

RAPORT KOŃCOWY Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Data wpływu:.....

Sygn. akt:

wypełnia Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji

<p style="text-align: center;">Urząd Miasta Piły Wydział Spraw Obywatelskich i Społecznych 64-920 Piła, plac Staszica 10</p> <p style="text-align: center;">..... oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<h3>Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</h3>
Nazwa programu polityki zdrowotnej:	Program polityki zdrowotnej i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców gminy Piła na lata 2023-2025
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:	Termin przewidziany w konkursie: 730 dni (od dnia zamieszczenia gminy na liście rankingowej) Termin na podstawie uchwały Rady Miasta: 2023-2025
Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:	Termin na podstawie umowy z Realizatorem: 16.05.2024r. – 31.12.2025r.
Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej: ¹⁾	
<p>Osteoporoza to uogólniona choroba układu kostnego związana z niską masą kostną, połączona z zaburzeniem architektury i jakości tkanki kostnej, która przyczynia się do zwiększenia podatności na złamanie. Osteoporoza może przez dłuższy czas przebiegać bezobjawowo, a jej pierwszym symptomem jest złamanie.</p> <p>Pracownicy merytoryczni Wydziału Spraw Obywatelskich i Społecznych Urzędu Miasta Piły przygotowali program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Piła na lata 2023-2025. Program opracowany został zgodnie 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. W odpowiedzi na ogłoszony przez Ministra Zdrowia konkurs na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy Gmina Piła w 2023 roku złożyła wniosek o dofinansowanie programu.</p> <p>Komisja konkursowa pozytywnie zaopiniowała wniosek i decyzją Ministra Zdrowia z dnia 14.09.2023r gmina Piła znalazła się na liście rankingowej zaakceptowanych wniosków o dofinansowanie.</p>	

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.

W dniu 29.12.2023r. została podpisana umowa Nr OSTEO_15 o przekazanie środków w ramach dofinansowania programów polityki zdrowotnej w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a gminą Piła. W ramach ogłoszonego konkursu gmina Piła wyłoniła realizatora programu – firmę Cogito reprezentowaną przez Sebastiana Łażniaka.

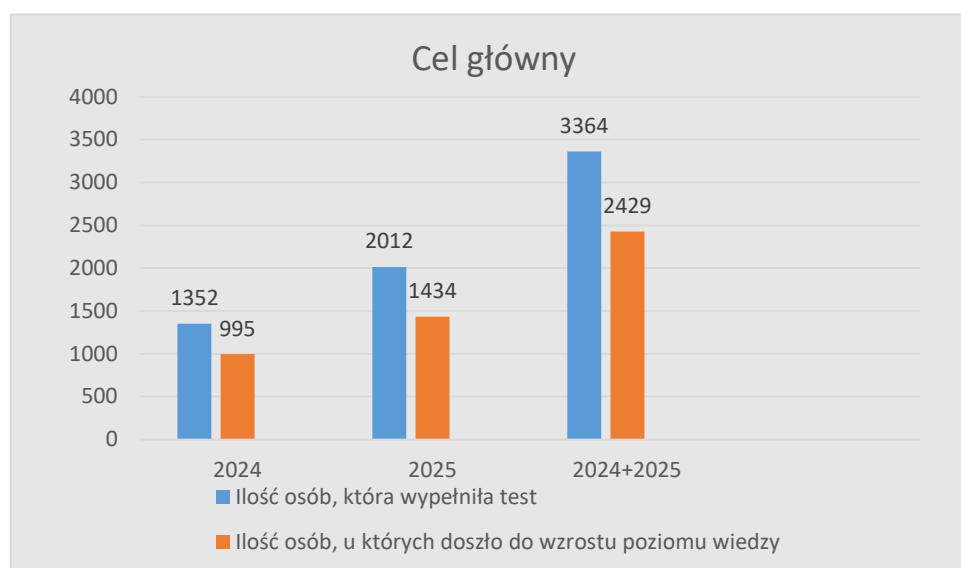
W „Programie polityki zdrowotnej i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców gminy Piła na lata 2023-2025” przyjęte zostały następujące cele:

Cel główny: uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne wśród **70%** wszystkich uczestników programu - cel został osiągnięty na poziomie 72,20% - 100% założenia.

