

**RAPORT KOŃCOWY
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

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

<p>Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego</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: REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY DOTYCZĄCY PRZECIWDZIAŁANIA NADWADZE I OTYŁOŚCI W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM WŚRÓD OSÓB W WIEKU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ NA LATA 2019-2023 – PILOTAŻ „odWAŻYMY ŁÓDZKIE”</p>	
<p>Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2019-2023</p>	<p>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2020-2023</p>
<p>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹</p> <p>Celem głównym programu było zmniejszenie masy ciała średnio o 5% wyjściowej masy ciała mieszkańców województwa łódzkiego ze stwierdzoną otyłością i nadwagą w latach 2019-2023 zakwalifikowanych do udziału w Programie i uczestniczących w jego działaniach.</p> <p>Cele szczegółowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zdiagnozowanie nadwagi lub otyłości u minimum 5.000 osób objętych Programem. 	

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. Zmniejszenie BMI lub obwodu talii u 80% uczestników Programu.
3. Utrzymanie zmniejszonego BMI i zmniejszonego obwodu talii po zakończeniu Programu przez 60% jego uczestników.
4. Zwiększenie świadomości w zakresie nadwagi i otyłości oraz jej wpływu na zdrowie, zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej u 8.000 osób – uczestników Programu oraz osób objętych działaniami świadomościowymi.
5. Wzrost samooceny i motywacji u 90% uczestników Programu.
6. Wzrost regularnej aktywności fizycznej wśród 90% uczestników w trakcie i u 70% uczestników po zakończeniu realizacji Programu.

Za mierniki efektywności przyjęto mierniki określone w Programie:

1. Liczba osób przebadanych w zakresie nadwagi i otyłości – 5.500.
2. Liczba osób objętych usługami zdrowotnymi w Programie – 5.000.
3. Liczba osób, u których nastąpiło obniżenie wskaźnika BMI w wyniku realizacji Programu – 4.000.
4. Liczba osób, u których nastąpiło obniżenie masy ciała o co najmniej 5% – 4.000.
5. Liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie obwodu talii w wyniku realizacji Programu – 4.000.
6. Liczba osób, które utrzymały obniżoną masę ciała i/lub zachowały zmniejszony obwód talii po zakończeniu realizacji Programu – 3.000.
7. Liczba osób, które podniosły świadomość w zakresie nadwagi i otyłości oraz jej wpływu na zdrowie, a także zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej – 8.000.
8. Liczba osób, u których nastąpił wzrost wiedzy w zakresie nadwagi i otyłości – 5.000.
9. Liczba osób, które zwiększyły samoocenę i motywację w zakresie ograniczenia nadwagi i otyłości – 4.500.
10. Liczba osób, które podjęły regularną aktywność fizyczną w trakcie realizacji Programu – 4.500.
11. Liczba osób, które podejmowały regularną aktywność fizyczną po zakończeniu realizacji Programu – 3.500.

Dodatkowo przy ocenie efektywności Programu zostały uwzględnione:

- Liczba wizyt dietetycznych, z których skorzystali uczestnicy,
- Liczba zajęć aktywności fizycznej, z których skorzystali uczestnicy,
- Liczba spotkań w ramach wsparcia psychologicznego.
- Liczba osób uczestniczących w ww. formach wsparcia.

Dodatkowe mierniki – wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO WŁ oraz krajowych wytycznych horyzontalnych:

Wskaźnik rezultatu bezpośredniego:

- Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne – 5.500.

Wskaźniki produktu:

- Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS – 5.000.
- Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie – 2.550.
- Liczba osób objętych działaniami świadomościowymi w ramach Programu – 8.000.

Opis stopnia realizacji poszczególnych celów programu oraz mierników efektywności znajduje się w kolejnych częściach raportu.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²

Wskazany program realizowany był w latach 2020-2023. Do Programu przystąpiło jedenastu Beneficjentów, których wyłoniono w ramach ogłoszonego konkursu. Początkowo alokacja przeznaczona na konkurs wyniosła 8 741 005,00 PLN a następnie została zwiększona do kwoty 10 447 243,86 PLN. W efekcie podpisano umowy o wartości 10 809 290,51 PLN (w tym 9 812 205,02 PLN dofinansowanie UE).

Program adresowany był do osób, które spełniają następujące kryteria kwalifikacji do udziału w projekcie:

1. Mieszkańcy województwa łódzkiego.
2. Wiek: 30 – 65 lat.
3. Aktywność zawodowa (rozumiana zgodnie z metodologią BAEL GUS).
4. Wskaźnik Masy Ciała BMI (Body mass index): $\geq 25 \text{ kg/m}^2 - \leq 39,9 \text{ kg/m}^2$ lub obwód talii: kobiety $>80 \text{ cm}$, mężczyźni $>94 \text{ cm}$.
5. Pozytywna opinia lekarza pierwszego kontaktu (np. lekarza POZ) dotycząca udziału osoby w Programie.
6. Wyniki obowiązkowych badań wykonanych przez pacjenta na potrzeby wstępnej kwalifikacji do Programu.
7. Zakwalifikowanie do Programu wymagało uzyskania pisemnej zgody uczestnika.

