

RAPORT KOŃCOWY
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

<p>WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE</p> <p><small>oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</small></p>	<p>Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>
<p>Nazwa programu polityki zdrowotnej: „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2”</p>	
<p>Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2021-2023</p>	<p>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021-2023</p>
<p>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹</p> <p>Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Najczęstszym typem cukrzycy (dot. niemal 90% diabetyków) jest cukrzyca typu 2. U chorych dochodzi do zaburzenia zarówno działania, jak i wydzielania insuliny. Jest to schorzenie postępujące, które w miarę upływu czasu wymaga intensyfikacji działań medycznych. Najpoważniejszymi przewlekłymi powikłaniami cukrzycy jest zawał serca, udar mózgu czy niewydolność nerek ale również ślepota i amputacja kończyny w skutek zespołu stopy cukrzycowej. Ww. powikłania są również wskazywane jako najczęstsze przyczyny hospitalizacji diabetyków, ale i przyczyny ich niepełnosprawności lub śmierci. Część z nich to osoby w wieku 40-60 lat.</p> <p>Według danych International Diabetes Federation (IDF) w 2014 r. na świecie było 387 mln chorych na cukrzycę, a przewidywalna liczba chorych w 2035 r. wzrośnie do 592 mln.</p> <p>W Polsce cukrzyca znajduje się na liście dziesięciu najczęściej występujących schorzeń przewlekłych u osób dorosłych, a z danych GUS wynika, że w Polsce cierpi na nią ponad 2 mln osób, co stanowi ok. 8% populacji dorosłych, z czego 20%, nie jest tego nawet świadoma. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (liczba nowych pacjentów) dla województwa mazowieckiego w 2016 r. wynosił 33 600, co oznacza, że Mazowsze plasuje się na drugim miejscu w Polsce pod względem najwyższej zapadalności na cukrzycę. Wyższy wskaźnik odnotowano jedynie w województwie śląskim i wynosił on 35 900.</p> <p>W 2018 r. w Polsce było 2,9 mln dorosłych osób chorych na cukrzycę, co odpowiada 9,1% populacji dorosłych przy czym 20% nie jest tego świadoma. Zgodnie z danymi GUS, na koniec 2018 r. w województwie mazowieckim mieszkało 978 251 osób w wieku 45-59. Uwzględniając powyższe dane założono, że na cukrzycę może chorować nawet 89 021 osób Mazowszan w wieku 45-59 lat, a ok. 17 804 z nich nie jest świadoma, że na nią choruje. Z uwagi na to Samorząd Województwa Mazowieckiego opracował „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2”. Program realizowany był w latach 2021-2023.</p> <p>Uchwałą nr 1995/194/20 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 22 grudnia 2020 r. rozstrzygnięty został konkurs ofert na realizatorów „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2” na lata 2021-2023. W ramach przedmiotowego konkursu ofert wyłoniono 6 realizatorów tj.:</p>	

1. Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie, ul. Sitarskich 3, 05-830 Nadarzyn.
2. Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, ul. Wołoska 137.
3. Endomed Janusz Romanowski Sp. j., ul. Kilińskiego 6, 26-610 Radom.
4. Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białoleka-Targówek, ul. Tykocińska 34, 03-545 Warszawa.
5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Serocku, ul. A.A. Kędzierskich 2, 05-140 Serock.
6. Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o., ul. Nikłowa 9, 08-110 Siedlce.

Początkowo, budżet programu ustalono na 3 600 000 zł, w tym:

- 2021 r. - 1 200 000 zł;
- 2022 r. - 1 200 000 zł;
- 2023 r. - 1 200 000 zł.

Koszty programu podzielono na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Ustalono sztywną wartość kosztów pośrednich, wynoszącą 10% wartości kosztów bezpośrednich. W ramach kosztów pośrednich wyodrębniono koszty przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej oraz monitoringu i ewaluacji programu.

Wartości kwalifikacji uczestnika do programu oraz wykładów w formie grupowej zostały oszacowane na podstawie sporządzanych dotychczas wycen na potrzeby innych programów polityki zdrowotnej oraz zadań realizowanych przez Województwo Mazowieckie.

Wartości pozostałych elementów zostały oszacowane przez analityków AOTMiT i uwzględnione w Opinii Prezesa AOTMiT do niniejszego programu (opinia nr 64/2020 z 15 września 2020 r.).

Tabela 1. Maksymalne koszty poszczególnych elementów programu (źródło: opracowanie własne)

Kategoria kosztu	Nazwa elementu	Koszt jednostkowy elementu (zł)	Koszt pośredni elementu (10% kosztu bezpośredniego)	Liczba (min-max)	Razem (zł)
Koszty bezpośrednie i koszty pośrednie	Kwalifikacja uczestnika do programu	51,00	5,10	1	56,10
	Wykonanie badania FPG	16,00	1,60	1	17,60
	Wykonanie badania OGTT	40,00	4,00	0-1	44,00
	Konsultacja lekarska	145,00	14,50	0-2	159,50
	Konsultacja dietetyczna	138,00	13,80	0-4	151,80
	Wykłady w formie grupowej (koszt na 1 uczestnika)	151,09	15,11	0-1	166,20

W kalkulacji założono, że:

- 50% (procent osób w Polsce, które mają nadwagę lub otyłość) uczestników programu skorzysta z badania krwi glikemii na czczo i wykładów edukacyjnych. **Koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 239,90 zł;**
- 9% (procent chorych na cukrzycę w Polsce) uczestników skorzysta z 2 konsultacji lekarskich i 2 dostępnych w programie badań oraz z opieki dietetyka. **Koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 1 043,90 zł;**
- 41% uczestników skorzysta z badania krwi glikemii na czczo. **Koszt uczestnictwa w programie 1 osoby wyniesie 73,70 zł.**

Mając na uwadze powyższe kalkulacje szacowano, że interwencjami w ramach trzech lat trwania programu, objętych zostanie ok. 14 745 uczestników (po 4 915 os w każdym roku jego trwania).

Ze względu na bardzo małe zainteresowanie udziałem w programie Realizatorzy wyłonieni w konkursie wnioskowali o rozwiązanie umów na jego realizację (1 odstąpił od podpisania umowy, 2 zrezygnowało z końcem 2021 r., 2 kolejnych w 2023 r.) co ostatecznie doprowadziło do tego, że budżet programu był wielokrotnie zmniejszany na przestrzeni 3 lat realizacji. **Łącznie, w latach 2021-2023, na świadczenia oferowane w programie wydatkowano kwotę 148 087,20 zł.**

Głównym celem programu była eliminacja ryzyka zachorowań na cukrzycę typu 2 u minimum 90% osób z planowanej w programie populacji docelowej w latach 2021-2023.

Celami szczegółowymi były:

1. Spadek wskaźnika BMI u co najmniej 20% osób z nadwagą lub otyłością, u których wykryty został stan przedcukrzycowy lub cukrzyca, uczestniczących w konsultacjach dietetycznych w trakcie realizacji programu.
2. Zwiększenie wiedzy na temat znaczenia diety i aktywności fizycznej w profilaktyce cukrzycy typu 2 u co najmniej 75% uczestników wykładów edukacyjnych w formie grupowej.

Zgodnie z danymi GUS w 2018 r. (w trakcie tworzenia programu) w województwie mazowieckim populacja mężczyzn i kobiet w wieku 45-59 lat wynosiła 978 251 osób.

W programie brały udział osoby spełniające kryteria kwalifikacji tj. w dniu zgłoszenia do programu:

- ukończyły 45 lat i nie miały więcej niż ukończone 59 lat,
- mieszkały na terenie województwa mazowieckiego (os. fizyczna mieszkająca na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu KC),
- udzieliły świadomej zgody na udział w programie,
- złożyły pisemne oświadczenie, że nie są uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych i nie uczestniczyły w tego typu programie w ciągu ostatnich 12 miesięcy,
- złożyły pisemne oświadczenie, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miały wykonanych badań stężenia glukozy we krwi i testu obciążenia glukozą oraz nie korzystały z porad diabetologa finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Udział w programie był dla uczestników bezpłatny.

W programie wykonywano następujące **interwencje**:

1. Badanie FPG (glikemia na czczo).
2. Badanie OGTT (doustny test obciążenia glukozą 75g w 120 minucie).
3. Konsultacja lekarska.
4. Konsultacje dietetyczne.
5. Wykłady edukacyjne w formie grupowej.

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu:

- konsultacje lekarskie dostępne były przez co najmniej 3 dni w tygodniu, przez 7 godzin dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu do godziny 18.00,
- badania FPG i OGTT dostępne były przez co najmniej 5 dni w tygodniu, przez 3 godzin dziennie, w godzinach porannych,

Osoby chcące wziąć udział w programie miały możliwość zarejestrowania się przez 5 dni w tygodniu przez co najmniej 7 godzin dziennie.

Monitoring programu odbywał się w trzech podstawowych zakresach:

- oceny zgłaszalności do programu,
- oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,
- oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu realizatorzy byli zobowiązani do składania następujących dokumentów:

1. sprawozdań kwartalnych i rocznych z wykonania świadczeń w ramach programu (zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D do programu);
2. analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu (zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik C do programu).

Warunki i terminy przekazywania sprawozdań były określone w umowach zawartych z realizatorami.

Zgłaszalność do programu była monitorowana na podstawie prowadzonego przez realizatorów rejestru osób aplikujących do programu. Administratorem danych osobowych osób aplikujących do programu był podmiot realizujący program.

Jakość świadczeń przewidzianych w programie monitorowana była na podstawie wyników analiz ankiet satysfakcji uczestników programu, przedkładanych przez realizatorów w sprawozdaniach rocznych (wzór ankiety stanowi załącznik C do programu).

Efektywność programu polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu - zgodnie z załącznikiem D (wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego).

Udzielanie świadczeń w programie zakończyło się do 30 listopada 2023 r.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾

Do programu kwalifikowane były osoby spełniające wszystkie kryteria wskazane w pkt 1-3 programu.

Program przewidywał wykonanie nw. interwencji:

1. Badanie FPG (glikemia na czczo).
2. Badanie OGTT (doustny test obciążenia glukozą 75g w 120 minucie).
3. Konsultacja lekarska.
4. Konsultacje dietetyczne.
5. Wykłady edukacyjne w formie grupowej.

Po zakwalifikowaniu się do udziału w programie każdy uczestnik miał wykonane badanie FPG (glikemia we krwi na czczo). Dalsze postępowanie zależne było od uzyskanego wyniku badania i tak:

1. **Uczestnik miał prawidłowy wynik badania FPG ≤ 99 mg/dl (5.5 mmol/l) i nie zaistniał u niego czynnik ryzyka w postaci nadwagi lub otyłości** – kończył udział w programie i zostawał poinformowany o konieczności wykonywania ww. badania co roku.
2. **Uczestnik miał prawidłowy wynik badania FPG ≤ 99 mg/dl (5.5 mmol/l), ale istniał u niego czynnik ryzyka w postaci nadwagi lub otyłości** – zostawał skierowany na wykład edukacyjny, po odbyciu którego kończył udział w programie.
3. **Wynik badania FPG był nieprawidłowy 100-125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l)** – stan przedcukrzycowy - zostawał skierowany na konsultację lekarską. W przypadku wykrycia, podczas konsultacji lekarskiej, objawów hiperglikemii lub innych objawów wskazujących na konieczność pogłębionej diagnostyki uczestnik mógł zostać skierowany na badanie OGTT.
4. **Wynik badania FPG był nieprawidłowy ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l)** – cukrzyca – zostawał skierowany na badanie OGTT, a następnie na konsultację lekarską.

Dalsze postępowanie zależne było od uzyskanego wyniku badania i wystąpienia (lub nie) czynnika ryzyka w postaci nadwagi lub otyłości, uczestnik kończył udział w programie lub był kierowany na wykłady edukacyjne lub konsultacje dietetyczne tj. gdy:

- **wynik badania OGTT wskazał prawidłową tolerancję glukozy < 140 mg/dl (7,8 mmol/l), a u uczestnika stwierdzono czynnik ryzyka w postaci nadwagi lub otyłości** – zostawał on poinformowany o konieczności wykonywania badań w kierunku wykrywania cukrzycy typu B co roku i zostawał skierowany na wykłady edukacyjne;

- **wynik badania OGTT wskazał prawidłową tolerancję glukozy < 140 mg/dl (7,8 mmol/l), a u uczestnika NIE stwierdzono czynnika ryzyka w postaci nadwagi lub otyłości** – zostawał poinformowany o konieczności wykonywania badań w kierunku wykrywania cukrzycy typu B co roku i na tym etapie kończył udział w programie;
- **wynik badania OGTT wskazał na stan przedcukrzycowy 140-199 mg/dl (7,8–11,0 mmol/l), a u uczestnika stwierdzono czynnik ryzyka w postaci nadwagi lub otyłości** – zostawał on poinformowany o konieczności wykonywania badań w kierunku wykrywania cukrzycy typu B co roku i zostawał skierowany na konsultacje dietetyczne;
- **wynik badania OGTT wskazał na stan przedcukrzycowy 140-199 mg/dl (7,8–11,0 mmol/l), a u uczestnika NIE stwierdzono czynnika ryzyka w postaci nadwagi lub otyłości** – zostawał on poinformowany o konieczności wykonywania badań w kierunku wykrywania cukrzycy typu B co roku i zostawał skierowany na wykłady edukacyjne;
- **wynik badania OGTT wskazał na cukrzycę \geq 200 mg/dl (11,1 mmol/l), a u uczestnika stwierdzono czynnik ryzyka w postaci nadwagi lub otyłości** – zostawał on poinformowany o zagrożeniach wynikających z choroby oraz o konieczności dalszej opieki diabetologicznej poza programem celem wprowadzenia leczenia oraz skierowany na konsultacje dietetyczne;
- **wynik badania OGTT wskazał na cukrzycę \geq 200 mg/dl (11,1 mmol/l), a u uczestnika NIE stwierdzono czynnika ryzyka w postaci nadwagi lub otyłości** – zostawał on poinformowany o zagrożeniach wynikających z choroby oraz o konieczności dalszej opieki diabetologicznej poza programem celem wprowadzenia leczenia oraz kierowano go na wykłady edukacyjne.

Konsultacja lekarska służyła omówieniu wyników badań przez lekarza, zebraniu pogłębionego wywiadu lekarskiego oraz skierowaniu uczestników na dalsze interwencje przewidziane w programie lub zakończeniu udziału w programie i zaleceniu leczenia w ramach NFZ.

Konsultacje dietetyczne

Uczestnik zakwalifikowany do tego etapu programu powinien odbyć od 3 do 4 konsultacji w odstępach czasowych trwających od 1 do 3 miesięcy. **Pierwsza konsultacja** polegała na zebraniu szczegółowego wywiadu (m.in.: wiek, waga, wzrost, wymiary ciała, tryb życia, choroby, ogólne samopoczucie, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna) oraz wyliczeniu początkowego wskaźnika BMI. Podczas tej konsultacji dietetyk ustalał z uczestnikiem najlepszą ścieżkę postępowania prowadzącą do obniżenia jego BMI (zmiana nawyków żywieniowych – możliwość opracowania specjalnego jadłospisu, zwiększenie aktywności fizycznej).

Kolejne konsultacje mają na celu monitorowanie efektów wprowadzonych zmian (w tym poziomu BMI) i do podtrzymania motywacji uczestnika do zmian wcześniej zaleconych. Na każdej z nich przeprowadzany był wywiad (jw.) oraz omawiano efekty wprowadzonych zmian dot. żywienia i aktywności fizycznej oraz ewentualne problemy związane z wprowadzeniem zaleceń, z którymi zetknął się uczestnik. Jeśli zachodziła taka potrzeba to modyfikowano plan podejmowanych działań. Wraz z udzieleniem ostatniej konsultacji dietetycznej uczestnik kończył udział w programie.

Wykłady edukacyjne

Wykłady mogły być prowadzone zarówno stacjonarnie jak i w formie telekonferencji. Każdy uczestnik tego etapu programu miał możliwość odbycia co najmniej 180 minut edukacji w formie wykładów.

Podczas wykładów poruszano następujące tematy:

- charakterystyka ogólna cukrzycy, etiologia, patogenezą, dane epidemiologiczne, objawy, profilaktyka;
- zasady zdrowego stylu życia (korzyści zdrowotne związane z umiarkowanym zmniejszeniem masy ciała i regularną aktywnością fizyczną), sposoby na wprowadzenie zmian, elementy motywacyjne itp.

Materiały wykładowe opracowane były na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji medycznych z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2 np. M. Walicka, T. Chomiuk, K.J. Filipiak, A. Mamcarz, M. Olszanecka-Glinianowicz, B. Wożakowska-Kapłon, M. Wyleżoł, E. Franek; „Zapobieganie rozwojowi cukrzycy typu 2.

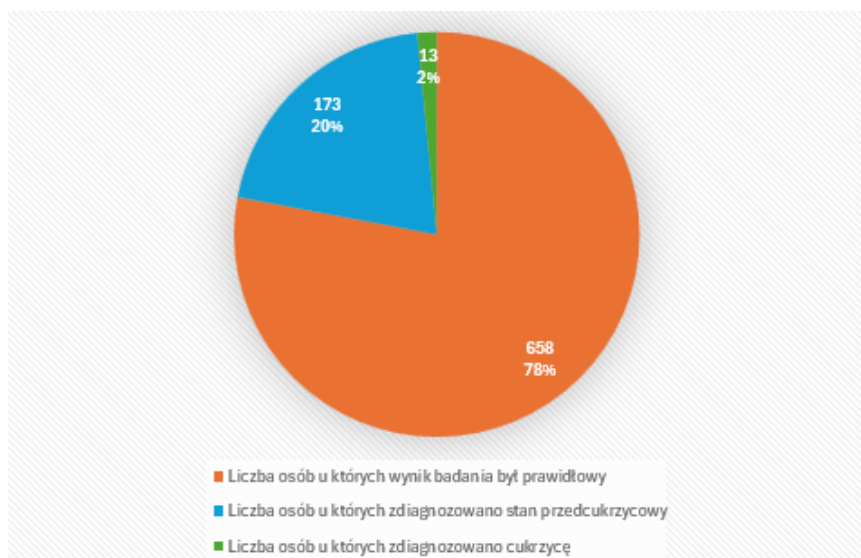
Stanowisko grupy ekspertów wsparte przez Sekcję Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego”, Kardiologia Polska 2015; 73,10.

Poziom wiedzy uczestników sprawdzany był na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test).

W całym okresie realizacji programu chęć udziału w nim zadeklarowały 902 osoby. Wszyscy zostali zakwalifikowani do udziału i wykonano im podstawowe badanie FPG. Na pogłębioną diagnostykę w postaci badania OGTT skierowano 192 osoby, a badanie wykonano u 105 uczestników programu. W wyniku ww. badań (FPG lub FPG+OGTT).

- u 13 osób zdiagnozowano cukrzycę,
- u 173 osób zdiagnozowano stan przedcukrzycowy,
- u pozostałych 658 osób wyniki badania były prawidłowe.

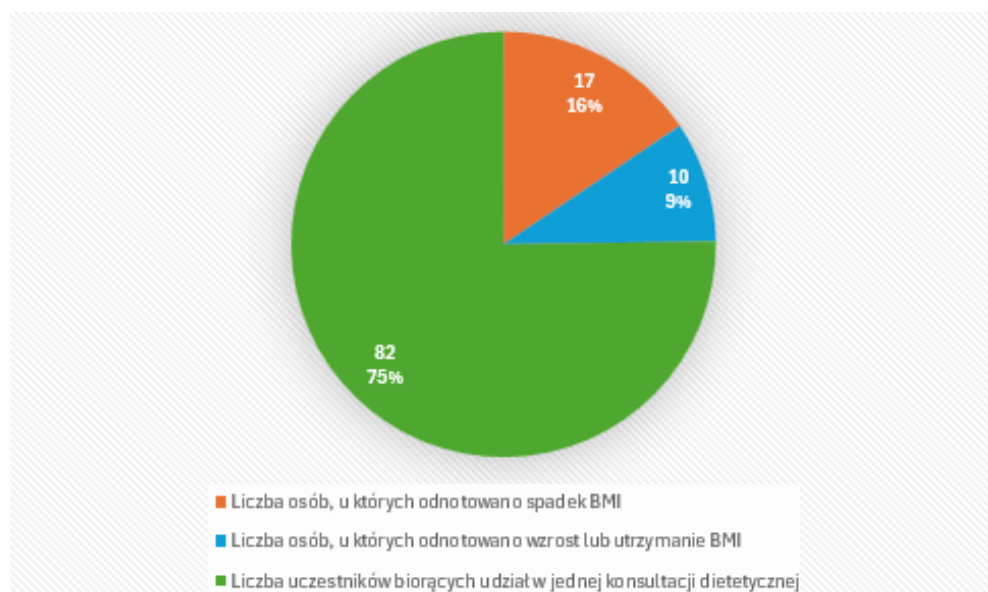
Wykres 1. Wyniki badań laboratoryjnych uczestników programu



Źródło: opracowanie własne

Na konsultacje dietetyczne skierowano łącznie 133 osoby, a udział w nich wzięło 109 osób, przy czym jak wynika ze złożonych sprawozdań jedynie 27 uczestników odbyło więcej niż jedną konsultację dietetyczną. W wyniku realizacji zaleceń u 17 uczestników odnotowano spadek wskaźnika BMI względem jego początkowej wartości mierzonej podczas pierwszej konsultacji dietetycznej. U kolejnych 10 uczestników wskaźnik BMI był utrzymany lub wzrósł. Z powodu odbycia tylko 1 konsultacji dietetycznej nie było możliwe wykonanie ponownego pomiaru BMI u 109 uczestników programu.

Wykres 2. Rezultaty konsultacji dietetycznych uczestników programu



Źródło: opracowanie

własne

Spośród 380 osób skierowanych na wykłady edukacyjne udział wzięło jedynie 53. U 100% z nich odnotowano wzrost wiedzy po odbyciu ww. wykładów.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej: ³⁾

Monitoring programu odbywał się w trzech podstawowych zakresach:

1. Oceny zgłaszalności do programu,
2. Oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,
3. Oceny efektywności programu.

OCENA ZGŁASZALNOŚCI DO PROGRAMU.

Program cieszył się zainteresowaniem mieszkańców województwa mazowieckiego jednak zmniejszało się ono z kwartału na kwartał. Realizatorzy zgłaszali problemy z pozyskaniem i utrzymaniem zakwalifikowanych do programu uczestników. Jako przyczynę ww. problemów realizatorzy wskazywali zarówno na sytuację epidemiologiczną (wprowadzenie stanu epidemii/ stanu zagrożenia epidemicznego COVID-19) i wprowadzonymi w związku z tym obostrzeniami ale również wdrożenie rządowego programu „Profilaktyka 40 Plus”. Zwracano uwagę na to, że osoby zgłaszające chęć udziału w programie niechętnie decydowały się na przystąpienie do niego w obawie o swoje zdrowie w związku z koniecznością odbycia kilku wizyt w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych. Część z tych osób decydowała się na udział w programie „Profilaktyka 40 Plus”, gdyż dawał możliwość wykonania większej liczby badań diagnostycznych (w tym stężenie glukozy we krwi) przy jednokrotnej wizycie w przychodni, a pamiętać należy, że aby zakwalifikować się do udziału w PPZ pacjent nie mógł mieć wykonanych badań stężenia glukozy we krwi i testu obciążenia glukozą w ciągu 12 miesięcy od dnia kwalifikacji, co wykluczało możliwość wzięcia udziału w obu programach.

Jak wynika z informacji uzyskanych od realizatorów programu **wszystkie osoby zgłaszające chęć udziału w programie (902 osoby) spełniały kryteria kwalifikacji i zostały do niego zakwalifikowane.**

Wniosek: Programem objęto 100% osób aplikujących.

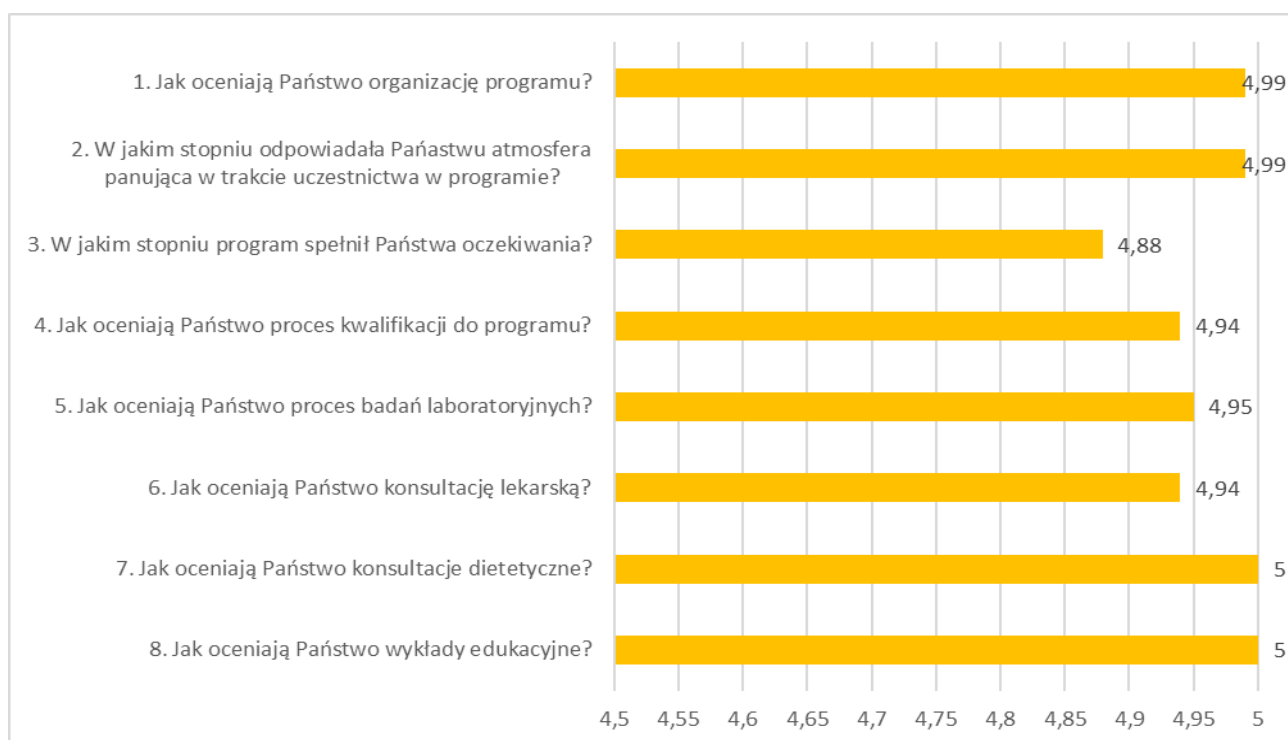
OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ PRZEWIDZIANYCH W PROGRAMIE

Jakość świadczeń w programie oceniana była na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu. Ankiety były anonimowe i miały na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag uczestników na temat jego realizacji, a o ich wypełnienie poproszony był każdy uczestnik zakwalifikowany do udziału w programie. Ankieta zawierała 10 pytań. W pytaniach 1-8 należało zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie 1 oznaczało ocenę najniższą, a 5 ocenę najwyższą. Pytanie 11 stanowiło miejsce na podzielenie się przez uczestników uwagami dot. programu.

Analizy ww. ankiet przekazywane były przez realizatorów wraz ze sprawozdaniami rocznymi.

Na **pytanie 1.** dotyczące organizacji programu średnia ocen odpowiedzi uczestników wynosiła **4,99**. **Pytanie 2.** W jakim stopniu odpowiadała Państwu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie? **uzyskało średnią ocen 4,99**. Odpowiedzi na **pytanie numer 3** – w jakim stopniu program spełnił Państwa oczekiwania? uzyskały średnią ocen odpowiedzi uczestników **4,88**. Równie wysoko zostało ocenione **pytanie 4.**, które dotyczyło oceny procesu kwalifikacji do programu – średnia ocen **4,94**. Kolejno średnią ocen **4,95** oraz **4,94** otrzymały **pytania 5.** oraz **6.**, które badały opinię nt. procesu badań laboratoryjnych oraz konsultacji lekarskich. Nie wszyscy ankietowani odpowiedzieli na **pytania 7.** oraz **8.** 85 uczestników, którzy odpowiedzieli na pytanie 7. dot. konsultacji dietetycznych zaznaczyło odpowiedź 5. Identycznie w pytaniu 8., średnia ocen to **5,0**, a liczba uczestników, którzy odpowiedzieli na to pytanie wynosiła 131 osób (ocena wykładów edukacyjnych).

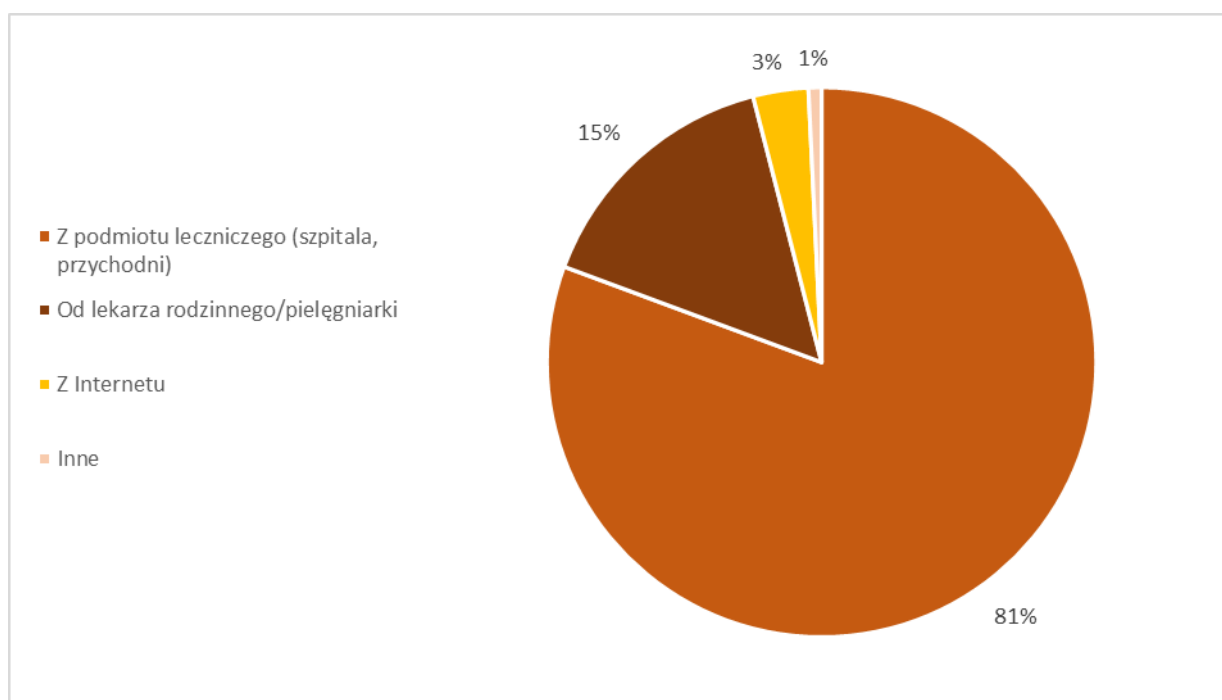
Wykres 3. Średnia uzyskanych ocen na poszczególne pytania dot. satysfakcji z udziału w programie.



Źródło: opracowanie własne

Wszyscy, którzy wzięli udział w ankiecie satysfakcji odpowiedzieli na pytanie nr 9. „Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu?” 421 osób wskazało podmiot leczniczy (szpitale, przychodnie) jako źródło informacji o programie. 80 osób dowiedziało się od lekarza rodzinnego, bądź pielęgniarki. Z Internetu pozyskało informacje 17 osób, a z innych źródeł 4.

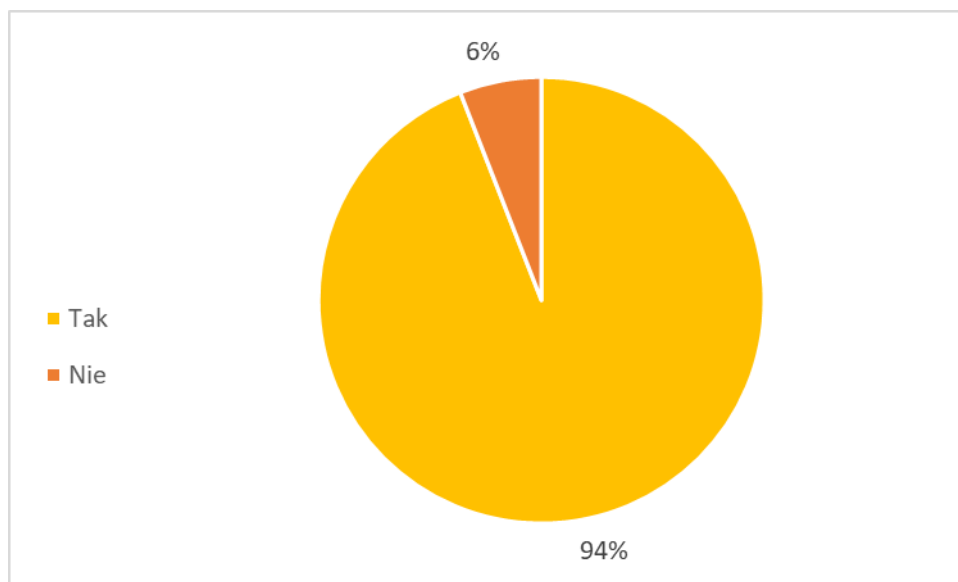
Wykres 4. Procentowy udział odpowiedzi na pytanie nr 9. „Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu?”



Źródło: opracowanie własne

W pytaniu 10. „Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?” 491 osób udzieliło pozytywnej odpowiedzi, natomiast 31 uczestników zaznaczyło odpowiedź „nie”.

Wykres 5. Procentowy udział odpowiedzi na pytanie nr 10. „Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?”



Źródło: opracowanie własne

Żaden z ankietowanych nie udzielił odpowiedzi na pytanie numer 11. dotyczące innych uwag. Ankietowani nie mieli dodatkowych opinii do programu. Na **902** osoby, które zostały zakwalifikowane do programu i którym wykonano badania **522** osoby wypełniły ankiety satysfakcji uczestników. Stanowi to **57,87%** wszystkich uczestników programu.

OCENA EFEKTYWNOŚCI PROGRAMU

Efektywność programu polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o liczbie wykonanych świadczeń w ramach programu - zgodnie z załącznikiem D (wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego).

Głównym celem programu była eliminacja ryzyka zachorowań na cukrzycę typu 2 u minimum 90% osób z planowanej w programie populacji docelowej w latach 2021-2023.

Celami szczegółowymi były:

Cel szczegółowy nr 1: Spadek wskaźnika BMI u co najmniej 20% osób z nadwagą lub otyłością, u których wykryty został stan przedcukrzycowy lub cukrzyca uczestniczących w konsultacjach dietetycznych w trakcie realizacji programu.

Cel szczegółowy nr 2: Zwiększenie wiedzy na temat znaczenia diety i aktywności fizycznej w profilaktyce cukrzycy typu 2 u co najmniej 75% uczestników wykładów edukacyjnych w formie grupowej.

Dla oceny efektywności programu ustalono następujące mierniki:

1. Iloraz liczby osób, które skorzystały z badań profilaktycznych w ramach programu i liczby osób z planowanej w programie populacji, która zostanie objęta interwencjami (*dotyczy celu głównego*).
Wartość docelowa miernika: minimum 90%.
2. Iloraz liczby osób z nadwagą i otyłością, u których wykryty został stan przedcukrzycowy lub cukrzyca i został odnotowany spadek wskaźnika BMI podczas trwania programu i osób z nadwagą lub otyłością, u których wykryty został stan przedcukrzycowy lub cukrzyca, uczestniczących w konsultacjach dietetycznych w trakcie realizacji programu (*dotyczy celu szczegółowego nr 1*).
Wartość docelowa miernika: minimum 20%.
3. Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy na temat profilaktyki cukrzycy i liczby osób, które uczestniczyły w badaniu wiedzy (*dotyczy celu szczegółowego nr 2*).
Wartość docelowa miernika: minimum 75%.

Do wyliczenia wartości mierników zastosowano populację:

Ad. 1

14 745 osób - liczba osób z planowanej w programie populacji docelowej.

Jak podano powyżej, do udziału w programie zakwalifikowano **902 osoby**. Tym samym **wartość miernika efektywności dla celu głównego wyniosła 6,12%**, co stanowi wartość poniżej wartości zakładanej dla tego wskaźnika.

Ad. 2

27 osób – uczestnicy, którzy odbyli więcej niż jedną konsultację dietetyczną.

Na konsultacje dietetyczne skierowano łącznie 133 osoby ale udział w nich wzięło 109, przy czym jak wynika ze złożonych sprawozdań **jedynie 27 uczestników odbyło więcej niż jedną konsultację dietetyczną** umożliwiającą wykonanie ponownego pomiaru BMI. Tym samym **wartość miernika efektywności dla celu szczegółowego wyniosła 63%**, co stanowi wartość powyżej zakładanej minimalnej wartości wskaźnika.

Ad. 3

53 osoby – uczestnicy biorący udział w wykładach edukacyjnych.

Spośród 380 osób skierowanych na wykłady edukacyjne udział wzięło jedynie 53. U wszystkich wzrósł poziom wiedzy. Tym samym **wartość miernika efektywności dla celu szczegółowego wyniosła 100%**, co stanowi wartość powyżej zakładanej minimalnej wartości wskaźnika.

Wnioski

1. Program spotkał się z ograniczonym zainteresowaniem ze strony potencjalnych uczestników. Planowana w programie populacja docelowa była ponad 16-krotnie wyższa od rzeczywistej liczby uczestników programu. Wiele osób zostało wykluczonych z programu z uwagi na korzystanie ze świadczeń w ramach rządowego programu o większym pakiecie badań diagnostycznych.
2. Niewielki odsetek uczestników podjął się przewidzianej w programie edukacji. W działaniach edukacyjnych wzięło udział zaledwie 14% wszystkich osób skierowanych na wykłady edukacyjne.
3. Uczestnicy programu często nie pojawiali się na drugiej (i kolejnej) wizycie dietetycznej.

Rekomendacja

Biorąc pod uwagę niskie zainteresowanie programem, nie rekomenduje się kontynuowania realizacji programu w kolejnych latach.

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.

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).

Całkowity koszty realizacji programu polityki zdrowotnej ⁴⁾ : 146 087,20 zł		
Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w 2021 r. – 92 004,80 zł		
Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w 2022 r. – 42 991,10 zł		
Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w 2023 r. – 11 091,30 zł		
Źródło finansowania⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. 2021 r. - środki własne SWM	92 004,80 zł	-
2. 2022 r. - środki własne SWM	42 991,10 zł	-
3. 2023 r. - środki własne SWM	11 091,30 zł	-
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej		
Źródło finansowania⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
Środki własne SWM	146 087,20 zł	-
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej: ⁶⁾		
Koszty świadczeń zdrowotnych oferowane w ramach programu polityki zdrowotnej:		
Kategoria kosztu	Nazwa elementu	Koszt jednostkowy
Koszty bezpośrednie i pośrednie	Kwalifikacja uczestnika do programu	49,36 zł
	Wykonanie badania FPG	13,42 zł
	Wykonanie badania OGTT	35,74 zł
	Konsultacja lekarska	133,20 zł
	Konsultacja dietetyczna	130,92 zł
	Wykłady w formie grupowej (koszt na 1 uczestnika)	121,04 zł
Z uwagi na fakt, że program realizowany był przez 6 podmiotów, które złożyły oferty na różne kwoty, powyżej przedstawiono uśrednione koszty poszczególnych świadczeń zdrowotnych.		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:^{5),7)}	Opis podjętych działań modyfikujących:⁸⁾	
Problem 1: Niska zgłaszalność do udziału w programie.	Działanie modyfikujące: Realizatorzy organizowali działania informacyjno-promocyjne wśród personelu medycznego.	
Problem 2: Wdrożenie rządowego programu „Profilaktyka 40 Plus”	Działanie modyfikujące: Brak możliwości podjęcia działań modyfikujących.	
Warszawa Miejscowość	11 lipca 2024 r. <i>Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</i>	Agnieszka Gonczaryk – Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie <i>oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</i>
	18 lipca 2024 r. <i>Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</i>	Adam Struzik – Marszałek Województwa Mazowieckiego <i>oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</i>

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.
