RAPORT KOŃCOWY
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Data wpływu :………………………………………
Sygn. akt: ……………………………………..
wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

GMINA MIASTO PŁOCK UL. STARY RYNEK 1 09-400 PŁOCK …………………………………………………………………… oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej	**Raport końcowy** **z realizacji programu polityki zdrowotnej**	
Nazwa programu polityki zdrowotnej: **Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców miasta Płocka w latach 2023 – 2025**		
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: lata 2023 – 2025	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 22.12.2023-31.12.2025	

Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:
Celem głównym było uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród co najmniej 70% uczestników programu.

Cele szczegółowe:
1) 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.
2) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% personelu medycznego w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.

Osiągnięcie celów programu oceniono na podstawie następujących mierników efektywności:

1. Miernik efektywności do celu głównego:
Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test .
Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 70%. Jako „osoby z wysokim poziomem wiedzy” uznaje się osoby, które uzyskały w post-teście od 60% do 100% poprawnych odpowiedzi.
W Programie wzięły udział łącznie 2.393 osoby, w tym 2358 świadczeniobiorców i 38 przedstawicieli personelu medycznego. U wszystkich uczestników programu uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego – 38 osób oraz w działaniach informacyjno-edukacyjnych – 2.358 osób doszło do wzrostu poziomu wiedzy. Wszyscy uczestnicy programu osiągnęli zakładany wysoki poziom wiedzy. Zgodnie z założeniami programu jako „osoby z wysokim poziomem wiedzy” uznaje się osoby, które uzyskały w post-teście od 60% do 100% poprawnych odpowiedzi. Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test wynosi 100%. Cel programu został osiągnięty.

2. Miernik efektywności do celu szczegółowego nr 1:
Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 60%. Jako „osoby z wysokim poziomem wiedzy” uznaje się osoby, które uzyskały w post-teście od 60% do 100% poprawnych odpowiedzi.
Działaniami informacyjno edukacyjnymi z przeprowadzeniem pre – post testów objęto 2358 kobiet. U wszystkich uczestników działań informacyjno-edukacyjnych – 2.358 kobiet doszło do wzrostu poziomu wiedzy. Wszyscy świadczeniobiorcy osiągnęli zakładany wysoki poziom wiedzy. Zgodnie z założeniami programu jako „osoby z wysokim poziomem wiedzy” uznaje się osoby, które uzyskały w post-teście od 60% do 100% poprawnych odpowiedzi.
Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test wynosi 100%. Cel szczegółowy nr 1 programu został osiągnięty.

3. Miernik efektywności do celu szczegółowego nr 2
Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 80%. Jako „osoby z wysokim poziomem wiedzy” uznaje się osoby, które uzyskały w post-teście od 60% do 100% poprawnych odpowiedzi.
W szkoleniach dla personelu medycznego uczestniczyło 38 osób, w tym 9 lekarzy, 10 pielęgniarek i 19 osób innego personelu medycznego. U wszystkich przedstawicieli personelu medycznego – 38 osób doszło do wzrostu poziomu wiedzy. Wszyscy uczestnicy szkolenia dla personelu medycznego osiągnęli zakładany wysoki poziom wiedzy. Zgodnie z założeniami programu jako „osoby z wysokim poziomem wiedzy” uznaje się osoby, które uzyskały w post-teście od 60% do 100% poprawnych odpowiedzi. Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test. wynosi 100%. Cel szczegółowy nr 2 programu został osiągnięty.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:
W ramach programu polityki zdrowotnej przeprowadzono następujące interwencje:
1) Szkolenia personelu medycznego - personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który miał kontakt ze świadczeniobiorcami. W szkoleniu wzięło udział 38 osób.
2) Działania informacyjno-edukacyjne skierowane do ogólnej populacji mieszkańców Płocka w wieku 50 lat i więcej. Realizowano kampanie informacyjo-edukacyjne, w trakcie których promowano Program na billboardach, citylightach przystankowych i plakatach. Przygotowano i dystrybuowano plakaty, broszury z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom w populacji osób dorosłych, eksponowano informacje edukacyjnych na ekranach LCD w autobusach Komunikacji Miejskiej.

