

RAPORT KOŃCOWY
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

Gmina Pyskowice ul. Strzelców Bytomskich 3 44-120 Pyskowice 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 Pyskowic w latach 2022-2025”	
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2022-2025	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: od 30.12.2022 r. do 24.10.2024 r.	
Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej: ¹⁾		
Celem głównym programu było ograniczenie zjawiska niezamierzonej bezdzietności wśród mieszkańców Pyskowic w trakcie trwania programu, poprzez zapewnienie leczenia niepłodności metodami wspomaganej reprodukcji w oparciu o przepisy prawa oraz określone standardy postępowania i procedury medyczne, w wyniku których w trakcie trwania programu prognozowało się narodziny około ośmiorga dzieci. Cele szczegółowe programu: - uzyskanie wyniku pozytywnego – ciąży - u co najmniej 25% par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie), - uzyskanie wyniku pozytywnego – ciąży – u co najmniej 30% par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem komórek jajowych dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie), - uzyskanie wyniku pozytywnego – ciąży - u co najmniej 20% par zakwalifikowanych do programu adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie). Cel główny oraz cele szczegółowe nie zostały osiągnięte. Miernikiem ograniczenia zjawiska niezamierzonej bezdzietności wśród mieszkańców Pyskowic był prognozowany wzrost liczby narodzin o około 8 dzieci urodzonych dzięki leczeniu w ramach programu. Miernikiem efektywności leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ramach programu było uzyskanie wyniku pozytywnego - ciąży - u co najmniej 8 par zakwalifikowanych do programu, które przed przystąpieniem do niego bezskutecznie starały się o ciążę. Do programu w roku 2023 zgłosiło się łącznie 6 par, a w roku 2024 zgłosiła się 1 para. Pomimo zarejestrowanych w Gminie 7 zgłoszeń, 2 pary zrezygnowały z udziału w programie. Dofinansowanie otrzymały 4 pary w roku 2023 oraz 1 para w 2024. W sumie przeprowadzono 5 procedur zapłodnienia pozaustrojowego. Uzyskano 1 pozytywny wynik ciąży. Efektem programu są narodziny 1 dziecka. W związku z wprowadzeniem ministerialnego, bezpłatnego programu pn. "Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028", zapewniającego parom dotkniętym problemem niepłodności aż 6 indywidualnych procedur wspomaganego rozrodu dla jednej pary w różnych wariantach i tym samym możliwość skorzystania z większego dofinansowania oraz brakiem zainteresowania gminnym programem, po przeprowadzeniu analizy możliwości, Uchwałą Nr VIII/66/2024 Rady Miejskiej w Pyskowicach z dnia 24 października 2024 r. podjęto decyzję o wcześniejszym zakończeniu realizacji i finansowania programu.		
Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej: ²⁾		
Każda para zakwalifikowana do programu miała prawo do skorzystania z dofinansowania jednej, zindywidualizowanej procedury medycznie wspomaganej reprodukcji. Warunkiem niezbędnym uzyskania dofinansowania było zakwalifikowanie pary do programu przez realizatora oraz przeprowadzenie co najmniej wymienionych poniżej interwencji (w zależności od sytuacji klinicznej pary): 1. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet pary (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie) powinna objąć przeprowadzenie przynajmniej następujących elementów:		

- kwalifikacja na podstawie indywidualnej oceny sytuacji klinicznej pary i po przeprowadzeniu niezbędnej diagnostyki, w tym w szczególności wymaganych ustawowo badań;
 - stymulację mnogiego jajczkowania wraz z nadzorowaniem jej przebiegu;
 - dobór dawcy nasienia, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności (w przypadku dawstwa innego niż partnerskie);
 - punkcja pęcherzyków jajnikowych;
 - znieczulenie ogólne podczas punkcji pęcherzyków jajnikowych;
 - zapłodnienie pozaustrojowe oraz nadzór nad rozwojem zarodków in vitro;
 - transfer zarodków do jamy macicy w cyklu świeżym, jeśli pozwala na to sytuacja kliniczna pacjentki;
 - kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym, które nie zostały transferowane do jamy macicy, w celu późniejszego wykorzystania przez parę w kolejnych cyklach.
2. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych od anonimowej dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie) powinna objąć przeprowadzenie przynajmniej następujących elementów:
- kwalifikacja na podstawie indywidualnej oceny sytuacji klinicznej pary i po przeprowadzeniu niezbędnej diagnostyki, w tym w szczególności wymaganych ustawowo badań;
 - dobór dawczyni komórek rozrodczych, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności;
 - przygotowanie biorczyny do transferu zarodka/ów;
 - pozaustrojowe zapłodnienie komórek jajowych dawczyni i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro;
 - transfer zarodków do jamy macicy w cyklu świeżym, jeśli pozwala na to sytuacja kliniczna pacjentki;
 - kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym, które nie zostały transferowane do jamy macicy w celu późniejszego wykorzystania przez parę w kolejnych cyklach.
3. Procedura adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie) powinna objąć przeprowadzenie przynajmniej następujących elementów:
- kwalifikacja na podstawie indywidualnej oceny sytuacji klinicznej pary i po przeprowadzeniu niezbędnej diagnostyki, w tym w szczególności wymaganych ustawowo badań;
 - dobór dawcy zarodka, zgodnie z wymogami ustawy o leczeniu niepłodności;
 - przygotowanie biorczyny do transferu zarodka/ów;
 - przygotowanie zarodków i transfer zarodków do jamy macicy.

W ramach programu zastosowano 5-krotnie procedurę zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet pary (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie).

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

Do programu zgłosiło się łącznie 7 par, jednak 2 pary zrezygnowały z udziału w programie. Do programu zakwalifikowano 5 par i przeprowadzono 5 procedur zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet pary (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie). Spośród ww. par, 1 para uzyskała ciążę kliniczną (20%), w efekcie urodziło się 1 dziecko. Na skutek leczenia w ramach programu powstały 3 zarodki, które poddano kriokonserwacji. W sumie odnotowano 4 (80%) niepowodzenia leczenia par zakwalifikowanych do programu. Wśród przyczyn niepowodzeń uzyskanych w ramach programu wskazano: nieprawidłową odpowiedź na stymulację, niską jakość komórek jajowych, nieprawidłowy rozwój zarodka, zaburzenia w implantacji oraz warunki medyczne danej pary. Nie odnotowano par, które: zrezygnowały z udziału w programie z przyczyn medycznych, zrezygnowały z udziału w programie z przyczyn pozamedycznych. Nie wystąpiły cięższe wielopłodowe, powstałe na skutek leczenia w ramach programu, ani powikłania w postaci zespołu hiperstymulacji u pacjentek leczonych w ramach programu.

Ocena poziomu satysfakcji uczestników:

Otrzymało zwrotnie 5 wypełnionych ankiet (wypełnienie ankiety było dobrowolne i nie warunkowało udziału w programie). Z ankiet wynika, iż pary dowiedziały się o programie z mediów społecznościowych (1) oraz strony internetowej (4). Pary oceniły promocję programu w stopniu bardzo dobrym (4) i dobrym (1), natomiast dostęp do informacji na temat zasad kwalifikacji, świadczeń medycznych objętych programem oraz ośrodków będących realizatorami w stopniu bardzo dobrym (5). Organizacja programu oraz poziom świadczonych usług oceniona została bardzo dobrze (najwyższa możliwa ocena). 3 ankiety zostały wypełnione w trakcie leczenia w ramach programu, natomiast 2 po zakończeniu. Nie zgłoszono uwag na temat programu.

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).

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: ⁴⁾		
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 1) 2023		
2) 2024		
Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1) Gmina Pyskowice	20 000,00 zł	-
2) Gmina Pyskowice	5 000,00 zł	-
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej		
Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Gmina Pyskowice	25 000,00 zł	-
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej ⁶⁾ : 5 000,00 zł		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej ^{5),7)} : Nie dotyczy		Opis podjętych działań modyfikujących: ⁸⁾ Nie podejmowano
Problem 1: Nie dotyczy		Działanie modyfikujące: Nie podejmowano
Pyskowice Miejscowość	21.01.2025 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	 oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾
	21.01.2025 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	 oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾

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.