

z dnia....., zgłoszony przez

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ W BIELSKU-BIAŁEJ**

z dnia r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki złamań osteoporotycznych dla mieszkańców miasta Bielska-Białej, na lata 2021-2025".

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 713 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.)

**Rada Miejska
p o s t a n a w i a**

§ 1. Przyjąć program polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki złamań osteoporotycznych dla mieszkańców miasta Bielska-Białej, na lata 2021-2025", stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała Nr XL/481/97 Rady Miejskiej w Bielsku-Białej z dnia 14 stycznia 1997 roku w sprawie kierunków działania w zakresie poprawy stanu zdrowia mieszkańców Bielska-Białej i Programu Polityki Zdrowotnej Miasta.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Bielska-Białej.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr
Rady Miejskiej w Bielsku-Białej
z dnia 2021

PROGRAM PROFILAKTYKI ZŁAMAŃ OSTEOPOROTYCZNYCH DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA BIELSKA-BIAŁEJ NA LATA 2021-2025

Opracowany na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) oraz rekomendacji nr 272/2018 z dnia 8 października 2018 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy pierwotnej

Bielsko-Biała 2020 rok

Spis treści:

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	str. 3
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	str. 10
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	str. 11
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	str. 13
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	str. 16
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	str. 16
VII. Bibliografia	str. 20

Program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki złamań osteoporotycznych dla mieszkańców miasta Bielska-Białej na lata 2021-2025” został opracowany według zasad i wytycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) określonych w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

Merytoryczna podstawa opracowania programu:

1. raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z października 2018 roku „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej” dotyczący zalecanych technologii dotyczących osteoporozy,
2. Opinia Rady Przejrzystości nr 272/2018 z dnia 8 października 2018 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy pierwotnej,
3. „Raport NFZ o zdrowiu - Osteoporoza” Warszawa, Listopad 2019 r.,
4. Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2017.

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

1. Opis problemu zdrowotnego.

Wg definicji Amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia osteoporoza jest chorobą szkieletu charakteryzującą się zwiększonym ryzykiem złamań kości w następstwie zmniejszenia ich odporności mechanicznej. Odporność mechaniczna kości jest uwarunkowana gęstością mineralną kości i jakością tkanki kostnej.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zalicza osteoporozę do głównych chorób cywilizacyjnych. Jej znaczenie wobec starzenia się społeczeństw, nieustannie rośnie. Choroba rozwija się w sposób podstępny, niepostrzeżenie przez wiele lat, nie dając żadnych objawów, aż do złamania kości.

Tkanka kostna osiąga maksymalną gęstość (tzw. szczytowa masa kostna) w wieku pomiędzy 20 a 30 rokiem życia. Determinowana jest ona głównie przez czynniki genetyczne, wysiłek fizyczny, masę ciała, odżywianie i czynniki etniczne. Spadek masy kostnej rozpoczyna się od wczesnej dorosłości i trwa aż do końca życia.

U kobiet zmniejszenie masy tkanki kostnej ulega przyspieszeniu w okresie menopauzy, do około 5-15% w ciągu pierwszych pięciu lat, a potem już wolniej –

do 0,5-1% rocznie. Utrata ta jest wynikiem braku równowagi pomiędzy procesami mineralizacji i resorpcji kości. Zrównoważenie tych procesów jest podstawą dobrej jakości kości, z kolei jej zachwianie na korzyść resorpcji prowadzi do rozwoju osteoporozy.

Wyróżnia się osteoporozę pierwotną i osteoporozę wtórne. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) szacuje, że w Polsce odsetek populacji chorych na osteoporozę mężczyzn waha się od 2,5% (50-54 lata) do 16,6% (80-84%). W przypadku kobiet odsetek ten szacowany jest na odpowiednio 6,3% i 47,2%. Osteoporoza prowadzi do utraty gęstości mineralnej kości (BMD), co zwiększa ryzyko jej złamania. Istnieją różne czynniki ryzyka złamań kości, są one istotne z punktu widzenia podejmowania decyzji terapeutycznych. Można je podzielić na zależne i niezależne od BMD.

1. Czynniki ryzyka złamań kości niezależne od BMD:

- wiek
- przebyte wcześniej złamanieiskoenergetyczne,
- skłonności do upadków,
- wystąpienie złamania bliższego końca kości udowej w wywiadzie rodzinnym,
- mała wartość wskaźnika masy ciała (BMI)
- nadużywanie alkoholu,
- palenie papierosów.

2. Czynniki ryzyka złamań kości zależne od BMD:

- rasa biała,
- wystąpienie przedwczesnej menopauzy,
- pierwotny i wtórny brak miesiączki,
- niedobór witaminy D,
- niedobór wapnia w diecie,
- długotrwałe unieruchomienie.

Czynniki niezależne wywierają negatywny wpływ na jakość tkanki kostnej, obniżając jej wytrzymałość, zaś czynniki zależne stanowią zagrożenie w sytuacji, gdy na ich wystąpienie nakłada się fakt niskiej BMD.

Złamanie osteoporotyczne to złamanie niewspółmierne do sił je wywołujących, do którego dochodzi samoistnie lub po niewielkim urazie, np. po upadku z pozycji stojącej, po wykluczeniu innej przyczyny. Złamanie osteoporotyczne powstaje w wyniku niewielkiego urazu, a często brak jest nawet potwierdzonego przez pacjenta zdarzenia, które mogło być powodem złamania – tak bywa zwłaszcza w przypadku złamań kręgow. Charakterystyczne dla osteoporozy złamania główne, to złamania bliższego końca kości udowej (b.k.k.u), złamania kręgow (zazwyczaj lędźwiowych i piersiowych), kości ramiennej i promieniowej w odcinku dystalnym. Występują także złamania w innych lokalizacjach np. złamania kości miednicy, żeber czy kości piszczelowej. Najbardziej niebezpieczne są

złamanie szyjki kości udowej. Od 5% do 20% chorych umiera w ciągu pierwszego roku po złamaniu z powodu powikłań, a ponad 50% spośród tych, którzy przeżyli, cierpi z powodu utrwalonej niepełnosprawności. W ponad 40% przypadków złamań szyjki kości udowej dochodzi do powikłań ze strony innych narządów i układów.

Wzrost ryzyka złamań powiązany jest także z sarkopenią, niesprawnością, skłonnością do upadków i urazów (choroby neurologiczne, metaboliczne, zaburzenia równowagi, choroby stawów itd.). Osteoporozy wtórne to takie, które powodowane są czynnikami innymi niż naturalne procesy starzenia i menopauzy. Osteoporozy wtórne w przebiegu różnych chorób, niedoborów pokarmowych, stosowania niektórych leków, unieruchomienia mogą występować w różnym wieku u dorosłych, a nawet u dzieci.

Ryzyko złamań wzrasta wraz z wiekiem i jest największe w najstarszych grupach wiekowych (> 65 lat). Niemniej wczesna prewencja osteoporozy przed 65 rokiem życia (identyfikacja i eliminacja modyfikowalnych czynników ryzyka tj. palenie papierosów, brak aktywności fizycznej) może to ryzyko znacznie zmniejszyć. Wykrywanie osób z wysokim ryzykiem złamań, czyli zalecana przez ekspertów europejskich ocena ryzyka złamania w oparciu o dane z wywiadu dotyczące historii choroby pacjenta z zastosowaniem polecanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) metody FRAX (obliczanie ryzyka złamań), pozwala na wstępne badanie przesiewowe i wyróżnienie osób wymagających pogłębienia diagnostyki (densytometria, badania laboratoryjne itp.) oraz w razie potrzeby - wdrożenia leczenia. Bez względu na rodzaj osteoporozy, złamanie to nie tylko poważny problem medyczny powiązany z cierpieniem, niesprawnością, a nawet zwiększonym ryzykiem zgonu pacjenta, ale to także narastający problem mający wymiar ekonomiczny i społeczny. Każde dokonane złamanie niskoenergetyczne jest czynnikiem wielokrotnego zwiększenia ryzyka wystąpienia kolejnego złamania. Jest też bezwzględnym wskazaniem do zastosowania leczenia farmakologicznego, co niestety bardzo często nie jest robione. Uwzględnienie różnych, nie tylko związanych z tkanką kostną czynników zwiększających ryzyko złamań (np. sarkopenii, zaburzeń równowagi), z jednej strony daje możliwość eliminacji niektórych czynników, z drugiej pozwala na bardziej precyzyjne wyróżnienie osób zagrożonych wystąpieniem złamania.

Uzasadnieniem wprowadzenia programu są Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Śląskiego, w szczególności Priorytet 4 - Poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniając działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację pacjentów uwzględniający następujące cele:

- I. Wydłużenie okresu życia w zdrowiu i czasu przeżycia.
- II. Przywracanie pacjenta w najlepszym możliwym stanie zdrowia i funkcjonowania do jego własnego środowiska – zachowanie jego maksymalnej sprawności

i samodzielności, wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego i niezależnego życia.

III. Poprawa warunków życia osób starszych z chorobami przewlekłymi na poziomie pozwalającym na zabezpieczenie ich podstawowych potrzeb.

Ponadto tematyka programu wpisuje się w jeden z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 tj. celu operacyjnego 5 „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się”. Z uwagi na wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie niezwykle ważna jest pomoc w utrzymaniu jak najdłuższej aktywności społecznej, zawodowej i rodzinnej, poprzez m.in. promowanie zachowań prozdrowotnych, edukację o zdrowym odżywianiu i diecie, dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych, wczesne wykrywanie chorób charakterystycznych dla tej grupy.

2. Dane epidemiologiczne.

Aktualne prognozy demograficzne prezentują stały wzrost udziału osób starszych w strukturach większości społeczeństw krajów rozwiniętych. Tendencję tę również obserwuje się w Polsce. Przewiduje się, iż tempo starzenia w Polsce będzie szybsze niż w innych państwach Unii Europejskiej.

Raport Eurostatu pt. „Ageing Europe. Looking at lives of older people” z października 2019 r., zwraca uwagę na specyfikę starzenia się polskiego społeczeństwa. Z danych wynika, że „udział osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej populacji jest w Polsce niższy niż w UE-28, ale rośnie szybciej i zbliża się do poziomu unijnego”. Z prognoz demografów wynika, że w 2050 roku liczba mieszkańców Unii będzie wynosiła już 28,5%. (obecnie to 19,7% w UE w 2018 roku; w Polsce 17,1%). W porównaniu z 2001 rokiem wskaźnik ten rośnie w Polsce szybciej niż w pozostałych krajach Wspólnoty (4,7% w przypadku Polski wobec 3,9% w krajach UE).

Współczesne koncepcje starzenia odrzucają pogląd, że sam proces starzenia powoduje powstawanie chorób. Starzenie się organizmu ludzkiego jedynie stwarza warunki sprzyjające występowaniu patologii, w tym niesprawności. Nie budzi wątpliwości fakt, że sprawna starość jest najbardziej pożądana, ponieważ zapewnia samodzielność i niezależność, a tym samym zmniejsza zapotrzebowanie na pomoc ze strony otoczenia, również w zakresie opieki medycznej oraz usług pielęgnacyjno-opiekuńczych. Zagrożeniem jednak dla sprawnej starości jest typowa dla tego okresu życia wielochorobowość i wynikająca z niej polipragmazja. Do niesprawności w sposób znaczny przyczyniają się również wielkie zespoły geriatryczne, czyli częste w starości przewlekłe i wieloprzyczynowe patologie sprzyjające niesamodzielności. Należą do nich m.in. otępienie, depresja, zaburzenia wzroku i słuchu czy nietrzymanie moczu.

W związku z procesem szybkiego starzenia się populacji w wielu krajach, w tym w Polsce, ograniczoną aktywnością fizyczną w wielu grupach społecznych, szerokim stosowaniem leków, które mogą indukować osteoporozy wtórne (np. glikokortykosteroidy), niedoborem witaminy D, rozpowszechnieniem używek takich jak alkohol i palenie papierosów, nieprawidłową dietą - ilość złamań osteoporotycznych wzrasta. W 2010 roku Polskę zaliczano, podobnie jak Hiszpanię, Portugalię czy Rumunię, do krajów o średnim ryzyku złamań. Szacowano wówczas, że rocznie w Polsce występuje ok. 30 000 złamań osteoporotycznych b.k.k.u. Niestety, dokładnie nie wiadomo ile złamań powodowanych osteoporozą wystąpiło np. w 2014, 2015 czy 2016 roku z uwagi na brak centralnego rejestru złamań. Wielokrotnie większa liczba złamań w innych lokalizacjach (kręgi, kość ramienna, kość promieniowa, żebra, inne) jest jeszcze trudniejsza do ustalenia. Przykładowo, ponad 50% złamań kręgów przebiega bez wyraźnych objawów klinicznych (zmniejszać się może jedynie wzrost pacjenta i zmieniać jego sylwetka – tzw. „garb wdowi”). Ponadto wiadomo, że każde złamanie zwiększa wielokrotnie ryzyko kolejnych złamań i błędem jest pozostawianie tych chorych bez leczenia. Obecnie brak jest pełnych, aktualnych danych dotyczących epidemiologii złamań osteoporotycznych w Polsce, nawet tych najpoważniejszych jakimi są złamania b.k.k.u.

Szacowana liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce w 2018 roku, oparta na wskaźnikach epidemiologicznych to 2,1 mln osób, z czego 1,7 mln to kobiety. Stopień niedoszacowania liczby chorych na osteoporozę w Polsce w 2018 roku wyniósł 74%. Odpowiada to liczbie 1,56 mln niezdiagnozowanych osób (Jerzy Grylewicz, ekspert ds. ekonomiki zdrowia Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia). Ponad 80% chorych, u których doszło do złamania nie ma rozpoznanej i właściwie leczonej osteoporozy.

