

RAPORT KOŃCOWY

Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Data wpływu :

Sygn. akt:

wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych
i Taryfikacji

Gmina Somonino ul. Ceynowy 21 83-314 Somonino oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej	Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej
Nazwa programu polityki zdrowotnej: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Somonino na lata 2023-2025”	
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: od 2023 r. do 2025 r.	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: od 2024 r. do 2025 r.
Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾ 1. Cel główny: Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród co najmniej 60%* uczestników programu. 2. Cele szczegółowe: 1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 60%* personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom. 2) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 60%* świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi. 3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu: 1) Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test: W programie uczestniczyło łącznie 265 osób (260 świadczeniobiorców oraz 5 przedstawicieli personelu medycznego). U 155 osób (58,5%) odnotowano wzrost poziomu wiedzy w porównaniu z wynikiem pre-testu. U 110 osób (41,5%) utrzymano wysoki poziom wiedzy, który został potwierdzony już w pre-teście. łącznie oznacza to, że 265 osób (100%) osiągnęło lub utrzymało wysoki poziom wiedzy po zakończeniu działań edukacyjnych realizowanych w ramach programu. Cel główny został osiągnięty. 2) Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.: W szkoleniach uczestniczyło 5 przedstawicieli personelu medycznego. U 2 osób (40%) odnotowano wzrost poziomu wiedzy, natomiast u 3 osób (60%) utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy potwierdzonego w pre-teście. Oznacza to, że 100% uczestników z grupy personelu medycznego osiągnęło lub utrzymało wysoki poziom wiedzy. Cel szczegółowy został osiągnięty. 3) Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test: Działaniami edukacyjno-informacyjnymi objęto 260 świadczeniobiorców. U 153 osób (58,8%) odnotowano wzrost poziomu wiedzy, natomiast u 107 osób (41,2%) utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy potwierdzonego w pre-teście. Oznacza to, że łącznie 260 osób (100%) osiągnęło lub utrzymało wysoki poziom wiedzy po zakończeniu programu. Cel szczegółowy został osiągnięty.	

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾

1) Szkolenia personelu medycznego - personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej.

2) Działania informacyjno-edukacyjne - Przygotowanie oraz dystrybucja broszur z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom w populacji osób dorosłych. Edukacja zdrowotna obejmowała następujące treści:

- główne założenia realizowanego programu,
- istota działań profilaktyki pierwotnej osteoporozy,
- promocja elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości,
- zasadnicza rola aktywności fizycznej na poprawę BMD, ze szczegółowym omówieniem ćwiczeń obciążeniowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta,
- przyczyny upadków oraz ich negatywnych następstw,
- działania pomagające zapobiegać upadkom,
- identyfikacja i sposoby eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę,
- rola prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu.

3) Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX:

- Przeprowadzono indywidualną edukację zdrowotną, uwzględniającą badanie poziomu wiedzy uczestnika za pomocą pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po edukacji,
- Uczestnik Programu wypełnił formularz zgłoszeniowy
- 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.

4) Pomiar BMD za pomocą DXA:

- wykonano pomiar densytometrii DXA dokonywany na szyjce kości udowej
- przekazano uczestnikom ankiety satysfakcji pacjenta

5) Lekarska wizyta podsumowująca:

- omówiono w trakcie wizyty wynik badania DXA
- wykonano ponowną ocenę ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL (z uwzględnieniem wyniku uzyskanego w DXA) oraz omówienie ze świadczeniobiorcą uzyskanego wyniku
- 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
- skierowano pacjentów, którym postawiono diagnozę, do lekarza POZ celem uzyskania skierowania do dalszego leczenia specjalistycznego ze wskazaniem konkretnego podmiotu udzielającego świadczeń w ramach NFZ

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

Monitorowanie:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne:
 - 2024 r.: 0 osób,
 - 2025 r.: 5 osób, w tym 2 pielęgniarki oraz 3 osoby z innych grup medycznych;
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym:
 - 2024 r.: 137 osób,
 - 2025 r.: 123 osoby;
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki <5% i ≥5%:
 - 2024 r.: <5% – 1 osoba; ≥5% – 136 osób
 - 2025 r.: <5% – 11 osób; ≥5% – 112 osób
- 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),
 - 2024 r.: grupa >= -1 – 73 osoby, grupa < -1 i > -2,5 – 55 osób grupa < -2,5 – 9 osób

- 2025 r.: grupa >-1 – 61 osoby, grupa ≤ -1 i $>-2,5$ – 47 osób grupa $\leq -2,5$ – 4 osoby
- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej,
 - 2024 r.: 112 osób
 - 2025 r.: 111 osób
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów:
 - brak takich osób w 2024 r. i 2025 r.
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie:
 - brak takich osób w 2024 r. i 2025 r.

EWALUACJA:

- liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu):
 - 2024 r.: 0 osób
 - 2025 r.: 2 osoby
- liczba uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu):
 - 2024 r.: 78 osób
 - 2025 r.: 75 osób
- odsetek świadczeniobiorców z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX:
 - 2024 r.: 99%
 - 2025 r.: 91,06%
- odsetek świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score $\leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu:
 - 2024 r.: 6,62%
 - 2025 r.: 3,57%

Ankieta satysfakcji z realizacji Programu:

W ramach realizowanego Programu przeprowadzono anonimową ankietę satysfakcji, w której uczestnicy oceniali poszczególne elementy Programu w 4-stopniowej skali: bardzo dobrze, dobrze, źle, bardzo źle. W badaniu wzięło udział 249 osób.

- Ogólna ocena programu polityki zdrowotnej:
 - jakość świadczeń otrzymanych w programie polityki zdrowotnej: 249 osób oceniło bardzo dobrze (100%), 0 osób dobrze, 0 osób źle, 0 osób bardzo źle
- Szczegółowa ocena programu polityki zdrowotnej:
 - szybkość załatwienia formalności podczas umawiania terminu świadczeń otrzymanych w ramach programu: 249 osób oceniło bardzo dobrze (100%), 0 osób dobrze, 0 osób źle, 0 osób bardzo źle
 - staranność i dokładność przeprowadzenia wywiadu w ramach oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX: 249 osób oceniło bardzo dobrze (100%), 0 osób dobrze, 0 osób źle, 0 osób bardzo źle
 - sposób przekazania informacji dot. osteoporozy i jej profilaktyki: 249 osób oceniło bardzo dobrze (100%), 0 osób dobrze, 0 osób źle, 0 osób bardzo źle
 - uprzejmość i życzliwość personelu medycznego wykonującego badanie gęstości mineralnej kości za pomocą densytometru DXA: 249 osób oceniło bardzo dobrze, 0 osób dobrze, 0 osób źle, 0 osób bardzo źle
- Dodatkowe uwagi/opinie:
 - Zmniejszenie progu wiekowego dla mężczyzn
 - Zmniejszenie ilość dokumentacji do wypełniania

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:⁴⁾

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2023-2025

Wydatki w ramach projektu były ponoszone w 2024 r. oraz w 2025 r.

2023 rok:

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. NFZ	0,00 zł	0,00 zł
2. Środki własne	0,00 zł	0,00 zł

2024 rok:

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. NFZ	108 816,12 zł	0,00 zł
2. Środki własne	27 204,04 zł	0,00 zł

2025 rok:

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. NFZ	98 447,96 zł	0,00 zł
2. Środki własne	24 611,99 zł	0,00 zł

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. NFZ	207 264,08 zł	0,00 zł
2. Środki własne	51 816,03 zł	0,00 zł

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:⁶⁾

1. Koszt funkcjonowania Rady ds. programu polityki zdrowotnej:
 - 2023 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)
 - 2024 r.: 3 056,12 zł (Dofinansowanie), 764,04 zł (wkład własny)
 - 2025 r.: 4 687,96 zł (Dofinansowanie), 1 171,99 zł (wkład własny)
 - **łącznie: 7 744,08 zł (Dofinansowanie), 1 936,03 zł (wkład własny)**
 - **łączny koszt: 9 680,11 zł**
2. Koszt monitoringu i ewaluacji:
 - 2023 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)
 - 2024 r.: 12 600,00 zł (Dofinansowanie), 3 150,00 zł (wkład własny)
 - 2025 r.: 6 212,00 zł (Dofinansowanie), 1 553,00 zł (wkład własny)
 - **łącznie: 18 812,00 zł (Dofinansowanie), 4 703,00 zł (wkład własny)**
 - **łączny koszt: 23 515,00 zł**
3. Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia:
 - 2023 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)
 - 2024 r.: 12 000,00 zł (Dofinansowanie), 3 000,00 zł (wkład własny)
 - 2025 r.: 5 700,00 zł (Dofinansowanie), 1 425,00 zł (wkład własny)
 - **łącznie: 17 700,00 zł (Dofinansowanie), 4 425,00 zł (wkład własny)**
 - **łączny koszt: 22 125,00 zł**
4. Koszt działań informacyjnych:
 - 2023 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)
 - 2024 r.: 6 000,00 zł (Dofinansowanie), 1 500,00 zł (wkład własny)
 - 2025 r.: 6 000,00 zł (Dofinansowanie), 1 500,00 zł (wkład własny)
 - **łącznie: 12 000,00 zł (Dofinansowanie), 3 000,00 zł (wkład własny)**
 - **łączny koszt: 15 000,00 zł**
5. Koszt działań promocyjnych, w tym przygotowania materiałów w postaci ulotek, plakatów, broszur:
 - 2023 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)
 - 2024 r.: 10 000,00 zł (Dofinansowanie), 2 500,00 zł (wkład własny)
 - 2025 r.: 10 000,00 zł (Dofinansowanie), 2 500,00 zł (wkład własny)
 - **łącznie: 20 000,00 zł (Dofinansowanie), 5 000,00 zł (wkład własny)**
 - **łączny koszt: 25 000,00 zł**
6. Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego:
 - 2023 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)
 - 2024 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)
 - 2025 r.: 12 000,00 zł (Dofinansowanie), 3 000 zł (wkład własny)
 - **łącznie: 12 000,00 zł (Dofinansowanie), 3 000,00 zł (wkład własny)**
 - **łączny koszt: 15 000,00 zł**
7. Koszt edukacji zdrowotnej – wykład stacjonarny:
 - 2023 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)

- 2024 r.: 4 400 zł (Dofinansowanie), 1 100 zł (wkład własny)
 - 2025 r.: 4 400 zł (Dofinansowanie), 1 100 zł (wkład własny)
 - **Łącznie: 8 800,00 zł (Dofinansowanie), 2 200,00 zł (wkład własny)**
 - **Łączny koszt: 11 000,00 zł**
8. Koszt oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX:
- 2023 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)
 - 2024 r.: 10 960,00 zł (Dofinansowanie), 2 740,00 zł (wkład własny)
 - 2025 r.: 4 848,00 zł (Dofinansowanie), 1 212,00 zł (wkład własny)
 - **Łącznie: 15 808,00 zł (Dofinansowanie), 3 952,00 zł (wkład własny)**
 - **Łączny koszt: 19 760,00 zł**
- Jednostkowy koszt brutto oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego na podstawie metody FRAX wyniósł 76,00 zł.
9. Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA:
- 2023 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)
 - 2024 r.: 27 400,00 zł (Dofinansowanie), 6 850,00 zł (wkład własny)
 - 2025 r.: 22 400,00 zł (Dofinansowanie), 5 600,00 zł (wkład własny)
 - **Łącznie: 49 800,00 zł (Dofinansowanie), 12 450,00 zł (wkład własny)**
 - **Łączny koszt: 62 250,00 zł**
- Jednostkowy koszt brutto badania densytometrycznego (pomiar BMD za pomocą DXA) wyniósł 250,00 zł.

Wyjaśnienie dotyczące łącznego kosztu: Zgodnie z założeniami „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Somonino na lata 2023–2025” w etapie IV programu zaplanowano wykonanie pomiaru gęstości mineralnej kości metodą densytometryczną DXA dla 230 uczestników, przy jednostkowym koszcie badania wynoszącym 250,00 zł, co dawało planowaną łączną wartość kosztów na poziomie 57 500,00 zł.

W trakcie realizacji programu liczba osób spełniających kryteria kwalifikacji do wykonania badania DXA okazała się wyższa od pierwotnie zakładanej. Do etapu IV programu zakwalifikowano 249 uczestników. W związku z powyższym wykonano 249 badań densytometrycznych DXA, co spowodowało zwiększenie całkowitego kosztu tej interwencji.

Decyzja o objęciu badaniem wszystkich zakwalifikowanych uczestników została podjęta w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz realizacji podstawowych założeń programu dotyczących wczesnego wykrywania osteoporozy w populacji mieszkańców gminy. Odmowa wykonania badania osobom spełniającym kryteria medyczne mogłaby ograniczyć skuteczność działań profilaktycznych programu oraz zmniejszyć jego wartość zdrowotną.

Zwiększony koszt realizacji etapu IV został pokryty poprzez przesunięcie środków finansowych pomiędzy poszczególnymi kategoriami kosztów programu, w których w trakcie realizacji projektu powstały oszczędności. Przesunięcia te nie wpłynęły negatywnie na zakres ani jakość realizowanych działań, a jednocześnie umożliwiły objęcie świadczeniem wszystkich uczestników spełniających kryteria kwalifikacji.

W konsekwencji zwiększenie liczby wykonanych badań DXA przyczyniło się do pełniejszej realizacji celu programu.

10. Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej:
- 2023 r.: 0,00 zł (Dofinansowanie), 0,00 zł (wkład własny)
 - 2024 r.: 22 400,00 zł (Dofinansowanie), 5 600,00 zł (wkład własny)
 - 2025 r.: 22 200,00 zł (Dofinansowanie), 5 550,00 zł (wkład własny)
 - **Łącznie: 44 600,00 zł (Dofinansowanie), 11 150,00 zł (wkład własny)**
 - **Łączny koszt: 55 750,00 zł**
- Jednostkowy koszt brutto przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej wyniósł 250,00 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	Działanie modyfikujące: Wzmocniono komunikację lokalną (sołtysi, instytucje gminne, media), co pozwoliło osiągnąć większą liczbę uczestników.

Somonino Miejscowość	17.03.2026 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Podinspektor ds. rozwoju gospodarczego i promocji gminy Teresa Gliwa Teresa Gliwa – Podinspektor ds. rozwoju gospodarczego i promocji gminy oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾
	17.03.2026 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Marian Kryszewski – Wójt Gminy Somonino oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾

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 uwzględnić 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).

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, 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 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”.

⁹⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.