturą VAT, stanowiącą rozliczenie końcowe Realizator przedłoży Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu polityki zdrowotnej, który stanowi załącznik nr 2 do Programu.
5. Za datę zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zlecającego.
6. Realizator oświadcza, że jest jedynym posiadaczem wskazanego w ust. 4 rachunku bankowego i zobowiązuje się do jego utrzymania nie krócej niż do chwili dokonania ostatecznych rozliczeń ze Zlecającym, wynikających z realizacji niniejszej umowy.
7. Załącznikiem do niniejszej umowy będzie oferta złożona przez Realizatora.
8. Umowa obejmuje finansowanie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i

wczesne wykrywanie osteoporozy

wśród mieszkańców Gminy Mięścisko na lata 2023-2025". Przekazanie dofinansowania w latach 2024 i 2025 nastąpi pod warunkiem

udzielenia dotacji Miastu i Gminie Mięścisko przez Wielkopolski ÓW NFZ na dofinansowanie programów wyłonionych do realizacji w ramach

postępowania konkursowego nr FM-SRP.01.2022, i zawarcia stosownych aneksów do umowy nr 10/FM/1374/2023/368 z 6 grudnia 2023 pomiędzy Skarbem Państwa - Ministrem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielenie dotacji celowej.

9. Zlecający zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości środków przeznaczonych na realizację Programu w razie dokonania zmian w budżecie Miasta i Gminy Mięściska dotyczących zadania - w takim przypadku przyznana Realizatorowi wysokość środków finansowych ulega zwiększeniu lub zmniejszeniu w drodze aneksu do umowy

§ 3

1. Środki finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1, mogą być wykorzystane wyłącznie na pokrycie wydatków z tytułu realizacji umowy.

2. Realizator zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych Programem przez personel medyczny i pozostałych specjalistów posiadających kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi oraz zakresem wskazanym w ofercie złożonej przez Realizatora.

3. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, na zasadach obowiązujących w podmiotach prowadzących działalność leczniczą.

4. Realizator zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją Programu przez 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym zakończono realizację Programu, z wyjątkiem dokumentacji medycznej, która będzie przechowywana zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

5. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

6. Realizator zobowiązuje się do zapewnienia ochrony danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

7. Realizator zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania Programu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych objętych Programem.

§ 4

1. Realizator oświadcza, iż posiada polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie działalności objętej Programem.
2. Za szkody powstałe wobec osób trzecich w związku z realizacją Programu odpowiedzialność ponosi wyłącznie Realizator.

§ 5

1. Realizator ma obowiązek umieszczenia widocznej informacji o realizowanym Programie na swojej stronie internetowej oraz w miejscu jego realizacji.
2. Realizator zobowiązuje się do umieszczania logo Zlecającego na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych i informacyjnych dotyczących realizowanego Programu, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność.
3. Realizator zobowiązany jest do uzyskania akceptacji przez Zlecającego materiałów, o których mowa w ust. 2, przed ich wydrukowaniem i udostępnianiem.

§ 6

1. Realizator upoważnia Zlecającego do rozpowszechniania – w dowolnej formie nazwy oraz adresu Realizatora.

§ 7

1. Dane osobowe reprezentantów Stron będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy.
2. Każda ze Stron oświadcza, że jest administratorem danych osobowych osób wskazanych do wykonania umowy i zobowiązuje się udostępnić je drugiej Stronie wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do jej realizacji, w tym dla zapewnienia sprawnej komunikacji pomiędzy Stronami.
3. Dane, o których mowa w ust. 2, w zależności od rodzaju współpracy, mogą obejmować: imię i nazwisko pracownika, zakład pracy, stanowisko służbowe, służbowe dane kontaktowe (e-mail, numer telefonu) oraz dane zawarte w dokumentach potwierdzających uprawnienia lub doświadczenie zawodowe.
4. Każda ze Stron zobowiązuje się wypełnić tzw. obowiązek informacyjny administratora wobec osób, o których mowa w ust. 2, których dane udostępnione zostały/zostaną Stronom w celu wykonania umowy, poprzez zapoznanie ich z informacjami, o których mowa w art. 14 RODO.
5. Informacje na temat przetwarzania danych osobowych przez Zlecającego znajdują się pod adresem:

6. Informacje na temat przetwarzania danych osobowych przez Realizatora znajdują się pod adresem:

§ 8

1. Zlecający sprawuje kontrolę prawidłowości realizacji umowy zawartej z Realizatorem, w tym wydatkowania środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu.
2. Kontrola może być prowadzona w czasie realizacji Programu oraz po jego zakończeniu.
3. Prawo kontroli ze strony Zlecającego przysługuje upoważnionym pracownikom lub upoważnionemu przez Zlecającego podmiotowi zewnętrznemu.
4. Zlecający w celu kontroli ma prawo żądać od Realizatora wszystkich dokumentów dotyczących realizacji Programu. Pod względem finansowym kontroli podlegają udokumentowane wydatki poniesione na realizację Programu do wysokości środków przekazanych w ramach niniejszej umowy.
5. Realizator zobowiązuje się do udzielania ustnie lub na piśmie wyjaśnień i informacji dotyczących realizacji Programu, w zależności od żądania kontrolującego oraz w terminie przez niego określonym.
6. Realizator zobowiązuje się do niezwłocznego wykonywania pisemnych zaleceń pokontrolnych po przeprowadzonej kontroli.

§ 9

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron, z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonanie umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych Strony określą w sporządzonym na tę okoliczność protokole.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 1, Strony mogą uregulować odmiennie zasady realizacji całości lub części zadania określonego w umowie w drodze aneksu do umowy.
3. W przypadku gdy Realizator rażąco naruszy istotne postanowienia umowy, Zlecający wezwie Realizatora w formie pisemnej pod rygorem nieważności do usunięcia tego rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy w terminie 14 dni od doręczenia tego wezwania, zamieszczając w treści wezwania szczegółowy opis rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy, którego usunięcia domaga się od Realizatora. Jeżeli Realizator w terminie 14 dni od otrzymania tego wezwania nie usunie rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy opisanego w

wezwanu, wówczas Zlecający może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, składając Realizatorowi oświadczenie o rozwiązaniu umowy w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

4. Prawo rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym przysługuje:

- 1) Zlecającemu – w przypadku gdy Realizator z przyczyn leżących po jego stronie nie rozpoczął realizacji umowy lub przerwał jej realizację i jej nie wznowił mimo wezwań Zlecającego,
- 2) Realizatorowi – w przypadku gdy Zlecający nie reguluje na bieżąco faktur i mimo wezwania zwleka z zapłatą dłużej niż 30 dni.

5. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawierania umowy, Zlecający może rozwiązać umowę w terminie jednego miesiąca od otrzymania wiadomości o powyższych okolicznościach.

6. Zlecający ma prawo do rozwiązania umowy i odstąpienia od realizacji Programu z przyczyn obiektywnych np. rozstrzygnięć legislacyjnych.

§ 10

1. Wygaśnięcie umowy nastąpi z chwilą zaakceptowania przez Zlecającego sprawozdania końcowego z realizacji Programu.

2. W przypadku gdy Realizator zamierza dokonać zmian podstaw formalnoprawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, jest zobowiązany do pisemnego poinformowania Zlecającego o tym zamiarze, nie później niż na 30 dni przed ich dokonaniem.

3. Istotne dla realizacji przedmiotu umowy zmiany wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności. Zmiana postanowień zawartych w umowie może nastąpić też za zgodą obu Stron, wyrażoną na piśmie, bez konieczności sporządzania aneksu do umowy.

4. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy ustawy z 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych, ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności i ustawy z 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny.

5. Ewentualne spory powstałe na tle wykonywania umowy będą rozstrzygane w drodze polubownego porozumienia. W przypadku nieuzyskania porozumienia rozstrzygnięcie sporu zostanie poddane sądowi właściwemu dla siedziby Zlecającego.

6. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy
Mięcisko na lata 2023-2025

7. Integralną część umowy stanowi oferta Realizatora Programu;

Strony

Realizator

Zlecający

.....

.....

Załącznik nr 4 DO OGŁOSZENIA KONKURSU OFERT
NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

**UCHWAŁA NR LXXII/455/23
RADY GMINY MIEŚCISKO**

z dnia 30 października 2023 r.

w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Mieścisko na lata 2023-2025”

Na podstawie art. 48 ust. 1 w zw. z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1872 i 1938), uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji wieloletni program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Mieścisko na lata 2023-2025”, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Mieścisko

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady
Gminy Mieścisko

Kamila Mazurek

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy
Mięścisko na lata 2023-2025

Załącznik
do Uchwały nr LXXII/455/23
Rady Gminy Mięścisko z dnia 30 października 2023 r.

**Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców
Gminy Mięścisko na lata 2023-2025**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn.zm.]

Mięścisko, 2023

1. **Nazwa programu:** Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Mięcisko na lata 2023-2025

2. **Okres realizacji programu:** 2023-2025

3. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu realizowanego w poprzednim okresie.

4. **Dane kontaktowe:**

Urząd Gminy Mięcisko

Plac Powstańców Wielkopolskich 13

62-290 Mięcisko tel: 61 42 98 010 e-mail:

elud@miescisko.nowoczesnagmina.pl

5. **Data opracowania programu:** I kwartał 2023 r.

6. **Zgodność z rekomendacją:** 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

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	27
1. Opis problemu zdrowotnego	27
2. Dane epidemiologiczne	29
3. Opis obecnego postępowania.....	30
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:.....	31
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	33
1. Cel główny:	33
2. Cele szczegółowe:.....	33
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	33
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	33
1. Populacja docelowa	33
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	34
3. Planowane interwencje:.....	36
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	40
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	41
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	41
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:	41
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu,	42
wyposażenia i warunków lokalowych.....	42
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	44
1. Monitorowanie	44
2. Ewaluacja	45
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	45
1. Koszty jednostkowe:	45
2. Koszty całkowite:	46
3. Źródło finansowania.....	46
Bibliografia	47
Załączniki.....	49

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Osteoporoza to jednostka chorobowa definiowana jako uogólniona choroba metaboliczna kości, charakteryzująca się niską masą kostną, upośledzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej, a w konsekwencji zwiększoną jej łamliwością i podatnością na złamania. Określana jest jako cicha epidemia, ponieważ nie wywołuje żadnych objawów przed wystąpieniem złamań osteoporotycznych (głównie złamań trzonów kręgowych, bliższego końca kości udowej, bliższej części kości ramiennej oraz dystalnej części przedramienia). Schorzenie to dotyczy milionów ludzi na całym świecie i niesie za sobą daleko idące konsekwencje fizyczne i psychospołeczne dla pacjenta oraz finansowe dla systemu opieki zdrowotnej, w związku z czym wymieniane jest wśród głównych problemów zdrowia publicznego i zaliczane do chorób społecznych¹. Wyróżnia się osteoporozę pierwotną i wtórną. Pierwsza z wymienionych rozwija się głównie u kobiet po menopauzie, rzadziej u mężczyzn w podeszłym wieku. Z kolei osteoporoza wtórna jest następstwem różnych stanów patologicznych lub wynikiem działania niektórych leków, najczęściej glikokortykosteroidów².

Do czynników ryzyka występowania osteoporozy pierwotnej zalicza się³:

- ☐ 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 wynikiem⁴:

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;

¹ Tan A.M., LaMontagne A., Sarmugam R. et al., A cluster-randomised, Controlled trial to assess the impact of a workplace osteoporosis prevention intervention on the dietary and physical activity behaviors of working women: study protocol, BMC Public Health 2013; 13: 405.

² Głuszko, P., Tlustochowicz, W., & Korkosz, M. (2017). Choroby metaboliczne kości. W: Gajewski P (red.) Interna Szczeklika, 2070-2076.

³ Ibidem. ⁴

Ibidem.

- 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.

Kobiety znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na osteoporozę z powodu osiągnięcia niższej szczytowej masy kostnej we wczesnym okresie życia w porównaniu do mężczyzn oraz zachodzących w okresie menopauzalnym zmian hormonalnych, które wpływają na ubytek gęstości mineralnej kości (ang. bone mineral density, BMD). U kobiet w okresie okołomenopauzalnym oraz przez kolejnych 10 lat okresu pomenopauzalnego ubytek BMD wynosi 2-3% rocznie, po czym w kolejnych latach ulega zmniejszeniu⁴. Menopauzę w dosłownym ujęciu definiuje się jako ostatnie krwawienie miesięczne, mające miejsce zwykle między 45 a 55 rokiem życia w okresie definiowanym jako okołomenopauzalny. Główna zmiana zachodząca na tym etapie życia w organizmie kobiety to stopniowe zmniejszanie się, aż do całkowitego zaniku produkcji estrogenów. Na skutek wymienionych zmian hormonalnych dochodzi do zmniejszenia resorpcji wapnia w przewodzie pokarmowym oraz zwiększenia jego wydalania z moczem, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia masy kostnej. Podobny mechanizm zachodzi w związku z ograniczeniem syntezy skórnej witaminy D, upośledzeniem tworzenia jej aktywnych metabolitów w nerkach oraz zmniejszeniem po menopauzie liczby receptorów dla witaminy D w narządach docelowych. Za dodatkowy czynnik generujący wyższe ryzyko występowania osteoporozy u kobiet w wieku pomenopauzalnym uważa się zaprzestanie aktywności zawodowej, co w większości przypadków przekłada się na znaczne ograniczenie podejmowania jakiegokolwiek aktywności fizycznej i skutkuje zmniejszeniem wydolności sprawności układu ruchu⁵.

Postępujące obecnie zmiany demograficzne (starzenie się społeczeństw) generują występowanie wyższych wskaźników zapadalności na osteoporozę oraz wzrost liczby świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z tym schorzeniem. Ograniczenie wzrostu kosztów finansowych i społecznych związanych z osteoporozą wymaga podejmowania skutecznych działań zapobiegawczych na poziomie profilaktyki wczesnej, pierwotnej, wtórnej oraz trzeciorzędowej. Profilaktyka wczesna zajmuje się promowaniem zachowań sprzyjających uzyskaniu dobrej jakości kości. Profilaktyka pierwotna ma na celu wczesne wykrycie modyfikowalnych czynników ryzyka zachorowania oraz ich eliminację bądź redukcję. Profilaktyka wtórna dąży do możliwie wczesnego rozpoznania choroby i wdrożenia odpowiedniego postępowania terapeutycznego (farmakologicznego i nefarmakologicznego), jeszcze przed

⁴ Tan A.M., LaMontagne A., Sarmugam R. et al., A cluster-randomised... op. cit.

⁵ Suzin J. Szubert M. Kowalczyk-Amico K., Osteoporoza – częsty problem kobiety po menopauzie, Przegląd Menopauzalny 2009; 6: 320-323.

wystąpieniem złamań osteoporotycznych. Ograniczaniem skutków osteoporozy zajmuje się profilaktyka trzeciorzędowa. W odniesieniu do kobiet w okresie około- i pomenopauzalnym bez złamań osteoporotycznych w historii choroby zastosowanie ma profilaktyka pierwotna⁶.

We wszystkich czterech fazach profilaktyki osteoporozy niezwykle istotną rolę odgrywa edukacja pacjenta, definiowana jako edukacja zdrowotna ukierunkowana na osoby korzystające z opieki zdrowotnej, dotycząca uwarunkowań zdrowotnych, ucząca zachowań związanych z chorobą oraz sposobów utrzymania zdrowia. Celem edukacji pacjenta jest pomaganie mu w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego zdrowia oraz dostarczanie argumentów wskazujących na potrzebę rozwijania pozytywnych postaw wobec zdrowia oraz zachowań prozdrowotnych⁷.

W związku z faktem silnego związku między sposobem odżywiania a rozwojem osteoporozy szczególnego znaczenia nabiera edukacja żywieniowa - jeden z kluczowych elementów edukacji zdrowotnej. Celem edukacji żywieniowej w profilaktyce osteoporozy jest zapoznanie pacjenta z podstawowymi zaleceniami żywieniowymi oraz wywołanie u niego zmiany w zakresie sposobu żywienia, która pozwoli na poprawę metabolizmu kostnego. Obok edukacji żywieniowej niezbędne są również regularne i dostosowane do możliwości pacjenta ćwiczenia fizyczne oraz unikanie możliwości upadku⁸. Skuteczna edukacja żywieniowa pacjentów w zakresie osteoporozy może być realizowana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego, świadczeń opieki długoterminowej, a także w ramach leczenia uzdrowiskowego. Ponadto proces ten może być realizowany w formach pozainstytucjonalnych (edukacja w rodzinie, edukacja realizowana przez mass media).

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 złamań⁹.

2. Dane epidemiologiczne

Złamania kości dotyczą jedną na trzy kobiety i jednego na pięciu mężczyzn w wieku 50 lat lub starszych. W miarę starzenia się ludności Europy, częstość występowania złamań osteoporotycznych i udział wydatków na ich leczenie w ogólnych wydatkach na opiekę zdrowotną stale rośnie. Każdego roku, w krajach Unii

⁶ Rabiej M., Dmoch-Gajzierska E., Profilaktyka osteoporozy, Położna Nauka i Praktyka 2011; 4(16): 12-15.

⁷ D. Cianciara, Zarys współczesnej promocji zdrowia, wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 104-111.

⁸ [No authors listed], Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of the North American Menopause Society. Menopause 2010; 17: 25-54.

⁹ Głuszko, P., Tłustołowicz, W., & Korkosz, M. (2017). Choroby metaboliczne kości... op. cit.

Europejskiej występuje ok. 2,7 mln złamań, a związane z tym koszty opieki zdrowotnej wynoszą ok. 37 miliardów euro. Przewiduje się, że te roczne wydatki w tym obszarze do 2030 roku wzrosną o 23% (do 47 miliardów euro)¹⁰.

Podkreślenia wymaga fakt, że po złamaniu osteoporotycznym, pacjenci są pięciokrotnie bardziej narażeni na wystąpienie drugiego złamania w ciągu następnych 2 lat. Pomimo tego, 60-85% kobiet powyżej 50 roku życia z osteoporozą nie otrzymuje żadnego leczenia. Ta ogromna luka w systemie diagnozowania osteoporozy, która jest obserwowana we wszystkich regionach geograficznych, odzwierciedla niewielką wagę, jaką przywiązywano do tej pory do złamań osteoporotycznych. Przewidywany wzrost liczby złamań, o czym mowa w poprzednim akapicie, wymaga podjęcia natychmiastowych działań celem położenia kresu tragicznym konsekwencjom złamań dla pacjentów¹².

Samo ryzyko złamań w poszczególnych krajach i grupach etnicznych może się znacznie różnić. Złamania związane z osteoporozą dotyczą najczęściej złamania kręgu, bliższego końca kości udowej lub kości przedramienia. W oparciu o kryteria diagnostyczne WHO (wskaźnik T-score $\leq -2,5$), szacuje się, że ok. 22 mln kobiet i 5,5 mln mężczyzn w wieku od 50 do 84 lat w UE cierpi na osteoporozę. Z prognoz wynika, że w związku ze zmianami demograficznymi, do 2025 roku liczba ta wzrośnie o 23% sięgając 33,9 mln osób¹³.

Zgodnie z badaniami WHO oraz SCOPE w krajach Unii Europejskiej w populacji w wieku powyżej 50 lat osteoporoza występuje u 22,1% kobiet oraz 6,6% mężczyzn¹¹. Bazując na mapach potrzeb zdrowotnych (MPZ) w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego, biorąc pod uwagę obserwowaną w 2016 liczbę chorych – ok. 606 tys. (osoby w wieku powyżej 50. r.ż. z rozpoznaniem osteoporozy), teoretyczną liczbę chorych – ok. 2 158 tys. (estymowaną jako wskazany przez WHO procent populacji powyżej 50. r.ż.), stopień wykrywalności osteoporozy definiowany jako stosunek liczby zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych wynosi 28,1%. Gminę Mieścisko zamieszkuje 1 080 kobiet powyżej 50 roku życia oraz 940 mężczyzn w tym wieku¹⁵. Teoretyczna liczba chorych na osteoporozę, estymowana jako wskazany przez WHO procent populacji powyżej 50. r.ż., wynosi ok. 240 kobiet oraz ok. 60 mężczyzn.

3. Opis obecnego postępowania

Ocena 10-letniego ryzyka złamań przy zastosowaniu narzędzia FRAX nie jest obecnie dostępna w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ramach świadczeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) realizowana jest „Porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy”. W ramach

¹⁰ Broken Bones, Broken Lives: A roadmap to solve the fragility fracture crisis in Europe, The International Osteoporosis Foundation, 2018. ¹² Ibidem. ¹³ Hernlund, E., Svedbom, A., Ivergård, M., Compston, J., Cooper, C., Stenmark, J., ... & Kanis, J. A. (2013). Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. Archives of osteoporosis, 8(1-2), 136.

¹¹ Kanis, J. A., Oden, A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Wahl, D. A., & Cooper, C. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporosis International, 23(9), 2239-2256. ¹⁵ Bank danych lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 25.01.2023r.].

ww. porady realizowane są badania densytometryczna DXA kręgosłupa i kości udowej, badania laboratoryjne i mikrobiologiczne, USG oraz RTG¹².

Na poziomie ogólnopolskim realizowany jest Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych na lata 2017-2023. Celem głównym programu jest wdrożenie w ośrodkach uczestniczących w programie skoordynowanego systemu wczesnej identyfikacji kobiet w wieku 50-70 lat zagrożonych złamaniamiiskoenergetycznymi oraz chorych z już dokonanymi złamaniami i kierowania ich do właściwych ośrodków zajmujących się diagnostyką, prewencją i leczeniem osteoporozy¹³. Zaplanowany w Gminie Mięścisko program nie spowoduje powielania świadczeń zdrowotnych, ponieważ wśród realizatorów ww. programu ogólnopolskiego nie ma żadnego podmiotu leczniczego z terenu województwa wielkopolskiego¹⁴. Ponadto niniejszy program interwencje w postaci badań przesiewowych kieruje nie tylko do kobiet, jak ma to miejsce w programie ogólnopolskim, ale do przedstawicieli obojga płci.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

W obliczu zachodzących obecnie zmian demograficznych podejmowanie działań zapobiegawczych w odniesieniu do osteoporozy jest niezbędne i ma na celu ograniczenie zarówno kosztów ponoszonych przez samych pacjentów, jak i przez systemy ochrony zdrowia. Profilaktyka pierwotna kierowana do szczególnej grupy ryzyka zachorowania na osteoporozę, jaką są kobiety w okresie około- i pomenopauzalnym oraz starsi mężczyźni, powinna być realizowana we współpracy przedstawicieli zawodów medycznych na różnych szczeblach i skupiać się na wywoływaniu u pacjentek pozytywnych zmian zachowań zarówno w zakresie sposobu żywienia, jak i podejmowania aktywności fizycznej. Realizacja edukacji zdrowotnej nabiera szczególnego znaczenia w obliczu faktu uciążliwego przebiegu i nieuleczalności osteoporozy.

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia, obecnie na terenie Gminy Mięścisko nie funkcjonują poradnie leczenia osteoporozy, które realizowałyby świadczenia w ramach środków NFZ¹⁹. W całym województwie wielkopolskim są jedynie 2 tego typu placówki – w Koninie i Przeźmierowie. Uważa się, iż niwelowanie barier w dostępie do gwarantowanych w programie świadczeń pozwoli na zwiększenie efektywności działań w zakresie profilaktyki osteoporozy.

Zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].

¹³ Program Polityki Zdrowotnej Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych [pacjent.gov.pl; dostęp: 28.01.2023r.].

¹⁴ Dane Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia [https://pacjent.gov.pl/programyprofilaktyczne/profilaktyka-osteoporozy; dostęp: 25.01.2023r.]. ¹⁹ Serwis NFZ [gsl.nfz.gov.pl; dostęp: 25.01.2023r.].

- Strategią Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony

Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.¹⁵; Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych;

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁶: *priorytet 2: Rehabilitacja; priorytet 10: zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi*;
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²²: *Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne*;
- Mapami Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026¹⁷;
- Wojewódzkim planem transformacji województwa wielkopolskiego na lata 2022-2026¹⁸: *Obszar działań czynniki ryzyka i profilaktyka – Realizacja programów profilaktycznych oraz programów polityki zdrowotnej w obszarach priorytetowych z uwagi na epidemiologię*.

¹⁵ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie; dostęp: 25.01.2023r.].

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144]. ²² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

¹⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

¹⁸ Obwieszczenie Wojewody Wielkopolskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wojewódzkiego planu transformacji.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród co najmniej 60%* uczestników programu.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 60%* personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.
- 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.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

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

* wskaźniki docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych urzędów JST w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do:

- 1) Personelu medycznego mającego kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności do osób realizujących działania informacyjno-edukacyjne oraz lekarzy

przeprowadzających wizyty podsumowujące (szkolenia personelu medycznego) – program obejmie co najmniej 5 osób z personelu medycznego;

2) mieszkańców gminy w wieku 50 lat i więcej (działania informacyjno-edukacyjne) - gminę zamieszkuje ok. 1 080 kobiet oraz ok. 940 mężczyzn w tym wieku (łącznie ok. 2 020 osób), program w związku z ograniczonymi zasobami finansowymi obejmie ok. 620 osób tj. ok. 31% populacji docelowej

3) zamieszkujących gminę kobiet w wieku ≥ 65 lat, lub kobiet w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego (ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX)

a) gminę zamieszkuje ok. 520 kobiet w wieku 65 lat i więcej; w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi zaplanowano, że program w etapie III obejmie ok. 250 kobiet w wieku 65 lat i więcej tj. ok. 48% tej populacji docelowej

b) gminę zamieszkuje ok. 960 kobiet w wieku 40-64 lat; w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi zaplanowano, że program w etapie III obejmie ok. 320 kobiet w wieku 40-64 lat tj. ok. 33% tej populacji docelowej

4) zamieszkujących gminę mężczyzn w wieku ≥ 75 lat (po objęciu działaniami całej populacji kobiet) - gminę zamieszkuje ok. 115 mężczyzn w tym wieku; w razie objęcia kompleksową interwencją min. 30% kobiet ≥ 65 roku życia mieszkających na terenie gminy oraz niewykorzystania całości środków zaplanowano objęcie programem dodatkowo ok. 25 mężczyzn tj. 22% tej populacji docelowej

5) uczestników Programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło $\geq 5\%$ (Pomiar BMD za pomocą DXA oraz lekarska wizyta podsumowująca) – według szacunków epidemiologicznych dziesięcioletnie ryzyko poważnych złamań osteoporotycznych dotyczy ok. 40% kobiet oraz ok. 13% mężczyzn z populacji docelowej¹⁹, w związku z czym szacuje się, że program w tym etapie obejmie ok. 230 kobiet (ok. 40% z 570 kobiet z etapu III).

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

1) Szkolenia personelu medycznego (etap I):

a. kryteria włączenia:

- udzielenie świadomej zgody na udział w programie
- personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej

b. kryteria wykluczenia:

- ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat

¹⁹ Czerwiński E., Boczoń K., Kumorek A., Epidemiologia złamań osteoporotycznych, Postępy Nauk Medycznych, t. XXV, nr 3, 2012.

- wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim 2) Działania informacyjno-edukacyjne (etap II) a. kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Mięścisko
- udzielenie świadomej zgody na udział w programie
- osoba w wieku ≥ 50 lat

b. kryteria wykluczenia:

□ uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat

3) Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (etap III)

a. kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Mięścisko
- udzielenie świadomej zgody na udział w programie
- złożenie pisemnego oświadczenia, że dana osoba nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych i nie uczestniczyła w tego typu programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy
- kobiety w wieku ≥ 65 lat lub kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem 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) lub mężczyźni w wieku ≥ 75 lat (po objęciu działaniami całej populacji kobiet)
- podanie w formularzu zgłoszeniowym kompletu informacji niezbędnych do użycia narzędzia FRAX

b. kryteria wykluczenia:

- wcześniej zdiagnozowana osteoporoza. 4) Pomiar BMD za pomocą DXA (etap IV) a. kryteria włączenia:
- zamieszkiwanie na terenie gminy Mięścisko
- udzielenie świadomej zgody na udział w programie
- złożenie pisemnego oświadczenia, że dana osoba nie miała w ciągu ostatnich 24 miesięcy przeprowadzonego badania densytometrycznego
- 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)

b. kryteria wykluczenia:

- ostatni pomiar u świadczeniobiorcy BMD za pomocą DXA na szyjce kości udowej w ciągu poprzednich 2 lat przy jednoczesnym braku nowych czynników ryzyka od czasu tego pomiaru
- obecność przeciwwskazań do pomiaru DXA przez szyjkę kości udowej, np.

obustronna endoproteza całkowita stawu biodrowego, znaczna otyłość □

obecność innych przeciwwskazań, np. ciąża; □ wcześniej zdiagnozowana

osteoporoza. 5) Lekarska wizyta podsumowująca (etap V) a. kryteria

włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Mieścisko
- udzielenie świadomej zgody na udział w programie
- dostępny wynik pomiaru BMD za pomocą DXA wykonany w ramach realizowanego PPZ

b.kryteria wykluczenia: brak.

3. Planowane interwencje:

1) Etap I – Szkolenia personelu medycznego

- Szkolenie w formie stacjonarnej lub e-learningu zaplanowane dla grupy co najmniej 5 osób z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji (minimum 10 pytań zamkniętych z 3 wariantami odpowiedzi, test jednokrotnego wyboru)
- Treści szkoleniowe: zalecane przez rekomendacje metody profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, zapobieganie złamaniom osteoporotycznym i upadkom

2) Etap II - Działania informacyjno-edukacyjne:

- Przygotowanie oraz dystrybucja broszur z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom w populacji osób dorosłych
- Edukacja zdrowotna zaplanowana i prowadzona przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, dietetyka, ratownika medycznego, edukatora medycznego, elektroradiologa lub specjalistę zdrowia publicznego z wykorzystaniem metody wykładu w populacji docelowej 50 osób w wieku 50 lat i więcej, w formie co najmniej 2 wykładów 60-minutowych dla grup max. 30-osobowych, z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji (minimum 5 pytań zamkniętych z 3 wariantami odpowiedzi, test jednokrotnego wyboru); wykład powinien obejmować następujące treści:
 - główne założenia realizowanego programu,

- istota działań profilaktyki pierwotnej osteoporozy,
 - promocja elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości,
 - zasadnicza rola 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,
 - przyczyny upadków oraz ich negatywnych następstw, ○ działania pomagające zapobiegać upadkom,
 - identyfikacja i sposoby eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę,
 - rola prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu.
- Edukacja zdrowotna zaplanowana i prowadzona przez osobę przyjmującą formularz w etapie III²⁰ z wykorzystaniem metody pogadanki w populacji docelowej osób w wieku 65 lat i więcej, z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy uczestnika przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pretestu przed prelekcją oraz post-testu po edukacji (minimum 5 pytań zamkniętych z 3 wariantami odpowiedzi, test jednokrotnego wyboru); pogadanka powinna obejmować następujące treści:
 - główne założenia realizowanego programu,
 - istota działań profilaktyki pierwotnej osteoporozy,
 - promocja elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości,
 - zasadnicza rola 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,
 - przyczyny upadków oraz ich negatywnych następstw, ○ działania pomagające zapobiegać upadkom,
 - identyfikacja i sposoby eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę,
 - rola prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu.

²⁰ Jeżeli uczestnik brał udział w grupowej edukacji zdrowotnej i wypełniał pre-test oraz post-test wiedzy – nie wykonuje tego po raz drugi.

3) Etap III - Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX

□ indywidualna edukacja zdrowotna (z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy uczestnika przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po edukacji, co opisano w punkcie poprzednim)

- wypełnienie przez uczestnika Programu formularza zgłoszeniowego (załącznik 1) oraz weryfikacja kompletności informacji przez osobę przyjmującą formularz □ wyliczenie dziesięcioletniego prawdopodobieństwa poważnego złamania osteoporotycznego, przy wykorzystaniu narzędzia FRAX dla populacji polskiej („FRAX PL”) oraz wpisanie go do formularza zgłoszeniowego
- udostępnienie świadczeniobiorcy wyniku w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego
- udzielenie merytorycznych odpowiedzi na wszelkie pytanie dotyczące osteoporozy i zapobieganiu upadkom oraz skierowanie świadczeniobiorcy do rzetelnych źródeł wiedzy
- poinformowanie o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA (przy wyniku $<5\%$) lub poinformowanie o wysokim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego (przy wyniku $\geq 5\%$) i zakwalifikowaniu do pomiaru DXA (etap IV) wraz z podaniem szczegółów dotyczących miejsca i czasu planowanego pomiaru DXA oraz sposobu przygotowania do badania (dodatkowo świadczeniobiorca powinien zostać poinformowany o przeciwwskazaniach do wykonania pomiaru DXA oraz o tym, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy)

4) Etap IV - pomiar BMD za pomocą DXA

- pomiar densytometrii DXA 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 ww. specyfikacji wskazanej przez autorów narzędzia FRAX umożliwi zastosowanie wyniku pomiaru w narzędziu FRAX)
- przekazanie uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3) 5)

Etap V – Lekarska wizyta podsumowująca

- omówienie w trakcie wizyty wyniku badania DXA
- wykonanie ponownej oceny ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL (z uwzględnieniem wyniku uzyskanego w DXA) oraz omówienie ze świadczeniobiorcą uzyskanego wyniku
- uzupełniająca edukacja indywidualna, w ramach której lekarz udziela wyczerpujących odpowiedzi na pytania świadczeniobiorcy, przez co wyjaśnia i utrwala przekazane wcześniej podczas działań informacyjno-edukacyjnych informacje

- skierowanie pacjentów, którym postawiono diagnozę, do lekarza POZ celem uzyskania skierowania do dalszego leczenia specjalistycznego ze wskazaniem konkretnego podmiotu udzielającego świadczeń w ramach NFZ

Dowody skuteczności planowanych działań

Poparcie dla realizacji oceny 10-letniego ryzyka złamań oraz badań przesiewowych w kierunku osteoporozy wyrażają m.in. następujące grupy ekspertów²¹:

- American Association of Clinical Endocrinologists / American College of Endocrinology (AACE/ACE),
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE),
- European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis/ International Osteoporosis Foundation (ESCEO/IOF),
- World Health Organization (WHO),
- The Italian Society for Osteoporosis, Mineral Metabolism and Bone Diseases (SIOMMS),
- Polskie Towarzystwo Reumatologiczne (PTR), • Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN),
- National Osteoporosis Foundation (NOF).

Identyfikacją pacjentów zagrożonych złamaniami oraz skierowaniem ich do poradni leczenia osteoporozy lub innych specjalistów zajmujących się jej leczeniem powinni zajmować się o lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Podejmując decyzję o przekazaniu pacjenta specjalistom powinni oni brać pod uwagę wyniki badania lekarskiego (w tym pomiaru wzrostu) i wywiadu dotyczącego złamań, upadków oraz oszacowania ryzyka złamań kalkulatorem FRAX-BMI dla populacji polskiej. U osób z niskim ryzykiem i bez złamań do kompetencji lekarza opieki podstawowej należą głównie działania profilaktyczne i edukacyjne²².

Wytyczne NICE wskazują, że należy rozważyć ocenę ryzyka złamania u wszystkich kobiet ≥ 65 r.ż. oraz mężczyzn ≥ 75 r.ż., w związku z czym populację docelową określoną w programie należy uznać za zgodną z rekomendacjami naukowymi. FRAX jest narzędziem służącym ocenie 10-letniego ryzyka złamania kości biodrowej lub innego złamania głównego, w tym złamania kręgosłupa, szyjki kości udowej, przedramienia lub kości ramiennej. W opinii SIOMMS 2016 FRAX uznane jest za przydatne narzędzie służące łatwemu oszacowaniu długoterminowego ryzyka złamania, z kolei wg ESCEO/IOF 2013 jest to narzędzie preferowane do przeprowadzenia właściwej oceny ryzyka złamania. Według polskich ekspertów FRAX może być stosowany jako narzędzie pomocnicze w ocenie klinicznej indywidualnego pacjenta. Nie jest to jednak ostateczny i jedyny sposób podejmowania decyzji,

²¹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 126/2019 z dnia 28 sierpnia 2019 r. [<http://bipold.aotm.gov.pl>; dostęp: 08.10.2019r.].

²² Lorenc R. i in, Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2017, Endokrynologia Polska Tom/Volume 68; Suplement A.

szczególnie w kontekście prowadzenia terapii farmakologicznej, gdyż ma wiele ograniczeń naukowych i praktycznych²³.

Badanie densytometryczne DXA pozostaje „złotym standardem” 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) wyrażany jako liczba odchyłeń standardowych w stosunku do punktu odniesienia, jaki stanowi szczytowa masa kostna)²⁴:

- T-score > -1 SD — wartość prawidłowa,
- T-score od -1 do -2,5 SD — osteopenia,
- T-score ≤ -2,5 SD — osteoporoza,
- T-score ≤ -2,5 SD i złamanie osteoporotyczne — osteoporoza zaawansowana. Zgodnie z opinią polskich ekspertów badania DXA niezależnie od płci i wieku powinny być wykonywane i interpretowane zgodnie z zaleceniami International Society for Clinical Densitometry (ISCD). Wg Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

(PTR) standardowo zaleca się wykonywanie badania DXA jednocześnie w obu lokalizacjach centralnych: kręgosłup i biodro²⁵.

Istotna w profilaktyce osteoporozy pozostaje także edukacja zdrowotna pacjentów. Wykazuje się korzystny efekt zaangażowania personelu medycznego w tym obszarze. W przeglądzie badań RCT, kohortowych, prospektywnych obserwacyjnych Bell i wsp. zaobserwowano wzrost liczby wykonanych przesiewowych badań BMD w grupie, w której personel medyczny wyspecjalizowany w profilaktyce osteoporozy był prowadził z pacjentami rozmowy, edukację w zakresie zmian stylu życia, diagnostyki i leczenia^{26,27}.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert. Ocena ryzyka złamań kości oraz badania DXA będą odbywały się ambulatoryjnie w gabinetach w siedzibie realizatora lub w gabinecie mobilnym, spełniającym wszystkie obowiązujące prawnie wymagania do realizacji planowanych w Programie świadczeń. W ramach akcji informacyjnej zostaną

²³ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 126/2019... op. cit.

²⁴ Lorenc R. i in, Zalecenia postępowania diagnostycznego.. op. cit.

²⁵ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 126/2019... op. cit.

²⁶ Bell, K., Strand, H., & Inder, W. J. (2014). Effect of a dedicated osteoporosis health professional on screening and treatment in outpatients presenting with acute low trauma non-hip fracture: a systematic review. Archives of osteoporosis, 9(1), 167

²⁷ Smith, C. A. (2010). A Systematic Review of Healthcare Professional–Led Education for Patients With Osteoporosis or Those at High Risk for the Disease. Orthopaedic Nursing, 29(2), 119-132

przekazane mieszkańcom terminy działań edukacyjnych oraz ww. interwencji z zakresu profilaktyki wtórnej osteoporozy. W ramach akcji edukacyjnej na terenie gminy prowadzone będą wykłady z zakresu profilaktyki osteoporozy w populacji docelowej.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

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.

Możliwe jest również zakończenie udziału w PPZ poprzez zgłoszenie takiej chęci przez uczestnika na każdym etapie Programu. Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) Opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2023);
- 2) Przesłanie oświadczenia do AOTMiT o zgodności projektu z Rekomendacją nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy (I kwartał 2023);
- 3) Złożenie wniosku o dofinansowanie programu przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Subfunduszu rozwoju profilaktyki, wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego (I kwartał 2023);
- 4) Uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy gminy (IV kwartał 2023);
- 5) Powołanie Rady ds. programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2023);
- 6) Podpisanie umowy o dofinansowanie programu przez Ministerstwo Zdrowia (IV kwartał 2023);
- 7) Przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu; (IV kwartał 2023);
- 8) Podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2023);

9) Realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2023-2025):

- etap I – szkolenia personelu,
- etap II – działania informacyjno-edukacyjne,
- etap III – Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX,
- etap IV – pomiar BMD za pomocą DXA,
- etap V – lekarska wizyta podsumowująca,
- bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację;

10) Ewaluacja (I kwartał 2026):

- analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów,
- analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników,
- ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

11) Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2026).

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

Koordynatorem programu będzie Gmina Mięścisko. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania:

1) wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2022 poz. 633 z późn. zm.];

2) zasoby rzeczowe:

- szkolenia personelu medycznego (etap I) – sala wykładowa, sprzęt komputerowy oraz audiowizualny niezbędny dla przeprowadzenia szkolenia, oprogramowanie niezbędne do przeprowadzenia szkolenia w formie e-learningowej,
- działania informacyjno-edukacyjne (etap II) - sala wykładowa, sprzęt komputerowy oraz audiowizualny niezbędny dla przeprowadzenia wykładu,
- ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (etap III) – pomieszczenie zapewniające intymność uczestnikowi programu (dopuszcza się gabinet mobilny), narzędzie FRAX (online),

- pomiar BMD za pomocą DXA (etap IV) - densytometr DXA do badania kręgosłupa i kości udowej (dopuszcza się mobilne centrum diagnostyki osteoporozy),
 - lekarska wizyta podsumowująca (etap V) – gabinet lekarski (dopuszcza się gabinet mobilny),
- 3) zasoby kadrowe - zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym:
- szkolenia personelu medycznego (etap I) - 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 (etap II) - lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny/medyczny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego (np. dietetyk, ratownik medyczny, elektroradiolog), który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),
 - ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (etap III) - przedstawiciel zawodu medycznego posiadający odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania świadczeniobiorców (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),
 - pomiar BMD za pomocą DXA (etap IV) - densytometr DXA obsługiwany przez technika/specjalistę elektroradiologii/elektroradiologa, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - lekarska wizyta podsumowująca (etap V) - lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.
- 4) posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym, a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta. Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn.

Dz.U. 2022 poz. 1876 ze zm.], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1555 ze zm.], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w 6-miesięcznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników (załącznik 2):

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne (wartość docelowa: 5 osób),
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnoinformacyjnym (wartość docelowa: 620 świadczeniobiorców),
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki $<5\%$ i $\geq 5\%$ (wartość docelowa: 570 świadczeniobiorców),
- liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników T-score (grupa >-1 ; grupa ≤ -1 i $>-2,5$; grupa $\leq -2,5$) (wartość docelowa: 230 świadczeniobiorców),
- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej (wartość docelowa: 230 świadczeniobiorców),
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów (wartość docelowa: 10 świadczeniobiorców),
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie (wartość docelowa: 10 osób).

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

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

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3)
 - wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń,

- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

W ramach ewaluacji, po zakończeniu realizacji PPZ, planuje się odniesienie do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i posttestu) (wartość docelowa: 5 osób),
- liczbie uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) (wartość docelowa: 370 uczestników),
- odsetku świadczeniobiorców z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX (wartość docelowa: 40% świadczeniobiorców),
- odsetku świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score $\leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu (wartość docelowa: 22% świadczeniobiorców).

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1) Koszty jednostkowe:

Lp.	Kategoria kosztu	Liczba	Koszt jednostkowy (zł)	Suma kosztów jednostkowych (zł)
Koszty pośrednie				
1	Koszt funkcjonowania Rady ds. programu polityki zdrowotnej	1	15 500,00	15 500
2	Koszt monitoringu i ewaluacji	1	31 500,00	31 500
3	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	1	30 000,00	30 000
4	Koszt działań informacyjnych	1	15 000,00	15 000
5	Koszt działań edukacyjnych, w tym przygotowania materiałów w postaci ulotek, plakatów, broszur (etap II)	1	25 000,00	25 000
Koszty bezpośrednie				
6	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego (etap I)	1	15 000,00	15 000

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy
Mięcisko na lata 2023-2025

7	Koszt edukacji zdrowotnej – wykład stacjonarny (etap II)	2	5 500,00	11 000
8	Koszt oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (etap III)	570	100,00	57 000
9	Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA (etap IV)	230	250,00	57 500
10	Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej (etap V)	230	250,00	57 500
SUMA				315 000

* koszty jednostkowe oszacowano na podstawie cen rynkowych oferowanych przez potencjalnych realizatorów

2. Koszty całkowite:

Rok realizacji	Koszt całkowity (zł)
2023	15 000
2024	150 000
2025	150 000
SUMA	315 000

3. Źródło finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków stanowiących wkład własny Realizatora programu polityki zdrowotnej (63 000 zł tj. 20%) oraz środków Ministerstwa Zdrowia (252 000 zł tj. 80%) w ramach dofinansowania z Subfunduszu rozwoju profilaktyki, wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego. Gmina Mięcisko wymaga od potencjalnego Realizatora wniesienia wkładu własnego w formie poniesienia części wydatków zaplanowanych na realizację programu (20%).

Bibliografia

1. [No authors listed], Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2010; 17: 2554.
2. Bank danych lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 13.01.2023r.].
3. Bell, K., Strand, H., & Inder, W. J. (2014). Effect of a dedicated osteoporosis health professional on screening and treatment in outpatients presenting with acute low trauma non-hip fracture: a systematic review. *Archives of osteoporosis*, 9(1), 167
4. Broken Bones, Broken Lives: A roadmap to solve the fragility fracture crisis in Europe, The International Osteoporosis Foundation, 2018.
5. Czerwiński E., Boczoń K., Kumorek A., *Epidemiologia złamań osteoporotycznych, Postępy Nauk Medycznych*, t. XXV, nr 3, 2012.
6. D. Cianciara, *Zarys współczesnej promocji zdrowia*, wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 104-111.
7. Dane Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia [https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/profilaktyka-osteoporozy; dostęp: 13.01.2023r.].
8. Głuszko, P., Tłustochowicz, W., & Korkosz, M. (2017). Choroby metaboliczne kości. W: Gajewski P (red.) *Interna Szczeklika, 2070-2076*.
9. Hernlund, E., Svedbom, A., Ivergård, M., Compston, J., Cooper, C., Stenmark, J., ... & Kanis, J. A. (2013). Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. *Archives of osteoporosis*, 8(1-2), 136.
10. Kanis, J. A., Oden, A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Wahl, D. A., & Cooper, C. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporosis International*, 23(9), 2239-2256.
11. Lorenc R. i in, *Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2017*, *Endokrynologia Polska Tom/Volume 68; Suplement A*.
12. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
13. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 126/2019 z dnia 28 sierpnia 2019 r. [http://bipold.aotm.gov.pl; dostęp: 08.10.2019r.].
14. Program Polityki Zdrowotnej Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych [pacjent.gov.pl; dostęp: 13.01.2023r.].
15. Rabiej M., Dmoch-Gajzińska E., *Profilaktyka osteoporozy, Położna Nauka i Praktyka* 2011; 4(16): 12-15.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
19. Serwis NFZ [gsl.nfz.gov.pl; dostęp: 13.01.2023r.].
20. Smith, C. A. (2010). A Systematic Review of Healthcare Professional–Led Education for Patients With Osteoporosis or Those at High Risk for the Disease. *Orthopaedic Nursing*, 29(2), 119-132

21. Suzin J. Szubert M. Kowalczyk-Amico K., Osteoporoza – częsty problem kobiety po menopauzie, Przegląd Menopauzalny 2009; 6: 320-323.
 22. Tan A.M., LaMontagne A., Sarmugam R. et al., A cluster-randomised, Controlled trial to assess the impact of a workplace osteoporosis prevention intervention on the dietary and physical activity behaviors of working women: study protocol, BMC Public Health 2013; 13: 405.
 23. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27
grudnia 2021 r.
- [www.gov.pl/web/zdrowie; dostęp: 13.01.2023r.].

Załączniki

Załącznik 1

Formularz Zgłoszeniowy (ankieta wywiadu medycznego)

Dane uczestnika programu polityki zdrowotnej	
Imię (imiona) i nazwisko	
PESEL	
Dane kontaktowe	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
E-mail	
Dane niezbędne dla narzędzia FRAX	
Wiek (w latach)	
Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Masa ciała (kg)	
Wzrost (cm)	
Przebyte złamania* Za przebyte złamanie uznaje się złamanie, które wystąpiło spontanicznie w okresie dorosłego życia, lub w wyniku urazu, który u zdrowej osoby nie spowodowałby złamania	☐ tak ☐ nie
Złamania biodra u co najmniej jednego z rodziców Pytanie o przebyte u matki lub ojca złamanie biodra.	☐ tak ☐ nie
Obecne palenie tytoniu*	☐ tak ☐ nie
Stosowanie glikokortykosteroidów* TAK - jeśli pacjent obecnie zażywa doustnie glikokortykosterydy lub zażywał je dłużej niż trzy miesiące w dawce odpowiadającej 5mg prednizolonu dziennie lub ekwiwalent dawki innych glikokortykosteroidów	☐ tak ☐ nie
Zdiagnozowane reumatoidalne zapalenie stawów*	☐ tak ☐ nie

Wtórna osteoporoza TAK - jeśli pacjent ma schorzenie silnie związane z osteoporozą. Obejmuje to cukrzycę typu I (insulinozależną), wrodzoną łamliwość kości u dorosłych, nieleczoną przez długi czas nadczynność tarczycy, hipogonadyzm lub przedwczesną menopauzę (przed 45 rokiem życia), przewlekłe niedożywienie lub zespół złego wchłaniania oraz przewlekłą chorobę wątroby.	☐ tak ☐ nie
Spożycie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie* TAK - jeśli pacjent spożywa 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie. Pojęcie jednostki alkoholu może różnić się zależnie od kraju i wynosić od 8 do 10g alkoholu jednak zwykle odpowiada kufłowi piwa (285ml), kieliszkowi wódki (30ml) lub kieliszkowi wina (120ml) lub jednej miarce aperitif (60ml)	☐ tak ☐ nie
Gęstość mineralna kości (BMD)* Wpisz nazwę densytometru oraz wynik badania BMD dla szyjki kości udowej (neck) (w g/cm ²). Można również wprowadzić T-score oparty na normie NHANES III dla kobiet. U pacjentów bez wyniku BMD należy zostawić puste pole	☐ tak ☐ nie
Wynik FRAX	
10-letnie prawdopodobieństwo osteoporotycznego złamania łącznie we wszystkich głównych lokalizacjach	

***Uwagi do czynników ryzyka**

1) Przebyte złamanie - Przebyte złamanie kręgow jest szczególnym przypadkiem. Złamanie rozpoznane jedynie na radiogramie (morfometryczne złamanie trzonu) zalicza się do przebytego złamania. Przebyte złamanie kręgosłupa lub biodra jest bardzo silnym czynnikiem ryzyka. W związku z tym obliczone prawdopodobieństwo złamania może być zaniżone. Ryzyko złamania jest również niedoszacowane w przypadku kilku złamań.

2) Palenie, alkohol, glikokortykosteroidy - Wpływ tych czynników zależy od dawki, im większa dawka, tym większe ryzyko. Nie jest to uwzględnione w algorytmie, dlatego przyjmuje się dawkę średnią. Decyzja lekarska jest niezbędna przy wysokich i niskich dawkach.

3) Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)

RZS jest czynnikiem ryzyka złamania. Jednakże choroba zwyrodnieniowa stawów oddziałuje odwrotnie. Z tej przyczyny nie powinno się brać pod uwagę domniemanego przez pacjenta „artretyzmu”, jedynie chorobę udokumentowaną klinicznie lub laboratoryjnie.

4) Gęstość mineralna kości (BMD) - Pomiaru dokonano metodą DXA w szyjce kości udowej. Wyniki T-score oparte są na normach NHANES dla kobiet w wieku 20-29 lat. Tych samych wartości absolutnych użyto dla mężczyzn.

Data i podpis pacjenta	Data i podpis osoby przyjmującej formularz

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

Oświadczam, nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych i nie uczestniczyłam/em w tego typu programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

Data i podpis pacjenta

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu polityki zdrowotnej (wzór)

Dane realizatora programu polityki zdrowotnej	
Pełna nazwa realizatora:	
Dane kontaktowe	
Adres siedziby:	
Telefon kontaktowy:	
E-mail:	
Sprawozdanie z przeprowadzonych działań	
Okres realizacji zadania (od - do)	
Szkolenia dla personelu (etap I)	
Liczba zrealizowanych szkoleń	
Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne	
Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy	
Działania edukacyjno-informacyjne (etap II)	
Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali	

poddani działaniom edukacyjnoinformacyjnym w ramach wykładów	
Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnoinformacyjnym w ramach edukacji indywidualnej podczas etapu III	
Liczbę uczestników działań informacyjnoedukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy	
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (etap III)	

Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX ogółem	
- w tym z uzyskanym wynikiem <5%	
- w tym z uzyskanym wynikiem ≥5%	
Odsetek świadczeniobiorców z wynikiem FRAX ≥5% względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX	
Pomiar BMD za pomocą DXA	
liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA ogółem, z podziałem na grupy wyników T-score (grupa >-1; grupa ≤-1 i >-2,5; grupa ≤-2,5),	
- w tym w grupie wyników T-score >-1	
- w tym w grupie wyników T-score ≤-1 i >-2,5	
- w tym w grupie wyników T-score ≤-2,5	
Odsetek świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score ≤-2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu	

Lekarska wizyta podsumowująca	
Liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej	
Pozostałe mierniki	
Liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów	
Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie	
Odsetek opinii pozytywnych (odpowieź bardzo dobrze lub dobrze w części i	
ankiety satysfakcji pacjenta) do wszystkich opinii przekazanych w wypełnionych przez uczestników ankietach oceny jakości świadczeń)	
Miejscowość, data	pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy

Ankieta satysfakcji uczestnika programu polityki zdrowotnej (wzór)

Jak ogólnie Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo źle
jakość świadczeń otrzymanych w programie polityki zdrowotnej?				

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas umawiania terminu świadczeń otrzymanych w ramach programu?				
staranność i dokładność przeprowadzenia wywiadu w ramach oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX?				
sposób przekazania informacji dot. osteoporozy i jej profilaktyki?				
uprzejmość i życzliwość personelu medycznego wykonującego badanie gęstości mineralnej kości za pomocą densytometru DXA?				