3) Działania informacyjno-edukacyjne wraz z oceną ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX:
•Uczestnik Programu wypełnił formularz zgłoszeniowy
•Przeprowadzono edukację zdrowotną, uwzględniającą badanie poziomu wiedzy uczestnika za pomocą pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po edukacji. Edukacja zdrowotna obejmowała następujące treści:
-promocja elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości,
-zasadnicza roli aktywności fizycznej na poprawę BMD, ze szczególnym omówieniem ćwiczeń obciążeniowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika,
-przyczyny upadków oraz ich negatywne następstwa,
-działania pomagające zapobiegać upadkom,
-identyfikacja i sposób eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę,
-podkreślenie roli prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu.
•Wyliczono dziesięcioletnie prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego przy użyciu narzędzia FRAX. Udostępniono uczestnikowi wynik w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego. W przypadku niskiego prawdopodobieństwa złamania (<5%) poinformowano uczestnika o braku potrzeby wykonania pomiaru DXA. Przy wyniku wysokiego (≥5%) uczestnika zakwalifikowano do pomiaru DXA. Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX i uzyskali wynik <5% wyniosła 52, natomiast wynik FRAX ≥5% uzyskało 2.306 kobiet.
4) Pomiar BMD za pomocą DXA: wykonano pomiar densytometrii DXA dokonywany na szyjce kości udowej. Pomiar BDM za pomoca DXA wykonało 2.248 kobiet. Wyniki T- score przedstawiały się następująco: grupa >-1 to 519 pacjentek; grupę ≤-1 i >-2,5 stanowiło 1.618 pacjentek, a grupę ≤-2,5 stanowiło 111 pacjentek.
5) Lekarska wizyta podsumowująca. W lekarskiej wizycie wzięło udział 1.714 kobiet. W trakcie wizyty lekarskiej:
•omówiono wyniki badania DXA
•wykonano ponowną ocenę ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL (z uwzględnieniem wyniku uzyskanego w DXA) oraz omówiono ze świadczeniobiorcą uzyskany wynik
•uzupełniono edukację indywidualną, w ramach której lekarz udzielał wyczerpujących odpowiedzi na pytania świadczeniobiorcy, przez co wyjaśniał i utrwalał przekazane wcześniej podczas działań informacyjno-edukacyjnych informacje
•493 kobiety, którym postawiono diagnozę osteoporozy, skierowano do lekarza POZ celem uzyskania skierowania do dalszego leczenia specjalistycznego ze wskazaniem konkretnego podmiotu udzielającego świadczeń w ramach NFZ. Liczba świadczeniobiorców z postawionym rozpoznaniem osteoporozy po udziale w programie wyniosła łącznie 493, w tym 62 kobiety byływ wieku 40-64 lat i 431 kobiet było w wieku ≥ 65 lat.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:
Monitorowanie programu polityki zdrowotnej odbywało sie na podstawie comiesięcznych rejestrów osób objętych świadczeniami w ramach programu polityki zdrowotnej, przedstawianych przez realizatora programu.

Oceny zgłaszalności dokonano biorąc pod uwagę następujące wskaźniki:

1. liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne, zakładana wartość docelowa – 35. W szkoleniu wzięło udział 38 osób, w tym lekarze – 9 osób, pielęgniarki – 10 osób, inne zawody medyczne – 19 osób.
2. liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom informacyjno-edukacyjnym z populacji ogólnej mieszkańców Płocka powyżej 50 roku życia (kampania informacyjno-edukacyjna) - zakładana wartość docelowa – 5.225.
Przeprowadzona została kampania informacyjno-edukacyjna, obejmująca ekspozycję billboardów, citylightów, plakatów informacyjnych promujących program oraz plakatów edukacyjnych. Wydrukowano i rozdysponowano 5.225 broszur informacyjno-edukacyjnych pt. "Osteoporoza. Jak dbac o zdrowie kości?". Prowadzono również działania informacyjno-edukacyjne w autobusach Komunikacji Miejskiej - Płock Sp. z o.o. poprzez ekspozycję plakatów w autoboxach oraz wyświetlenie treści edukacyjnych na ekranach LCD. Promocja programu odbywa się na stronie internetowej Urzędu Miasta Płocka, u realizatora programu oraz w mediach w formie artykułów i audycji radiowych.

3. liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom informacyjno-edukacyjnym z populacji kobiet mieszkających w Płocku w wieku 65 lat i więcej, w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, u których wykonano testy wiedzy pre test i post test - zakładana wartość docelowa – 4.340.
Działaniami informacyjno edukacyjnymi z przeprowadzeniem pre – post testów objęto 2358 kobiet. Mniejsza od planowanej wartości docelowej liczba uczestników jest skutkiem niższej niż zakładano zgłaszalności kobiet do Programu.

4. liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki 〈<5% i ≥5%) - zakładana wartość docelowa – 4.340; . Liczba świadczeniodawców, którzy mieli wykonany FRAX wyniosła 2.358 osób, w tym 1.523 kobiety w 2024 roku i 835 kobiet w 2025 roku. Niższa, od zakładanej w Programie, liczba przeprowadzonych ocen ryzyka złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX o wartości docelowej jest skutkiem niższej niż planowano zgłaszalności kobiet do Programu. Wyniki FRAX <5% otrzymały w sumie 52 kobiety: 47 kobiet w 2024 roku i 5 kobiet w 2025 roku. Wyniki FRAX ≥5% uzyskało 2.306 kobiet, w tym 1.476 w 2024 roku i 830 w 2025 roku.

5. 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 ≤-2,5) - zakładana wartość docelowa – 2.336,
Pomiar BDM za pomoca DXA wykonało łącznie 2.248 kobiet. Wyniki T- score przedstawiały się następująco: grupa >-1 to 519 pacjentek; grupę ≤-1 i >-2,5 stanowiło 1.618 pacjentek, a grupę ≤-2,5 stanowiło 111 pacjentek t.j. 5% świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu. W 2024 roku pPomiar BDM za pomoca DXA wykonało 1.385 kobiet. Wyniki T- score przedstawiały się następująco: grupa >-1: 313 pacjentek; grupa ≤-1 i >-2,5: 1.015 pacjentek, grupa ≤-2,5: 57 pacjentek t.j. 4,1% świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu w 2024 roku. Natomiast w 2025 roku pomiar BDM za pomoca DXA wykonały 863 kobiety. Wyniki T- score przedstawiały się następująco: grupa >-1: 206 kobiet; grupa ≤-1 i >-2,5: 603 kobiety, a grupa≤-2,5: 54 kobiety t.j. 6,26% świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu w 2025 roku.

6. liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej - wartość docelowa – 2.336,
W lekarskiej wizycie wzięło udział 1.714 kobiet. W trakcie trwania programu 533 osoby nie zgłosiły się na wizytę lekarską podsumowującą.

7. liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów - zakładana wartość docelowa 400.
Ze sprawozdań otrzymanych od realizatora Programu wynika, że liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu wynosi 60, w tym 56 w 2024 roku i 4 w 2025 roku. Jako główne przyczyny wakzano: wcześniej zdiagnozowana osteoporoza i przebywanie pod opieką pradni leczenia osteoporozy. Frax< 5%, otyłość, wykonywanie densytometrii w ciągu ostatnich 2 lat.

8.liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie w trakcie jego realizacji - zakładana wartość docelowa – 50.
Ze sprawozdań otrzymanych od realizatora wynika, że z udziału w programie w trakcie jego realizacji zrezygnowało 592 osoby, w tym 58 osób w 2024 roku i 534 osoby w 2025 roku. Po udziale w działaniach informacyjno-edukacyjnych z oceną FRAX z dalszego udziału w programie zrezygnowało 58 osób (nie zgłosili sie na badanie DXA). Po wykonaniu densytometrii z dalszego udziału w programie zresygnowały 534 kobiety, które nie zgłosiły sie na lekarską wizyte podsumowującą.

Ewaluację programu przeprowadzono na podstawie analizy mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej. W ramach ewaluacji oceniony został stopień zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej, wyrażonej za pomocą poniższych mierników:

1. liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) -   wartość docelowa – 28. W szkoleniach dla personelu medycznego uczestniczyło 38 osób, w tym 9 lekarzy, 10 pielęgniarek i 19 osób innego personelu medycznego.   U wszystkich przedstawicieli personelu medycznego – 38 osób doszło do wzrostu poziomu wiedzy.   Wszyscy uczestnicy szkolenia dla personelu medycznego osiągnęli zakładany wysoki poziom wiedzy. Zgodnie z założeniami programu jako „osoby z wysokim poziomem wiedzy” uznaje się osoby, które uzyskały w post-teście od 60% do 100% poprawnych odpowiedzi.

2. liczba uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) - wartość docelowa – 2.604, co stanowi 60%z zakładanej liczby uczestników programu planowanych do udziału w tej interwencji tj. 4.340 osób.
Działaniami informacyjno-edukacyjnymi z przeprowadzeniem pre – post testów objęto 2.358 kobiet. Mniejsza od planowanej wartości docelowej liczba uczestników jest skutkiem niższej niż zakładano zgłaszalności kobiet do Programu. U wszystkich uczestników działań informacyjno-edukacyjnych – 2.358 kobiet doszło do wzrostu poziomu wiedzy. Wszyscy świadczeniobiorcy osiągnęli zakładany wysoki poziom wiedzy. Zgodnie z założeniami programu jako „osoby z wysokim poziomem wiedzy” uznaje się osoby, które uzyskały w post-teście od 60% do 100% poprawnych odpowiedzi. Zatem zakładany odsetek uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na poziomie 60% został zrealizowany. Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test wynosi 100%.