Realizatorzy stosowali preferencje w pierwszeństwie dostępu do programu:

1. dla osób w wieku 50 lat i więcej.
2. dla osób z otyłością i skrajną otyłością ($30 \text{ kg/m}^2 - 39,9 \text{ kg/m}^2$).

Ze względu na fakt, że istotą finansowania ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego jest wdrażanie programów zdrowotnych mających wpływ na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu, w tym szczególnie osób powyżej 50 roku życia, wskazany program był ukierunkowany w szczególności na osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub rokujących na powrót na rynek pracy w wyniku udzielanych świadczeń zdrowotnych (co wynika z zapisów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Łódzkiego na lata 2014- 2020).

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

Schemat postępowania w ramach Programu przedstawiał się następująco:

I. AKCJA INFORMACYJNA

Akcja informacyjna o programie prowadzona była możliwie najszerszymi kanałami dotarcia oraz przy wykorzystaniu nowoczesnych metod i narzędzi komunikacji (strona internetowa zawierająca zarówno materiały edukacyjne, jak i informacje o programie odpowiednio pozycjonowana w najpopularniejszych przeglądarkach internetowych, moderowane przez przedstawicieli realizatorów fora w mediach społecznościowych, prasa, ulotki, plakaty, broszury o programie). Akcja przebiegała dwutorowo, tak aby z jednej strony zapewnić dotarcie do potencjalnych uczestników Programu, a z drugiej dotrzeć do szerokiego grona personelu medycznego. Program zakładał zaangażowanie poziomu podstawowej opieki zdrowotnej celem dotarcia do jak największej liczby zainteresowanych. Założeniem było w każdym projekcie minimum dwóch wydarzeń o charakterze edukacyjno-świadomościowym finansowanych w ramach kosztów bezpośrednich skierowanych w szczególności do potencjalnej grupy docelowej, która miała brać udział we wsparciu – osób w wieku 30 – 65 lat. Służyło to zapewnieniu płynnej rekrutacji i zakwalifikowaniu odpowiedniej liczby uczestników w projekcie, a w konsekwencji zrealizowaniu wskaźników przyjętych w Programie jak również na poziomie poszczególnych projektów. Program był promowany również z poziomu Urzędu Marszałkowskiego, w tym poprzez informacje zamieszczane na stronach internetowych.

II. WSTĘPNA KWALIFIKACJA DO PROGRAMU – POZA PROGRAMEM

Ze względu na ograniczenia finansowe, złożoność i niejednorodność badań, jakie należy wykonać w ramach kwalifikacji wstępnej do Programu, przyjęto rozwiązanie, w którym pacjent zgłasza się do Programu z zaświadczeniem/opinią umożliwiającym udział w nim, wystawionym przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza POZ. Lekarz ten znał historię pacjenta, a po przeprowadzeniu wywiadu był w stanie określić zestaw niezbędnych badań, jakie powinien wykonać potencjalny uczestnik Programu. Obligatoryjnie badania obejmowały morfologię, badanie wartości wskaźników przemiany lipidowej (stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, trójglicerydów), gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej), stężenia aminotransferaz wątrobowych, kwasu moczowego oraz ciśnienia tętniczego krwi oraz fakultatywnie do rozważenia przez lekarza w przypadku osób z zaburzoną gospodarką węglowodanową: badania hemoglobiny glikowanej HbA1c oraz insuliny. U niektórych pacjentów niezbędne były także wyniki badań dotyczących gospodarki hormonalnej np. oznaczenie TSH. Dodatkowo, lekarz mógł zalecić inne badania, potrzebne przed wdrożeniem regularnych treningów – kwalifikację lekarską (przez kardiologa) obejmującą wykonanie spoczynkowego badania elektrokardiograficznego (EKG), testu wysiłkowego i pełnej oceny sprawności fizycznej u pacjentów z brakiem aktywności fizycznej w przeszłości, rozpoznanymi chorobami układu krążenia, dużym ryzykiem chorób układu krążenia, rozpoznaną cukrzycą. Powyższe założenie miało na celu wykluczenie osób, które ze względu na przebyte choroby nie powinny wziąć udziału w programie zakładającym leczenie dietą i ruchem. Wizyta i badania w ramach tego kroku nie były finansowane w Programie. Ww. badania są

dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków NFZ, zatem wprowadzenie powyższego rozwiązania pozwoliło na uniknięcie podwójnego finansowania świadczeń.

III. KONSULTACJE DIETETYCZNE

Kolejnym etapem była wizyta u dietetyka, kwalifikującego uczestnika do Programu, zatrudnionego w ramach projektu, do którego pacjent zgłaszał się z podstawowym kompletem badań – morfologia, badanie wartości wskaźników przemiany lipidowej (stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, trójglicerydów), gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej), stężenia aminotransferaz wątrobowych, kwasu moczowego oraz ciśnienia tętniczego krwi – wykonanymi nie później niż 1 miesiąc przed wizytą, ewentualnie innymi badaniami zleconymi na etapie kwalifikacji i opinią/zaświadczeniem lekarza na temat możliwości udziału w Programie. Dietetyk dokonywał pomiaru masy ciała, obwodu talii, obliczał BMI. W oparciu o powyższe dane, podejmował decyzję o zakwalifikowaniu pacjenta do Programu. Zakładana była karta pacjenta, pacjent podpisywał pisemną zgodę uczestnictwa w projekcie. Uczestnik otrzymywał od dietetyka ankietę, którą wypełniał na pierwszej wizycie. W Programie zaplanowano 24 tygodniowy plan dietetyczny. Obejmował on 12 porad indywidualnych dla każdego pacjenta. W ramach poradnictwa dietetycznego rekomendowane były diety o obniżonej kaloryczności w odniesieniu do indywidualnie ustalonego zapotrzebowania. Przed rozpoczęciem leczenia dietetycznego nadwagi i otyłości, dietetyk dokonywał oceny gotowości uczestnika do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia.

Porada I obejmowała indywidualne spotkanie z pacjentem trwające ok. 60 minut.

W ramach pierwszego spotkania przewidziane było:

- analiza badań biochemicznych wykonanych przez pacjenta przed konsultacjami dietetycznymi,
- wykonanie pomiarów obwodu talii, pomiar masy ciała i BMI, pomiar składu ciała,
- wypełnienie ankiety,
- wypełnienie karty pacjenta dotyczącej I wizyty dietetycznej, w tym uzupełnienie informacji z dostępnej dokumentacji medycznej, o masie i wysokości ciała oraz obwodzie talii,
- przeprowadzenie krótkiego wywiadu dietetycznego, ze zwróceniem uwagi na błędy żywieniowe pacjenta oraz historię otyłości na podstawie formularza ankiety,
- założenie dzienniczka bieżącego notowania spożywanych posiłków „Dzienniczek Samokontroli Uczestnika” – rozmowa z pacjentem uświadamiająca, jak ważną rolę pełni jego skrupulatne wypełnianie
- ustalenie celu redukcji masy ciała,
- omówienie zasad diety redukcyjnej w oparciu o piramidę zdrowego żywienia,
- przekazanie zaleceń szczegółowych wynikających z przeprowadzonego wywiadu dietetycznego i informacji o stanie zdrowia pacjenta,
- dietetyk zlecał również adekwatny do możliwości pacjenta wysiłek fizyczny,

- dietetyk przysyłał na adres mailowy wskazany przez uczestnika plan dietetyczny wraz z dwutygodniowym menu i przepisami kulinarnymi indywidulanie dostosowanymi do potrzeb pacjenta.

W niniejszym programie założono maksymalnie 12 porad indywidualnych dla każdego pacjenta, średnio w odstępach 2 tygodniowych. Każdy z dietetyków przedstawił na koniec ścieżki raport dla każdego z uczestników obrazujący postęp i poprawę parametrów zdrowotnych uczestników.

Dietetyk pełnił rolę coacha, był dostępny dla pacjentów pod numerem telefonu, maila, tak aby pacjenci mieli możliwość stałych konsultacji w przypadku wątpliwości dotyczących planu dietetycznego czy też np. wymiany produktów spożywczych na zamienniki, jeśli zachodziłaby taka potrzeba.

Kolejne wizyty u dietetyka odbywały się w cyklu dwutygodniowym, podczas których miała miejsce weryfikacja zapisów spożywanych posiłków na podstawie „Dzienniczka Samokontroli Uczestnika”, pomiar obwodu talii, pomiar masy ciała i BMI, pomiar składu ciała oraz ewentualna modyfikacja zaleceń dietetycznych, dobór diety na kolejne tygodnie. Kolejne wizyty trwały ok. 30 min.

Na ostatniej wizycie dietetyk przekazywał uczestnikowi informację o konieczności wykonania pakietu badań biochemicznych, takich samych jak przy kwalifikacji do Programu. Koszt badań był refundowany w ramach projektu na podstawie dokumentów finansowych potwierdzających jego poniesienie. Uczestnik z wykonanymi badaniami miał zapewnioną wizytę u lekarza finansowanego w ramach projektu, który przeprowadzał analizę wyników badań wykonanych przed i po skorzystaniu ze wsparcia, oraz wyników dietoterapii i aktywności fizycznej przeprowadzonej w ramach realizacji wsparcia.

Zadaniem dietetyka był też pomiar stanu wiedzy uczestnika w zakresie nadwagi i otyłości. Pomiar wiedzy uczestników był dokonywany przed rozpoczęciem, jak i po zakończeniu udziału w programie.

IV. WSPARCIE DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Refundacja zajęć aktywności fizycznej

W programie założono refundację kosztów karnetów, kart sportowych w wysokości do 60 zł miesięcznie, przez 6 miesięcy. Było to dofinansowanie do dowolnej aktywności fizycznej, wybranej przez uczestnika po konsultacji z dietetykiem. W ramach niniejszego programu zalecane było min. 8 treningów godzinnych w miesiącu. Refundacja następowała po dostarczeniu przez uczestnika potwierdzenia udziału w zajęciach aktywności fizycznej (formularz przygotowany przez realizatora projektu – potwierdzany przez realizatora aktywności fizycznej (klub sportowy, siłownia, basen). Biorąc pod uwagę zdarzenia losowe (np. choroba, obowiązki rodzinne, zawodowe), aby dokonać refundacji wymagane było uczestnictwo w co najmniej 6 treningach w miesiącu. Rozliczenie refundacji dokonywane było na podstawie dokumentu potwierdzającego poniesione wydatki (np. potwierdzenie przelewu, paragon, faktura itp.).

Elementy związane z aktywnością fizyczną do uwzględnienia w ramach konsultacji dietetycznych

Obok refundacji kosztów zajęć kwestie aktywności fizycznej uwzględniane były także w ramach konsultacji

dietetycznych. Zgodnie z wytycznymi medycznymi wszystkie osoby z nadmierną masą ciała były zachęcane do regularnych ćwiczeń fizycznych. Rekomendowane typy aktywności fizycznej obejmowały: aktywności zintegrowane w codziennym życiu takie jak energiczny chód, ogrodnictwo, jazda na rowerze, nadzorowane programy ćwiczeń, ćwiczenia aerobowe połączone z ćwiczeniami oporowymi, inne aktywności np. pływanie, wchodzenie po schodach (NICE 2016).

V. WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE DLA UCZESTNIKÓW

Program zakładał terapię poznawczo-behawioralną w grupach 6-10 osobowych i przewidywał 3 spotkania (po ok. 60 min.) dla każdej grupy. Dwa z nich miały charakter edukacyjny, jedno – terapeutyczny. Oprócz roli wspierająco-motywującej, spotkania terapeutyczne pozwoliły uczestnikom na wspólną wymianę doświadczeń, wspieranie się, a także możliwość podejmowania wspólnych prozdrowotnych działań ugruntowujących efekty Programu w postaci wspólnego gotowania czy wspólnej aktywności fizycznej.

Tematyka:

- motywacja do odchudzania (co jest indywidualną motywacją do odchudzania),
- zagadnienie samokontroli i woli (stawianie sobie realistycznych celów w zakresie utraty masy ciała, samokontrola poprzez pomiar obwodu talii, ćwiczenie uczciwości wobec siebie poprzez prowadzenie dzienniczka ilości spożytych pokarmów),
- nawyki żywieniowe poszczególnych uczestników programu,
- psychologiczne skutki odchudzania (wymiana doświadczeń własnych),
- środowiskowe skutki odchudzania (wpływ na rodzinę, wpływ na otoczenie – wymiana doświadczeń własnych).

Program zakładał również maksymalnie dwie konsultacje indywidualne. Odbywały się one co do zasady w trakcie dietoterapii np. po miesiącu od jej rozpoczęcia.

VI. WIZYTA LEKARSKA NA ZAKOŃCZENIE UDZIAŁU UCZESTNIKA W PROGRAMIE

Po zakończeniu udziału w dietoterapii i aktywności fizycznej (po ok. 6 m-cach), pacjenci brali udział w wizycie u lekarza, który przeprowadzał analizę wyników badań przed i po skorzystaniu ze wsparcia oraz oceniał wyniki prowadzonej dietoterapii i aktywności fizycznej. Wizyta ta miała na celu porównanie stanu zdrowia pacjenta w zakresie wyników badań biochemicznych i ogólnej kondycji fizycznej, a także ocenę wpływu interwencji w Programie na zdrowie uczestnika – czy spadek masy ciała przyczynił się do obniżenia ciśnienia tętniczego, cholesterolu, poprawy morfologii czy też poziomu cukru.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³

Konkurs na realizację projektów w ramach Programu został ogłoszony w 2019 roku. Do realizacji Programu przystąpiło 11 Beneficjentów (Realizatorów). Przedstawione informacje sporządzono w oparciu o sprawozdania roczne realizatorów Programu polityki zdrowotnej, wnioski o płatność oraz formularze monitorowania uczestników. Efekty realizacji Programu zdefiniowane zostały z wykorzystaniem mierników efektywności odpowiadających celom Programu. Ich analiza przedstawiona została poniżej.

Ocena zgłaszalności do Programu.

Rekrutację uczestników do Programu polityki zdrowotnej poprzedzały działania informacyjno-promocyjne, prowadzone na bieżąco przez realizatorów, którzy różnymi kanałami oraz przy wykorzystaniu nowoczesnych metod i narzędzi komunikacji (strony internetowe, media społecznościowych, prasa, radio, telewizja, ulotki, plakaty, broszury o programie) informowali o programie potencjalnych uczestników. Akcja przebiegała dwutorowo, tak aby z jednej strony zapewnić dotarcie do potencjalnych uczestników Programu, a z drugiej dotrzeć do szerokiego grona personelu medycznego. Działania w szczególności były kierowane do poziomu podstawowej opieki zdrowotnej, co miało przyczynić się do zaangażowania personelu POZ do wydawania na prośbę pacjenta opinii/zaświadczeń, skierowań na badania umożliwiających wzięcie udziału w Programie.

W efekcie ww. działań na pierwszą konsultację dietetyczną z podstawowym kompletem badań oraz opinią/zaświadczeniem lekarza na temat możliwości udziału w Programie zgłosiły się 4932 osoby w tym 3742 kobiety i 1190 mężczyzn, co oznacza, że w zakresie nadwagi i otyłości w programie zostało przebadanych 89,68% z założonych w Programie 5500 osób. Ponad 95% osób, które wzięły udział w pierwszej poradzie dietetycznej (3588 kobiet i 1104 mężczyzn, ogółem 4692 osoby), zgodnie z zaleceniami Programu, odbyło wstępną kwalifikację i badania diagnostyczne u lekarza POZ.

Ostateczną liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w Programie po pierwszej poradzie dietetycznej przedstawia poniższa tabela:

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.

Tab. 1. Liczba osób objętych usługami zdrowotnymi w Programie (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Liczba osób objętych usługami zdrowotnymi w Programie	Ogółem	Szacowana wartość w programie	Procent
	4878	5 000	97,56%
w tym liczba kobiet	3714	w Programie nie założono wartości	
w tym liczba mężczyzn	1164		

W związku z powyższym cel szczegółowy - zdiagnozowanie nadwagi lub otyłości u minimum 5.000 osób objętych Programem został zrealizowany w 97,56%.

Wsparciem w programie zostało objętych 2500 osób w wieku 50+ w tym 1923 kobiety i 577 mężczyzn, co stanowi 98,04% liczby założonej w programie dla tej grupy wiekowej.

54 osoby nie zostały zakwalifikowane do udziału w programie podczas pierwszej porady dietetycznej, gdyż nie spełniały przynajmniej jednego z kryteriów kwalifikacji do udziału w projekcie.

Po zakwalifikowaniu do udziału w programie, uczestnicy korzystali ze wsparcia w postaci konsultacji dietetycznych, psychologicznych oraz refundacji zajęć z aktywności fizycznej. Dane dotyczące liczby odbytych wizyt przedstawiają poniższe tabele:

Tab. 2. Liczba wizyt dietetycznych, z których skorzystali uczestnicy (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2020	2021	2022	2023	Ogółem
Liczba wizyt dietetycznych, z których skorzystali uczestnicy	36	14527	20463	18264	53 290

W programie założono maksymalnie 12 porad indywidualnych dla każdego pacjenta. Biorąc pod uwagę liczbę zrealizowanych porad dietetycznych oraz liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie, średnio każdy uczestnik skorzystał z ok. 11 indywidualnych porad dietetycznych. Jest to wynik uśredniony, gdyż nie każdy uczestnik wziął udział w takiej samej liczbie spotkań z dietetykiem.

Tab. 3. Liczba spotkań w ramach wsparcia psychologicznego (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2020	2021	2022	2023	Ogółem
Liczba spotkań w ramach wsparcia psychologicznego	15	5826	7359	6385	19 585

W ramach programu zostało przeprowadzonych 7431 konsultacji psychologicznych indywidualnych oraz 12154 konsultacje psychologiczne grupowe. Biorąc pod uwagę liczbę zrealizowanych spotkań

z psychologiem oraz liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie, średnio każdy uczestnik skorzystał z ok. 4 spotkań w ramach wsparcia psychologicznego (indywidualnych lub grupowych). Uzyskany wynik wpisuje się w założenia programu, który zakładał terapię poznawczo-behawioralną w grupach 6-10 osobowych i przewidywał 3 spotkania (po ok. 60 min.) dla każdej grupy oraz maksymalnie dwie konsultacje indywidualne.

Tab. 4. Liczba zajęć aktywności fizycznej, z których skorzystali uczestnicy (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2020	2021	2022	2023	Ogółem
Liczba zajęć aktywności fizycznej, z których skorzystali uczestnicy	144	41962	45413	20480	107 999

W 107 999 zajęciach aktywności fizycznej wzięło udział 4 272 uczestników (3239 kobiet i 1033 mężczyzn) co oznacza średnio ok. 25 zajęć na 1 uczestnika w trakcie trwania wsparcia. W ramach programu zalecane było 6 miesięcy ćwiczeń i min. 8 treningów godzinnych w miesiącu czyli łącznie min. 48 treningów. W związku z powyższym uczestnicy zrealizowali założone wsparcie na poziomie 52,09%. Program zakładał, iż regularną aktywność fizyczną w trakcie jego realizacji podejmie 4500 osób. Założenie zostało zrealizowane w 94,94%. Został zrealizowany natomiast cel szczegółowy – wzrost regularnej aktywności fizycznej wśród 90% uczestników w trakcie realizacji programu.

Po zakończeniu udziału w dietoterapii, konsultacjach psychologicznych i aktywności fizycznej (po ok. 6 m-cach), pacjenci brali udział w wizycie u lekarza, który przeprowadzał analizę wyników badań przed i po skorzystaniu ze wsparcia oraz oceniał wyniki prowadzonej dietoterapii i aktywności fizycznej. Na ostatniej wizycie dietetyk przekazywał uczestnikowi informację o konieczności wykonania pakietu badań biochemicznych, takich samych jak przy kwalifikacji do Programu. Koszt badań był refundowany w ramach projektu na podstawie dokumentów finansowych potwierdzających jego poniesienie do wysokości 50 zł dla uczestnika. Z refundacji skorzystało 2675 uczestników. Liczbę osób, które skorzystały z końcowej konsultacji lekarskiej przedstawia poniższa tabela:

Tab. 5. Liczba osób korzystających z końcowej konsultacji lekarskiej (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Liczba osób korzystających z końcowej konsultacji lekarskiej	Ogółem
	3632
w tym liczba kobiet	2783
w tym liczba mężczyzn	849

Tab. 6. Procent osób, które skorzystały ze wszystkich form wsparcia w programie (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

	Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie	Liczba osób korzystających z końcowej konsultacji lekarskiej	Procent osób, które skorzystały ze wszystkich form wsparcia w programie
ogółem	4878	3632	74,46%
w tym liczba kobiet	3714	2783	74,93%
w tym liczba mężczyzn	1164	849	72,94%

Zgodnie z informacjami otrzymanymi od Realizatorów z powodów osobistych, obawy przed zakażeniem wirusem COVID-19 lub bez podawania przyczyny, z udziału w programie, na różnych jego etapach, zrezygnowało 1246 osób (w tym 931 kobiet i 315 mężczyzn).

Ocena efektywności Programu.

Celem głównym programu było zmniejszenie masy ciała średnio o 5% wyjściowej masy ciała mieszkańców województwa łódzkiego ze stwierdzoną otyłością i nadwagą w latach 2019-2023 zakwalifikowanych do udziału w Programie i uczestniczących w jego działaniach. Według danych przekazanych przez Realizatorów spadek masy ciała o co najmniej 5% odnotowano u 4278 osób co stanowi 106,95% szacowanej w programie wartości.

Tab. 7. Liczba osób, u których nastąpiło obniżenie masy ciała o co najmniej 5% (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2020	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w programie	Procent realizacji
Liczba osób, u których nastąpiło obniżenie masy ciała o co najmniej 5%	3	1163	1631	1481	4278	4 000	106,95%

Celem szczegółowym było zmniejszenie BMI lub obwodu talii u 80% uczestników Programu. Jak widać ze wskazań przedstawionych w poniższych tabelach, oba cele szczegółowe zostały zrealizowane na poziomie wyższym niż założono w programie.

Tab. 8. Liczba osób, u których nastąpiło obniżenie wskaźnika BMI w wyniku realizacji Programu (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2020	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w programie	Procent realizacji
Liczba osób, u których nastąpiło obniżenie wskaźnika BMI w wyniku realizacji Programu	3	1178	1683	1564	4428	4 000	110,70%

Tab. 9. Liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie obwodu talii w wyniku realizacji Programu (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2020	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w programie	Procent realizacji
Liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie obwodu talii w wyniku realizacji Programu	3	1192	1683	1566	4444	4 000	111,10%

Kolejnym celem szczegółowym było zwiększenie świadomości w zakresie nadwagi i otyłości oraz jej wpływu na zdrowie, zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej u 8.000 osób – uczestników Programu oraz osób objętych działaniami świadomościowymi. Poniższa tabela przedstawia dane dotyczące liczby osób będących uczestnikami programu, które wzięły udział w poszczególnych formach wsparcia. Nie zostały uwzględnione osoby objęte działaniami świadomościowymi, gdyż na etapie realizacji poszczególnych projektów taka wartość nie była mierzona. Realizatorzy zorganizowali 44 wydarzenia o charakterze edukacyjno-świadomościowym.

Tab. 10. Liczba osób, które podniosły świadomość w zakresie nadwagi i otyłości oraz jej wpływu na zdrowie, a także zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2020	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w programie	Procent realizacji
Liczba osób, które podniosły świadomość w zakresie nadwagi i otyłości oraz jej wpływu na zdrowie, a także zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej	3	1230	1689	1593	4515	8 000	56,44%

Cel szczegółowy - wzrost samooceny i motywacji u 90% uczestników Programu został zrealizowany na poziomie 96,89%. Ponadto 4368 osób zadeklarowało wzrost motywacji również do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej po zakończeniu udziału w programie.

Tab. 11. Liczba osób, które zwiększyły samoocenę i motywację w zakresie ograniczenia nadwagi i otyłości (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2020	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w programie	Procent realizacji
Liczba osób, które zwiększyły samoocenę i motywację w zakresie ograniczenia nadwagi i otyłości	3	1188	1624	1545	4360	4 500	96,89%

W ankietach satysfakcji 4038 uczestników (z 4084, którzy wypełnili ankietę) określiło swój wzrost wiedzy w zakresie nadwagi i otyłości jako „raczej wyższy” i „zdecydowanie wyższy” po udziale w konsultacjach oferowanych w programie.

Tab. 12. Liczba osób, u których nastąpił wzrost wiedzy w zakresie nadwagi i otyłości (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2020	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w programie	Procent realizacji
Liczba osób, u których nastąpił wzrost wiedzy w zakresie nadwagi i otyłości	3	1179	1606	1250	4 038	5 000	80,76%

Dane liczbowe wykazane w powyższych tabelach są większe od liczby osób, które wzięły udział w końcowej konsultacji lekarskiej, gdyż część osób zrezygnowała z udziału w programie w trakcie jego trwania i nie wzięła udziału w końcowej konsultacji. Natomiast wyniki tych osób były monitorowane podczas wizyt u dietetyka a następnie sprawozdane przez realizatorów na potrzeby ewaluacji programu.

Ocena satysfakcji z udziału w Programie

Ankiety satysfakcji z udziału w Programie wypełniły 4084 osoby.

Tab. 13. Zbiorcze wyniki z ankiet satysfakcji z udziału w programie (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu).

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	Liczba osób, które udzieliły danej odpowiedzi
1	Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców województwa?	zdecydowanie tak	3512
		raczej tak	545
		trudno powiedzieć	26
		raczej nie	1
		zdecydowanie nie	0
2	Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?	zdecydowanie tak	3577
		raczej tak	479
		trudno powiedzieć	25
		raczej nie	3
		zdecydowanie nie	0
3	Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?	zdecydowanie tak	3536
		raczej tak	504
		trudno powiedzieć	42
		raczej nie	2
		zdecydowanie nie	0
4	Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w Programie?	zdecydowanie tak	3616
		raczej tak	456
		trudno powiedzieć	12
		raczej nie	0
		zdecydowanie nie	0

Z odpowiedzi udzielanych przez Pacjentów wynika, iż w zdecydowanej większości są oni zadowoleni z udziału w programie pod względem organizacji oraz jakości udzielanych świadczeń. Uważają oni również, iż program zdecydowanie odpowiada na potrzeby mieszkańców województwa oraz chętnie poleca udział w takim programie innym osobom.

Ocena trwałości efektów Programu.

Opisana w Programie ewaluacja w okresie do 12 m-cy po zakończeniu realizacji projektów nie została przeprowadzona ze względu na krótki czas, który upłynął od zakończenia realizacji poszczególnych projektów. Z powodu braku informacji w raporcie nie zostały przedstawione dane dla mierników efektywności dotyczących okresu po zakończeniu realizacji projektów.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej⁴⁾

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2020

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	1 988 903,34 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	141 936,15 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	215 309,07 zł	0,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	4 289 691,97 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	289 590,70 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	476 099,80 zł	0,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2022

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	2 259 449,57 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	156 647,58 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	246 753,78 zł	0,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2023

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	524 833,10 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	36 133,67 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	58 922,84 zł	0,00 zł

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.

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2020-2023

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1.Środki wspólnotowe	9 062 877,98 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa	624 308,10 zł	0,00 zł
3.Wkład własny	997 085,49 zł	0,00 zł

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej 2020-2023 (wartości podane w oparciu o rzeczywiście rozliczone środki w ramach zrealizowanych projektów):

Źródło finansowania	Wydatki bieżące rozliczone we wnioskach o płatność	Wydatki majątkowe rozliczone we wnioskach o płatność
1.Środki wspólnotowe	6 593 650,34 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa	444 158,72 zł	0,00 zł
3.Wkład własny	719 426,72 zł	0,00 zł

W całym okresie realizacji programu Realizatorzy rozliczyli w projektach 7 757 235,78 PLN wydatków kwalifikowalnych w tym 7 037 809,06 PLN dofinansowania oraz 719 426,72 PLN wkładu własnego.

Program wdrażany był poprzez realizację projektów rozliczanych na podstawie rzeczywiście poniesionych wydatków. W związku z powyższym, w Raporcie wskazano wydatki zaplanowane do wykorzystania w Programie oraz wydatki, które faktycznie zostały poniesione w trakcie realizacji projektów.

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej⁵

Koszt jednostkowy realizacji programu został wyliczony na podstawie rozliczonych bezpośrednich kosztów merytorycznych i wyniósł 1590,25 zł/uczestnika, zatem był niższy, niż koszt zaplanowany we wniosku o dofinansowanie tj. 1942,59 zł/uczestnika.

⁵⁾ 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.

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej⁶	Opis podjętych działań modyfikujących:⁷
<p>Problem 1: Pandemia Covid-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> • problemy z rekrutacją uczestników do projektów, w szczególności osób w wieku 50+, z obszarów wiejskich • funkcjonowanie placówek POZ ograniczone głównie do udzielania teleporad co mocno utrudniało rozpowszechnianie informacji o projekcie wśród osób zainteresowanych (szczególnie starszych, niekorzystających z innych kanałów informacyjnych), • z obawy przed zakażeniem rezygnacje z wizyt, badań zleconych w programie, • utrudniona możliwość organizacji wydarzeń zbiorowych, • utrudniona możliwość realizacji wsparcia w postaci refundacji zajęć aktywności fizycznej. 	<p>Działania modyfikujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dostosowanie organizacji placówek medycznych do obowiązujących w trakcie pandemii wymogów sanitarno-epidemiologicznych • intensyfikacja i modyfikacja działań promocyjno-rekrutacyjnych do potrzeb i struktury grupy docelowej • docieranie różnymi kanałami do osób z obszarów wiejskich za pomocą przedstawicieli lokalnych władz samorządowych, organizacji pozarządowych, placówek medycznych, edukacyjnych i parafii • organizowanie specjalnych „dni/godziny wizyt seniorów”, czyli specjalnych terminów przeznaczonych wyłącznie na wizyty osób 50+ • zmiany sposobu realizacji poszczególnych form wsparcia, w tym zastosowanie formy zdalnej konsultacji dietetycznych, lekarskich i psychologicznych • elastyczne i wydłużone godziny pracy specjalistów, udzielanie świadczeń również w soboty • bieżący kontakt telefoniczny z pacjentami, proponowanie innych terminów wizyt • organizacja wydarzeń zbiorowych zgodnie z obowiązujących w trakcie pandemii wymogami sanitarno-epidemiologicznymi lub organizowanie wydarzeń po zniesieniu obostrzeń • w ramach aktywności fizycznej dopuszczenie

⁶) 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.

