

<p>MINISTER ZDROWIA 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: <i>Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018</i></p>	
<p>Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2016-2018</p>	<p>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2016-2018</p>
<p>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾</p> <p>Celem głównym programu polityki zdrowotnej pn. <i>Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018</i> było obniżenie liczby amputacji i inwalidztwa, przedwczesnych zgonów oraz poprawa jakości życia pacjentów z Zespołem Stopy Cukrzycowej.</p> <p>Cel ten, realizowany został przy pomocy następujących celów szczegółowych:</p> <ol style="list-style-type: none">1) wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną; Gabinety te zostały zlokalizowane przy dużych ośrodkach diabetologicznych prowadzących ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i mające zaplecze w postaci oddziałów szpitalnych (kliniki/oddziały diabetologii). Takie umiejscowienie zapewnia większą możliwość kompleksowego podejścia do problemów zdrowotnych chorego z cukrzycą i ZSC. Oddziały stacjonarne stanowią zaplecze dla potrzeb hospitalizacji chorych tego wymagających, co zwiększa gwarancję ciągłości specjalistycznego leczenia.2) wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową; Z kolei gabinety podstawowe zostały utworzone przy poradniach diabetologicznych na terenie całego kraju. Zadaniem tych gabinetów jest leczenie pacjentów, u których wystąpił łagodniejszy przebieg choroby. Przypadki o cięższym przebiegu klinicznym są konsultowane i ewentualnie przekazywane do leczenia do gabinetów pełniących funkcję referencyjną.3) organizacja szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC; Kursy i szkolenia edukacyjne dla lekarzy i pielęgniarek zostały zorganizowane celem podniesienia kwalifikacji zespołów medycznych pracujących z pacjentami z ZSC, z preferencją osób pracujących w gabinetach leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną oraz podstawową. Ich celem było uzyskanie przez lekarzy diabetologów, lekarzy innych specjalności i pielęgniarki, niezbędnych kwalifikacji, w tym umiejętności praktycznych, koniecznych do udzielania świadczeń leczniczych i pielęgnacyjnych w ramach gabinetów podstawowych i referencyjnych leczenia zespołu stopy cukrzycowej. Ponadto, celem zaznajomienia z zagadnieniami profilaktyki, diagnostyki i leczenia ZSC zostało opracowane w formie e-learningu szkolenie dla lekarzy POZ, z którego docelowo mogą korzystać wszystkie grupy medyczne, w tym również studenci uczelni medycznych.4) kampania edukacyjna skierowana do pacjentów z cukrzycą. W ramach kampanii przeprowadzono szereg działań skierowanych do pacjentów z cukrzycą, które ukierunkowane zostały na profilaktykę (obejmującą, właściwe ćwiczenia fizyczne, unikanie nałogów, higienę stóp, dobór właściwego obuwia i inne) i leczenie zespołu stopy cukrzycowej. Wśród tych działań przeprowadzono m.in. akcje: plakatową, radiowe spoty informacyjne, utworzenie portali internetowych. Opracowane materiały konsultowano z Krajowym Konsultantem w dziedzinie diabetologii. <p>Wybór realizatorów Programu został dokonany w drodze postępowania konkursowego w trybie przepisów zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2014 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 84, z późn. zm.).</p> <p>Program został sfinansowany z części budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia z części 46 – Zdrowie, działu – 851 – Ochrona Zdrowia, rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej. W przypadku realizacji celu 1 oraz 2 był wymagany udział własny realizatorów w zakresie zakupu sprzętu i aparatury w wysokości nie mniejszej niż 15% wartości sprzętu.</p>	

I. Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną

W ramach środków przyznanych na realizację zadania *Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną* w 2016 roku wydatkowano kwotę 388 166,65 zł na zakup 106 sztuk sprzętu specjalistycznego. Utworzono 8 gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję gabinetu referencyjnego. Gabinety powstały w województwach: mazowieckim, lubelskim, dolnośląskim, małopolskim, wielkopolskim, pomorskim, zachodniopomorskim oraz podlaskim. Dane dotyczące rodzaju oraz ilości zakupionego sprzętu przez poszczególnych realizatorów zostały przedstawione w załączniku nr I do raportu.

II. Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową

W ramach środków przyznanych na realizację zadania *Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową* wydatkowano kwotę 708 819,73 zł na zakup 248 sztuk sprzętu specjalistycznego. Utworzono 27 z 56 planowanych gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję gabinetu podstawowego. Dane dotyczące rodzaju oraz ilości zakupionego sprzętu przez poszczególnych realizatorów zostały przedstawione w załączniku nr I do raportu.

Liczba utworzonych w poszczególnych województwach gabinetów podstawowych w porównaniu do liczby zakładanych do utworzenia w 2017 roku gabinetów przedstawia tabela nr I.

Tabela I. Planowana liczba gabinetów, która miała powstać w ramach zadania: *Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową* oraz liczba powstałych gabinetów powstałych w poszczególnych województwach.

L.p.	Województwo	Planowana liczba gabinetów mogących pełnić funkcję podstawową	Powstało
1.	Mazowieckie	8	2
2.	Śląskie	7	5
3.	Wielkopolskie	5	2
4.	Małopolskie	5	3
5.	Dolnośląskie	4	2
6.	Łódzkie	4	2
7.	Pomorskie	3	2
8.	Lubelskie	3	3
9.	Podkarpackie	3	0
10.	Kujawsko-Pomorskie	3	0
11.	Zachodniopomorskie	3	1
12.	Warmińsko-Mazurskie	2	1
13.	Świętokrzyskie	2	2
14.	Podlaskie	2	0
15.	Lubuskie	1	1
16.	Opolskie	1	1
SUMA:		56	27

Zgodnie z treścią Programu, planowano funkcjonowanie 1 gabinetu na ok. 686 tys. mieszkańców. W 2017 roku przeprowadzono trzy konkursy ofert na wybór realizatorów zadania *Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową*, gdzie wybrano 27 realizatorów (wykonanie 48,21%). Wybrana liczba realizatorów pozwoliła ostatecznie osiągnąć wskaźnik na poziomie 1 gabinetu na ok. 1 425 tys. mieszkańców. Średnią liczbę mieszkańców przypadającą na 1 gabinet podstawowy w poszczególnych województwach przedstawia tabela II.

²⁾ Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej.

Tabela II. Średnia liczba mieszkańców przypadająca na jeden gabinet podstawowy w poszczególnych województwach powstały w ramach zadania *Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową*

Lp.	Województwo	Liczba mieszkańców	Liczba gabinetów podst.	Średnia liczba mieszkańców na 1 gabinet
1.	Mazowieckie	5 349 114	2	2 674 557
2.	Śląskie	4 570 849	5	914 170
3.	Wielkopolskie	3 475 323	2	1 737 662
4.	Małopolskie	3 372 618	3	1 124 206
5.	Dolnośląskie	2 904 207	2	1 452 104
6.	Łódzkie	2 493 603	2	1 246 802
7.	Pomorskie	2 307 710	2	1 153 855
8.	Lubelskie	2 139 726	3	713 242
9.	Podkarpackie	2 127 657	0	0
10.	Kujawsko-pomorskie	2 086 210	0	0
11.	Zachodniopomorskie	1 710 482	1	1 710 482
12.	Warmińsko-mazurskie	1 439 675	1	1 439 675
13.	Świętokrzyskie	1 257 179	2	628 590
14.	Podlaskie	1 188 800	0	0
15.	Lubuskie	1 018 075	1	1 018 075
16.	Opolskie	996 011	1	996 011
SUMA:		38 437 239	27	1 423 601,44

Zakładany cel utworzenia jednego gabinetu podstawowego na ok. 686 tys. mieszkańców udało się zrealizować w województwie świętokrzyskim oraz częściowo w lubelskim. W województwach podkarpackim, kujawsko-pomorskim oraz podlaskim nie powstał ani jeden gabinet podstawowy.

Należy wskazać, iż mimo realizacji w połowy powyższych zadań, utworzenie gabinetów referencyjnych oraz podstawowych przyczyniło się do poprawy dostępności oraz jakości leczenia ZSC na terenie całego kraju.

III. Organizacja szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC

W ramach środków przyznanych na realizację zadania *Organizacja szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC* wydatkowano kwotę 215 260,14 zł. Wybrano 3 z 4 planowanych realizatorów, którzy odpowiadali za organizację szkoleń w różnych regionach kraju. Ponadto, jedna z jednostek odpowiada za organizację szkoleń w formie e-learningowej, które skierowane jest do lekarzy POZ, celem zaznajomienia z problematyką ZSC w tym jego diagnostyką i multidyscyplinarnym leczeniem.

W 2017 roku na realizację zadania wydatkowano kwotę 202 569,11 zł. Ponadto, w 2017 roku wybrano czwartego realizatora, który razem z trzema realizatorami wybranymi w roku 2016 odpowiadali za organizację szkoleń w różnych regionach kraju.

Celem szkoleń jest podniesienie kwalifikacji specjalistycznych zespołów medycznych pracujących z pacjentami z ZSC. Łącznie, w 2017 roku, w trybie stacjonarnym przeszkolono 74 osoby z 150 planowanych do przeszkolenia do końca trwania Programu tj. 2018 roku. W ramach kursu e-learningowego w 2017 roku zarejestrowało się 469 osób, z czego 189 osób ukończyło cały kurs.

W 2018 roku wydatkowano kwotę 198 329,50 zł. Łącznie, w 2018 roku, w trybie stacjonarnym przeszkolono 82 osoby z 150 planowanych osób przeszkolonych w czasie trwania Programu. Z kolei 663 osoby zarejestrowały się na platformie e-learningowej, z czego 281 ukończyło kurs zdając test zaliczeniowy.

Podsumowując, w trybie stacjonarnym przeszkolono 156 osoby z planowanych 150. Natomiast w ramach szkoleń e-learningowych zarejestrowało się w latach 2017-2018 łącznie 1 132 osoby, z czego 470 ukończyło kurs zdając z wynikiem pozytywnym test. Należy wskazać, iż zgodnie z treścią Programu planowane było przeszkolenie 1 000 osób. Realizator mimo prowadzonych działań przypominających kursantom o szkoleniu i teście nie miał wpływu na liczbę osób, która ostatecznie ukończyła kurs do końca okresu realizacji Programu. Niemniej jednak, należy wskazać, iż platforma e-learningowa umożliwia udział w kursie i zdanie testu również po zakończeniu Programu, co ostatecznie umożliwi udział w szkoleniu znacznie większej liczby osób.

Informacje dotyczące wykonanych zadań w poszczególnych latach 2016-2018 roku przez poszczególnych realizatorów przedstawiono w załączniku nr II do raportu.

IV. Kampania edukacyjna skierowana do pacjentów z cukrzycą

W ramach kampanii edukacyjnej i informacyjnej zaplanowano szereg działań skierowanych do pacjentów z cukrzycą, które ukierunkowane są na profilaktykę (obejmującą właściwe wyrównanie cukrzycy, właściwe ćwiczenia fizyczne, unikanie nałogów, higienę stóp, dobór właściwego obuwia i inne) i leczenie zespołu stopy cukrzycowej. Wybrany realizator odpowiada za całą kampanię przez cały okres trwania Programu. W 2016 roku, realizator był zobowiązany do opracowania materiałów graficznych kampanii, przygotowania i przeprowadzenia badania poziomu wiedzy na temat występowania Zespołu Stopy Cukrzycowej i związanych z nim zagrożeń oraz nagrania jednego spotu radiowego i jednego spotu informacyjnego w formie krótkiego filmu na temat kampanii. Wszelka dystrybucja materiałów (ulotek, plakatów, human standu) do szpitali/przychodni, podobnie jak emisja spotu radiowego oraz realizacja pozostałych czynności kampanii została zaplanowana na 2017 rok. Szczegółowy zakres zrealizowanych zadań znajduje się w tabeli poniżej.

W 2017 roku na realizację kampanii wydatkowano środki w wysokości 578 484,01 zł. Zrealizowane zadania obejmowały dystrybucję materiałów informacyjno-edukacyjnych (ulotek, plakatów, human standu – odpowiedniego załącznik nr IV,V i VI do raportu) do 380 przychodni diabetologicznych oraz 1 757 przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, które posiadały zawarty kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia – łącznie, materiały otrzymało ponad 2 tys. jednostek. Ponadto, w ramach kampanii sfinansowano 700 emisji spotów radiowych o tematyce ZSC. Emisja spotów odbyła się w następujących stacjach: Polskie Radio S.A Program 1 oraz Program 2, Radio Warszawa, Radio Emaus, Radio Józef, Radio Niepokalanów oraz Radio Łódź S.A. Oprócz emisji spotów radiowych, przeprowadzono specjalne 3 audycje o tematyce cukrzycy i ZSC. Audycje zostały przeprowadzone w Polskim Radio S.A. Program 1 oraz Radio Łódź S.A. Udział w audycji wziął m.in. prof. Maciej Małecki – Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Ponadto, w ramach środków przekazanych na realizację zadania, realizator prowadził stronę internetową oraz portal społecznościowy o tematyce Zespołu Stopy Cukrzycowej.

W 2018 roku w ramach kampanii zaplanowano produkcje video-wykładów na temat profilaktyki ZSC oraz pielęgnacji stopy przy ZSC. Z uwagi na trudności w realizacji video, w tym zaangażowania odpowiednich ekspertów do produkcji ostatecznie zrezygnowano z zadania – co spowodowało również zmniejszenie środków na realizację zadania o 76 990,00 zł (z 107 000,00 do 30 010,00 zł). W ramach środków przekazanych na realizację zadania, realizator kontynuował zadania dotyczące prowadzenia strony internetowej oraz portalu społecznościowego o tematyce Zespołu Stopy Cukrzycowej. Opracowane materiały w ramach zadania były opiniowane przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie diabetologii.

Informacje dotyczące wykonanych zadań w poszczególnych latach 2016-2018 roku przedstawiono w załączniku nr III do raportu.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

Dane udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia z ostatnich lat przed realizacją Programu (2015) wskazują, że w Polsce co roku przeprowadzano pierwszorazowe wysokie amputacje u ponad 4500 pacjentów. Program zakładał, iż podjęte działania przyczynią się do zmniejszenia tej liczby o około 30% (do 3000/rok) w ciągu 5 lat po uruchomieniu, wyposażeniu i doposażeniu sieci gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej na terenie całego kraju, przeszkoleniu zespołów medycznych oraz przeprowadzeniu kampanii informacyjnej. Ponadto, oczekiwany jest podobny spadek wskaźnika wyrażającego liczbę nieurazowych wysokich amputacji u chorych z cukrzycą w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców. W 2012 roku wynosił on 11,97 (spadek również o 30%).

W związku powyższym, dokładną ocenę efektywności Programu będzie można dokonać po 2023 roku. Należy wskazać, iż w rzeczywistości realizacja głównych zadań (utworzenia sieci gabinetów leczenia ZSC) określonych w Programie nie została zrealizowana w całości, co z kolei może mieć istotny wpływ na osiągnięcie zakładanych celów.

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).

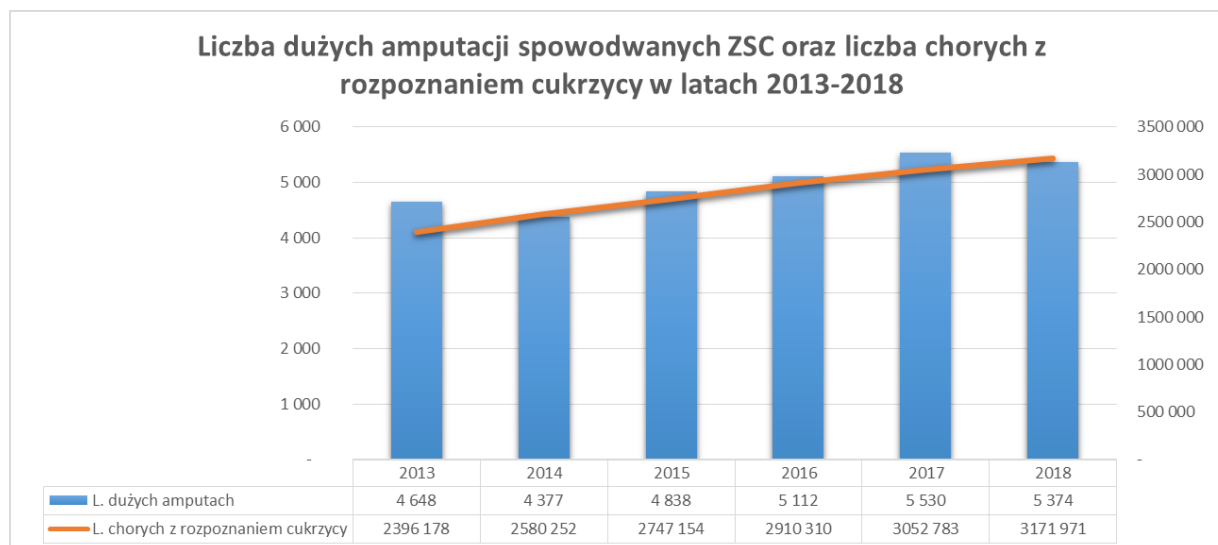
Aktualną sytuację epidemiologiczną zaprezentowano na wykresie poniżej, który przedstawia liczbę wysokich amputacji spowodowanych ZSC oraz liczbę chorych z rozpoznaniem cukrzycy w latach 2013-2018. Należy zauważyć, iż mimo dalszego wzrostu zachorowania na cukrzycę, który w 2018 wyniósł ponad 30% w stosunku do 2013, odsetek wysokich amputacji jest dwa razy mniejszy (wyjątek rok 2017). Co więcej, w 2018 roku zauważalny jest spadek wysokich amputacji w porównaniu do 2017 (mimo wzrostu nowych zachorowań na cukrzycę).

Jak wskazano powyżej, szczegółowa ocena Programu możliwa będzie do dokonania po 2023 roku.

Tabela III. Trend wysokich amputacji spowodowanych ZSC oraz chorych z rozpoznaniem cukrzycy w latach 2014-2018 w odniesieniu do roku 2013 (opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia).

Lata	Odsetek wysokich amputacji	Odsetek chorych z rozpoznaniem cukrzycy
Rok bazowy 2013		
2014	-5,83%	7,68%
2015	4,09%	14,65%
2016	9,98%	21,46%
2017	18,98%	27,40%
2018	15,62%	32,38%

Wykres I. Porównanie trendu liczby wysokich amputacji spowodowanych ZSC z liczbą chorych z rozpoznaniem cukrzycy w latach 2013-2018 (opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia).



Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: ⁴⁾		
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2016		
Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
W 100% finansowanie z budżetu państwa, część 46 - Zdrowie, dział 851 - Ochrona Zdrowia, rozdział 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej	414 900,17 zł	314 220,32 zł
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2017		
Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
W 100% finansowanie z budżetu państwa, część 46 - Zdrowie, dział 851 - Ochrona Zdrowia, rozdział 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej	878 794,06 zł	581 457,32 zł
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2018		
Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
W 100% finansowanie z budżetu państwa, część 46 - Zdrowie, dział 851 - Ochrona Zdrowia, rozdział 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej	228 339,50 zł	0 zł
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej 2016-2018		
Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
W 100% finansowanie z budżetu państwa, część 46 - Zdrowie, dział 851 - Ochrona Zdrowia, rozdział 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej	1 522 033,73 zł	895 677,64 zł
Łączne wydatki bieżące i majątkowe w latach 2016-2018:	2 417 711,37 zł	
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej: ⁶⁾ (koszt jednostkowy w danym roku realizacji z podziałem na poszczególne zadania przedstawiono w załącznikach nr 1-3 do raportu)		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej: ^{5),7)}	Opis podjętych działań modyfikujących: ⁸⁾	
Problem 1: W zakresie zadania <i>Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową</i> oraz <i>Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną</i> nastąpiły problemy z wyborem odpowiedniej liczby realizatorów.	Działanie modyfikujące: Dla zadania dot. utworzenia <u>gabinetów podstawowych</u> w roku 2017 przeprowadzono 3 postępowania konkursowe, w których łącznie wybrano 27 z 56 planowanych realizatorów. Powodem niewybrania wystarczającej liczby realizatorów było niskie zainteresowanie Programem – mimo podejmowanych działań informacyjnych o konkursie przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne i Krajowego Konsultanta w dziedzinie diabetologii. Natomiast dla zadania dot. utworzenia <u>gabinetów referencyjnych</u> z uwagi na ograniczenia czasowe (wybór realizatorów nastąpił w IV kwartale 2016) i małą liczbę ofert w konkursie (w ramach konkursu wpłynęło 17 ofert z czego 10 spełniało wymagania progowe) postanowiono o braku podejmowania dodatkowych działań w roku 2016. Powodem niewybrania większej liczby realizatorów podobnie jak w przypadku gabinetów podstawowych było przede wszystkim niskie zainteresowanie.	

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”.

	<p>21 stycznia 2019 roku, po konsultacji z Krajowym Konsultantem w dziedzinie diabetologii, a także za zgodą Ministra Zdrowia nadano status gabinetu referencyjnego dwóm gabinetom podstawowym tj.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Żołnierska 18 10-561 Olsztyn – województwo warmińsko-mazurskie; - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary, ul. Medyków 1, 41-200 Sosnowiec – województwo śląskie. <p>Powyższe zostało uzasadnione m.in. większymi potrzebami regionu w zakresie leczenia ZSC, największym doświadczeniem jednostek, spełnieniem kryteriów w zakresie wyposażenia i posiadania wykwalifikowanej kadry medycznej (zgodnie z określonymi wymaganiami dla gabinetów referencyjnych).</p> <p>W związku z powyższym, ostateczna liczba gabinetów podstawowych wynosi 25, zaś referencyjnych 10.</p>	
Problem 2:	Działanie modyfikujące:	
W przypadku zadania <i>Organizacja szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię ZSC</i> , w 2016 roku dokonano wyboru tylko 3 z 4 realizatorów.	Działaniem modyfikującym było ogłoszenie uzupełniającego konkursu ofert w 2017 roku, którego celem był wybór czwartego realizatora. Przeprowadzony dodatkowy konkurs zakończony został wybraniem brakującego realizatora. Zadanie zostało zrealizowane zgodnie z planem Programu.	
Problem 3:	Działanie modyfikujące:	
W ramach zadania <i>Kampania edukacyjna skierowana do pacjentów z cukrzycą</i> wystąpił problem dotyczący współpracy realizatora z ekspertami w zakresie diabetologii.	Z uwagi na trudności z nawiązaniem współpracy z Polskim Towarzystwem Diabetologicznym, Polskim Towarzystwem Leczenia Ran oraz ekspertami rekomendowanymi przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie diabetologii zrezygnowano z przygotowania materiałów video na temat profilaktyki ZSC, higieny stopy z ZSC i ogólnych informacji na temat ZSC i cukrzycy. Rezygnacja z zadania wynikała z braku zapewnienia najwyższej opieki merytorycznej nad planowaną produkcją.	
Warszawa, data zgodna z datą podpisu osoby akceptującej	<p>Data sporządzenia zgodna z datą złożenia podpisu przez osobę sporządzającą</p> <p>Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p> <p>Data akceptacji zgodna z datą złożenia podpisu przez osobę akceptującą</p> <p>Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Agnieszka Beniuk-Patola Zastępca Dyrektora Departament Oceny Inwestycji /dokument podpisany elektronicznie/</p> <p>oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</p> <p>z upoważnienia Ministra Zdrowia Sławomir Gadomski Podsekretarz Stanu /dokument podpisany elektronicznie/</p> <p>oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</p>

Załączniki:

- Załącznik nr 1-3 – zestawienie kosztów jednostkowych oraz realizatorów dla poszczególnych zadań

⁹⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.