Grupy uczestników	Wskaźniki	2024	2025	2024-2025
Grupa I – osoby korzystające z działań w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy – cel szczegółowy nr 1	Ilość osób, która wypełniła pre/post testów	1352	1982	3334
	Ilość osób, u której doszło do wzrostu poziomu wiedzy	995/ 73,59%*	1408/ 71,03%*	2403/ 72,07%*
Grupa II – personel medyczny korzystający ze szkoleń – cel szczegółowy nr 2	Ilość osób, która wypełniła pre/post testów	0 – brak przeprowadzonych szkoleń	30	30
	Ilość osób, u której doszło do wzrostu poziomu wiedzy	0	26 86,66%*	26 86,66%*
Razem Grupa I i II – cel główny	Ilość osób, która wypełniła pre/post testów	1352	2012	3364
	Ilość osób, u której doszło do wzrostu poziomu wiedzy	995/ 73,59%*	1434/ 71,27%*	2429/ 72,20%*

* odsetek osób, u których doszło do wzrostu wiedzy

Wykres nr 1



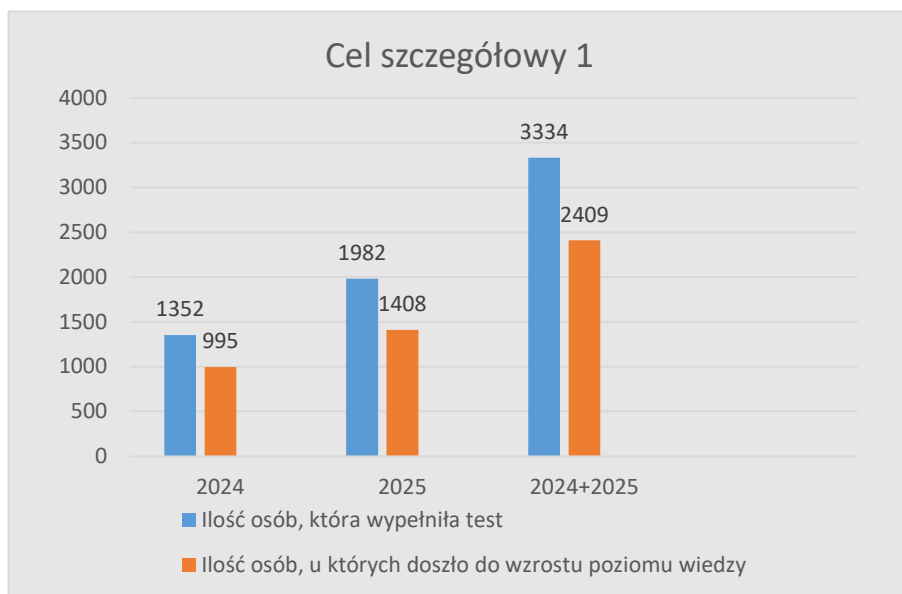
Źródło: opracowanie własne

Założony w Programie cel główny został zrealizowany na poziomie **72,20%** (założenie Programu 70%). Szkolenia osób z grupy I odbywały się indywidualnie, natomiast szkolenie personelu medycznego z grupy II odbyło się grupowo w dwóch turach w 2025 r.

Cele szczegółowe:

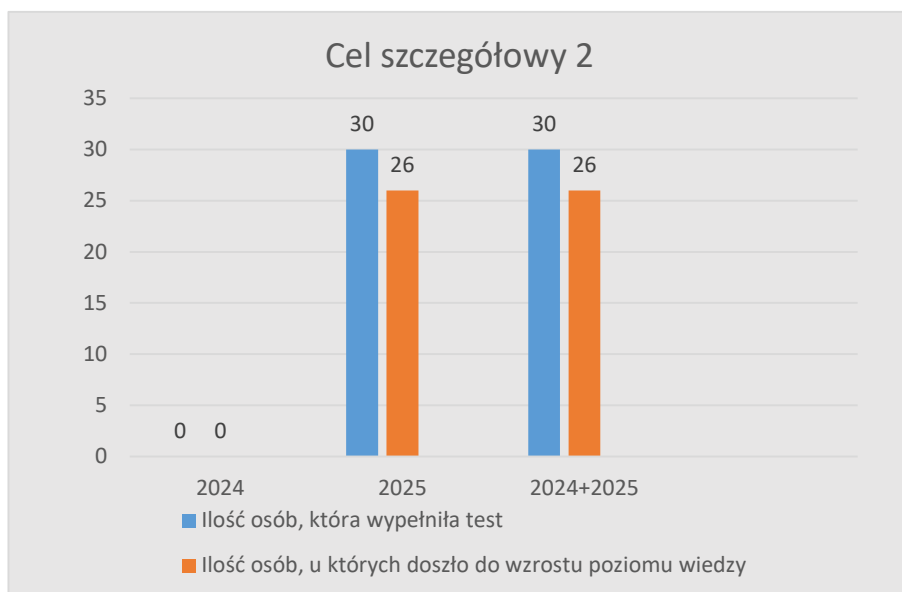
- 1) **Cel szczegółowy 1:** uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70% uczestników w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi (I grupa - osoby korzystające z działań w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy) – cel został osiągnięty na poziomie 72,07% - 100% założenia
- 2) **Cel szczegółowy 2:** uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, zróżnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym (II grupa – personel medyczny korzystający ze szkoleń) - cel został osiągnięty na poziomie 86,66% - 100% założenia

Wykres nr 2



Źródło: opracowanie własne

Wykres nr 3



Źródło: opracowanie własne

Ponadto warto zauważyć, iż uczestnicy I i II grupy docelowej, którzy nie zostali ujęci w grupie „wzrost wiedzy”, osiągnęli maksymalny możliwy wynik już w pre-teście. Brak wzrostu wiedzy w tej grupie nie świadczy więc o braku efektu szkoleniowego, lecz o bardzo wysokim poziomie wiedzy wyjściowej.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾

Interwencje dla I grupy docelowej programu polityki zdrowotnej:

Działania informacyjno-edukacyjne:

Realizator Programu prowadził kampanię informacyjną i edukacyjną m.in. w postaci dystrybuowania ulotek oraz plakatów do podmiotów leczniczych prowadzących działalność na terenie Piły (przychodnie, poradnie specjalistyczne), w siedzibach lokalnych seniorskich organizacji pozarządowych, miejskich przystankach autobusowych, w siedzibie Urzędu Miasta Piły, podczas realizacji badań. Ponadto informacja o realizacji programu ukazała się w dwóch gazetach regionalnych: „Tętno Regionu” oraz „Z pierwszej ręki” (o nakładzie ok 30 000 egzemplarzy), podczas emisji w lokalnych stacjach radiowych w dniach od 9-15.09.2024 r., oraz na stronach internetowych i mediach społecznościowych realizatora i Miasta Piły.

Realizator zrezygnował z organizacji działań edukacyjnych w postaci wykładów ogólnodostępnych na rzecz przeprowadzania działań edukacyjnych w postaci indywidualnych konsultacji edukacyjnych. Dzięki temu wszystkie uczestniczki zostały poddane pre- i post- testom sprawdzającym ich wiedzę na temat czynników ryzyka dotyczących osteoporozy.

Podczas badania kwalifikacyjnego każda uczestniczka programu proszona była o wypełnienie pre-testu. Następnie przed przystąpieniem do badania edukator przeprowadzał indywidualną konsultację edukacyjną dotyczącą zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości, zasadniczej roli aktywności fizycznej na poprawę BMD, z omówieniem ćwiczeń obciążeniowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta, przyczyn upadków oraz ich negatywnych następstw, działań pomagających zapobiegać upadkom, identyfikacji i sposobów eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę, prawidłowej diety, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczanie spożywania alkoholu. Uczestnicy mieli możliwość zadawania pytań.

Oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX:

Każda osoba zakwalifikowana do programu z I grupy docelowej po udziale w edukacji zdrowotnej, wypełniła formularz, który poza innymi informacjami uwzględnił także wszystkie dane niezbędne dla narzędzia FRAX, tj. wiek, płeć, masę ciała, wzrost oraz pytania dotyczące występowania dodatkowych czynników ryzyka złamania osteoporotycznego. Osoba przyjmująca formularz weryfikowała kompletność zamieszczonych w nim informacji, a następnie korzystając z FRAX dla populacji polskiej wyliczała dziesięcioletnie prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego. Wynik udostępniany był uczestnikowi w formie wydruku. Uczestnik po uzyskaniu wyniku dziesięcioletniego ryzyka złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX niższego niż 5% otrzymał informację o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA. W przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX równego lub wyższego niż 5% uczestnik otrzymał informację zwrotną o zakwalifikowaniu do pomiaru DXA. Uczestnik, który kończył udział w programie na FRAX otrzymywał do wypełnienia ankietę satysfakcji.

²⁾ Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej

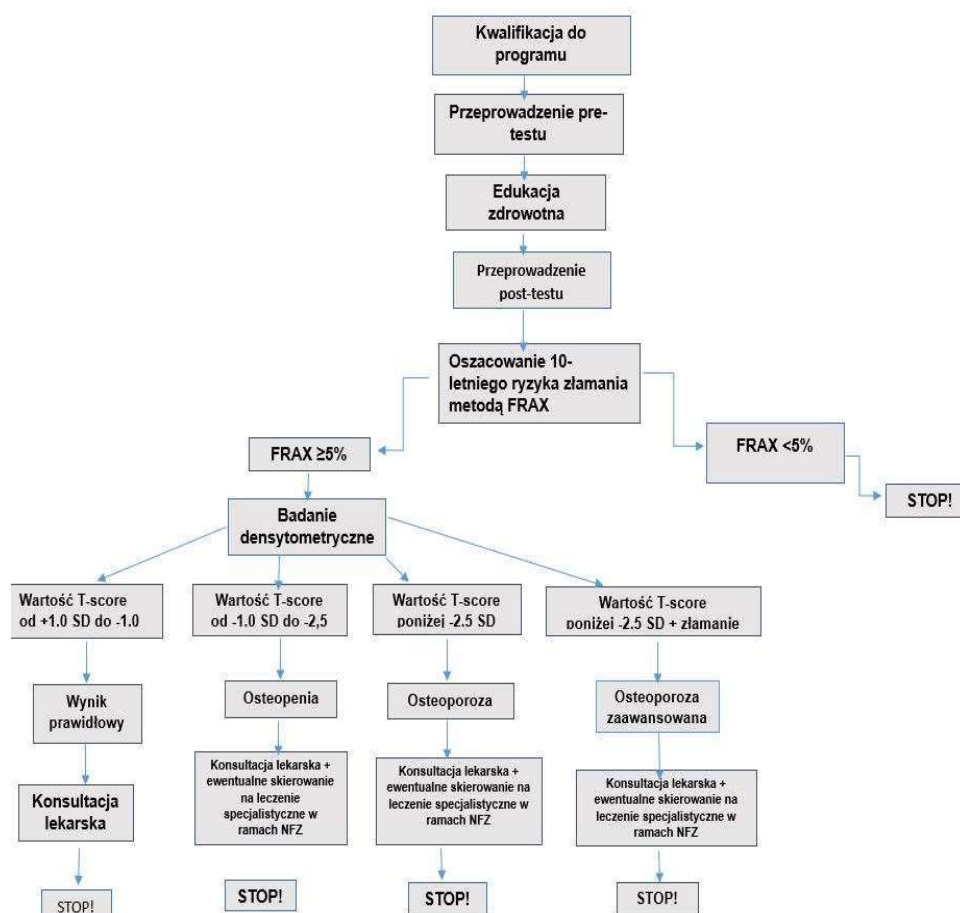
Badanie densytometryczne:

Badania densytometryczne były skierowane do uczestników Programu, którzy skorzystali z edukacji zdrowotnej i uzyskali wynik FRAX $\geq 5\%$. Pomiar densytometrii DXA był przeprowadzany na szyjce kości udowej.

Konsultacja lekarska:

Po wykonaniu badania densytometrycznego uczestnicy byli kierowani na konsultację lekarską, podczas której omawiano wynik badania DXA oraz prowadzono uzupełniającą indywidualną edukację zdrowotną, obejmującą udzielanie odpowiedzi na pytania świadczeniobiorców i utrwalenie informacji przekazanych wcześniej w ramach działań informacyjno-edukacyjnych. W przypadku braku osteoporozy pacjent informowany był o wyniku ujemnym (tj. brak stwierdzonej osteoporozy) oraz otrzymywał informacje, że jeśli nie pojawią się dodatkowe czynniki ryzyka to kolejne badanie DXA powinno zostać przeprowadzone nie wcześniej, niż za dwa lata. W przypadku jednak wykrycia osteoporozy bądź wystąpienia medycznych wskazań, lekarz miał możliwość podjęcia decyzji o konieczności skierowania uczestnika do dalszego leczenia specjalistycznego w ramach NFZ. Uczestnik kończył swój udział w programie wypełniając ankietę satysfakcji.

Poniżej przedstawiony jest dokładny diagram uczestnictwa w programie dla I grupy docelowej.



Interwencje dla II grupy docelowej programu polityki zdrowotnej:

Szkolenia personelu medycznego:

W ramach szkoleń personel medyczny został zapoznany z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, a także zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom. Szkolenia odbyły się w formie stacjonarnej i były dostosowane do potrzeb personelu medycznego. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego była zobowiązana do wypełnienia pre-testu i post-testu. Personel medyczny zakończył udział w programie po wypełnieniu testu. Wiedza zdobyta przez uczestników podczas szkolenia służyć im będzie w dalszej pracy zawodowej.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

Monitoring liczby osób biorących udział w programie:

Poniższe liczby dotyczą odpowiednio lat: 2024, 2025:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie – 1352, 1982 – łącznie: **3334**
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych – **0**
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z innych powodów – **0**
- liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu – **0**
(łącznie 190 osób nie skorzystało z lekarskiej wizyty podsumowującej, nie podając przyczyny nieobecności oraz nie składając pisemnej rezygnacji z programu).
- liczba osób biorąca udział w szkoleniu dla personelu medycznego -0, 30 – łącznie: **30**
- liczba osób biorąca udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych -1352, 1982 – łącznie: **3334**
- liczba osób zakwalifikowana do FRAX – 1352,1982 – łącznie: **3334** (wynik FRAX: <5 – **42**, ≥5 – **3292**),
- liczba osób zakwalifikowana do DXA – 1351,1953 – łącznie: **3304** (wynik DXA: >-1 – **1657**, ≤-1; > -2,5 – **1447**, ≤ - 2,5 – **200**),
- liczba osób, która wzięła udział w lekarskiej wizycie podsumowującej – 1220, 1894 – łącznie: **3114**,

Wyniki przeprowadzonej oceny jakości (satysfakcji uczestników) – uczestnictwo w programie w 6-stopniowej skali: od 1 do 5 lub „nie dotyczy”, gdzie 1 – oznacza ocenę najniższą, 5 – oznacza ocenę najwyższą, a nie dotyczy oznacza, że uczestnik nie brał udziału w interwencji.

Ankieta satysfakcji uczestników programu	
2024	2025
<u>1. Ocena spełnienia oczekiwań Programu</u>	
- 1 – 0	- 1 – 0
- 2 – 0	- 2 – 0
- 3 – 0	- 3 – 0
- 4 – 2 osoby	- 4 – 1 osoby
- 5 – 1219 osób	- 5 – 1934 osób

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.