⁷) Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”

	<p>możliwości refundacji zakupu drobnego sprzętu do ćwiczeń np. krokomierze, kijki do nordic walking itp.</p>
<p>Problem 2: Niechęć lekarzy POZ do wystawiania zaświadczeń do udziału w programie oraz kierowania zainteresowanych pacjentów na określone badania ze względu na fakt, iż projekt jest współfinansowany z EFS i ich zdaniem Realizator projektu posiada środki finansowe na opłacenie wizyty uczestnika u lekarza POZ.</p>	<p>Działania modyfikujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> • intensyfikacja działań promocyjnych skierowanych do placówek POZ działających na obszarach realizacji projektów • bezpośredni kontakt z POZ w celu uświadamiania lekarzy na temat zasad obowiązujących w realizowanych projektach • zachęcanie lekarzy POZ do kierowania do projektu „swoich” pacjentów, u których nadwaga jest źródłem różnego typu schorzeń i dolegliwości
<p>Problem 3: Niska zgłaszalność na konsultacje psychologiczne ze względu na funkcjonujący szczególnie w mniejszych społecznościach mit, iż wizyta u psychologa oznacza problemy psychiczne danego pacjenta.</p>	<p>Działania modyfikujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informowanie pacjentów o wsparciu psychologicznym przez personel administracyjny, dietetyków i lekarzy na każdym etapie realizacji projektu • uświadamianie pacjentów o korzyściach płynących ze wsparcia psychologicznego oferowanego w programie • bieżący kontakt telefoniczny z pacjentami, przypominanie o wizytach u psychologa, proponowanie nowych terminów konsultacji
<p>Problem 4: Niska zgłaszalność na badania i konsultacje końcowe – uczestnicy nie byli zainteresowani refundacją kosztów badań oraz mimo wielokrotnych przypomnień nie zgłaszali się końcową konsultację lekarską.</p>	<p>Działania modyfikujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promocyjne ceny badań diagnostycznych dla uczestników projektu • informowanie pacjentów o przebiegu programu (jego poszczególnych etapach) przez personel administracyjny, dietetyków i lekarzy na każdym etapie realizacji projektu • wielokrotny kontakt z uczestnikiem celem zaproszenia na badania i końcową konsultację

Podsumowanie

1. W ramach realizacji Programu zrekrutowano mniejszą niż planowano liczbę uczestników.
2. Został zrealizowany cel główny Programu – zmniejszenie masy ciała średnio o 5% wyjściowej masy ciała mieszkańców województwa łódzkiego ze stwierdzoną otyłością i nadwagą w latach 2019-2023 zakwalifikowanych do udziału w Programie i uczestniczących w jego działaniach.
3. Zostały zrealizowane cele szczegółowe w zakresie:
 - zmniejszenia BMI lub obwodu talii u 80% uczestników Programu
 - wzrostu regularnej aktywności fizycznej wśród 90% uczestników w trakcie realizacji programu
 - wzrostu samooceny i motywacji u 90% uczestników Programu
4. Ocena świadczeń udzielanych w ramach Programu wystawiona przez uczestników wskazuje na wysoką jakość realizacji Programu;
5. Główną przyczyną różnych problemów pojawiających się w trakcie realizacji Programu była pandemia Covid-19, która w znaczącym stopniu utrudniła osiągnięcie zamierzonych efektów.
6. Realizacja Programu ułatwiła powrót do sprawności umożliwiającej podjęcie pracy lub wydłużenie aktywności zawodowej uczestników.

Miejscowość		<p style="text-align: center;">INSPEKTOR <i>KWolny</i> Katarzyna Wolny <i>Stonska Inspektor</i> <i>Sylnostek Mysolka</i></p> <p style="text-align: center;">..... <i>15.05.2024r.</i> Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p> <p style="text-align: center;">oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁸⁾</p>
Łódź	<p style="text-align: center;">16-05-2024</p> <p style="text-align: center;">..... Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p style="text-align: center;">Naczelnik Wydziału Realizacji i Rozliczeń Projektów Społecznych <i>JM</i> Jarosław Majewski Zastępca Dyrektora Departamentu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027 <i>Zatgniew Gwadera</i></p> <p style="text-align: center;">oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport</p>

⁸⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe

		końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁸⁾
	<p style="text-align: center;">22-05-2024</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p style="text-align: center;">Wicemarszałek Województwa Łódzkiego</p> <p style="text-align: center;"><i>Piotr Adamczyk</i> Piotr Adamczyk</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁸⁾</p>

