

## RAPORT KOŃCOWY Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Data wpływu:.....

Sygn. akt: .....

wypełnia Agencja Oceny Technologii  
Medycznych i Taryfikacji

<p style="text-align: center;">Gmina Miasta Radomia ul. Jana Kilińskiego 30 26-600 Radom</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<h3 style="margin: 0;">Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</h3>
<p>Nazwa programu polityki zdrowotnej:</p>	<p>„Kompleksowe wspieranie zdrowia prokreacyjnego wśród mieszkańców Radomia”</p>
<p>Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:</p> <p style="text-align: center;">2023 rok</p>	<p>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:</p> <p style="text-align: center;">od 3 kwietnia 2023 do 10 grudnia 2023r.</p>
<p><b>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:<sup>1)</sup></b></p> <p>Głównym celem było zwiększenie dostępności wysokiej jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności. Program wspierania zdrowia prokreacyjnego skierowany był do osób borykających się z problemem niepłodności, a co za tym idzie – braku własnego potomstwa. Program skierowany był także do par, które pozostawały w związkach małżeńskich lub partnerskich, którzy z kolei wcześniej nie byli diagnozowani pod kątem niepłodności i jej przyczyn.</p> <p>Do celów szczegółowo - diagnostycznych programu należało przede wszystkim poprawa stanu zdrowia prokreacyjnego uczestników w zakresie rozpoznanych chorób uniemożliwiających posiadanie własnego potomstwa, możliwa do osiągnięcia dzięki spełnieniu poniższych punktów:</p> <p>określenie przyczyn niepłodności wśród uczestników programu (par zakwalifikowanych do programu); poprawa stanu zdrowia uczestników w zakresie zidentyfikowanych chorób utrudniających posiadanie własnego potomstwa poprzez szeroką diagnostykę, zwrócenie szczególnej uwagi na wpływ masy ciała na płodność u kobiet i mężczyzn. Jak wskazują liczne publikacje i badania zdrowy styl życia, a przede wszystkim zbilansowana dieta, aktywność fizyczna w znacznym stopniu poprawiają parametry płodności u kobiet i jakość nasienia u mężczyzn; poprawa jakości udzielanych świadczeń w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia niepłodności.</p>	
<p><b>Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:<sup>2)</sup></b></p> <p>Etapy programu - szczegóły: Etap poradnictwa w zakresie niepłodności.</p> <p>a) określenie historii niepłodności. Przeprowadzanie wywiadu obejmującego historię niepłodności. Zadawanie pytań obejmujących: wiek małżonków, czas trwania niepłodności, historię ginekologiczną, współżycie i czynniki predysponujące do uszkodzenia jajowodów-przebyte zabiegi, infekcje, zapalenia narządów rodnych.</p> <p>b) ocena gotowości kobiety do ciąży - ocena, czy niepłodna kobieta była gotowa pod względem zdrowotnym na ewentualną ciążę, czy była prawidłowo odżywiona, czy miała niedowagę lub nadwagę. Tu zostały omówione najważniejsze czynniki zapewniające lepsze rokowanie na poczęcie - młody wiek kobiety tj. poniżej 30 roku życia, krótki czas trwania niepłodności, tj. poniżej 2 lat, brak dowodów na choroby jajowodów i prawidłowy wynik badania nasienia;</p> <p>c) porady i postępowanie z pacjentem - optymalizacja naturalnej płodności, doradztwo w zakresie stylu życia (tematyka</p>	

<sup>1)</sup> 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.

<sup>2)</sup> Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej

dotycząca palenia tytoniu, spożywania alkoholu, otyłości), określenie rokowania urodzenia zdrowego dziecka i w razie konieczności skierowanie pacjentki (pacjentów) na wyższy poziom kompleksowej opieki w ramach programu;

d) aspekty psychologiczne podczas rozmów z parami borykającymi się z problemem niepłodności, obejmujące swoją tematyką, m.in. motywowanie pary do tego, aby nie poddawała się w swoich staraniach i podtrzymywana częstotliwość współżycia co najmniej 2 razy w tygodniu, a szczególnie podczas okresu płodnego nawet po latach niepłodności.

Etap diagnostyki:

- a) po przeprowadzonym wywiadzie lekarz prowadzący (koordynator) zdecydował o dalszym postępowaniu oraz zlecał badania diagnostyczne;
- b) na podstawie uzyskanych wyników badań lekarz prowadzący (koordynator) podejmował decyzje o dalszej pogłębionej diagnostyce lub też możliwym działaniu wielospecjalistycznym;
- c) w trakcie terapii lekarz prowadzący (koordynator) był zobowiązany do monitorowania postępów leczenia oraz udzielania uczestnikom niezbędnych informacji;
- d) w trakcie całego procesu diagnostycznego uczestnicy zostali objęci opieką wielospecjalistyczną, która miała na celu zapewnienie komfortu i poczucia bezpieczeństwa uczestnikom.

Etap leczenie:

Leczenie niepłodności obejmowało zachowawcze leczenie farmakologiczne, które było prowadzone w celu wyeliminowania zdiagnozowanych chorób mających wpływ na płodność. Zakres badań wykonywanych w trakcie etapu diagnostycznego jak również zakres leczenia zależał od indywidualnych wskazań uczestników. Również zakres opieki psychologicznej był uzależniony od potrzeb uczestników i zaleceń lekarza prowadzącego.

**Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:<sup>3)</sup>**

Głównym celem programu było wykonanie w ciągu roku pełnej diagnostyki i wdrożenie odpowiedniego leczenia, mające na celu doprowadzić do zapłodnienia, a więc poprawy stanu zdrowia prokreacyjnego uczestników w zakresie rozpoznanych chorób uniemożliwiających posiadanie własnego potomstwa.

Liczba osób, która przystąpiła do udziału w programie wynosiła 492.

Liczba uzyskanych ciąż wynosiła 46.

**Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>4)</sup>**

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>5)</sup>

Koszt realizacji programu wyniósł 2 323.550,00 zł

**Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2023 rok**

Źródło finansowania <sup>6)</sup>	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Budżet Gminy Miasta Radomia – w ramach Budżetu Obywatelskiego	2 323.550,00 zł	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej

<sup>3)</sup> 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.

<sup>4)</sup> 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.

<sup>5)</sup> 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.

<sup>6)</sup> Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów

Źródło finansowania <sup>6)</sup>	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. ....		
2. ....		
3. ....		
4. Rozliczenie finansowe zadania		
Koszty dotyczące wynagrodzenia realizatora programu – 49 900,00 zł		
Koszty poniesione w programie z pominięciem wynagrodzenia realizatora programu – 2 273,650,00 zł		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej <sup>67</sup>	Opis podjętych działań modyfikujących: <sup>8)</sup> Nie podejmowano	
Problem 1:.....	Działanie modyfikujące:.....	
Problem 2:.....	Działanie modyfikujące:.....	
Problem 3:.....	Działanie modyfikujące:.....	
Radom Miejscowość	<p>07.05.2024</p> <p>Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p> <p>08.03.2024</p> <p>Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p><b>PODINSPEKTOR</b></p> <p><b>mgr Joanna Woźnińska-Kutkiewicz</b> oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej <b>Z PRZEDSIĘWZĘCIA PREZYDENTA MIASTA</b></p> <p><b>Marta Michalska-Wilk</b> <b>ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA</b> oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>9)</sup></p>

<sup>7)</sup> 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.

<sup>8)</sup> Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”

<sup>9)</sup> Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe

