RAPORT KOŃCOWY
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

Gmina Kobylnica ul. Główna 20 76-251 Kobylnica Ośrodek Pomocy Społecznej w Kobylnicy ul. Wodna 20/3 76-251 Kobylnica oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej	**Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej**

Nazwa programu polityki zdrowotnej: „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców Gminy Kobylnica w latach 2020-2024"	
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: lata 2020-2024	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 12.11.2020 – 30.11.2024

Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:[1)]

Głównym celem programu było uzyskanie w programie 13 ciąży par będących mieszkańcami Gminy Kobylnica poprzez dofinansowanie do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego w latach 2020-2024. Cele szczegółowe to obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji Gminy Kobylnica oraz uzyskanie ciąż.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:[2)]

Program był skierowany do mieszkańców Gminy Kobylnica, spełniających podstawowe kryteria programu, w tym wiek kobiety pomiędzy 20-43 r.ż. oraz u których stwierdzono niepłodność kobiety i/lub mężczyzny i wyczerpały się lub nie istnieją inne metody jej leczenia. Założono, że program był skierowany do 5 bezdzietnych par rocznie.

lanowane interwencje: Etap I – Akcja informacyjna: realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranych podmiotach leczniczych oraz w Urzędzie Gminy Kobylnica, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek, kampania promująca program: publikacje w prasie, artykuły sponsorowane, portale internetowe, radio, media społecznościowe itp.
Etap II - Kwalifikacja par do udziału w programie: przyjmowanie wniosków oraz oświadczeń par ubiegających się o dofinansowanie; wizyta lekarska obejmująca: przeprowadzenie diagnostyki niepłodności przed wprowadzeniem procedury zapłodnienia pozaustrojowego, w tym badanie krwi w celu określenia poziomu hormonów (tj. progesteron i gonadotropiny, hormon FSH, hormon LH, hormon LTH), a także USG jajników oraz przeprowadzenie badania jajowodów, jak też badania nasienia; poradnictwo w trakcie wizyty lekarskiej obejmujące m.in.: kwestię ryzyka okołoporodowego wynikającego ze stosowania ART oraz ryzyka wynikającego z zachodzenia w ciąże mnogie, wyjaśnianie dostępnych opcji terapeutycznych, rezultatów leczenia, możliwość przedyskutowania wątpliwości w celu podjęcia świadomej decyzji, informacje o sposobach uzyskania specjalistycznej opieki psychologicznej oraz informacje o stylu życia i innych czynnikach, które mogą negatywnie wpłynąć na zdrowie reprodukcyjne (np. wiek, BMI, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu), edukację w zakresie stylu życia chroniącego potencjał rozrodczy człowieka i zwiększającego szanse urodzenia zdrowego dziecka oraz celowości opieki prekoncepcyjnej. O zakwalifikowaniu do programu decydowała kolejność kompletnych zgłoszeń. Etap III - Przeprowadzenie procedury zapłodnienia pozaustrojowego: rejestracja pacjentów w wybranej placówce medycznej, stymulacja mnogiego jajeczkowania i nadzoru nad jej przebiegiem (w tym leki), wykonanie punkcji pęcherzyków jajowych, znieczulenie ogólne podczas punkcji, pozaustrojowe zapłodnienie klasyczne lub mikroiniekcja plemnika do komórki jajowej w przypadku wskazania: czynnik męski, niepłodność idiopatyczna lub inne zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro, transfer pojedynczego zarodka do jamy macicy, ze względu na bezpieczeństwo położnicze kobiety i płodu oraz uniknięcie ryzyka ciąż mnogich, zamrażanie komórek jajowych (witryfikacja komórek jajowych).
Program był realizowany w trzech wariantach:
a) przeprowadzenie w ramach jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet pary (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie);

[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

b) przeprowadzenie w ramach jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych od anonimowej dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie); c) przeprowadzenie w ramach jednej procedury adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie).		
Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:[3] Udział w programie wzięło 11 par. Uzyskano 6 ciąż.		
Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej[4] Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2020-2024		
Źródło finansowania[5]	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. rok 2021: środki własne Gminy	17 784,00 zł	
2. rok 2022: środki własne Gminy	12 601,00 zł	
3. rok 2023: środki własne Gminy	18 023,00 zł	
4 rok 2024: środki własne Gminy	0 zł	
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej		
Źródło finansowania [5]	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1.środki własne Gminy	48 408,00 zł	
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej[6] koszt dofinansowania dla pary – 5000 zł		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej[57]	Opis podjętych działań modyfikujących:[8]	
Problem 1: brak	Działanie modyfikujące: nie podejmowano	
Problem 2: brak	Działanie modyfikujące: nie podejmowano	
Problem 3: brak	Działanie modyfikujące: nie podejmowano	
Kobylnica Miejscowość	18.12.2024r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	ZASTĘPCA KIEROWNIKA Ośrodka Pomocy Społecznej w Kobylnicy mgr Iwona Gierka ..... oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej[9]
	Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	..... oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej[9]

[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.

[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

INSPEKTOR
ds. programów profilaktycznych
mgr Anna Ożóg