3. odsetek świadczeniobiorców z wynikiem FRAX ≥5% względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX - wartość docelowa – 54%. Liczba świadczeniodawców, którzy mieli wykonany FRAX wyniosła 2.358 osób, w tym 1.523 kobiety w 2024 roku i 835 kobiet w 2025 roku. Wyniki FRAX <5% otrzymały w sumie 52 kobiety: 47 kobiet w 2024 roku i 5 kobiet w 2025 roku. Wyniki FRAX ≥5% uzyskało 2.306 kobiet tj. 97,8% populacji świadczeniobiorców, którym wykonano ocenę FRAX , w tym 1.476 (96,9% populacji) w 2024 roku i 830 w 2025 roku (99% populacji).

4. odsetek świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu - wartość docelowa – 50%. Liczba świadczeniodawców. Pomiar BDM za pomocą DXA wykonało łącznie 2.248 kobiet. Wyniki T- score przedstawiały się następująco: grupa >-1 to 519 pacjentek; grupę ≤-1 i >-2,5 stanowiło 1.618 pacjentek, a grupę ≤-2,5 stanowiło 111 pacjentek t.j. 5% świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu. W 2024 roku pomiar BDM za pomocą DXA wykonało 1.385 kobiet. Wyniki T- score przedstawiały się następująco: grupa >-1: 313 pacjentek; grupa ≤-1 i >-2,5: 1.015 pacjentek, grupa ≤-2,5: 57 pacjentek t.j. 4,1% świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu w 2024 roku. Natomiast w 2025 roku pomiar BDM za pomocą DXA wykonały 863 kobiety. Wyniki T- score przedstawiały się następująco: grupa >-1: 206 kobiet; grupa ≤-1 i >-2,5: 603 kobiety, a grupa≤-2,5: 54 kobiety t.j. 6,26% świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu w 2025 roku.

---

1) Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.
2) Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej.
3) W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów),liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji.
W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.
W zależności od charakteru programu polityki zdrowotnej należy przedstawić rezultaty możliwe do oceny w momencie składania raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (krótko- i długoterminowe).

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:4)
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2023

Źródło finansowania5)	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Budżet Miasta Płocka	450,18	0
2. Dofinansowanie z Funduszu Medycznego Subfunduszu profilaktyki	1 800,72	

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:4)
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2024

Źródło finansowania5)	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Budżet Miasta Płocka	72663,02	0
2. Dofinansowanie z Funduszu Medycznego Subfunduszu profilaktyki	290652,04	0

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:4)
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2025

Źródło finansowania5)	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Budżet Miasta Płocka	55 243,65	0
2. Dofinansowanie z Funduszu Medycznego Subfunduszu profilaktyki	220 974,59	

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej

Źródło finansowania5)	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Budżet Miasta Płocka	128 356,84	0
2. Dofinansowanie z Funduszu Medycznego Subfunduszu profilaktyki	531 427,36	0
Cały koszt realizacji programu polityki zdrowotnej:	**659 784,20**	0

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej 6):
1. cena jednostkowa brutto za przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych wraz z oceną ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX dla jednego uczestnika programu – 50,00 zł,
2. cena jednostkowa brutto za wykonanie badania gęstości kości Pomiar BDM za pomocą DXA wraz z opisem – 120,00 zł,
3. cena jednostkowa brutto za przeprowadzenie lekarskiej wizyty podsumowującej – 130,00 zł,
4. koszt przygotowania i przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego – 2.000,00 zł

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:5),7)	Opis podjętych działań modyfikujących:8)
Problem 1: Niższe od zakładanych zainteresowanie mieszkańców, co skutkowało, niższą niż planowano, zgłaszalnością do udziału w programie.	Wzmocniono komunikację lokalną, realizowano działania promujące program.
Problem 2: Nie wszyscy pacjennci umawiani na poszczególne etapy interwecji zgłaszali się na badania DXA i wizyty lekarskie.	Działanie modyfikujące: Realizator wzmocnił działania informujące i przypominanie o wizytach. Personel kontaktował się z pacjentami, ktoźy nie zgłosili się w dnym dniu w celu umówienia kolejnego terminu wizyty. Niestety część pacjentów nie skorzystała z możliwości dalszego udziału w programie.

Płock ………………………………………… Miejscowość	26.03.2026 r. ………………………………… Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Nina Jaworska-Jankowska Główny specjalista Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych ………………………………………………… Oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu politykizdrowotnej9)
	30.03.2026r. ………………………………… Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Agnieszka Busz Dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych ………………………………………… Oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej9)

---

4) W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informację dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.
5) Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów.
6) Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloetapowość interwencji, należyprzedstawić koszty w rozbiciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.
7) Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki zostałyrozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tychinterwencji nie mogły być zrealizowane.
8) Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”.
9) Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.