W 2018 roku odnotowano 120 000 złamańiskoenergetycznych związanych z osteoporozą. Dane o złamaniach z 2017 roku wskazują, że w ciągu 6 miesięcy od złamania jedynie u 2,5% pacjentów wykonano badanie densytometryczne, a niespełna 20% z nich otrzymuje odpowiednie leczenie farmakologiczne.

W wymiarze ogólnopolskim istnieje potrzeba uzyskania tych danych i ich monitorowania w kolejnych latach. Aktualnie opierać się można jedynie na danych (wg kodów ICD 10) sprawozdawczych NFZ, co uwidoczniło w Mapach Potrzeb Zdrowotnych. W dokumencie tym, w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego, nie wyodrębnione zostały dane dla samej osteoporozy, ale została ona uwzględniona w ramach „Zaburzeń mineralizacji i struktury kości, których zawarte zostały następujące rozpoznania wg ICD-10:

- a) M80 – osteoporoza ze złamaniem patologicznym,
- b) M81 – osteoporoza bez patologicznego złamania,
- c) M82 – osteoporoza w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej,

- d) M83 – zmiękczenie kości (osteomalacja dorosłych),
- e) M84 – zaburzenia ciągłości kości,
- f) M85 – inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości.

Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 000 osób dla zaburzeń mineralizacji i struktury kości w 2016 roku w Polsce wyniósł 166,2 natomiast w województwie śląskim – 158,5 (7 pozycja wśród województw). Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 000 osób w Bielsku-Białej wyniósł 271.

W latach 2022–2031 dla grupy zaburzenia mineralizacji i struktury kości prognozuje się w Polsce wzrost zapadalności rejestrowanej. W roku 2022 zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 124,4 tys. i do 2031 roku wzrośnie do 132,3 tys. (wzrost o 6,4 %).

Po naturalnej menopauzie u ok. 25 % kobiet rozwija się osteoporoza, a ryzyko złamania w pozostałym okresie życia sięga u mieszkanki Europy ok. 40 %. U mężczyzn, którzy mają większą szczytową masę kostną i u których andropauza postępuje stopniowo, utrata masy kostnej jest wolniejsza, tak więc życiowe ryzyko złamania osteoporotycznego u mężczyzny po 50 roku życia wynosi kilkanaście procent w zależności od populacji. U osób obu płci, w młodszych grupach wiekowych (<40 r. ż.) pojawia się głównie osteoporoza wtórna, która może wystąpić i wieku starszym (to łącznie ok. 30% chorych na osteoporozę). Brak jest jednak zupełnie danych dotyczących liczby złamańiskoenergetycznych w grupie wiekowej 18 – 50 lat.

Z danych o stanie zdrowia mieszkańców Bielska-Białej w wieku 19 lat i więcej, będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z powodu chorób przewlekłych współczynnik zapadalności na 100 000 na choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej M00-M99 (kod wg ICD 10) wynosił 5309,8 w 2018 roku, co stanowi wzrost w stosunku do 2017 roku o 10,37%. Natomiast współczynnik osób, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy, wyniósł odpowiednio 313,1 i 219,2, co stanowi wzrost w 2018 roku o 30%. Ww. schorzenia stanowiły w 2017 roku 16,7% ogółem rozpoznań w podstawowej opiece zdrowotnej, a w 2018 roku – 18,62%.

3. Opis obecnego postępowania.

Zarówno polskie jak i międzynarodowe rekomendacje zalecają prowadzenie działań przesiewowych poprzez ocenę ryzyka złamań w grupach osób narażonych na rozwój osteoporozy (głównie kobiety po menopauzie i mężczyźni w wieku 65 lat i więcej).

Diagnostyka osteoporozy polega przede wszystkim na wstępnym zidentyfikowaniu pacjentów, u których ryzyko wystąpienia złamań w perspektywie 10 lat jest zwiększone. W tym celu wykonuje się ocenę za pomocą kalkulatora FRAX, który pozwala oszacować 10-letnie ryzyko złamań kości. Identyfikacja dokonanej złamaniaiskoenergetycznego lub wykazanie podwyższonego ryzyka złamań metodą FRAX winno skutkować przejściem

pogłębionej diagnostyki różnicowej, densytometrii, ewentualnie badań biochemicznych i w konsekwencji pojęcia stosownej terapii. Metoda FRAX została opracowana przez University of Sheffield dla potrzeb WHO w celu oceny u osób badanych ryzyka złamania.

Na tarczy kalkulatora w pierwszej kolejności odnajdujemy przedział wiekowy pacjenta, następnie tak przesuwamy mniejszą tarczą kalkulatora, aby w górnym okienku ukazał się wynik BMI (obliczony na podstawie wzrostu i wagi ciała) właściwy dla pacjenta. Następnie wybieramy liczbę klinicznych czynników ryzyka złamania (wymienione są na kalkulatorze), którą stwierdzamy u pacjenta na podstawie wywiadu i odczytujemy odpowiedni wynik 10 letniego ryzyka złamania. Kolorowe diagramy naniesione na tarczach kalkulatora pozwalają na zakwalifikowanie pacjenta do jednej z 3 grup:

- wysokie ryzyko złamania - pacjent wymaga od razu leczenia – powyżej 10% w ciągu 10 lat,
- pośrednie ryzyko złamania – 5-10%,
- niskie ryzyko złamania - mniej niż 5% - pacjent nie wymaga leczenia ani dalszej diagnostyki.

Kalkulator jest stosunkowo prostym narzędziem pozwalającym na szybką ocenę ryzyka złamania. Dalsze etapy diagnostyki osteoporozy obejmują konsultację specjalistyczną i wykonanie badań diagnostycznych. Najważniejszym z nich jest ocena densytometryczna BMD. Wiadomo, że średnie wartości BMD zmniejszają się wraz z wiekiem u obu płci, a zmniejszeniu BMD towarzyszy wzrost ilości złamań. Osteoporoza jest diagnozowana wg kryteriów WHO na podstawie wartości BMD. Densytometria umożliwia rozpoznanie osteoporozy u pacjentów bezobjawowych i może służyć do monitorowania zmian BMD w czasie. Aparat densytometryczny zbudowany jest w ten sposób, że pod stołem, na którym leży pacjent umieszczona jest mikro lampka rentgenowska, a nad pacjentem znajduje się ramię aparatu z czujnikiem promieniowania. Miniaturowa lampka RTG wysyła promieniowanie do czujnika, a ten mierzy jego natężenie po przejściu przez ciało pacjenta. Promieniowanie przechodząc przez ciało pacjenta ulega osłabieniu. Na podstawie różnicy pomiędzy dawką wysyłaną, a dawką odebraną po przejściu przez ciało pacjenta, obliczana jest BMD. Badanie jest całkowicie bezpieczne. Dawka promieniowania jest całkowicie nieszkodliwa i wynosi – 2.0 μSv (dawka równoważna promieniowaniu kosmicznemu, w ciągu 4 godzin przebywania na wolnym powietrzu). Jedynym przeciwwskazaniem do badania jest ciąża. Wynik badania densytometrycznego jest drukowany natychmiast po jego zakończeniu. Aparat podaje obliczoną BMD pacjenta oraz jej porównanie do grupy kontrolnej w wieku 20-30 lat oraz do grupy kontrolnej w wieku badanego. Porównania określa się liczbą odchyłeń standardowych, jaką dany wynik, różni się od grupy kontrolnej. Porównanie do grupy w wieku 20-30 lat, tzw. wskaźnik – T (T-score) określa, ile dany pacjent utracił masy kostnej w stosunku do

masy szczytowej kości, którą osiągamy w tym okresie życia. Porównanie wyniku danego pacjenta do grupy kontrolnej w jego wieku oznaczamy wskaźnikiem – Z (Z-score).

Według WHO można określić wartość BMD stosując wskaźnik T jako:

- Norma: +1.0 do -1.0
- Osteopenia: -1.0 do -2.4
- Osteoporoza: -2.5 i mniej
- Ciężka osteoporoza: -2.5 i jedno lub więcej złamań w wywiadzie.

Badanie densytometryczne przeprowadza się w następujących lokalizacjach centralnych, zgodnie z zaleceniami międzynarodowymi (ISCD):

- kręgosłup w projekcja AP (pomiar L1-L4),
- b.k.k.u. (pole „total” lub szyjka kości udowej),
- przedramię, gdy kręgosłup i b.k.k.u. nie mogą być zmierzone lub nie nadają się do interpretacji (pole „33% radius”, kończyna niedominująca).

Wskazania do wykonania badania BMD metodą DXA obejmują:

- kobiety - 65 rok życia i powyżej, kobiety po menopauzie, przed 65 rokiem życia z czynnikami ryzyka,
- mężczyźni - 70 rok życia i powyżej,
- dorosłych ze złamaniamiiskoenergetycznymi,
- dorosłych, u których występują choroby lub stany mogące prowadzić do małej masy kostnej lub nasilonej jej utraty,
- dorosłych przyjmujących leki związane z małą masą kostną lub nasiloną jej utratą,
- osoby, co do których istnieją wątpliwości, czy wdrożyć postępowanie farmakologiczne,
- osoby leczone w celu monitorowania terapii,
- kobiety, które przerywają hormonalną terapię zastępczą (HTZ).

Ustalenie podwyższonego ryzyka złamań lub też istnienia chorób lub innych stanów powiązanych z występowaniem osteoporozy wtórnych wymaga, zgodnie z aktualnymi polskimi zaleceniami, skierowania chorego do leczenia specjalistycznego.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Celem głównym realizacji programu polityki zdrowotnej zmniejszenie liczby złamań osteoporotycznych wśród mieszkańców Bielska-Białej – kobiet w wieku 60 lat i więcej oraz u mężczyzn w wieku 70 lat i więcej o 10%, w okresie 6 lat od rozpoczęcia programu.

2. Cele szczegółowe:

- a) poprawa dostępności do diagnostyki w zakresie osteoporozy – przebadanie założonej populacji w okresie 5 lat.
- b) identyfikacja osób zagrożonych złamaniamiiskoenergetycznymi,
- c) podniesienie wiedzy uczestników programu na temat osteoporozy.

3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej:

- a) liczba osób, które zgłosiły się do programu w odniesieniu do prognozowanej liczby uczestników,
- b) liczba osób zagrożonych złamaniamiiskoenergetycznymi,
- c) liczba osób, którym wykonano DXA,
- d) liczba osób biorących udział w warsztatach w odniesieniu do liczby osób, która zgłosiła się do programu,
- e) procentowa liczba osób, u których wzrosła wiedza na temat osteoporozy.

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

1. Populacja docelowa

Badaniami objęci zostaną mieszkańcy Bielska-Białej: kobiety w wieku 60 lat i więcej oraz mężczyźni w wieku 70 lat i więcej.

Zgodnie z danymi GUS liczba mieszkańców Bielska-Białej wg stanu na 31.12.2018 roku wyniosła 171 259 osób.

Populacja, do której skierowany jest program to kobiety w wieku 60 lat i więcej (28 798 osób) oraz mężczyźni w wieku 70 lat i więcej (8 397 osób), łącznie 37 195 osób.

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

Program polityki zdrowotnej ma charakter otwarty. Beneficjentami programu są mieszkańcy Bielska-Białej z największej grupy ryzyka zachorowania na osteoporozę tj. kobiety 60 lat i więcej oraz mężczyźni 70 lat i więcej.

Z programu wyłączone zostaną wszystkie osoby z już zdiagnozowaną i/lub leczoną osteoporozą.

3. Planowane interwencje

W ramach programu polityki zdrowotnej planuje się przeprowadzenie następujących interwencji:

- a) oszacowanie 10 letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX,
- b) przeprowadzenie pre testu dotyczącego oceny wiedzy uczestników programu na temat osteoporozy (Załącznik nr 1),
- c) skierowanie osób:
 - u których stwierdzone zostanie ryzyko złamań $>5\%$ i mniejsze od $<10\%$ na konsultację lekarską, celem ustalenia zasadności badania densytometrycznego,
 - u których stwierdzone zostanie ryzyko złamań $\geq 10\%$ na konsultację lekarską wraz z oceną badania densytometrycznego,
 - u których stwierdzono już przebyte złamanie niskoenergetyczne na konsultację lekarską wraz z oceną badania densytometrycznego.

Konsultacja lekarza specjalisty kończy udział w programie w etapach diagnostycznych, pacjent otrzyma zalecenia dotyczące leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia i może uczestniczyć w działaniach edukacyjnych.

- d) edukację zdrowotną ukierunkowaną na uświadomienie czynników ryzyka osteoporozy, eliminację pozakostnych czynników ryzyka złamań, stosowania odpowiedniej diety (bogata w wapń i wit. D), unikania używek (papierosy, alkohol, kofeina), prowadzenie aktywności fizycznej. Każdy uczestnik przy zgłoszeniu się do programu otrzyma broszurę edukacyjną zawierającą ww. treści. Ponadto edukacja prowadzona będzie za pośrednictwem tematycznego artykułu i audycji radiowej z udziałem lekarza specjalisty. Artykuł zamieszczony zostanie w bezpłatnym dwutygodniku „W Bielsku-Białej” wydawanym przez Urząd Miejski w Bielsku-Białej i na stronie internetowej Urzędu, a emisja audycji odbędzie się w lokalnym radiu.
- e) w ramach edukacji zdrowotnej zorganizowane zostaną także warsztaty/spotkania z lekarzem (45 minut) i fizjoterapeutą (45 minut) na temat czynników ryzyka, właściwej diety, w zakresie aktywności fizycznej i ćwiczeń multikomponentowych oraz unikania upadków i utrzymywania bezpiecznego środowiska funkcjonowania osób starszych (w mieszkaniu, w domu). W każdym roku trwania programu warsztaty przeprowadzone zostaną czterokrotnie. Łącznie w czasie trwania programu zaplanowanych zostało 20 warsztatów. Podczas spotkań uczestnicy wypełnią post test oceniający wiedzę uczestników programu na temat osteoporozy (Załącznik nr 2) oraz ankietę oceny satysfakcji z udziału w programie (Załącznik nr 3).

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Po zgłoszeniu się beneficjenta do programu polityki zdrowotnej osoba wyznaczona spośród personelu uczestniczącego w projekcie przeprowadzi pre test dotyczący oceny wiedzy uczestników programu na temat osteoporozy (Załącznik nr 1). Następnie dokona wstępnej oceny 10-letniego ryzyka złamań przy zastosowaniu metody FRAX. Każda osoba, która zgłosi się do udziału w programie otrzyma broszurę edukacyjną w zakresie czynników ryzyka osteoporozy, eliminacji pozakostnych czynników złamań, stosowania odpowiedniej diety (bogatej w wapń i witaminę D), unikania używek (papierosy, alkohol, kofeina), prowadzenia aktywności fizycznej.

Osoby, u których ryzyko złamań zostanie ocenione na $>5\%$ i $<10\%$ kierowane będą na poradę lekarza specjalisty właściwego ze względu na określone schorzenie, który podejmie decyzję co do zasadności badania densytometrycznego. Osoby, u których ryzyko złamań zostanie ocenione na $\geq 10\%$ lub u których w wywiadzie zostanie stwierdzone złamanieiskoenergetyczne, zostaną skierowane na badanie densytometryczne. Każda osoba, u której wykonana zostanie densytometria skierowana zostanie na konsultację lekarza specjalisty, który dokona opisu badania i w razie potrzeby prześle zalecenia dotyczące leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wszyscy uczestnicy programu zostaną zaproszeni na warsztaty/spotkania z lekarzem (45 minut) i fizjoterapeutą (45 minut) na temat czynników ryzyka, właściwej diety, aktywności fizycznej i unikania upadków oraz organizacji bezpiecznego środowiska funkcjonowania osób starszych (w mieszkaniu, w domu). W jednym roku trwania programu warsztaty przeprowadzone zostaną czterokrotnie. Łącznie w czasie trwania programu zaplanowanych zostało 20 warsztatów.

Podczas tego spotkania uczestnicy wypełnią post test oceniający wiedzę uczestników programu na temat osteoporozy (Załącznik nr 2) oraz ankietę oceny satysfakcji z udziału w programie (Załącznik nr 3).

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Osoby biorące udział w programie otrzymają informację o parametrach uwapnienia badanych elementów kośćca wraz z oszacowanym 10-letnim ryzykiem złamań przy użyciu metody FRAX, z zaleceniem dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Natomiast osoby, które zostaną zakwalifikowane do badania densytometrycznego, po konsultacji lekarza specjalisty, skierowane zostaną do dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

I etap

Wyłonienie realizatora programu polityki zdrowotnej - program realizowany będzie przez podmiot wyłoniony w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b Ustawy o oświadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020, poz. 1398 z późn. zm.). Konkurs skierowany będzie do podmiotów leczniczych funkcjonujących na terenie miasta Bielska-Białej. Z podmiotem tym zostanie spisana umowa na realizację programu polityki zdrowotnej.

II etap

Prowadzenie akcji promocyjnej na temat realizowanego programu poprzez dystrybucję ogłoszeń, za pośrednictwem m.in.: ośrodków wsparcia dla osób starszych Uniwersytetu Trzeciego Wieku, organizacji pozarządowych, poradni podstawowej opieki zdrowotnej, rad osiedli, lokalnych środków masowego przekazu, strony internetowej Urzędu Miejskiego w Bielsku-Białej, jednostek organizacyjnych Miasta Bielska-Białej. Akcja promocyjna prowadzona będzie także przez realizatora programu.

III etap

Rejestracja pacjentów odbywać się będzie telefonicznie lub osobiście u realizatora programu. Po zgłoszeniu do udziału w programie osoba wyznaczona spośród personelu uczestniczącego w projekcie przeprowadzi pre test dotyczący oceny wiedzy uczestników programu na temat osteoporozy (Załącznik nr 1) i dokona oszacowania 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX. Każdej osobie, która zgłosi się do udziału w programie przekaze broszurę edukacyjną ukierunowaną na uświadomienie czynników ryzyka osteoporozy, eliminację pozakostnych czynników złamań, stosowania odpowiedniej diety (bogata w wapń i wit. D), unikania używek (papierosy, alkohol, kofeina), prowadzenie aktywności fizycznej.

W ramach edukacji zdrowotnej zorganizowane zostaną także warsztaty/spotkania z lekarzem (45 minut) i fizjoterapeutą (45 minut) na temat czynników ryzyka, właściwej diety, aktywności fizycznej i unikania upadków oraz organizacji bezpiecznego środowiska funkcjonowania osób starszych (w mieszkaniu, w domu, w bloku). W jednym roku trwania programu warsztaty przeprowadzone zostaną czterokrotnie. Łącznie w czasie trwania programu zaplanowanych zostało 20 warsztatów.

Podczas warsztatów uczestnicy wypełnią post test oceniający wiedzę uczestników programu na temat osteoporozy (Załącznik nr 2) oraz ankietę oceny satysfakcji z udziału w programie (Załącznik nr 3).

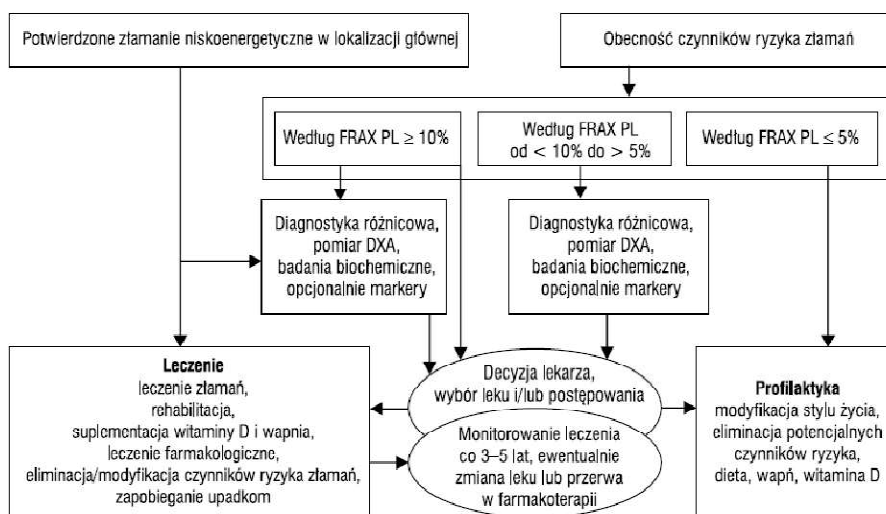
Ponadto w loknym radio wyemitowana zostanie tematyczna audycja z udziałem lekarza specjalisty i dyżurem telefonicznym po jej zakończeniu. Lekarz biorący udział w audycji przygotuje artykuł poświęcony profilaktyce osteoporozy, który zamieszczony zostanie w bezpłatnym Magazynie Samorządowym „W Bielsku-Białej” wydawanym przez Urząd Miejski w Bielsku-Białej oraz na stronie internetowej Urzędu.

IV etap

Wykonanie badania densytometrycznego u osób:

- u których ryzyko złamań zostanie ocenione $> 5\%$ i $<10\%$ za pomocą metody FRAX (po decyzji lekarza specjalisty),
- u których ryzyko złamań zostanie ocenione $\geq 10\%$ za pomocą metody FRAX,
- u których w wywiadzie stwierdzone zostanie przebyte złamanieiskoenergetyczne.

Powyższe, jest zgodne z „Zaleceniami postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2017”, gdzie wskazany został „Ogólny algorytm postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w osteoporozie pomenopauzalnej i starczej; DXA (dual energy X-ray absorptiometry) — badanie densytometryczne (Rycina 1).



Rycina 1. Ogólny algorytm postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w osteoporozie pomenopauzalnej i starczej; DXA (dual energy X-ray absorptiometry) — badanie densytometryczne

V etap

Osoby po wykonanym badaniu densytometrycznym kierowane będą na konsultację lekarza specjalisty, który dokona oceny tego badania i prześle zalecenia dotyczące możliwości postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

Realizatorem programu polityki zdrowotnej może zostać podmiot leczniczy, posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych, który spełni następujące kryteria:

- a) prowadzi działalność leczniczą na terenie miasta Bielska-Białej,
- b) udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej,
- c) posiada densytometr DXA w lokalizacji do badania kręgosłupa i kości udowej;
- d) budynek i pomieszczenia dostosowane są do osób z niepełnosprawnościami,
- e) posiada certyfikat jakości ISO gwarantujący bezpieczeństwo i jakość świadczonych usług,
- f) warunki dotyczące personelu: co najmniej 2 osoby przeszkolone w zakresie wykonywania badań densytometrycznych kości udokumentowane certyfikatem, w tym przynajmniej jeden technik elektroradiologii; co najmniej 1 lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii, chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu; co najmniej 1 osoba posiadająca kwalifikacje fizjoterapeuty.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie prowadzone będzie na bieżąco z uwzględnieniem:

- a) kwartalnego sprawozdania realizatora z liczbowej zgłaszalności beneficjentów do programu,
- b) liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie,
- c) liczby osób biorących udział w warsztatach edukacyjnych po każdym przeprowadzonym spotkaniu (frekwencja z warsztatów),
- d) liczby wykonanych beneficjentom programu FRAX i DXA, która będzie sprawozdawana przez realizatora co kwartał (w ujęciu liczb bezwzględnych i % versus populacja beneficjentów programu tj. 10 375),
- e) liczby osób, skierowanych do leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia,
- f) liczby osób, która zrezygnowała z udziału w programie w trakcie jego realizacji,
- g) liczby osób, które wypełniły ankietę satysfakcji z udziału w programie.

2. Ewaluacja

Końcowa ocena efektywności programu polityki zdrowotnej zostanie dokonana na podstawie następujących kryteriów:

- a) odsetka osób, u których stwierdzono osteoporozę,
- b) odsetka osób, u których stwierdzono zagrożenie złamaniamiiskoenergetycznymi,
- c) odsetka osób skierowanych do dalszego postępowania medycznego,
- d) poprawy dostępności do diagnostyki w zakresie osteoporozy,
- e) wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu na temat osteoporozy.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.

1. Koszty jednostkowe:

Program dotyczy grupy kobiet w wieku 60 lat i więcej oraz mężczyzn w wieku 70 lat i więcej. Opisana populacja liczy 37 195.

% zgłaszalności beneficjentów do programu przyjęto na podstawie danych dotyczących zgłaszalności do programów profilaktycznych realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z tymi danymi zgłaszalność do programów wynosi 30% i takie założenie przyjęto dla przedmiotowego programu.

Z programu wyłączone zostaną osoby z już zdiagnozowaną i/lub leczoną osteoporozą. Opracowanie Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia szacuje, że populacja ta stanowi 28,4% populacji prognozowanej liczby chorych.

Tabela 1. Charakterystyka populacji mężczyzn.

Wiek	Liczba osób	Zapadalność	Liczba potencjalnych chorych	Liczba rozpoznanych chorych	Liczba osób bez rozpoznania	Liczba pacjentów chorych niezdiagnozowanych
70-74	3495	7,80%	273	78	3417	195
75-79	2278	10,30%	235	67	2211	168
80-84	1523	16,60%	253	72	1451	181
85 i więcej	1101	21,60%	238	68	1033	170
Razem	8397	-	999	284	8113	715

Tabela 2. Charakterystyka populacji kobiet.

Wiek	Liczba osób	Zapadalność	Liczba potencjalnych chorych	Liczba rozpoznanych chorych	Liczba osób bez rozpoznania	Liczba pacjentów chorych niezdiagnozowanych
60-64	7 347	14,30%	1 051	298	7 049	753
65-69	7 236	20,20%	1 462	415	6 821	1 047
70-74	4 967	27,90%	1 386	394	4 573	992
75-79	3 609	37,50%	1 354	385	3 224	969
80-84	2 832	47,20%	1 337	380	2 452	957
85 i więcej	2 807	57,20%	1 606	456	2 351	1 150
Razem	28 798	-	8 196	2 328	26 470	5 868

Uwaga! W przypadku wystąpienia ułamków podczas dokonywania wyliczeń, wartości zostały podane w zaokrągleniu w górę.

W populacji Bielska-Białej, 28 798 kobiet spełnia kryterium wieku 60 lat i więcej oraz 8 397 mężczyzn, spełnia kryterium wieku 70 lat i więcej.

Na podstawie danych z raportu „NFZ o zdrowiu. Osteoporoza”, uwzględniając zawarte tam dane co do przewidywanego występowania osteoporozy, została oszacowana teoretyczna liczba chorych. W publikacji „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego” podany został współczynnik określający stopień wykrywalności. Na jego podstawie została wyliczona wykryta liczba chorych. Powyższe dane pozwalają na wyliczenie niewykrytej liczby chorych oraz na wyłączenie z populacji osób z już wykrytą osteoporozą. Zatem biorąc pod uwagę ww. elementy, liczba mieszkańców Bielska-Białej, którzy będą mogli wziąć udział w programie to 10 375 osób, co stanowi 30% opisanej populacji, z której wyłączono przypadki rozpoznane ($37\,195 - 2\,611 = 34\,584$). Należy zaznaczyć, że nie wszyscy beneficjenci objęci będą wszystkimi interwencjami.

Na podstawie danych epidemiologicznych zawartych w raporcie NFZ, skorygowanych o rozpoznaną liczbę chorych ustaloną w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych, ustalono potencjalną, niewykrytą liczbę chorych, która wynosi 6 584, co stanowi 19% populacji (odpowiednio 22% kobiet, 9% mężczyzn). Ta grupa będzie wymagała pełnego postępowania medycznego tj. FRAX, badania densytometrycznego oraz porady lekarza specjalisty.

Zgodnie z danymi „International Osteoporosis Foundation”, 1 na 2 kobiety i 1 na 5 mężczyzn dozna złamania po 50 roku życia. Dane te dotyczą Wielkiej Brytanii, jednakże w swoich analizach NFZ niejednokrotnie opierał się na danych brytyjskich i dlatego dane te zostały zaadaptowane dla potrzeb programu.

W związku z powyższym jeżeli 50% kobiet w ciągu całego życia dozna złamania osteoporotycznego oznacza to, że jest w potencjalnej grupie zagrożonych złamaniem. Grupa ta obejmuje również osoby z rozpoznaną osteoporozą. Ponieważ osoby z rozpoznaną chorobą mają już ustaloną ścieżkę diagnostyczną (19% populacji), pozostała część ($50\% - 19\% = 31\%$, odpowiednio u kobiet $50\% - 22\% = 28\%$, u mężczyzn $20\% - 9\% = 11\%$) znajduje się w grupie ryzyka. Dlatego też przyjęto, że dla 31% populacji interwencja zakończy się na konsultacji z oceną ryzyka złamania oraz radzie lekarza specjalisty. Dla pozostałych 50% przewiduje się, że będzie wykonany tylko FRAX.

Wszystkie osoby biorące udział w programie objęte będą działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej.

Koszty jednostkowe realizacji programu:

a) działania promocyjno-edukacyjne –11,00 zł,

- b) określenie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX – 30,00 zł,
- c) porada lekarza specjalisty – 30,00 zł,
- d) badanie densytometryczne DXA – 50,00 zł.

	Kobieta	% populacji kobiet	Mężczyzna	% populacji mężczyzn	Razem	Wartość pojedynczej interwencji	Koszt interwencji medycznych
FRAX+DXA+porada	1 761	22%	215	9%	1 976	110,00 zł	217 360 zł
FRAX+porada	2 210	28%	272	11%	2 482	60,00 zł	148 920 zł
FRAX	3 971	50%	1 947	80%	5 918	30,00 zł	177 540 zł
	7 941	-	2 434	-	10 375	-	543 820 zł

Całkowity koszt działań promocyjno – edukacyjnych wynosi: 114 125,00 zł

2. Koszty całkowite:

Całkowity koszt realizacji programu na lata 2021-2025 to kwota 657 945,00 zł.

Rok	Planowany koszt
2021	131 589,00 zł
2022	131 589,00 zł
2023	131 589,00 zł
2024	131 589,00 zł
2025	131 589,00 zł
Razem	657 945,00 zł

3. Źródła finansowania:

Niniejszy program polityki zdrowotnej finansowany będzie ze środków pochodzących z budżetu Miasta Bielska-Białej.

Miasto Bielsko-Biała planuje wystąpić w 2021 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia o środki finansowe na realizację programu na podstawie art. 48 d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn.zm.).

Jeżeli Miasto Bielsko-Biała otrzyma dofinansowanie, to od drugiego roku realizacji programu, 40% kosztów świadczeń gwarantowanych, może zostać pokryte z budżetu NFZ (zgodnie z art. 48 d – 40% kosztów zaplanowanych na rok realizacji programu).

VII. Bibliografia:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej

oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

2. Opinia Rady Przejrzystości nr 272/2018 z dnia 8 października 2018 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy pierwotnej.
3. Ogólnopolski Program Koordynacji Profilaktyki Złamań realizowany przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.
4. Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie (Lorenc R. i wsp. Medycyna Praktyczna, wyd. spec. 1/2013).
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.
6. Leczenie farmakologiczne osteoporozy w Polsce – dostępność, przyczyny braku wdrażania. Postępy Nauk Medycznych 2015, 28, 879 -885. Marciniowska-Suchowierska E i wsp.
7. Lorenc R. i wsp. Endokrynologia Polska, 2017; vol. 68 supl. A: A1-A18.
8. Clarifying WHO's position on the FRAX® tool for fracture prediction. Ford, N., Norris, S. L., & Hill, S. R. (2016).
9. Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej. Problemy Higieny i Epidemiologii 2015, 96 (1): 106-114 M. Janiszewska, T. Kulik, M. Dziedzic, D. Żołnierczuk-Kieliszek, A. Barańska.
10. Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2017. Endokrynologia Polska 2017, vol. 68; supl. A: A1-A18. R. Lorenc i wsp.
11. NFZ o zdrowiu. Osteoporoza–2019 <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=47>
12. Metody diagnostyki osteoporozy. A. Barańska, M. Janiszewska, E. Firlej, K. Pawlikowska-Łagód, K. Zabłocka (2016).
13. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego - 2018 r.
14. Dane pozyskane z Wydziału Zdrowia – Oddziału Analiz i Statystyki Medycznej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.
15. Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej - Województwo Śląskie (załącznik do Zarządzenia Nr 45/19 Wojewody Śląskiego z dnia 4 lutego 2019 r.).
16. Bank Danych Lokalnych - <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>
17. <https://www.euractiv.pl/section/praca-i-polityka-spoieczna/news/polacy-starzeja-sie-najszybciej-w-ue/>

Pieczęć świadczeniodawcy

.....
Nr ewidencyjny

ANKIETA
DLA OSÓB OBJETYCH

PROGRAMEM PROFILAKTYKI ZŁAMAŃ OSTEOPOROTCZNYCH
dla mieszkańców miasta Bielska-Białej

(ocena wiedzy w na temat osteoporozy *PRE TEST*)

1. Osteoporoza polega na:
 - a) zwyrodnieniu stawów
 - b) zmniejszeniu liczby leukocytów we krwi
 - c) zmniejszeniu gęstości mineralnej kości
 - d) nie wiem
2. Kogo Pani/Pana zdaniem może dotyczyć osteoporoza?
 - a) tylko kobiet
 - b) tylko mężczyzn
 - c) kobiet i mężczyzn
 - d) nie wiem
3. Jakie badanie służy rozpoznaniu osteoporozy? (*proszę wybrać jedną odpowiedź*)
 - a) badanie krwi i moczu
 - b) densytometria
 - c) CRP
 - d) nie wiem
4. Jakie czynniki mają duży wpływ na zachorowanie na osteoporozę? (*można wybrać więcej niż jedną odpowiedź*)
 - a) palenie tytoniu
 - b) mała aktywność fizyczna
 - c) płeć żeńska
 - d) zbyt mała ekspozycja na słońce
 - e) nadużywanie alkoholu
 - f) zła dieta (mała ilość przyswajalnego wapnia, niedożywienie)
 - g) choroba występuje losowo, nie mam wpływu na jej wystąpienie

5. Czy choroby tarczycy lub cukrzyca mogą mieć wpływ na rozwój osteoporozy?
- a) tak
 - b) nie
6. Jakie są objawy osteoporozy? *(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*
- a) zwiększenie apetytu
 - b) zmniejszenie wzrostu
 - c) ograniczenie ruchomości
 - d) obrzęk stawów
 - e) bóle mięśniowe i kostne
 - f) bóle głowy

Pieczęć świadczeniodawcy

.....
Nr ewidencyjny

ANKIETA
DLA OSÓB OBJETYCH

PROGRAMEM PROFILAKTYKI ZŁAMAŃ OSTEOPOROTCZNYCH
dla mieszkańców miasta Bielska-Białej

(ocena wiedzy na temat osteoporozy *POST TEST*)

1. Osteoporoza polega na:
 - a) zwyrodnieniu stawów
 - b) zmniejszeniu liczby leukocytów we krwi
 - c) zmniejszeniu gęstości mineralnej kości
 - d) nie wiem
2. Kogo Pani/Pana zdaniem może dotyczyć osteoporoza?
 - a) tylko kobiet
 - b) tylko mężczyzn
 - c) kobiet i mężczyzn
 - d) nie wiem
3. Jakie badanie służy rozpoznaniu osteoporozy? *(proszę wybrać jedną odpowiedź)*
 - a) badanie krwi i moczu
 - b) densytometria
 - c) CRP
 - d) nie wiem
4. Jakie czynniki mają duży wpływ na zachorowanie na osteoporozę? *(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*
 - a) palenie tytoniu
 - b) mała aktywność fizyczna
 - c) płeć żeńska
 - d) zbyt mała ekspozycja na słońce
 - e) nadużywanie alkoholu
 - f) zła dieta (mała ilość przyswajalnego wapnia, niedożywienie)
 - g) choroba występuje losowo, nie mam wpływu na jej wystąpienie

5. Czy choroby tarczycy lub cukrzyca mogą mieć wpływ na rozwój osteoporozy?
- a) tak
 - b) nie
6. Jakie są objawy osteoporozy? *(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*
- a) zwiększenie apetytu
 - b) zmniejszenie wzrostu
 - c) ograniczenie ruchomości
 - d) obrzęk stawów
 - e) bóle mięśniowe i kostne
 - f) bóle głowy
7. Jak ocenia Pani/Pan swój stan wiedzy na temat osteoporozy po zakończeniu udziału w programie
- a) bardzo dobrze
 - b) dobrze
 - c) przeciętnie
 - d) niezadowolająco
 - e) źle

Pieczęć świadczeniodawcy

ANKIETA
SATYSFAKCJI UCZESTNIKA
PROGRAMU PROFILAKTYKI ZŁAMAŃ OSTEOPOROTCZNYCH
dla mieszkańców miasta Bielska-Białej

Ankieta jest anonimowa.

Proszę podkreślić wybraną odpowiedź.

1. W jaki sposób dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o programie?
 - a) ze strony internetowej Urzędu Miejskiego w Bielsku-Białej,
 - b) z lokalnej prasy,
 - c) od lokalnych organizacji senioralnych,
 - d) od znajomych,
 - e) w przychodni lekarza rodzinnego
 - f) w inny sposób, jaki?
2. Jak ocenia Pani/Pan dostęp do informacji o programie?
 - a) bardzo dobrze
 - b) dobrze
 - c) przeciętnie
 - d) niezadowolająco
 - e) źle
3. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę i kompetencje osób realizujących program?
 - a) bardzo dobrze
 - b) dobrze
 - c) przeciętnie
 - d) niezadowolająco
 - e) źle
4. Jak ocenia Pani/Pan jakość działań prowadzonych przez pielęgniarkę w ramach programu?
 - a) bardzo dobrze
 - b) dobrze
 - c) przeciętnie
 - d) niezadowolająco

e) źle

5. Jak oceniają Państwo jakość wizyty u lekarza specjalisty (jeżeli dotyczy)?

- a) bardzo dobrze
- b) dobrze
- c) przeciętnie
- d) niezadowolająco
- e) źle

6. Jak ocenia Pani/Pan poziom obsługi w ramach programu (uprzejmość, dostępność, chęć udzielenia pomocy)?

- a) bardzo dobrze
- b) dobrze
- c) przeciętnie
- d) niezadowolająco
- e) źle

7. Jak ocenia Pani/Pan stan wiedzy w zakresie profilaktyki osteoporozy przed udziałem w programie:

- a) bardzo dobrze
- b) dobrze
- c) przeciętnie
- d) niezadowolająco
- e) źle

8. Jak ocenia Pani/Pan swój stan wiedzy (poszerzenie posiadanych informacji)

w zakresie profilaktyki osteoporozy po zakończeniu udziału w programie

- a) bardzo dobrze
- b) dobrze
- c) przeciętnie
- d) niezadowolająco
- e) źle

9. Czego dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan na temat swoich kości uczestnicząc w programie?

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

10. Jak zadba Pani/Pan o swoje kości w kontekście uzyskanych w programie informacji?

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

11. Jak całościowo ocenia Pani/Pan program?

- a) bardzo dobrze
- b) dobrze
- c) przeciętnie
- d) niezadowolająco
- e) źle

12. Czy ma Pani/Pan jakieś propozycje i uwagi w zakresie realizacji programu? (jeśli tak, proszę wpisać poniżej)

a) tak (proszę wpisać jakie)

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

b) nie

13. Czy Pani/Pana zdaniem programy polityki zdrowotnej skierowane do osób starszych są potrzebne?

a) tak (proszę krótko uzasadnić dlaczego)

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

b) nie (proszę krótko uzasadnić dlaczego)

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

Uzasadnienie

do projektu uchwały w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki złamań osteoporotycznych dla mieszkańców miasta Bielska-Białej na lata 2021-2025".

Zgodnie ustawą z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 713 z późn. zm.) do zadań własnych gminy należy zaspokajanie potrzeb wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.) wskazuje, że jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej, co stanowi także zadanie własne gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Światowa Organizacja Zdrowia zalicza osteoporozę do głównych chorób cywilizacyjnych. Jej znaczenie wobec starzejącego się społeczeństwa, nieustannie rośnie. Choroba rozwija się w sposób podstępny, niepostrzeżenie przez wiele lat, nie dając żadnych objawów. Często pierwszym objawem jest złamanie kości samoistne lub w wyniku niewielkiego urazu. Osteoporoza nie leczona prowadzi do poważnych powikłań, będąc przyczyną przedwczesnego zgonu, niepełnosprawności czy kalectwa. Stanowi także duże obciążenie dla systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

W związku z powyższym, przy współpracy Beskidzkiego Centrum Onkologii-Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, opracowany został program polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki złamań osteoporotycznych dla mieszkańców miasta Bielska-Białej na lata 2021-2025", skierowany do kobiet w wieku 60 lat i więcej oraz mężczyzn w wieku 70 lat i więcej.

Zgodnie z wymogami ustawowymi, projekt programu polityki zdrowotnej, został skierowany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) - opiniodawczo-doradczej, państwowej jednostki organizacyjnej nadzorowanej przez ministra właściwego ds. zdrowia, w celu wydania opinii. Projekt programu uzyskał pozytywną opinię, z uwzględnieniem uwag, Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (nr 93/2020 z 29 grudnia 2020 r.). Dokonane zostały zmiany w projekcie programu zgodnie z zaleceniem AOTMiT.

Jednocześnie, z uwagi na zdezaktualizowane informacje zawarte w uchwale Nr XL/481/97 Rady Miejskiej w Bielsku-Białej z dnia 14 stycznia 1997 r. w sprawie kierunków działania w zakresie poprawy stanu zdrowia mieszkańców Bielska-Białej i Programu Polityki Zdrowotnej Miasta, proponuje się ją uchylić.