OZ.8030.4.2025 Załącznik nr 5 do warunków konkursu- Osteoporoza

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu polityki

zdrowotnej (wzór)

|  |
| --- |
| **Dane realizatora programu polityki zdrowotnej** |
| Pełna nazwa realizatora: |  |
| **Dane kontaktowe** |
| Adres siedziby: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Okres realizacji zadania (od - do) |  |

|  |
| --- |
| **Zbiorcze podsumowanie oceny uczestnictwa w programie i efektywności interwencji****w oparciu o wskaźniki w ujęciu liczbowym oraz procentowym (%):** |
| **Szkolenia dla personelu (etap I)** |
| liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dlapersonelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne; |  |
| a) lekarze |  |
| b) pielęgniarki |  |
| c) osoby obsługujące densytometr |  |
| d) koordynatorzy programu i inne |  |
| **Działania edukacyjno-informacyjne (etap II)** |
| liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym; |  |
| **Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (etap III)** |
| liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki <5% i ≥5%; |  |
| a) ogółem |  |
| b) w tym z uzyskanym wynikiem <5% |  |
| c) w tym z uzyskanym wynikiem ≥5% |  |
| **Pomiar BMD za pomocą DXA (Etap IV)** |
| liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA,  |  |
| **Lekarska wizyta podsumowująca (etap V)** |
| liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej; |  |
| liczba świadczeniobiorców z postawionym rozpoznaniem osteoporozy po udziale w programie (dane możliwe do uzyskania również w podziale na płeć i wiek); |  |
| 1. kobiety
 |  |
| 1. mężczyźni
 |  |
| liczba świadczeniobiorców, którzy zostali po zakończeniu udziału w programie skierowani do dalszego leczeniaspecjalistycznego; |  |
| liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów; |  |
| liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie (wraz z informacją na jakim etapie i wskazaniem przyczyny). |  |
| **Zbiorcze podsumowanie informacji o przebiegu udziału w Programie, w ujęciu liczbowym oraz procentowym (%):** |
| struktura uczestników programu wg wieku i płci; |  |
| 1. kobiety
 |  |
| 1. mężczyźni
 |  |
| informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik; |  |
| data zakończenia udziału wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ); |  |
| sposób zgłoszenia się do Programu: samodzielnie, skierowanie/informacja z POZ, skierowanie/informacja od Specjalisty; |  |
| **Zbiorcze podsumowanie oceny jakości udzielanych świadczeń na bazie ankiet satysfakcji, w ujęciu liczbowym oraz procentowym (%):** |
| ogólna ocena jakości opieki zdrowotnej w podmiocie leczniczym (co najmniej w stopniu pozytywnie/negatywnie, preferowana szersza skala numeryczna); |  |
| stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń; |  |
| ocena stopnia udzielenia informacji o dalszych zaleceniach przez personel medyczny (co najmniej 3-stopniowa np. czuję się wystarczająco poinformowany o zaleceniach – posiadam wiedzę co mam dalej robić/czuję, że w umiarkowanym stopniu wiem, co dalej robić/czuję się niedoinformowany – nie wiem co dalej robić); |  |
| **Ewaluacja, w której powinno być odniesienie się do stopnia zrealizowania potrzeby****zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażone w ujęciu liczbowym****i procentowym (%) co najmniej w:** |
| liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu), |  |
| liczbie uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu), |  |
| odsetku świadczeniobiorców z wynikiem FRAX ≥5% względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX; |  |
| odsetku świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramachprogramu; |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | pieczęć i podpis osoby działającejw imieniu sprawozdawcy |