<u>2. Ocena osoby prowadzącej aplikację/rekrutację do Programu</u>	
- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 1 osoba - 5 – 1220 osób nie dotyczy - 0	- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 1 osoba - 5 – 1934 osób nie dotyczy - 0
<u>3. Ocena osoby szacującej ryzyko złamań metodą FRAX</u>	
- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 3 – 0 - 4 – 0 - 5 – 1221 osób nie dotyczy - 0	- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 0 - 5 – 1935 osób nie dotyczy - 0
<u>4. Ocena osoby wykonującej badania densytometryczne</u>	
- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 0 - 5 – 1220 osób nie dotyczy -1	- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 0 - 5 – 1894 osób nie dotyczy -41
<u>5. Ocena edukacji zdrowotnej w ramach programu</u>	
- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 0 - 5 – 1221 osób	- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 0 - 5 – 1935 osób
<u>6. Ocena konsultacji lekarskiej</u>	
- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 0 - 5 – 1220 osób nie dotyczy – 1 osoba	- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 0 - 5 – 1894 osób nie dotyczy – 41 osób
<u>7. Ocena atmosfery panującej w trakcie uczestnictwa w programie</u>	
- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 3 osoba - 5 – 1218 osób nie dotyczy - 0	- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 – 0 - 4 – 1 osoba - 5 – 1934 osób nie dotyczy - 0

<u>8. Ocena organizacji programu</u>			
- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 - 0 - 4 – 2 osoby - 5 – 1219 osób nie dotyczy -0		- 1 – 0 - 2 – 0 - 3 - 0 - 4 – 0 - 5 – 1935 osób nie dotyczy -0	
<u>9. Źródło informacji o możliwości aplikowania do programu</u>			
- z internetu (media) – 711 osób - inne (jakie) od znajomych - 510		- z internetu (media) – 756 osób - inne (jakie) od znajomych - 806 - z kościoła – 93 - festyn – 39 - od radnego – 5 - piknik – 54 - plakat – 95 - seniorada – 24 - targowisko – 63	
<u>10. Czy program powinien być kontynuowany w następnych latach?</u>			
TAK- 1221 NIE – 0		TAK- 1935 NIE – 0	
<u>Inne uwagi uczestników programu:</u> zmniejszyć wiek mężczyzn do udziału w programie, mniej dokumentów do wypełnienia, więcej takich programów, profesjonalna obsługa, więcej upominków dla mieszkańców, możliwość badań dla mieszkańców spoza Miasta Piły.			

Ankieta satysfakcji uczestników szkolenia dla personelu medycznego.

Wyniki przeprowadzonej oceny jakości satysfakcji uczestników szkolenia dla personelu medycznego – w 5-stopniowej skali: od 1 do 5, gdzie 1 – oznacza ocenę najniższą, 5 – oznacza ocenę najwyższą.

2025 rok

1. Ocena spełnienia oczekiwań szkolenia:

- 1 – 0
- 2 – 0
- 3 - 0
- 4 – 0
- 5 – 30 osób

2. Ocena wiedzy i kompetencji osoby prowadzącej szkolenie:

- 1 – 0
- 2 – 0
- 3 - 0
- 4 – 0

- 5 – 30 osób

3. Ocena przydatności przekazanych treści:

- 1 – 0

- 2 – 0

- 3 - 0

- 4 – 0

- 5 – 30 osób

4. Ocena poziomu merytorycznego szkolenia:

- 1 – 0

- 2 – 0

- 3 - 0

- 4 – 0

- 5 – 30 osób

5 Ocena stanu wiedzy po zakończeniu udziału w szkoleniu:

- 1 – 0

- 2 – 0

- 3 - 0

- 4 – 0

- 5 – 30 osób

6. Ocena formy szkolenia:

- 1 – 0

- 2 – 0

- 3 - 0

- 4 – 0

- 5 – 30 osób

7. Ocena atmosfery panującej w trakcie uczestnictwa w szkoleniu:

- 1 – 0

- 2 – 0

- 3 - 0

- 4 – 0

- 5 – 30 osób

8. Ocena organizacji szkolenia:

- 1 – 0

- 2 – 0

- 3 - 0

- 4 – 0

- 5 – 30 osób

9. Czy program powinien być kontynuowany w następnych latach?

TAK- 30

NIE – 0

Inne uwagi: BRAK

Ewaluacja programu:**W Programie posługiwaliśmy się siedmioma miernikami efektywności:**

Mierniki efektywności realizacji programu	2024	2025	2024-2025
<u>Wskaźnik nr 1</u> Odsetek osób (uczestników + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test (dotyczy celu głównego) . Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 70% .	73,59% (995 osób z 1352 ogółem)	71,27% (1434) osób z 2012 ogółem)	72,20% (2429 osób z 3364 ogółem)
<u>Wskaźnik nr 2</u> Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test (dotyczy celu szczegółowego nr 2). Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 80%.	0 – brak szkoleń	86,66% (26 osoby z 30 ogółem)	86,66% (26 osoby z 30 ogółem)
<u>Wskaźnik nr 3</u> Odsetek uczestników, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestników programu, którzy wypełnili pre-test (populacja ogólna osób dorosłych – dotyczy celu szczegółowego nr 1). Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 70%.	73,59% (995 osób z 1352 ogółem)	71,03% (1408 osób z 1982 ogółem)	72,07% (2403 osoby z 3334 ogółem)
<u>Wskaźnik nr 4</u> Odsetek uczestników z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich uczestników, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX. Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie ok. 30%.	99,92% (1351 osób z 1352 ogółem)	97,93% (1941 osób z 1982 ogółem)	98,74% (3292 osoby z 3334 ogółem)
<u>Wskaźnik nr 5</u> Odsetek uczestników z wynikiem BMD T-score $\leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach. Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na	4,29% (58 osób z 1351 ogółem)	7,27% (142 osoby z 1953 ogółem)	6,05% (200 osób z 3304 ogółem)

poziomie 20%.			
<u>Wskaźnik nr 6</u> Odsetek uczestników z wynikiem BMD T-score - 1; - 2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu (osteopenia).	42,78% (578 osób z 1351 ogółem)	44,50% (869 osób z 1953 ogółem)	43,80% (1447 osób z 3304 ogółem)
<u>Wskaźnik nr 7</u> Odsetek uczestników z wynikiem BMD T-score >-1 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach progr pprogramu.	52,92% (715 osób z 1351 ogółem)	48,23% (942 osoby z 1953 ogółem)	50,15% (1657 osób z 3304 ogółem)
Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej ⁴⁾			
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2024			
Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe	
1. Narodowy Fundusz Zdrowia	288 982,19	brak	
2. Budżet Gminy Piła	72 245,55	brak	
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2025			
Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe	
1. Narodowy Fundusz Zdrowia	343 242,67	brak	
2. Budżet Gminy Piła	85 810,69	brak	
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2024-2025			
Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe	
1. Narodowy Fundusz Zdrowia	632 224,86	brak	
2. Budżet Gminy Piła	158 056,24	brak	

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

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej⁶⁾

Koszt jednostkowy programu brutto:

1. Edukacja zdrowotna – 15,00 zł,
2. Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego na podstawie metody FRAX – 35,00 zł
3. Koszt badania dentyśometrycznego za pomocą DXA – 85,00 zł
4. Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej – 45,00 zł.

Koszty związane z realizacją programu:

1. Monitoring i ewaluacja – 20 000,00 zł
2. Zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie – 45 000,00 zł
3. Działania informacyjne – 16 000,00 zł
4. Działania promocyjne, w tym przygotowanie materiałów w postaci ulotek, plakatów, broszur – 16 000,00 zł
5. Szkolenia personelu medycznego – 30 osób x 100,00 zł = 3 000,00 zł
6. Edukacja zdrowotna – 3334 osoby x 15,00 zł = 50 010,00 zł
7. Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX – 3334 osoby x 35,00 zł = 116 690,00 zł
8. Koszt badania dentyśometrycznego za pomocą DXA - 3304 x 85,00 zł = 280 840,00 zł
9. Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej – 3114 osób x 45,00 zł = 140 130,00 zł
10. Inne – koszty pośrednie Gminy Piła – 102 611,10 zł*

* W ramach realizacji projektu dokonano zakupu niezbędnego wyposażenia i materiałów biurowych służących prawidłowej obsłudze administracyjnej i merytorycznej działań związanych z realizacją programu. Zakup obejmował m.in. komputera przeznaczonego do prowadzenia dokumentacji programu, sporządzania sprawozdań oraz bieżącej komunikacji, drukarkę wraz z tonerami umożliwiającą przygotowywanie dokumentów, materiałów roboczych i rozliczeniowych, a także niszczarkę zapewniającą właściwą ochronę danych i dokumentacji zgodnie z obowiązującymi zasadami bezpieczeństwa informacji. Ponadto zakupiono materiały biurowe, w tym papier ksero, segregatory oraz długopisy, wykorzystywane do bieżącej organizacji i archiwizacji dokumentów programu. Doposażenie stanowisk pracy w krzesła biurowe zapewniło ergonomiczne i bezpieczne warunki realizacji zadań przez pracowników zaangażowanych w realizację programu. W ramach promocji programu zakupiono materiały promocyjne dla uczestników programu, w tym torby na zakupy, miniapteczki oraz gniotki antystresowe. W ramach realizacji programu przyznano pracownikom zaangażowanym w jego realizację nagrody oraz dodatki zadaniowe. Świadczenia te miały charakter motywacyjny i wynikały z nadzwyczajnego zaangażowania pracowników w realizację zaplanowanych zadań merytorycznych, organizacyjnych oraz zwiększonego zakresu obowiązków. Przyznanie nagród i dodatków zadaniowych było zgodne z regulaminem wynagradzania jednostki, a ich wysokość została określona proporcjonalnie do zakresu i efektów wykonanej pracy. Wszystkie wydatki były racjonalne, niezbędne do realizacji zaplanowanych działań oraz zgodne z budżetem programu.

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej⁵⁷⁾

Opis podjętych działań modyfikujących:⁸⁾

Problem 1:

Działanie modyfikujące:

Program został opracowany na lata 2023-2025. Harmonogram wdrażania i realizacji zakładał rozpoczęcie Programu stacjonarnie w IV kw. 2023r. Jednakże z przyczyn niezależnych od Miasta Piły podpisano umowę z realizatorem

W celu zwiększenia zainteresowania Programem oraz zachęcenia mieszkańców do udziału w badaniach w kierunku osteoporozy, zasadnym było prowadzenie ich w osteobusach, które docierały bezpośrednio do potencjalnych uczestników. Osteobusy lokalizowano

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, należy przedstawić 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 z zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

⁸⁾ Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”

<p>Programu możliwe było dopiero w maju 2024r. Istniało realne ryzyko, że mieszkańcy Piły w liczbie oszacowanej w Programie nie będą mogli z niego skorzystać. W konsekwencji realizator Programu mógłby nie wywiązać się z postanowień umowy, a środki finansowe przeznaczone na jego realizację nie zostałyby w pełni wykorzystane. Należy również wskazać, że na terenie miasta nie funkcjonuje przychodnia leczenia osteoporozy.</p>	<p>m.in. podczas wydarzeń miejskich, w pobliżu siedzib organizacji seniorskich oraz kościołów.</p>	
<p>Problem 2: Większe niż zakładano w Programie zainteresowanie udziałem kobiet w przedziale wiekowym 40-64 z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka.</p>	<p>Działanie modyfikujące: Po konsultacji z AOTMiT dopuszczono do udziału w Programie kobiety w wieku 40-64, posiadające co najmniej jeden czynnik ryzyka, pomimo osiągnięcia zakładanego wskaźnika udziału dla tej grupy. Decyzja ta nie spowodowała zwiększenia środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu, jak również nie stwarzała ryzyka niedopuszczenia do udziału w Programie uczestniczek z grupy 65+.</p>	
<p>Problem 3: Zgłaszalność do Programu mężczyzn.</p>	<p>Działanie modyfikujące: Dopuszczono do udziału w Programie mężczyzn, pomimo pierwotnych założeń przewidujących ich udział dopiero po przebadaniu kobiet 65+. Powyższa decyzja nie stwarzała ryzyka ograniczenia udziału kobiet w Programie oraz nie zwiększała środków finansowych na jego realizację. Liczba przebadanych mężczyzn była niewielka i wyniosła 82 osoby.</p>	
<p>Miejscowość: Piła</p>	<p>18 marca 2026 r.</p> <p>Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>..... oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</p>
	<p>Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>..... oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</p>

⁹⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe