

Załącznik nr 5
do umowy nr
z dnia
na realizację programu polityki zdrowotnej

Sprawozdanie końcowe 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:	
Sprawozdanie z przeprowadzonych działań	
Okres realizacji zadania (od - do)	
Działania promocyjno-informacyjne (opis)	
Działania edukacyjne	
Liczba zrealizowanych zajęć edukacyjnych	
Liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej	
Liczba uczestników zajęć edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)	
Realizacja świadczeń zdrowotnych	
Liczba konsultacji lekarskich	
Liczba konsultacji mgr fizjoterapii:	
- w tym na początku programu	
- w tym na końcu programu	
Liczba opracowanych indywidualnych planów	

rehabilitacji	
Liczba indywidualnych zajęć z fizjoterapeutą	
Zgłaszalność do programu polityki zdrowotnej	
Liczby osób, które zgłosiły się do programu	
Liczba osób zakwalifikowanych do programu	
Liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji	
Odsetek osób, które ukończyły program	
Odsetek osób, które nie ukończyły programu	
Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie polityki zdrowotnej	
Liczba opinii pozytywnych (odpowiedź bardzo dobrze lub dobrze w części I ankiety satysfakcji pacjenta)	
Liczba opinii negatywnych (odpowiedź źle lub bardzo źle w części I ankiety satysfakcji pacjenta)	
Odsetek opinii pozytywnych (odpowiedź bardzo dobrze lub dobrze w części I ankiety satysfakcji pacjenta) w relacji do wszystkich opinii przekazanych w wypełnionych przez uczestników ankietach oceny jakości świadczeń)	
Odsetek opinii negatywnych (odpowiedź źle lub bardzo źle w części I ankiety satysfakcji pacjenta) w relacji do wszystkich opinii przekazanych w wypełnionych przez uczestników ankietach oceny jakości świadczeń)	
Liczba opinii pozytywnych (odpowiedź bardzo dobrze lub dobrze w części II ankiety satysfakcji pacjenta)	

Liczba opinii negatywnych (odpowiedź źle lub bardzo źle w części II ankiety satysfakcji pacjenta)	
Odsetek opinii pozytywnych (odpowiedź bardzo dobrze lub dobrze w części II ankiety satysfakcji pacjenta) w relacji do wszystkich opinii przekazanych w wypełnionych przez uczestników ankietach oceny jakości świadczeń)	
Odsetek opinii negatywnych (odpowiedź źle lub bardzo źle w części II ankiety satysfakcji pacjenta) w relacji do wszystkich opinii przekazanych w wypełnionych przez uczestników ankietach oceny jakości świadczeń)	
Liczba opinii pozytywnych (odpowiedź bardzo dobrze lub dobrze w części III ankiety satysfakcji pacjenta)	
Liczba opinii negatywnych (odpowiedź źle lub bardzo źle w części III ankiety satysfakcji pacjenta)	
Odsetek opinii pozytywnych (odpowiedź bardzo dobrze lub dobrze w części III ankiety satysfakcji pacjenta) w relacji do wszystkich opinii przekazanych w wypełnionych przez uczestników ankietach oceny jakości świadczeń)	
Odsetek opinii negatywnych (odpowiedź źle lub bardzo źle w części III ankiety satysfakcji pacjenta) w relacji do wszystkich opinii przekazanych w wypełnionych przez uczestników ankietach oceny jakości świadczeń)	
Liczba uwag uczestników dot. realizacji programu	

Efektywność programu	
Odsetka osób, u których doszło do poprawy sprawności fizycznej w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami	
- w tym na podstawie oceny w skali Rankina	
- w tym na podstawie oceny w skali Barthel	
- w tym na podstawie oceny w skali FIM	
Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie na podstawie oceny w skali VAS	
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej	
Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali po zakończeniu udziału w Programie skierowani do dalszego leczenia specjalistycznego	
Rozliczenie finansowe	
Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową	
Kwota wydatkowania na realizację programu	
Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie, nie wykorzystano z powodu (uzasadnienie)	

Miejscowość, data	pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy