

Projekt

z dnia 10 stycznia 2025 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY TARNOWO PODGÓRNE**

z dnia 21 stycznia 2025 r.

w sprawie: przyjęcia programu polityki zdrowotnej "Program szczepień przeciw meningokokom typu B dzieci z Gminy Tarnowo Podgórne" na rok 2025

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r., poz. 1465 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt. 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) Rada Gminy w Tarnowie Podgórny uchwala co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej **"Program profilaktycznych szczepień przeciw meningokokom typu B dzieci z Gminy Tarnowo Podgórne" na rok 2025** stanowiący załącznik do niniejszej uchwały

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Tarnowo Podgórne.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Program Polityki Zdrowotnej



„Program profilaktycznych szczepień przeciw meningokokom typu B dzieci z Gminy Tarnowo Podgórne” na lata 2024-2026

Autor:

Urząd Gminy Tarnowo Podgórne
Wydział Spraw Obywatelskich,
62-080 Tarnowo Podgórne, ul. Poznańska 115
wso@tarnowo-podgorne.pl; tel: 61 89 59 209

Podstawa prawna:

1. art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146)
2. art. 7 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r., poz. 1465 z późn. zm.)
3. art. 114 i art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 799)

Tarnowo Podgórne 2024 r.

Spis treści

1.	Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1.1.	Opis problemu zdrowotnego:	3
1.2.	Dane epidemiologiczne:	4
1.3.	Opis obecnego postępowania	7
2.	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	8
2.1.	Cel główny:	8
2.2.	Cele szczegółowe Programu:	9
2.3.	Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	9
3.	Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji.....	9
3.1.	Populacja docelowa	9
3.2.	Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	10
3.3.	Planowane interwencje:	12
3.4.	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	12
3.5.	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	12
4.	Organizacja programu polityki zdrowotnej	12
4.1.	Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	12
4.2.	Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	13
5.	Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	14
5.1.	Monitorowanie	14
5.2.	Ewaluacja	15
6.	Budżet programu polityki zdrowotnej.....	15
6.1.	Koszty jednostkowe	15
6.2.	Koszty całkowite	16
6.3.	Źródła finansowania:	16
7.	Bibliografia:.....	17

1. Opis problemu zdrowotnego

1.1. Opis problemu zdrowotnego:

Zakażenia meningokokowe są to wszystkie jednostki chorobowe jakie zostały wywołane przez chorobotwórcze dwoinki opon mózgowych (*łac. Neisseria meningitidis*). Wśród 12 grup serologicznych wyróżnionych na podstawie różnic w budowie polisacharydowej otoczkil na świecie niebezpieczne są serogrupy: A, B, C, YI W-135. Spośród tych pięciu grup meningokoków wywołujących niemal wszystkie zachorowania na świecie, w Polsce dominują grupy B i C. Najwyższa zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową (IChM) występuje u dzieci od 3 miesiąca do 1 roku życia (dotyczy to zarówno grupy B jak i C). Do zakażenia może dojść na skutek kontaktu z bezobjawowym nosicielem lub osobą chorą. Źródłem zakażenia jest drugi człowiek, oznacza to, iż choroba przenoszona jest wśród ludzi drogą kropelkową lub przez bezpośredni kontakt z wydzielinami górnych dróg oddechowych. Nosicielami jest średnio około 10% ogółu populacji na świecie. Głównym środowiskiem bakterii jest błona śluzowa nosa i gardła. Obraz kliniczny choroby jest zróżnicowany – mianowicie znacznie częściej obserwowane są ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mają istotne znaczenie kliniczne z uwagi na duże zagrożenie życiu, rzadszy obraz przebiegu stanowi sepsa, natomiast bardzo rzadko meningokoki są przyczyną zakażeń o łagodniejszym przebiegu, np. zapalenie płuc bądź zapalenie gardła. Okres inkubacji wynosi od 2 – 10 dni, a chorzy zarażają do 24 godzin od momentu rozpoczęcia leczenia. Jak podają źródła, najliczniejsze zachorowania występują wśród dzieci i młodzieży (60% – 90%).

Niestety pierwsze objawy IChM są nieswoiste i przypominać mogą objawy typowe dla przeziębienia. W pierwszych 4-6 godzinach pojawia się nieżyt nosa czy zapalenie gardła, które następnie może przybrać znacznie poważniejszą formę IChM. Dane stanowią, że do najczęstszych objawów należą między innymi wysypka krwotoczna tzw. objawy oponowe, zaburzenia świadomości. O wyższej śmiertelności u chorych, decyduje fakt wystąpienia sepsy bez wystąpienia objawów zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych, a to stanowi aż 35% przypadków.

Całkowite wyleczenie choroby meningokokowej jest możliwe w przypadkach, które przebiegają bez powikłań. W chwili podjęcia leczenia antybiotykami oraz zastosowania leczenia objawowego, objawy choroby najczęściej ustępują w ciągu kilku dni.

Należy podkreślić, iż do najcięższych powikłań po inwazyjnej chorobie meningokokowej w postaci sepsy meningokokowej z zapaleniem opon mózgowych, a także w postaci ropnym zapaleniu opon mózgowo – rdzeniowych, należą między innymi powikłania neurologiczne. W przypadku ropnego zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych poważnym, trwałym skutkiem są: padaczka, wodogłowie, porażenie ruchowe, głuchota, a nawet upośledzony rozwój umysłowy. Sepsa meningokokowa powoduje natomiast zmiany zatorowo – zakrzepowe, które są przyczyną martwicy części kończyn.

1.2. Dane epidemiologiczne:

Co roku na świecie występuje około 500 000 przypadków i ponad 50 000 zgonów z powodu inwazyjnej choroby meningokokowej. Zapadalność jest bardzo zróżnicowana. Natomiast z uwagi na coraz większy napływ innych społeczności zwiększa ryzyko wystąpienia zakażenia meningokokowego w naszym kraju. Co roku pomiędzy krajami Unii Europejskiej (UE) przemieszczają się miliony ludzi. W Polsce zgłaszanych jest rocznie około 300 przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej. Przeważają zachorowania wywołane przez meningokoki należące do serogrupy B (około 60% przypadków, głównie u małych dzieci) oraz serogrupy C. W latach 2013–2016 w Polsce jak i w Europie, meningokoki serogrupy B były przyczyną 534 z 781 zarejestrowanych zachorowań (68,4%), a serogrupy C – 205 (26,2%). Meningokoki serogrupy B stanowią również najczęstszą przyczynę IChM u dzieci <5. roku życia, a zwłaszcza u niemowląt i stanowią istotny czynnik etiologiczny poza szpitalnych zakażeń inwazyjnych. Podobnie jak w poprzednich latach, w 2021 r. i 2022 r. za największą liczbę zakażeń meningokokowych odpowiadały izolaty serogrupy B.

Zgodnie z danymi NIZP PZH-PIB w woj. wielkopolskim w roku 2021 odnotowano 7 przypadków zachorowań, natomiast w roku 2022 zarejestrowano 11 przypadków IChM. Przebiegały pod postaciami: zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (ZOMR), posocznicy. Wszystkie zakażenia miały charakter sporadyczny (nie stwierdzono pomiędzy nimi powiązania epidemiologicznego).

W samym Poznaniu i powiecie poznańskim odnotowano w 2022 roku 6 przypadków zachorowań. Wszyscy chorzy byli hospitalizowani. Odnotowano 1 zgon.

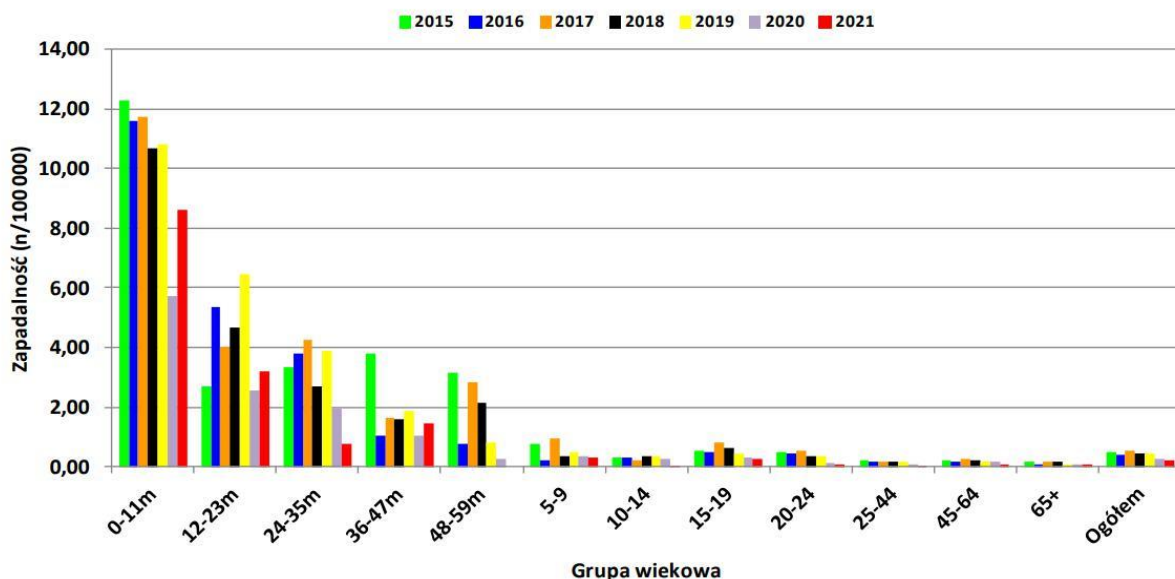
Liczba zachorowań i zapadalność na Inwazyjną Chorobę Meningokokową w Wielkopolsce i w Polsce w latach 2016-2022

Lata	Województwo wielkopolskie		Polska	
	liczba zachorowań	zapadalność	liczba zachorowań	zapadalność
2016	27	0,8	167	0,4
2017	25	0,7	224	0,6
2018	20	0,6	202	0,5
2019	27	0,7	193	0,5
2020	14	0,4	106	0,3
2021	7	0,2	107	0,3
2022	11	0,3	116	0,3

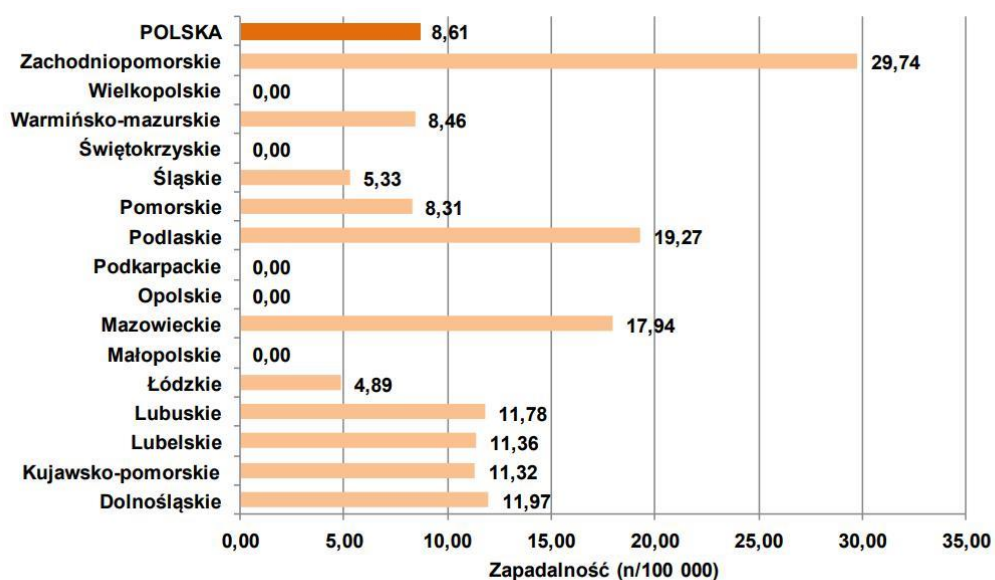
Uwzględniając dane epidemiologiczne odnośnie zapadalności na meningokoki, należy wziąć pod uwagę obszar nie tylko Europy, ale także Stany Zjednoczone, Australię czy Amerykę Łacińską, w których to właśnie zakażenia meningokowe powodowane są głównie serogrupą typu B i C. W krajach afrykańskich przez dziesiątki lat dominowały zakażenia z serogrupy typu A, natomiast z upływem czasu przewagę odnoszą już serogrupy typu B.

Wśród wszystkich występujących serogrup *Neisseria meningitidis*, do najczęściej spotykanych w krajach Europy zalicza się serogrupę B (SgB - 74%) i C (SgC - 16%). Dane wskazują, że największa zapadalność w Europie na chorobę meningokokową stwierdza się wśród niemowląt i dzieci pomiędzy 1-4 rokiem życia.

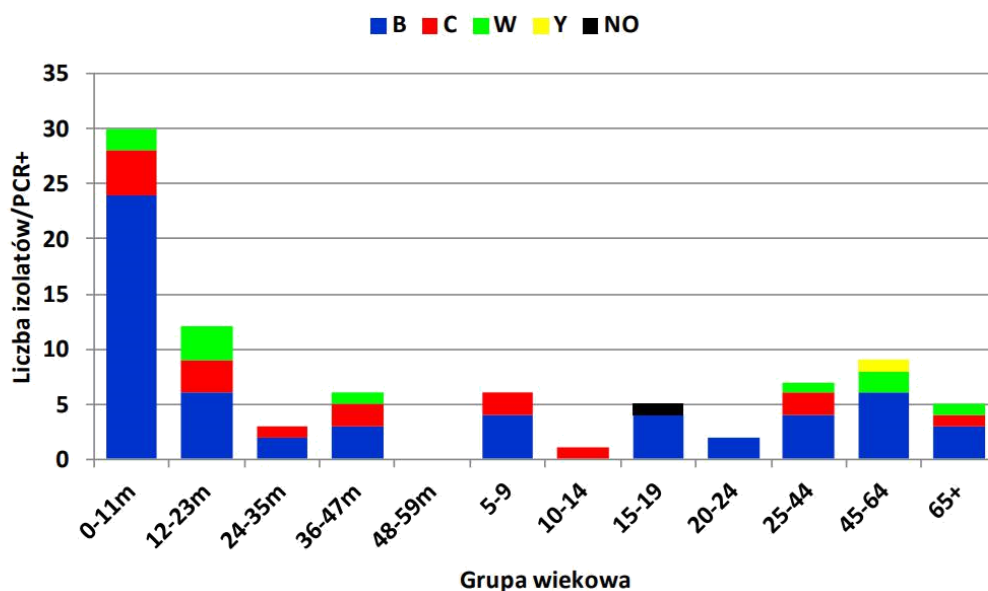
W przypadku czynników ryzyka, kluczową rolę odgrywają tzw. czynniki społeczne, a mianowicie bliski kontakt z osobami skolonizowanymi i chorymi, w tym kontakt z materiałem zakaźnym, który pochodzi od tych osób, ponadto przebywanie w miejscach zatłoczonych i obszarach zamkniętych (jednostki wojskowe, internaty, żłobki).



Wykres 1 Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w grupach wiekowych 2015-2021



Wykres 2 Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w województwach Polski, dzieci < 12 miesiąca życia, 2021.



Wykres 3 Rozpowszechnienie grup serologicznych meningokoków w grupach wiekowych, 2021

1.3. Opis obecnego postępowania

Szczepienie przeciwko meningokokom grupy B jest szczepieniem zalecanym w Programie Szczepień Ochronnych na rok 2024 szczepionki są szczególnie wskazane dla osób z grup ryzyka: niemowlętom od ukończenia 6 tygodnia życia lub 8 tygodnia życia w zależności od rodzaju szczepionki, dzieciom w wieku od ukończenia 2 miesiąca życia z grup ryzyka zaburzeń odporności oraz szczególnie narażonym na zachorowanie nastolatkom i osobom po 65 roku życia. Liczba dawek i schemat szczepienia – według wskazań producenta szczepionki: Szczepionka białkowa przeciwko serogrupie B.

Aktualnie dostępne typy szczepionek charakteryzują się dobrym profilem bezpieczeństwa. Dla serogrupy typu B dedykowane są dwa rodzaje szczepionek Bexsero oraz Trumenba. Z uwagi na wiek populacji biorącej udział w programie zaleca się użycie szczepionki Bexsero.

Dla 4CMenB (Bexsero), najczęstsze obserwowane miejscowe i ogólnoustrojowe działania niepożądane u młodzieży i dorosłych występowały ból w miejscu wstrzyknięcia, złe samopoczucie i ból głowy. U niemowląt i dzieci do dziesięciu lat, reakcje w miejscu wstrzyknięcia, gorączka ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) i drażliwość były bardzo często spotykane. Biegunka i wymioty, zaburzenia odżywiania, senność, nietypowe płacz i rozwój wysypki były często lub bardzo często obserwowane w tym wieku. Zgłoszenia wszystkich działań niepożądanych można znaleźć w podsumowaniu produktu - charakterystyka Bexsero (GSK.).

Bezpieczeństwo stosowania szczepionki Bexsero badano w 17 badaniach, w tym w 10 randomizowanych, kontrolowanych badaniach klinicznych z udziałem 10 565 uczestników (w wieku od 2 miesięcy), którym podano co najmniej jedną dawkę szczepionki Bexsero. Wśród otrzymujących szczepionkę Bexsero było 6 837 niemowląt i dzieci (w wieku poniżej 2 lat), 1 051 dzieci (w wieku 2 do 10 lat) oraz 2 677 młodzieży i dorosłych. Spośród osób, którym podano serię szczepień pierwotnych szczepionką Bexsero w wieku niemowlęcym, 3 285 otrzymało dawkę uzupełniającą w drugim roku życia. Wśród niemowląt i dzieci (w wieku poniżej 2 lat) najczęściej obserwowanymi w badaniach klinicznych miejscowymi i układowymi reakcjami niepożądanymi były tkliwość i rumień w miejscu wstrzyknięcia, gorączka i drażliwość. W badaniach klinicznych z udziałem niemowląt szczepionych w wieku 2, 4 i 6 miesięcy, występowanie gorączki ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) zgłaszano u od 69% do 79% uczestników w przypadku podawania szczepionki Bexsero równocześnie ze standardowymi szczepionkami (zawierającymi antygeny: pneumokokowe (skoniugowana szczepionka 7-walentna), błonicy, tężca, krztuśca (komponenta bezkomórkowa), wirusowego zapalenia wątroby typu B, inaktywowanego poliomyelitis oraz *Haemophilus influenzae* typu b) w porównaniu do grupy od 44% do 59% badanych, którym standardowe szczepionki podawano oddzielnie. W przypadku niemowląt i dzieci (w wieku poniżej 2 lat) szczepionych Bexsero i standardowymi szczepionkami, częściej zgłaszano również przypadki użycia środków przeciwgorączkowych. Gdy szczepionkę Bexsero podawano oddzielnie, częstość przypadków gorączki była podobna do częstości związanej z podawaniem standardowych szczepionek niemowlęcych, podawanych w warunkach badań klinicznych. Jeśli dochodziło do wystąpienia gorączki, miała ona z reguły przewidywalny przebieg i w większości przypadków ustępowała dzień po szczepieniu. Wśród młodzieży i osób dorosłych najczęściej obserwowanymi w badaniach klinicznych miejscowymi i układowymi reakcjami niepożądanymi były ból w miejscu wstrzyknięcia, złe samopoczucie i ból głowy. Nie stwierdzono wzrostu częstości ani stopnia ciężkości reakcji niepożądanych po podaniu kolejnych dawek w ramach cyklu szczepień. Po wprowadzeniu w krajach europejskich programu szczepień przeciwko meningokokom zaobserwowano zmniejszenie zachorowalności wśród populacji.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny:

Celem głównym Programu Profilaktyki Zdrowotnej jest „Eliminacja ryzyka zachorowań dzieci w wieku od 2 miesiąca do 12 miesiąca życia na chorobę meningokokową spowodowaną

meningokokami serogrupy B u minimum 50 % populacji docelowej do końca 2027 roku poprzez wykonanie szczepień ochronnych na terenie Gminy Tarnowo Podgórne”.

2.2. Cele szczegółowe Programu:

Cele szczegółowe Programu są następujące:

1. „zmniejszenie ryzyka powikłań w wyszczepionej grupie populacji dzieci w wieku od 2 miesiąca życia do 12 miesiąca życia o min. 80 %”
2. „uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 85 % poprawnych odpowiedzi w post teście) w zakresie choroby meningokokowej i szczepień przeciw meningokokom u co najmniej 85% rodziców”

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Odsetek dzieci zaszczepionych pełnym schematem szczepień, w porównaniu do stanu sprzed wprowadzenia programu-wyrażony w procentach.

Odsetek dzieci u których rozpoznano IChM wśród populacji objętej szczepieniem, w porównaniu do stanu sprzed wprowadzenia programu-wyrażony w procentach.

Liczba poprawnych odpowiedzi udzielona w pre teście do liczby poprawnych odpowiedzi udzielonych w post teście (%)

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

3.1 Populacja docelowa

Program kierowany jest do dzieci z Gminy Tarnowo Podgórne.

Na podstawie danych meldunkowych populacja dzieci urodzonych w 2023 r. liczy 256 osób. Do 30 czerwca 2024 r. w Gminie Tarnowo Podgórne urodziło się 177 dzieci (dane z ewidencji ludności Urzędu Gminy Tarnowo Podgórne). Populacja kwalifikująca się do szczepień została oszacowana na podstawie liczby urodzeń w ostatnich latach w Gminie Tarnowo. Liczba ta wynosi ok.**250** dzieci rocznie, co daje w ciągu trzech lat trwania programu 750 dzieci.

W kolejnych latach trwania projektu (jest on planowany na okres 3 lat) będą do niego włączane kolejne roczniki dzieci.

Gmina Tarnowo Podgórne liczy 30 458 mieszkańców, z czego 52,0% stanowią kobiety, a 48,0% mężczyźni. 56,3% mieszkańców gminy Tarnowo Podgórne jest w wieku produkcyjnym, 24,6% w wieku przedprodukcyjnym, a 17,7% mieszkańców jest w wieku poprodukcyjnym. Działaniami edukacyjnymi będzie objęta szersza grupa odbiorców (w stosunku do grupy docelowej programu) ponieważ działania te będą adresowane do rodziców i opiekunów prawnych dzieci w wieku 0–2 lat, a także osób dorosłych, zamieszkujących gminę, a także

potencjalnych przyszłych rodziców oczekujący narodzin dziecka w okresie trwania programu. Liczbę osób planowanych do udziału w działaniach edukacyjnych szacuje się na ok. **3000** osób (jest to 50 % liczby osób w wieku 24-40 lat zamieszkujących Gminę Tarnowo Podgórne)

W każdym roku realizacji Programu planowane jest zaszczepienie ok. 50% populacji dzieci w grupie wiekowej od 2 miesiąca do 12 miesiąca życia zamieszkałych na terenie gminy Tarnowo Podgórne, jednak działania organizatora szczepień zmierzają do objęcia w przyszłości szczepieniami przewidzianej populacji w 100%.

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Program szczepień będzie realizowany poprzez zaszczepienie przeciwko meningokokom dzieci pow. 2. miesiąca życia do 12 miesiąca życia zamieszkałych na terenie Gminy Tarnowo Podgórne i posiadających Kartę Mieszkańca.

Wizyta związana z podaniem szczepionki rozpocznie się konsultacją lekarską, mającą na celu wykluczenia przeciwwskazań i zakwalifikowanie pacjenta do szczepienia.

W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań związanych np. z chorobą dziecka, wyznaczony będzie kolejny termin wizyty. Ponadto w trakcie konsultacji lekarskiej każdy rodzic zostanie poinformowany o zagrożeniach związanych z zakażeniami meningokokowymi, powikłaniach, o samym szczepieniu oraz możliwej reakcji organizmu na podaną szczepionkę. Dodatkowym kryterium formalnym będzie podpisanie przez rodzica lub opiekuna prawnego dziecka świadomej zgody na udział w szczepieniu.

Podpisane oświadczenia zostaną dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta.

Kryterium wyłączenia będzie przeciwwskazania lekarskie do szczepienia i wcześniejsze zaszczepienie p/ meningokokom.

3.3. Planowane interwencje:

Działania w ramach programu realizowane będą przez Ośrodek Opieki Zdrowotnej oraz personel medyczny w tym lekarza POZ, pielęgniarkę środowiskową i położną. Program będzie realizowany przez beneficjentów, którzy zostaną zakwalifikowani do programu. Lekarz na wizycie kwalifikacyjnej zbada dziecko w celu sprawdzenia obecności przeciwwskazań do zaszczepienia. W przypadku, kiedy dziecko spełnia wszystkie kryteria włączenia, zostaje zakwalifikowane do programu szczepienia przeciwko meningokokom.

Zostaje ustalony plan szczepienia dostosowany indywidualnie do uczestnika:

1. Dzieci w wieku od 2 do 5 miesięcy 3 dawki w odstępie nie mniejszym niż 1 miesiąc + dawka przypominająca w 2 roku życia
2. Dzieci w wieku od 5 do 12 miesięcy 2 dawki w odstępie nie mniejszym niż 2 miesiące + dawka przypominająca w 2 roku życia.

Na wizycie lekarskiej również rodzic/opiekun prawny dziecka zostaje poinformowany o możliwych działaniach niepożądanych wraz z informacją, co w przypadku ich wystąpienia należy zrobić. Prowadzona będzie również edukacja odnosząca się do charakteru zakażeń meningokokowych, wysokiej śmiertelności, trwałych następstw choroby, informacji o grupach ryzyka oraz ochrony jaką zapewniają szczepionki. Formy zaplanowanej edukacji:

- a. Rozmowa z lekarzem podczas wizyt lekarskiej (na 1 wizycie rodzic wypełnia pre-test oraz na ostatniej post-test w celu weryfikacji zdobytej wiedzy)—załącznik nr 3
- b. Ulotki i plakaty rozmieszczone w: szkołach, świetlicach, kościołach, ośrodku pomocy społecznej, urzędzie gminy, itp.
- c. Informacja podczas mszy świętej o realizacji działań profilaktycznych w kościołach na terenie gminy Tarnowo Podgórne
- d. Informacja w social- media o realizacji programu
- e. Informacja w lokalnej gazecie

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Szczepienia przeciw meningokokom prowadzone będą na terenie Gminy Tarnowo Podgórne w miejscach wskazanych przez realizatora programu, które spełniają wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. W sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Szczepienie przeciw meningokokom znajduje się w Programie Szczepień Ochronnych w grupie świadczeń zalecanych natomiast niefinansowanych ze środków publicznych. Planowane interwencje można więc traktować jako zespół działań uzupełniający do świadczeń gwarantowanych – finansowanych z budżetu państwa.

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Udział w programie uwieńczą ulotki informacyjne oraz wskazówki dotyczące wystąpienia ewentualnych objawów niepożądanych, a także zalecenia odnośnie zachowań ryzykownych. Należy dodać, iż możliwe jest przerwanie udziału na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie rodziców lub opiekunów prawnych uczestnika. Warunkiem jest potwierdzenie tego na piśmie, które zostanie dołączone do dokumentacji medycznej uczestników programu.

W przypadku wystąpienia niepożądanych objawów rodzice/opiekunowie prawni otrzymają zalecenia dotyczące postępowania oraz zostaną poinformowani o możliwości leczenia w zakresie świadczeń gwarantowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji, stanowi jeden z celów programu. W tym celu zostanie przeprowadzona kampania informacyjno-edukacyjna skierowana do rodziców dzieci zachęcająca do aktywnego udziału w akcji szczepień.

Mieszkańcy Gminy będą informowani o programie zdrowotnym za pośrednictwem lokalnych mediów ;strona internetowa urzędu gminy, strony redakcyjne gazety Sąsiadka-Czytaj, plakaty i ulotki, ogłoszenia parafialne a także za pośrednictwem sołectw.

Dodatkowo w momencie zgłaszania dziecka do ewidencji ludności każdy rodzic otrzyma instrukcję dotyczącą aktualnych programów zdrowotnych dostępnych dla mieszkańców na terenie

gminy wraz z krótkimi informacjami organizacyjnymi.

ETAPY:

1. Wybór realizatora/ów programu polityki zdrowotnej,
2. Prowadzenie akcji informacyjno-promocyjnej o Programie przez Urząd Gminy w Tarnowie Podgórny i wyłonionych Realizatora/ów,
3. Rejestracja uczestników do udziału w Programie (spełniających kryteria kwalifikacji),
4. Realizacja Programu i bieżące monitorowanie jakości (uwzględniające zapisy Programu),
5. Ewaluacja Programu - określenie efektywności Programu po zakończeniu jego realizacji (zgodnie z opisem w punkcie Monitorowanie i ewaluacja)

4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizator powinien zapewnić stosowną opiekę medyczną uczestnikom Programu.

Wymagania dotyczące personelu:

1. Kwalifikowanie do szczepień – lekarz posiadający niezbędną wiedzę z zakresu szczepień ochronnych, wskazań oraz przeciwwskazań do szczepień, a także niepożądanych odczynów poszczepiennych.
4. Podanie szczepionki – lekarze, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, którzy posiadają kwalifikacje określone w § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, to jest jeżeli: odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej. Ważnym aspektem skutecznego informowania społeczeństwa o szczepionkach jest dostarczanie wiarygodnych informacji, zdobycie zaufania, wyjaśnianie korzyści i zagrożeń związanych ze szczepionkami i używanie zrozumiałego języka, który powinien uwzględniać czynniki zniechęcające pacjentów do szczepień oraz ich wiedzę na temat zdrowia.
3. Działania edukacyjne – osoba posiadająca doświadczenie dydaktyczne w pracy z grupą docelową oraz posiadająca wiedzę z zakresu profilaktyki meningokoków na poziomie odpowiednim, aby przekazywać treści całkowicie merytorycznie spójne z materiałami

informacyjno-edukacyjnymi (np. lekarz medycyny, pielęgniarka, mgr zdrowia publicznego). Ważnym aspektem skutecznego informowania społeczeństwa o szczepionkach jest dostarczanie wiarygodnych informacji, zdobycie zaufania, wyjaśnianie korzyści i zagrożeń związanych ze szczepionkami i używanie zrozumiałego języka, który powinien uwzględniać czynniki zniechęcające pacjentów do szczepień oraz ich wiedzę na temat zdrowia.

Wymagania dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych:

1. Kwalifikacja i szczepienie - warunki takie jak dla gabinetu diagnostyczno-zabiegowego (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa), a także dostępność do urządzeń odpowiednich do przechowywania szczepionek w warunkach zalecanych przez producenta (w szczególności zapewniających nieprzerwany łańcuch chłodniczy), materiały niezbędne do wykonania szczepienia oraz rozwiązania zapewniające gotowość do podjęcia działań na wypadek wystąpienia działań niepożądanych lub innej sytuacji zagrożenia dla zdrowia lub życia.
2. Działania edukacyjne – miejsce, które spełnia wymogi ogólne, adekwatne do zaplanowanych działań.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do Programu będzie prowadzona na bieżąco oraz na jego zakończenie. Realizator zobowiązany będzie do składania cyklicznych sprawozdań z realizacji Programu oraz sprawozdania końcowego. Ocena zgłaszalności do Programu obejmować będzie określenie:

- liczby osób zgłaszających się do Programu,
- liczby osób, które nie zostały objęte Programem po kwalifikacji lekarskiej,
- liczby osób zaszczepionych w ramach Programu,
- liczby wykonanych szczepień.

Monitorowanie obejmie liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), a także obejmie liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji.

Ocena jakości świadczeń w Programie dokonana będzie przez uczestników Programu na podstawie anonimowych ankiet przeprowadzonych na zakończenie Programu. Przedmiotowa ankieta stanowi Załącznik 2 do Programu.

5.2. Ewaluacja

Ocena efektywności Programu zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników, które zostały opisane w punkcie „Mierniki efektywności”, co pozwoli oszacować liczbę dzieci, które uczestniczyły w Programie i zostały zaszczepione pełnym cyklem szczepień przeciwko meningokokom oraz liczbę rodziców/opiekunów dzieci, którzy podnieśli poziom wiedzy na temat zakażeń meningokokowych. System monitorowania i ewaluacji oparty będzie na sprawozdawczości, która będzie raportowana przez Realizatora/ów Programu (załącznik 1), testach, jak również w oparciu o ewentualne informacje przekazywane przez rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w Programie (telefonicznie, mailowo). Należy podkreślić, że efekty ww. Programu będą znane dopiero w dłuższej perspektywie czasowej od momentu zastosowania szczepionki. Obniżenie wskaźnika zachorowalności na meningokoki może być trudne do zaobserwowania w krótkim, rocznym okresie. Dlatego też oczekuje się, iż tendencja ta będzie miała charakter długofalowy. Ocena wskaźników zachorowalności będzie prowadzona w ramach obowiązkowej zgłaszalności chorób zakaźnych i danych gromadzonych przez Powiatową Stację Sanitarno - Epidemiologiczną w Poznaniu.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1. Koszty jednostkowe

Szczegółowy kosztorys wykonania Programu zostanie przedstawiony przez Realizatora/ów na etapie konkursu ofert. Liczba uczestników, koszty jednostkowe zależą od wyceny świadczeń przygotowanej przez Realizatora/ów wybranego/ych w drodze konkursu ofert. Poniższa kalkulacja kosztów jest szacunkowa. Maksymalny koszt wykonania świadczenia u jednego uczestnika Programu szacowany jest na około 1260 zł. Gmina Tarnowo Podgórne planuje płacić 70% całkowitego kosztu, co wyniesie szacunkowo 882 zł/1 uczestnik Programu. Pozostałą część 30 % kosztu (ok. 378 zł) pokryje rodzic. Na koszt szczepień składają się:

- lekarskie badanie kwalifikujące do szczepienia wraz z edukacją
- koszt dawki szczepionki wraz z jej wykonaniem

6.2. Koszty całkowite

Planowany koszt realizacji programu w roku 2024 wynosi **50.000 zł**. Program zostanie wdrożony pod koniec roku, dlatego planowane koszty na 2024 są niższe.

Przewidywany całkowity koszt realizacji programu w latach 2024 – 2026 to **270 000,00 zł. przy zaszczepieniu średnio ok. 100 dzieci rocznie.**

Koszt ulotek plakatów zostanie pokryty ze środków Wydziału Promocji i Komunikacji Urzędu Gminy.

Gmina nie poniesie dodatkowych kosztów monitorowania i ewaluacji. Monitorowanie i ewaluacja zostaną przeprowadzone przez wskazanego pracownika Urzędu Gminy Tarnowo Podgórne na podstawie raportu Realizatora.

6.3. Źródła finansowania:

Program będzie finansowany ze środków własnych Gminy Tarnowo Podgórne, pod warunkiem zabezpieczenia odpowiedniej kwoty na jego przeprowadzenie, zgodnie z umowami zawartymi z placówkami wybranymi do realizacji Programu.

7. Bibliografia:

1. Kuchar E.: Zakażenia meningokokowe, sepsa meningokokowa. www.choroby-zakazne.mp.pl/choroby
2. Skoczyńska A, Gołębowska A, Wróbel-Pawelczyk I, Kiedrowska M, Ronkiewicz P, Błaszczak K, Kuch A, Hryniewicz W. Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN). Inwazyjna choroba meningokokowa (ICHM) w Polsce w 2021 roku. Warszawa, 2022
3. Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP PZH – PIB. Departament Przeciwpidemiczny i Ochrony Sanitarnej Granic GIS. Meldunki o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce. 2022
4. Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia. Szczepienia-polisa. Kurier Medyczny Menedżera Zdrowia. 2020. KM_Art_41727-10.pdf
5. Główny Urząd Statystyczny. Dane z grudnia 2021 roku.
6. M. Rorat, Inwazyjna choroba meningokokowa – epidemiologia, przebieg kliniczny i profilaktyka. Zakład Prawa Medycznego Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu I Oddział Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.
7. lek. I. Rywczak. Ryzyko związane ze szczepieniami i chorobami, którym zapobiegają – cz. 7: inwazyjna choroba meningokokowa. Oddział Immunologii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. 2018.
8. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. W sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739)
9. Green book. Immunisation against infectious disease. www.gov.uk/government
10. <https://www.fpp.edu.pl/images/stoiska/gsk/2.BEXSERO..pdf>
11. Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna (FIP). FIP Podręcznik szczepień dla farmaceutów: Procedury, aspekty bezpieczeństwa, punkty wspólnego ryzyka i częste pytania. Haga: Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna; 2021 r
12. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce (biuletyn roczny). http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. W sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w

podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r., nr 151, poz.896

- 14.European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Vaccine schedule: recommended immunisations for meningococcal disease. 2017. Available: <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>. Accessed: 7 March 2017.
- 15.ECDC. Invasive meningococcal diseases. Annual Epidemiological Report for 2018.
- 16.Matkowska-Kocjan A., Szenborn L.: Szczepionka przeciwko meningokokom grupy B – długo oczekiwana składowa kompleksowej profilaktyki inwazyjnej choroby meningokokowej. Med. Prakt. Szczepienia 2/2016, s. 47–55

**ROCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH
NA RZECZ MIESZKAŃCÓW GMINY TARNOWO PODGÓRNE**

za rok

1. Liczba dzieci objętych programem.....
2. Liczba zgód na udział w programie.....
3. Liczba pacjentów zaszczepionych przeciwko meningokokom.....
4. Liczba zaobserwowanych podejrzeń lub stwierdzeń niepożądanych odczynów poszczepiennych.....
5. Liczba wykonanych pre-testów na temat zakażeń meningokokowych.....
6. Liczba wykonanych post-testów na temat zakażeń meningokokowych.....
7. Procentowy wzrost poziomu wiedzy rodziców/opiekunów dzieci na temat zakażeń meningokokowych.....
8. Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data i podpis

Ankieta uczestnika Programu

Szanowni Państwo, Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń meningokokami w latach 2024- 2026, w którym Państwa dziecko uczestniczyło.

Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X. Ankieta jest anonimowa. Ankieta dedykowana jest dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci objętych programem.

1. Płeć:

☐ Kobieta

☐ Mężczyzna

2. Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o Programie?

☐ informacja od pracowników medycznych

☐ informacja, ogłoszenie w placówce medycznej, ośrodku pomocy społecznej, świetlicy, podczas mszy świętej

☐ Rodzina/znajomi

☐ Broszury informacyjne

☐ Plakaty

☐ inne: jakie?

3. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?

☐ zdecydowanie tak

☐ raczej tak

☐ trudno powiedzieć

☐ raczej nie

☐ zdecydowanie nie

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w ramach Programu?

☐ zdecydowanie tak

☐ raczej tak

☐ trudno powiedzieć

☐ raczej nie

☐ zdecydowanie nie

5. Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?

☐zdecydowanie tak

☐raczej tak

☐trudno powiedzieć

☐raczej nie

☐zdecydowanie nie

6. Po przeprowadzonej edukacji w ramach Programu Pani/Pana wiedza na temat profilaktyki zakażeń meningokokami jest:

☐zdecydowanie wyższa

☐raczej wyższa

☐taka sama

☐raczej niższa

☐zdecydowanie niższa

7. Jaki był powód skorzystania ze szczepień przeciwko meningokokom w ramach Programu?

☐rekomendacje lekarza

☐chęć zabezpieczenia przed zachorowaniem na nowotwór szyjki macicy

☐przypadki zachorowań w rodzinie i wśród znajomych

☐inne: jakie?

8. Czy po udziale w Programie wzrosła Pana/Pani motywacja do promowania szczepień przeciwko meningokokom?

☐zdecydowanie tak

☐raczej tak

☐trudno powiedzieć

☐raczej nie

☐zdecydowanie nie

miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu:

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Test wiedzy na temat meningokoków typu B oraz Inwazyjnej Choroby Meningokokowej

Szanowni Państwo,

Test zostanie przeprowadzony dwukrotnie. Ma on na celu poznanie poziomu Państwa wiedzy na temat zakażenia meningokokami typu B oraz Inwazyjnej Choroby Meningokokowej.

Testy są anonimowe, a ich wyniki posłużą do monitorowania efektywności programu.

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ TYLKO JEDNĄ ODPOWIEDŹ):

1. Meningokokami można się zakażyć:
 - a. poprzez kontakt z zakażoną krwią,
 - b. drogą kropelkową,
 - c. poprzez bezpośrednią styczność z chorym zwierzęciem,
 - d. poprzez ugryzienie owada.

2. Czy przebycie choroby meningokokowej (IChM) chroni dzieci przed kolejnym zachorowaniem?
 - a. Tak
 - b. Nie

3. Inwazyjna Choroba Meningokokowa (IChM) przebiega najczęściej pod postacią:
 - a. sepsy z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych,
 - b. ciężkiego przebiegu grypy (gorączka, kaszel, ogólne osłabienie itp.),
 - c. intensywnej wysypki na całym ciele,
 - d. IChM nie daje żadnych niepokojących objawów.

4. Jaka grupa wiekowa najczęściej choruje na Inwazyjną Chorobę Meningokokową (IChM)?
 - a. dzieci do 1 roku życia,
 - b. młodzież do 18 roku życia,
 - c. osoby od 18 do 40 roku życia,
 - d. seniorzy powyżej 65 roku życia.

5. Czy szczepienia przeciw meningokokom typu B są w Polsce obowiązkowe?
 - a. Tak.
 - b. Nie

Bardzo dziękujemy za wypełnienie testu.

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 146 z późniejszymi zmianami) opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców należy do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Rada Gminy Tarnowo Podgórne przyjmując do realizacji program zmierza do polepszenia stanu zdrowia oraz jakości życia mieszkańców Gminy Tarnowo Podgórne. Na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych opracowany projekt programu zdrowotnego został przesłany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie w celu zaopiniowania i uzyskał opinię pozytywną.

Zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy o samorządzie gminnym i art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podjęcie uchwały w sprawie przyjęcia do realizacji programów zdrowotnych leży w zakresie kompetencji Rady Gminy. W związku z powyższym podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione.