

Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej

Data wpływu:.....

Sygn. akt:.....

wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

<p>Gmina Lublin Plac Króla Władysława Łokietka 1 20-109 Lublin</p> <p>oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>
<p>Nazwa programu polityki zdrowotnej:</p> <p style="text-align: center;">„Program polityki zdrowotnej Gminy Lublin na lata 2018-2020 w przedmiocie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci i młodzieży oraz dla osób dorosłych w stanach terminalnych choroby”</p>	
<p>Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:</p> <p style="text-align: center;">2018-2020</p>	<p>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:</p> <p style="text-align: center;">27.08.2018 – 20.12.2018 01.03.2019 – 20.11.2019 01.01.2020 – 20.12.2020</p>
<p>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej¹</p> <p>Celem głównym programu była poprawa jakości życia chorych cierpiących na choroby przewlekłe lub znajdujących się w stanie terminalnym i zmniejszenie o co najmniej 1 punkt odczuwalnego dyskomfortu bólowego w skali bólu NRS.</p> <p>Do celów szczegółowych Programu należało:</p> <ul style="list-style-type: none"> * poprawa dostępności do fachowego wsparcia rodzin osób objętych opieką paliatywną, zarówno w okresie choroby jak i osierocenia; * redukcja bólu i innych objawów somatycznych oraz ich uśmierzenia w trakcie opieki paliatywnej; * zmniejszenie do poziomu akceptowalnego przez pacjenta dolegliwości takich jak: nudności, wymioty, zaparcia, odleżyny w trakcie realizacji usług opiekuńczych; * zwiększenie skuteczności opieki poprzez złagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych w ramach programu; * zwiększenie o 10% dostępności do bezpłatnych świadczeń opiekuńczych dla pacjentów objętych opieką paliatywną w latach 2018-2020; * wzrost świadomości pacjentów paliatywnych na temat leczenia objawowego, w tym leczenia bólu, poprzez działania edukacyjne w ramach programu; * poszerzenie wiedzy personelu medycznego w zakresie opieki długoterminowej oraz paliatywno-hospicyjnej poprzez działania edukacyjne w ramach programu. <p>Oceniając realizację założonych celów w świetle zebranych informacji należy stwierdzić, że w okresie trzech lat realizowania programu (2018-2020) program cieszył się dużym zapotrzebowaniem wśród pacjentów wymagających opieki paliatywnej i hospicyjnej, tym samym realizacja Programu była jak najbardziej zasadna. W ramach programu podjęte zostały działania edukacyjne dla rodzin/opiekunów</p>	

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.

osób w stanach terminalnych choroby. Działania te miały na celu zwiększenie wiedzy i umiejętności osób zaangażowanych w opiekę nad pacjentem w terminalnym stadium choroby.

Oceniając liczbę osób uczestniczących w programie należy ocenić, że osiągnięto poziom maksymalny – o czym świadczy liczba wykorzystanych łóżek – zostały zajęte wszystkie dostępne w placówkach medycznych łóżka.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej²

Program polityki zdrowotnej gminy Lublin na lata 2018-2020 w przedmiocie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci i młodzieży oraz dla osób dorosłych w stanach terminalnych choroby obejmował następujące interwencje:

1) Świadczenia w warunkach stacjonarnych:

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- porady psychologa;
- leczenie farmakologiczne;
- leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna);
- leczenie innych objawów somatycznych, w tym tlenoterapia;
- opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- rehabilitacja;
- zapobieganie powikłaniom;
- zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne do realizacji opieki;
- opiekę wyręczającą.

2) Świadczenia w warunkach domowych;

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- porady psychologa;
- leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna);
- leczenie innych objawów somatycznych, w tym tlenoterapia;
- opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- rehabilitacja;
- zapobieganie powikłaniom;
- ordynacje leków;
- bezpłatne wypożyczenie wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
- przejazd środkami transportu sanitarnego

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej³

Program monitorowany był na bieżąco. Analiza sprawozdań przedkładanych w każdym roku przez podmioty realizujące program pozwalała na okresową ocenę stopnia realizacji programu, oraz wykorzystania środków przeznaczonych w danym roku na finansowanie programu.

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 latach 2018-2020 Program realizowany był przez dwa podmioty medyczne tj. Stowarzyszenie Lubelskie Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia w Lublinie oraz Stowarzyszenie Lubelskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie.

W ciągu trzech lat trwania programu pomocą objęto 142 pacjentów wymagających opieki paliatywnej i hospicyjnej. W 2018 r. było to 4 dzieci i 43 pacjentów dorosłych. W 2019 r. z programu skorzystało 9 dzieci i 47 pacjentów dorosłych. W 2020 r. pomocą objęto 10 dzieci i 29 pacjentów dorosłych.

Podczas trwania programu koszt osobodnia w hospicjum dla dorosłych wynosił 45 zł. Natomiast koszt osobodnia w hospicjum dla dzieci wynosił 89 zł. Koszt 1 osobodnia w hospicjum stacjonarnym – zarówno dla dzieci jak i dla dorosłych wynosił 342 zł.

Z raportów końcowych podmiotów medycznych biorących udział w programie wynika, iż średni czas oczekiwania na wykonanie usługi nie uległ zmianie na przestrzeni 3 lat. Na pobyt w hospicjum dla dzieci czas oczekiwania wynosi 0 dni, gdyż dzieci przyjmowane są w trybie natychmiastowym. W przypadku miejsc w hospicjum dla dorosłych czas ten jest zdecydowanie dłuższy i wynosi 50 dni.

Z przeprowadzonych w ramach Programu spotkań edukacyjnych skorzystało 113 osób – opiekunów i przedstawicieli rodzin osób chorych.

Środki finansowe z programu zostały przeznaczone na zakup niezbędnych leków materiałów opatrunkowych, odżywek, drobnego sprzętu jednorazowego użytku oraz wynagrodzenie personelu udzielającego świadczeń.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej⁴

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: **2018-2020**

Źródło finansowania⁵	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
Rok 2018		
1. budżet miasta Lublin (100%)	217 754 zł	nie dotyczy
Rok 2019		
1. budżet miasta Lublin (60%)	180 145.80 zł	nie dotyczy
2. dofinansowanie NFZ (40%)	117 585.20 zł	
Rok 2020		
1. budżet miasta Lublin (100%)	296 988 zł	nie dotyczy

Cały okres realizacji 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.

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
Ogółem		
1. budżet miasta Lublin	694 887.80 zł	nie dotyczy
2. dofinansowanie z NFZ	117 585.20 zł	nie dotyczy
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej⁶		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej^{5, 7}		Opis podjętych działań modyfikujących⁸
Problem 1: brak możliwości zorganizowania spotkań informacyjno-edukacyjnych w 2020 r. w formie stacjonarnej w związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju.		Działania modyfikujące: Zorganizowano spotkania informacyjno-edukacyjne w formie online
Miejscowość: Lublin	16 marca 2021 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Aleksandra Smyk - Kotlarz Główny Specjalista Wydział Zdrowia i Profilaktyki Urzędu Miasta Lublin oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹
	16 marca 2021 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	dr Barbara Danieluk Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia i Profilaktyki Urzędu Miasta Lublin oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹

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 z 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

