

**UCHWAŁA NR RG-XXXII/367/21
RADY GMINY NOWINY**

z dnia 25 stycznia 2021 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Profilaktyka chorób zakaźnych w populacji dzieci i młodzieży na lata 2021-2025”

Na podstawie art.18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2020 r. poz. 713 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.) - Rada Gminy uchwala, co następuje.

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pod nazwą „Profilaktyka chorób zakaźnych w populacji dzieci i młodzieży w Gminie Nowiny na lata 2021-2025”

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy

Zbigniew Pyk

Załącznik do uchwały Nr RG-XXXII/367/21
Rady Gminy Nowiny
z dnia 25 stycznia 2021 r.

AKCEPTUJĘ

.....

data, oznaczenie¹⁾ oraz podpis
osoby zatwierdzającej program
polityki zdrowotnej do realizacji
oraz wskazanie podstawy
akceptacji, jeżeli dotyczy



GMINA NOWINY

Profilaktyka chorób zakaźnych w populacji dzieci i młodzieży w Gminie Nowiny na lata 2021-2025

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn.zm.]

Nowiny, 2020

¹⁾ Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.

1. Nazwa programu:

Profilaktyka chorób zakaźnych w populacji dzieci i młodzieży w Gminie Nowiny na lata 2021-2025

2. Okres realizacji programu: 2021-2025

3. Autorzy programu: dr hab. n. o zdr. Joanna Woźniak-Holecka, dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

4. Kontynuacja/trwałość programu:

Program w obecnym kształcie nie stanowi kontynuacji programów realizowanych przez Gminę.

5. Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Nowiny

Białe Zagłębie 25

26-052 Nowiny

Tel: (41) 347 50 00

E-mail: nowiny@nowiny.com.pl

6. Data opracowania programu: październik 2020

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	10
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	12
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	13
1. Cel główny	13
2. Cele szczegółowe	13
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	14
1. Populacja docelowa	14
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	14
3. Planowane interwencje	15
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	21
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	21
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	21
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	21
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	23
1. Monitorowanie	23
2. Ewaluacja	25
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	25
1. Koszt jednostkowy	25
2. Koszty całkowite:	25
3. Źródło finansowania	26
VII. Bibliografia	27
Załączniki	29

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Meningokoki (łac. *Neisseria meningitidis*) są to gram-ujemne bakterie (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych), chorobotwórcze drobnoustroje, wywołujące inwazyjną chorobę meningokokową (IChM), objawiającą się najczęściej jako posocznica (sepsa) meningokokowa lub meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (ZOMR)². Sepsa meningokokowa to uogólnione zakażenie krwi bakteriami, które powoduje bardzo ciężkie objawy ze strony wielu narządów, bakterie krążą wraz z krwią w organizmie chorego i mogą zakażać cały organizm. Stan ten charakteryzuje się znaczną śmiertelnością (od 20 do nawet 70%). Dwoinka zapalenia opon mózgowych może również wywoływać inne krwiopochodne infekcje, takie jak ropne zapalenie stawów, zapalenie płuc, zapalenie osierdzia i wsierdzia, szpiku kostnego, zapalenie spojówek, ucha środkowego, gardła, zakażenia w obrębie układu moczowo-płciowego i miednicy małej. Zakażenia mogą występować nie tylko w postaci zachorowań sporadycznych, endemicznych, hiperendemicznych, ale również epidemicznych i pandemicznych.

Okres wylęgania choroby wynosi od 2 do 10 dni, przeciętnie 3-4 dni. Większość przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej przebiega zarówno z objawami sepsy, jak i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica zdarzają się stosunkowo rzadko, jednak mogą doprowadzić do śmierci w ciągu kilku godzin. Na zakażenie meningokokami narażeni są wszyscy, niezależnie od płci czy wieku, najczęściej jednak chorują dzieci w wieku od 3 miesięcy do 1 roku życia, następnie dzieci w wieku do 5 lat oraz nastolatki i młodzi dorośli w wieku 16 - 21 lat³.

Ze względu na różnice antygenowe wielocukrów otoczkowych szczepy *Neisseria meningitidis* podzielono na 12 grup serologicznych: A, B, C, X, Y, Z, W-135, 29E, H, I, K i L, z których A, B, C, Y i W-135 odpowiadają za ponad 90% zakażeń na całym świecie⁴. W Polsce,

² Czajka H., Stryczyńska-Kazubska J., Tarczoń I.: Choroby zakaźne i szczepienia ochronne., [w]: Pierwsze 2 lata życia dziecka. Przewodnik dla rodziców, pod red. Chylicka A., Dobrzańska A., Szczapa J., Wysocki J., wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2008:192-196.

³ Jackowska T, Wagiel E, Inwazyjna choroba meningokokowa – praktyczne wskazówki dla lekarzy, Postępy Nauk Medycznych, t. XXVII, nr 10B, 2014.

⁴ Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczno-profilaktyczne, http://www.antybiotyki.edu.pl/pdf/rekomendacje-ukl-nerwowy_2011.pdf (dostęp 01.10.2020).

podobnie jak w pozostałych krajach Europy, większość zachorowań wywoływanych jest przez meningokoki z grup B i C rzadziej W₁₃₅ i Y⁵.

Źródłem zakażenia meningokokami są nosiciele tych bakterii oraz osoby chore. Nosicielami meningokoków są często rodzice, czy starsze rodzeństwo dziecka, u których brak jest objawów choroby. Odsetek bezobjawowych nosicieli jest największy wśród osób w wieku 15-24 lat. Meningokokami zarazić się można poprzez bezpośredni kontakt z wydzieliną z dróg oddechowych chorego lub drogą kropelkową. Oznacza to, iż do zakażenia może dojść poprzez pocałunek w usta, czy stosowanie tych samych naczyń do picia, sztućców, itp. Nosicielstwo w obrębie jamy nosowo-gardłowej dotyczy od 2-25% populacji, jednak w środowiskach zamkniętych odsetek ten może się zwiększać do 40-80%⁶. Bezobjawowy przebieg zakażenia meningokokami jest charakterystyczny głównie dla młodzieży i młodych dorosłych⁴.

Leczenie IChM polega na odpowiednio dobranej antybiotykoterapii i musi być wdrożone jak najszybciej, najlepiej już w pierwszej dobie od rozpoznania choroby, najpierw jako leczenie empiryczne (powinno być podane w ciągu pierwszej godziny, a w przypadku podejrzenia etiologii meningokokowej w ciągu 30 min.), następnie jako terapia celowana (po uzyskaniu wyniku badania mikrobiologicznego). W leczeniu zakażeń meningokokowych stosuje się ampicylinę, penicylinę, chloramfenikol, a także ceftriakson. W przypadku ciężkiego zakażenia konieczna może być hospitalizacja, przy czym izolacja pacjenta nie jest wymagana. Dodatkowo stosuje się chemioprophylaktykę, polegającą na profilaktycznym podaniu antybiotyku osobom z bliskiego otoczenia chorego (oraz w pewnych przypadkach, samemu choremu), co ma za zadanie likwidację potencjalnego nosicielstwa nosogardłowego *Neisseria meningitidis* w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia wtórnych przypadków zakażeń. Ze względu na fakt, że zakażenia meningokokowe stanowią zagrożenie nie tylko dla samego chorego, ale również dla innych, chemioprophylaktykę należy wdrożyć u osób z najbliższego otoczenia chorego, jak najszybciej od momentu wystąpienia zachorowania, najlepiej w ciągu pierwszych 24 godzin⁷. Najskuteczniejszą niewątpliwie metodą ochrony przed meningokokami są szczepienia ochronne.

Ospa wietrzna należy do najbardziej powszechnych i zakaźnych chorób infekcyjnych wieku dziecięcego. Wirus ospy wietrznej i półpaśca (*Varicella-zoster Virus*, skrót: *VZV*) należy do neurotropowych wirusów z rodziny Herpes. Zakażenie powodowane jest przez pierwotną

⁵ Ślusarczyk J., Charakterystyka Szczepionek, [w:] Wakcynologia, pod red. Magdżik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A., wyd. α-medica press, Bielsko Biała, 2009.

⁶ http://www.wsse.katowice.pl/pliki/ip/Inwazyjna_choroba_meningokokowa.pdf (dostęp 01.10.2020).

⁷ Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego... op. cit.

infekcję Varicella zoster, natomiast możliwa jest reaktywacja wirusa z postaci latentnej, która manifestuje się jako półpasiec⁸.

Rozpoznanie ospy wietrznej opiera się przede wszystkim na charakterystycznym obrazie klinicznym. Choroba zazwyczaj przebiega w sposób typowy, a jej leczenie ogranicza się do leczenia objawowego, ale należy pamiętać, że u części uprzednio zdrowych pacjentów, może dochodzić do ciężkich, zagrażających zdrowiu i życiu powikłań. Szczególnie niebezpieczne jest zachorowanie w ciąży, okresie noworodkowym oraz u osób z upośledzoną odpornością, w trakcie immunosupresji, u dzieci z chorobami hematologicznymi i nowotworowymi⁹. W związku z realnym zagrożeniem wystąpienia powikłań u każdego pacjenta świadome narażanie dziecka przez rodziców w trakcie tzw. „ospa party” wydaje się skrajnie nieodpowiedzialne.

Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową, bezpośrednio przez kontakt z zanieczyszczonymi przedmiotami oraz drogą wertykalną z matki do płodu. Okres inkubacji szacowany jest na 10-21 dni, a średnio wynosi 12-14 dni. Osoba zakażona wirusem jest zakaźna na 1-2 dni przed wystąpieniem wysypki i do momentu przyschnięcia wszystkich wykwitów. Wirus przedostaje się do krwi przez nabłonek dróg oddechowych i jamy ustnej, namnaża w węzłach chłonnych, a następnie dostaje się do skóry. U osób z upośledzoną odpornością okres ten może ulegać wydłużeniu. Po przechorowaniu infekcji pierwotnej wirus pozostaje w komórkach zwojowych korzeni grzbietowych w postaci latentnej. W przypadku reaktywacji wirusa dochodzi do rozwoju półpaśca, manifestującego się jako pęcherzykowa wysypka na obszarze unerwionym przez uszkodzony zwój, i możliwych związanych z nim powikłań. Zachorowanie na ospę wietrzną zazwyczaj daje trwałą odporność, jednak według piśmiennictwa 1 na 500 osób może chorować dwukrotnie¹⁰.

Po bezobjawowym okresie inkubacji następuje trwający 1-2 dni etap nieswoistych objawów zapowiadających (prodromalnych) takich, jak np.: stan podgorączkowy, zmęczenie, złe samopoczucie, utrata łaknienia, bóle głowy i objawy zakażenia górnych dróg oddechowych. W kolejnym etapie dochodzi do wysiewu wykwitów skórnych, początkowo w postaci plamek, następnie grudek, pęcherzyków i ostatecznie suchych strupków, które samoistnie odpadają¹¹. Zmiany mogą obejmować całą skórę, wywołują silny świąd, towarzyszą im najczęściej:

⁸Mierzejewska A, Jung A, Ospa wietrzna u dzieci, *Pediatr Med Rodz* 2012, 8 (4), p. 329-334.

⁹ Jackowska T., Chylicka A., Czajka H. i wsp.: Rekomendacje zespołu ekspertów dotyczące stosowania dwudawkowego schematu szczepień przeciw ospie wietrznej. *Pediatr. Pol.* 2010; 85: 243-250.

¹⁰ Mierzejewska A, Jung A, Ospa wietrzna... op. cit.: 329-334.

¹¹ Weisberg S.S.: Varicella-zoster infections. *Dis. Mon.* 2007; 53: 522-528.

gorączka, osiągająca szczyt w okresie największego nasilenia wysypki, ból mięśni i ogólne zmęczenie.

Niebezpieczne dla życia i zdrowia chorych są występujące szczególnie często u nastolatków i dorosłych powikłania neurologiczne – zapalenie mózgu, mózdzku, opon mózgowo-rdzeniowych, rdzenia kręgowego, których następstwem mogą być deficyty neurologiczne i padaczka, częste są również powikłania ze strony układu oddechowego: zapalenia płuc, oskrzeli, opłucnej, ucha środkowego. Inne możliwe następstwa ospy wietrznej mogą mieć postać: zapalenia mięśnia sercowego, wątroby, nerek, stawów, zaburzeń żołądkowo-jelitowych, małopłytkowości¹². Istnieją udokumentowane przypadki zgonów będących następstwem powikłań po zakażeniu VZV¹³.

Leczenie niepowikłanych przypadków ospy wietrznej opiera się na stosowaniu leków działających objawowo, czyli w tym przypadku przeciwgorączkowych i przeciwświądowych. Spośród leków przeciwgorączkowych należy unikać podawania niesteroidowych leków przeciwzapalnych, z powodu doniesień o zwiększonym wówczas ryzyku skórnych powikłań bakteryjnych, a także kwasu acetylosalicylowego, ze względu na ryzyko rozwoju zespołu Reye'a¹⁴.

2. Dane epidemiologiczne

Zakażenia meningokokowe występują na całym świecie. Każdego roku odnotowuje się około 1,2 mln przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej, w tym 135 000 przypadków śmiertelnych. Częstość występowania inwazyjnej choroby meningokokowej jest bardzo zróżnicowana i zależy m. in. od położenia geograficznego. Ponad 90% wszystkich zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową wywołują meningokoki należące do 5 serogrup, tj. A, B, C, W135 oraz Y. Najwięcej zakażeń meningokokami serogrupy A występuje w Afryce Subsaharyjskiej (80-85%), gdzie odnotowywana jest zachorowalność na poziomie 1200/100 000, a duże epidemie występują co 5-10 lat, oraz Rosji, rzadziej w Azji, Ameryce Południowej, najrzadziej w Stanach Zjednoczonych i sporadycznie w Europie. U niemowląt i małych dzieci (głównie do 1 roku życia) nawet ponad 70% przypadków zachorowań wywołują meningokoki

¹² Jankowska-Folusiak J.: Powikłania ospy wietrznej u dzieci – prezentacja wybranych przypadków. Przegl. Pediatr. 2011; 41: 86-89.

¹³ Grothe V., von Kries R., Springer W. i wsp.: Varicella- related deaths in children and adolescents – Germany 2003-2004. Acta Paediatr 2008; 97: 187-192.

¹⁴ Heininger U., Sewart J.F.: Varicella. Lancet 2006; 368: 1365-1376.

serogrupy B, jednak już od 2 roku życia znacząco zwiększa się udział meningokoków serogrupy C, która dominuje u osób w wieku 4-24 lata.

Meningokoki serogrupy B stanowią 70-90% przypadków zakażeń w krajach, gdzie wprowadzono masowe szczepienia przeciw serogrupie C oraz prawie połowę przypadków zakażeń meningokokowych w Australii, Nowej Zelandii i Ameryce Północnej. W Stanach Zjednoczonych meningokoki serogrupy B odpowiadają za 1/3 wszystkich zakażeń meningokokowych. W Europie w 2013 r. meningokoki serogrupy B odpowiadały za 71% wszystkich zakażeń meningokokowych¹⁵. Meningokoki serogrupy C w Stanach Zjednoczonych wywołują 25-40% zakażeń meningokokowych. W Europie meningokoki serogrupy C odpowiadają za ok. 26 % zakażeń meningokokowych, ale częstość ich występowania jest różna w różnych krajach, najniższa w krajach gdzie prowadzone są powszechne szczepienia przeciw meningokokom grupy C (np. Wielka Brytania czy Holandia), a wysoka w krajach gdzie takich szczepień nie ma. W krajach, w których wprowadzono masowe szczepienia przeciw meningokokom serogrupy C zaobserwowano wyraźne zmniejszenie częstości ich występowania (np. w Holandii aż o 97,5%)¹⁶.

W ostatnich latach w niektórych krajach obserwujemy zwiększenie zachorowań spowodowanych meningokokami serogrupy W135 oraz Y. Meningokoki serogrupy W-135 występują głównie w Arabii Saudyjskiej oraz krajach Afryki Subsaharyjskiej (Burkina Faso), wyraźny wzrost częstości ich występowania odnotowano w Argentynie i Brazylii. Meningokoki serogrupy Y stanowią 30% wszystkich zakażeń meningokokowych w Stanach Zjednoczonych. Odnotowano wzrost liczby tych zakażeń również w np. w Norwegii, Szwecji i Wielkiej Brytanii.

Zakażenia w Polsce wywołują meningokoki serogrupy B, C, W-135 oraz Y. Inwazyjna choroba meningokokowa wywoływana jest przez meningokoki serogrupy B (70%) oraz serogrupy C (blisko 30%), zakażenia wywołane meningokokami serogrupy Y i W-135 występują bardzo rzadko. Meningokoki wykrywa się u około 10 - 25% zdrowych osób (nosicieli). Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce jest na niskim poziomie europejskim, ale może podlegać okresowym wahaniom, była najwyższa w 2007 roku (1,03/100 000), nieco mniejsza w 2009 (0,80/100 000), a w 2015 roku osiągnęła poziom 0,59/100 000. Rocznie notuje się 200-400 zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową.

¹⁵ <http://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx> (dostęp 01.10.2020).

¹⁶ Ibidem.

Ogólny współczynnik śmiertelności w latach 2010-2014 wyniósł 10,4%, przy czym największy (33,3%) odnotowano u osób >75 roku życia, a u niemowląt wynosiła 11,9%¹⁷.

Zgodnie danymi Państwowego Zakładu Higieny (PZH) zapadalność na IChM na 100 000 tys. ludności w województwie świętokrzyskim wynosiła od 0,31 do 0,08 w latach 2013 do 2016, przy średniej krajowej na poziomie 0,43¹⁸.

Szczyt zachorowań na ospę wietrzną przypada na późną zimę i wczesną wiosnę, a okresowe epidemie obserwuje się z częstotliwością średnio co 2-5 lat¹⁹. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia występowanie ospy wietrznej na świecie w 2013 roku dotyczyło 140 mln przypadków, w tym u 4200 tys. osób odnotowano zgon, natomiast u 4,2 mln wystąpiły powikłania i konieczność hospitalizacji²⁰. W Europie do 12. roku życia choruje ponad 90% dzieci²¹. W Polsce co roku zgłaszanych jest około 160-190 tys. nowych zachorowań ze szczytem między 4. a 9. rokiem życia, liczba ta obejmuje jedynie zgłoszone zachorowania, brak danych odnośnie liczby zachorowań na półpaśca. W 2015 roku w Polsce odnotowano zapadalność na poziomie 487,26/100 tys. ludności (w 2014 r. – 75,9/100 tys.).

W 2015 r. w woj. świętokrzyskim zarejestrowano 7253 zachorowania (w 2014r. – 7167, w 2013 r. – 5683). Najwięcej, bo 3681 przypadków zarejestrowano wśród dzieci w wieku 3 - 6 lat. Zapadalność w woj. świętokrzyskim wyniosła 575,68/100 tys. ludności (w 2014 r. – 566,37/100 tys.)²², jest więc wyższa niż wskaźnik dla Polski. Na utrzymującą się wysoką zapadalność wpływa brak szczepienia przeciw ospie wietrznej w kalendarzu obowiązkowych szczepień ochronnych, z wyjątkiem wskazanych w PSO, wybranych grup dzieci do ukończenia 12 roku życia. Mimo wprowadzenia szczepień przeciwko ospie wietrznej do kalendarza szczepień zalecanych, odsetek osób zaszczepionych w Polsce jest nadal bardzo mały.

Choroby zakaźne wieku dziecięcego opisane są w Mapach Potrzeb Zdrowotnych jako podgrupa chorób ogólnopediatrycznych, która stanowi podgrupę najliczniejszą pod względem liczby hospitalizacji (49% wszystkich hospitalizacji z analizowanymi rozpoznaniem). W 2016 roku w województwie świętokrzyskim odnotowano 18,38 tys. hospitalizacji z powodu

¹⁷ <http://szczepienia.pzh.gov.pl> (dostęp 01.10.2020).

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Mueller N.H., Gilden D.H., Cohrs R.J. i wsp.: Varicella zoster virus infection: clinical features, molecular pathogenesis of disease, and latency. *Neurol. Clin.* 2008; 26: 675-697.

²⁰ Varicella and Herpes Zoster vaccines: WHO position paper, www.who.int/immunization/documents/2013.

²¹ Sengupta N., Booy R., Schmitt H.J. i wsp.: Varicella vaccination in Europe: are we ready for a universal childhood programme? *Eur. J. Pediatr.* 2008; 167: 47-55.

²² Uchwała Nr XXIV/343/16 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 27 czerwca 2016r. w sprawie rozpatrzenia informacji Świętokrzyskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego o stanie sanitarnym województwa świętokrzyskiego w 2015 roku. <http://bip.sejmik.kielce.pl/dopobrania/2016/4741/uchwala.nr.XXIV.343.2016.pdf> (dostęp 01.10.2020).

rozpoznać zakwalifikowanych jako ogólnopediatryczne, co stanowiło 49,22% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznania, które zakwalifikowano do grupy chorób dziecięcych. W 2016 r. w województwie świętokrzyskim średnio dziennie hospitalizowanych było 183 pacjentów, którzy spędzili co najmniej jedną noc w szpitalu z powodu rozpoznania z analizowanej podgrupy chorób. W ciągu tego roku maksymalna odnotowana dzienna liczba hospitalizowanych wyniosła 282, a minimalna 62²³.

3. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020²⁴ szczepienie przeciwko zakażeniom wywołanym meningokokami jest szczepieniem zalecanym dla:

- 1) niemowląt od ukończenia 2 miesiąca życia;
- 2) dzieci i osób dorosłych narażonych na ryzyko inwazyjnej choroby meningokokowej: z bliskim kontaktem z chorym lub materiałem zakaźnym (personel medyczny, pracownicy laboratorium), przebywających w zbiorowiskach (przedszkolach, żłobkach, domach dziecka, domach studenckich, internatach, koszarach), osób z zachowaniem sprzyjającym zakażeniu (intymne kontakty z nosicielem lub osobą chorą, np. głęboki pocałunek), osób podróżujących;
- 3) dzieci i osób dorosłych z wrodzonymi niedoborami odporności: z anatomiczną lub czynnościową asplenią, zakażonych wirusem HIV, z nowotworem złośliwym, chorobą reumatyczną, przewlekłą chorobą nerek i wątroby, leczonych ekulizumabem z powodu napadowej nocnej hemoglobinurii lub atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego, osób leczonych immunosupresyjnie;
- 4) dzieci w wieku od ukończenia 2 miesiąca życia z grup ryzyka zaburzeń odporności wymienionych
w części I. A. PSO oraz szczególnie narażonych na zachorowanie nastolatków i osób powyżej 65 roku życia.

²³ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób dziecięcych dla województwa świętokrzyskiego [<http://mpz.mz.gov.pl>, dostęp 13.01.2021]

²⁴ Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020 [Warszawa, dnia 16 października 2019 r.; poz. 87].

W przypadkach pojawiania się nowych ognisk zakażeń meningokokowych szczepienia ochronne są wykonywane na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2009 r. w sprawie metod zapobiegania zakażeniom meningokokowym²⁵.

Zgodnie z komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020²⁶ szczepienie przeciwko ospie wietrznej jest szczepieniem obowiązkowym dla:

- 1) dzieci do ukończenia 12. roku życia: z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby, z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji, zakażonych HIV, przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią;
- 2) dzieci do ukończenia 12. roku życia z otoczenia osób określonych w punkcie 1), które nie chorowały na ospę wietrzną;
- 3) dzieci do ukończenia 12. roku życia w innych przypadkach niż wymienione powyżej, przebywających w: zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, rodzinnych domach dziecka, domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, domach pomocy społecznej, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych, interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych.
- 4) innych niż wymienione w punktach 1) - 3), przebywających w żłobkach lub klubach dziecięcych.

Szczepienie przeciwko ospie wietrznej jest ponadto zalecane:

- 1) osobom, które nie chorowały na ospę wietrzną i nie zostały wcześniej zaszczepione w ramach szczepień obowiązkowych albo zalecanych;
- 2) kobietom planujących zajście w ciążę, które nie chorowały wcześniej na ospę wietrzną.

Zadania w zakresie szczepień przeciwko ospie wietrznej były finansowane ze środków własnych Urzędu Gminy Nowiny od roku 2016 roku, a zadania w zakresie szczepień przeciwko meningokokom typu C były finansowane ze środków własnych Urzędu Gminy Nowiny od roku 2015. Szczepienia przeciwko meningokokom typu B nie były jak dotąd realizowane.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2009 r. w sprawie metod zapobiegania zakażeniom meningokokowym (Dz. U. 2009 nr 56, poz. 465)

²⁶ Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020 [Warszawa, dnia 16 października 2019 r.; poz. 87].

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Program pozwoli na zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym wynikającym z zakażenia meningokokami serogrupy B i C oraz wirusowi ospy wietrznej i półpaśca wśród dzieci w Gminie Nowiny. Obecnie najlepszą metodą zapobiegania tym zakażeniom są szczepienia ochronne. Proponowane w interwencjach szczepienia ochronne są zalecanymi w odniesieniu do grupy docelowej, natomiast nie są finansowane ze środków publicznych. W związku z powyższym uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do szczepień pozwoli na zwiększenie wskaźnika wyszczepialności w populacji docelowej. Ponadto istnieje szansa na zwiększenie tego wskaźnika w odniesieniu do całej populacji Gminy, w efekcie realizacji akcji informacyjno-edukacyjnej.

Ponadto zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁷ – *priorytet 6: zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii;*
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie świętokrzyskim²⁸ – *Priorytet 8. Przeciwdziałanie występowaniu i niwelowanie skutków chorób cywilizacyjnych, społecznych i zakaźnych w populacji województwa świętokrzyskiego (mieszkańcy województwa świętokrzyskiego zostaną wyposażeni w wiedzę i niezbędne umiejętności na temat zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, społecznym i zakaźnym. Ponadto gwarantowane w ramach programów świadczenia przyczynią się do profilaktyki oraz wczesnego wykrycia niebezpiecznych chorób).*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020²⁹, *cel operacyjny 4: Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.*

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

²⁸ <https://wczp.kielce.uw.gov.pl/czp/mapy-potrzeb-zdrowotnyc/priorytety-dla-regional/11061,Priorytety-dla-regionalnej-polityki-zdrowotnej-województwa-swietokrzyskiego.html> (dostęp 01.10.2020).

²⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Celem głównym programu jest uzyskanie nie mniejszego niż 85% poziomu zaszczepienia w populacji dzieci i młodzieży zakwalifikowanych do programu, będących mieszkańcami gminy Nowiny, poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko chorobom wywołanym przez meningokoki i szczepień przeciwko ospie wietrznej w latach 2021-2025.

Zgodnie z zaleceniami WHO dla osiągnięcia wysokiego poziomu skuteczności i odporności populacyjnej powinno się osiągnąć wykonawstwo szczepień przeciwko ospie wietrznej w populacji na poziomie 85–90%³⁰, a przeciwko inwazyjnej chorobie meningokokowej na poziomie min. 78%³¹.

2. Cele szczegółowe

- 1) Zmniejszenie zapadalności na choroby wywołane przez meningokoki i na ospę wietrzną wśród uczestników programu zaszczepionych w ramach interwencji proponowanych w programie;
- 2) Zwiększenie wiedzy rodziców uczestników programu Gminy Nowiny na temat zagrożeń dla zdrowia związanych z zakażeniem meningokokami i ospą wietrzną oraz możliwości zapobiegania im.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- a. liczba zachorowań na infekcje meningokokowe i ospę wietrzną wśród uczestników programu (porównanie liczby zachorowań przed i po wprowadzeniu programu);
- b. poziom wiedzy rodziców/opiekunów prawnych oraz dzieci z zakresu przestrzegania zasad higieny ograniczającej zakażenia bakteryjne *Neisseria meningitidis* i zagrożeń związanych z zakażeniem meningokokami oraz w zakresie potrzeby szczepień przeciw meningokokom (wzrost poziomu prawidłowych odpowiedzi w teście sprawdzającym wiedzę po przeprowadzeniu edukacji zdrowotnej respondentów o 30% w relacji do wyniku testu przeprowadzonego przed cyklem edukacyjnym);

³⁰ World Health Organization, The WHO position paper on varicella vaccines, Weekly Epidemiol Rec, 73 (1998), pp. 241–248.

³¹ Trotter CL i wsp. „Reassessing the cost-effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate (MCC) vaccines using a transmission dynamic model”, Med Decis Making. 2006; 26(26):38–47.

- c. poziom wiedzy rodziców/opiekunów prawnych oraz dzieci z zakresu przestrzegania zasad higieny ograniczającej zakażenia ospą wietrzną i zagrożeń związanych z zakażeniem oraz w zakresie potrzeby szczepień przeciw ospie (wzrost poziomu prawidłowych odpowiedzi w teście sprawdzającym wiedzę po przeprowadzeniu edukacji zdrowotnej respondentów o 30% w relacji do wyniku testu przeprowadzonego przed cyklem edukacyjnym).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dzieci w wieku 12 m.ż - 3 r.ż zamieszkałych i zameldowanych na terenie Gminy, u których nie występują przeciwwskazania do szczepienia przeciwko ospie wietrznej (około 200 osób rocznie); dzieci w wieku 14 m.ż. – 18 m.ż. (około 100 osób rocznie) oraz młodzieży w wieku 13-14 lat (około 150 osób rocznie) zamieszkałych i zameldowanych na terenie Gminy, u których nie występują przeciwwskazania do szczepienia przeciwko meningokokom typu C, dzieci w wieku 2 m.ż. - 11 m.ż. (około 100 osób rocznie) zamieszkałych i zameldowanych na terenie Gminy, u których nie występują przeciwwskazania do szczepienia przeciwko meningokokom typu B, a także ich rodziców/opiekunów prawnych, którzy zostaną objęci działaniami informacyjno-edukacyjnymi. Program zakłada objęcie interwencjami 85% wskazanej populacji, tj. około 470 dzieci (szczepienia ochronne) i około 940 rodziców (działania edukacyjne). Biorąc pod uwagę możliwości finansowe Gminy planowane jest zaszczepienie około 100 osób/rok, łącznie przeciwko wymienionym patogenom.

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

1) Kryteria włączenia:

- Zamieszkiwanie i zameldowanie na pobyt stały lub czasowy na terenie Gminy Nowiny,
- Wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie.

2) Kryteria wyłączenia:

- Przeciwwskazania zdrowotne do wykonania szczepienia, stwierdzone podczas badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia.

3. Planowane interwencje

1) Szczepienia szczepionką monowalentną, skoniugowaną, przeciwko meningokokom typu C (Nimenrix) i B (BEXSERO). Szczepienia będą realizowane przy użyciu szczepionki Nimenrix³² w schemacie jednodawkowym oraz BEXSERO³³ w schemacie jednodawkowym. Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego Szczepionka Bexsero powinna być podawana w schemacie dwudawkowym, jednak z perspektywy płatnika bardziej korzystne jest zaszczepienie jedną dawką, z możliwością zastosowania drugiej dawki odpłatnie dla osób chętnych, poza programem. Rodzice zostaną poinformowani o zasadach dawkowania i odpłatności za pozostałe dawki.

Szczepienia przeciwko ospie wietrznej będą realizowane przy użyciu szczepionki Varilrix³⁴ w schemacie dwudawkowym. Szczepienia przeciwko meningokokom typu C i ospie wietrznej (pierwsza dawka) będą wykonywane podczas jednej wizyty lekarskiej, natomiast szczepienie przeciwko meningokokom typu B będzie realizowane oddzielnie, ze względu na potencjalnie większe ryzyko wystąpienia odczynów poszczepiennych. Druga dawka szczepienia p/ospie wietrznej będzie podana na osobnej wizycie szczepiennej, zgodnie z zapisami wynikającymi z Charakterystyki Produktu Leczniczego. Szczepienia będą realizowane przez cały rok, a lista stosowanych szczepionek będzie aktualizowana corocznie zgodnie z wytycznymi Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

2) Edukacja adresatów programu:

- prowadzona przez specjalistę ds. zdrowia publicznego, promocji zdrowia lub lekarza w formie wykładu dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci, 1 wykład rocznie, online³⁵, publikowany na stronie internetowej realizatora oraz stronie internetowej Gminy (tematyka wykładu: etiologia i patogenezę zakażeń, epidemiologia, rozpoznanie, leczenie, profilaktyka czynna i bierna - dbanie o higienę osobistą, unikanie kontaktu z osobami chorymi, szczepienia ochronne, niepożądane odczyny poszczepienne, sposoby na wzmacnianie odporności). Dla zachowania spójności treści przekazywanych przez profesjonalistów planuje się przygotowanie protokołu edukacyjnego (przewodnika);

³² https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/nimenrix-epar-product-information_pl.pdf (dostęp 13.10.2020)

³³ https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bexsero-epar-product-information_pl.pdf (dostęp 01.10.2020).

³⁴ Charakterystyka Produktu Leczniczego Varilrix, https://pl.gsk.com/media/891380/varilrix-smpc-ws_463-19_12_2019.pdf (dostęp 01.10.2020).

³⁵ W związku z niesprzyjającą sytuacją epidemiologiczną wynikającą z epidemii COVID-19

- prowadzona podczas klasyfikacji do szczepienia (przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym dzieci informacji dotyczących pozytywnych skutków szczepień ochronnych; przekazanie informacji o zasadach postępowania w przypadku pojawienia się niepożądanego odczynu poszczepiennego oraz o zasadach dawkowania i odpłatności za drugą dawkę szczepionki Bexsero);
- akcja informacyjna będzie prowadzona przez cały okres realizacji programu i realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych umieszczanych w podmiocie leczniczym realizującym program oraz w Urzędzie Gminy Nowiny. Ponadto materiały promocyjne zamieszczone zostaną w miesięczniku lokalnym „Głos Nowin”, na stronie internetowej Urzędu Gminy w Nowinach oraz realizatora programu oraz na tablicach informacyjnych na terenie Gminy Nowiny. Ulotki zostaną również przekazane mieszkańcom (tj. rodzicom dzieci) w trakcie wizyt lekarskich w podmiocie realizującym program, w przedszkolach i szkołach w trakcie spotkań z wychowawcą. Tematyka materiałów informacyjnych obejmie następujące zagadnienia: zachowanie zasad higieny, profilaktyka zakażeń, zagrożenia wynikające z braku szczepień, sposób postępowania w razie zakażenia itp.

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Szczepienia ochronne to najbardziej skuteczny sposób zapobiegania zakażeniom meningokokowym. Są one obowiązkowe lub zalecane niemal w całej Unii Europejskiej. W niektórych krajach Europy Zachodniej (jak np. Wielka Brytania, Irlandia, Hiszpania) szczepienie przeciw meningokokom grupy C jest od kilku lat obowiązkowe i wykonywane zazwyczaj na koszt państwa.

Szczepienia przeciw meningokokom są rekomendowane jako podstawowa metoda profilaktyki zachorowań przez Głównego Inspektora Sanitarnego³⁶ oraz następujące międzynarodowe i krajowe organizacje i towarzystwa naukowe:

- Meningococcal Leadership Forum;
- Department of Health and Human Services – Centers for Disease Control and Prevention;
- Public Health Agency of Canada;
- Advisory Committee on Immunization Practices;
- Society of Independent European Vaccination Experts – SIEVE;
- Strategic Advisory Group of Experts on Immunisation (SAGE);

³⁶ <http://gis.gov.pl/zdrowie/szczepienia-ochronne> (dostęp 01.10.2020)

- Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych (ACIP);
- Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP);
- Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN);
- Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych;
- Polskie Towarzystwo Pediatryczne.

W krajach, w których wprowadzono obowiązkowy program szczepień ochronnych przeciwko meningokokom, odnotowywano znaczny spadek zachorowalności i hospitalizacji.

Zalecenia WHO wskazują na konieczność włączenia szczepień ochronnych przeciwko *Neisseria meningitidis* do powszechnych programów szczepień, szczególnie w krajach o wysokiej częstości występowania zakażeń meningokokowych, określonej jako >2-10 przypadków na 100 tys. osób rocznie oraz z grupach o podwyższonym ryzyku wystąpienia inwazyjnej choroby meningokokowej. W krajach gdzie zapadalność wynosi <2/100 000 szczepienia są zalecane dla grup ryzyka (dzieci w żłobkach, przedszkolach i szkołach, młodzież w szkołach, osoby w obozach wojskowych, pracownicy laboratoriów, osoby podróżujące do krajów endemicznych, osoby z upośledzoną odpornością). Według WHO wybór szczepionki w każdym kraju powinien zależeć od danej sytuacji epidemiologicznej³⁷.

W Polsce szczepienia p/meningokokom zalecane są od 2003 roku przede wszystkim niemowlętom powyżej 2 miesiąca życia, dzieciom i dorosłym narażonym na ryzyko IChM, szczególnie narażonym na zachorowanie nastolatkom oraz osobom powyżej 65 r.ż. W świetle danych Państwowej Inspekcji Sanitarnej najbardziej narażone na zakażenie są dzieci w wieku od 3 miesiąca życia do 5 lat, drugi szczyt zachorowań jest notowany u młodzieży pomiędzy 14-19 r.ż.³⁸.

Szczepienia ochronne są obecnie uważane za najskuteczniejszą metodę zapobiegania zakażeniom meningokokowym, tym bardziej, że procedura szczepienia nie generuje poważnych konsekwencji zdrowotnych. Wszystkie szczepionki skoniugowane przeciw meningokokom mają wysoki poziom bezpieczeństwa. Zarówno w badaniach klinicznych jak i w nadzorze po wprowadzeniu do obrotu, nie stwierdzono żadnych poważnych, niekorzystnych skutków. Po podaniu szczepionki może wystąpić jedynie zaczerwienienie, opuchlizna oraz ból w miejscu wstrzyknięcia, rzadziej gorączka oraz drażliwość u dziecka³⁹.

³⁷ <http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/en/> (dostęp 01.10.2020).

³⁸ <http://gis.gov.pl/zdrowie/choroby-zakazne/288-meningokoki> (dostęp 01.10.2020).

³⁹ Background paper on meningococcal vaccines, WHO Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. Geneva: World Health Organization 2011 (dostęp 01.10.2020).

Efektywność kosztowa szczepionek p/Men została potwierdzona w licznych badaniach⁴⁰. Przeprowadzone badania obserwacyjne w krajach, takich jak: Hiszpania, Wielka Brytania, Kanada, czy Holandia, w których realizowane są powszechne szczepienia dzieci do 2. roku życia przy pomocy skoniugowanych szczepionek przeciw meningokokom grupy C, wykazały spadek zapadalności na inwazyjną chorobę meningokokową spowodowaną meningokokami grupy C. Oceny ekonomicznej realizacji szczepień przeciw meningokokom dokonano w Kanadzie, Australii, Portugalii, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii i Holandii, wszystkie analizy wykazały, że podanie jednej dawki w 2. roku życia ma wyższą efektywność kosztową, niż podanie trzech dawek w schemacie szczepień u dzieci. Efektywność kosztową poprawiło również zyskanie odporności zbiorowiskowej⁴¹.

Szczepienia przeciw ospie wietrznej są rekomendowane jako podstawowa metoda profilaktyki zachorowań przez Głównego Inspektora Sanitarnego, a także przez następujące międzynarodowe i krajowe organizacje i towarzystwa naukowe:

- Europejska Grupa Ekspertów (European Working Group on Varicella – EuroVar);
- Europejska Niezależna Grupa Ekspertów (Society of Independent European Vaccination Experts – SIEVE);
- Strategic Advisory Group of Experts on Immunisation (SAGE);
- Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych (ACIP);
- Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP);
- Polskie Towarzystwo Pediatryczne.

W krajach, w których wprowadzono obowiązkowy program szczepień ochronnych przeciwko ospie wietrznej, odnotowywano znaczny spadek zachorowalności, powikłań i hospitalizacji.

Zgodnie z zaleceniami WHO dla osiągnięcia wysokiego poziomu skuteczności i odporności populacyjnej powinno się osiągnąć wysokie wykonawstwo szczepień w populacji (85–90%)⁴². WHO rekomenduje rutynowe szczepienie przeciwko ospie wietrznej w tych krajach, gdzie choroba stanowi stosunkowo duże zagrożenie dla zdrowia publicznego i jest

⁴⁰ Welte R et al. The role of economic evaluation in vaccine decision making: focus on meningococcal group C conjugate vaccine. *Pharmacoeconomics*, 2005, 23:855–874; Trotter CL et al. Reassessing the cost-effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate (MCC) vaccines using a transmission dynamic model. *Medical decisionmaking*, 2006, 26:38–47; Shepard C W et al. Cost-effectiveness of conjugate meningococcal vaccination strategies in the United States. *Pediatrics*, 2005, 115:1220–1232.

⁴¹ Trotter CL i wsp. „Reassessing the cost-effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate (MCC) vaccines using a transmission dynamic model”, *Med Decis Making*. 2006; 26(26):38–47.

⁴² World Health Organization, The WHO position paper on varicella vaccines, *Weekly Epidemiol Rec*, 73 (1998), pp. 241–248.

problemem społeczno-ekonomicznym, a także w krajach, które mają odpowiednie środki finansowe do wprowadzenia szczepienia i gdzie możliwe jest zaszczepienie znacznego ($\geq 80\%$) odsetka osób w populacji i utrzymania takiego poziomu. Schemat szczepień zalecanych obejmuje dwie dawki w odstępie co najmniej 6 tygodni. Szczepienie 2 dawkami szczepionki zwiększa odsetki serokonwersji i skuteczność szczepienia, w porównaniu z podaniem 1 dawki. Jednak z perspektywy płatnika bardziej korzystne jest zaszczepienie jedną dawką, z możliwością zastosowania drugiej dawki odpłatnie dla osób chętnych, poza programem.

W Polsce jest dostępna szczepionka przeciw ospie wietrznej zawierająca żywy, atenuowany (pozbawiony zjadliwości) szczep wirusa ospy wietrznej (varicella-zoster). Szczepionka przeciw ospie wietrznej jest wytwarzana w postaci preparatu monowalentnego lub szczepionki skojarzonej przeciw odrze, śwince, różyczce i ospie wietrznej⁴³. Podanie szczepionki wywołuje bezobjawową lub skąpoobjawową postać ospy wietrznej, po której pojawia się odporność na zakażenie tym wirusem. Skuteczność szczepionki przeciw ospie wietrznej jest bardzo wysoka, przekracza 95%. Wyniki badań klinicznych z grupą kontrolną dotyczących skuteczności i immunogenności potwierdzają, że zarówno monowalentne, jak i skojarzone szczepionki przeciwko ospie wietrznej są wysoce immunogenne i skuteczne w zapobieganiu zachorowaniom na ospę wietrzną. Skuteczność ta jest większa w odniesieniu do ospy o ciężkim przebiegu niż w zachorowaniach o łagodniejszym przebiegu. Podanie drugiej dawki szczepionki 6–12 tygodni po pierwszej dawce wywołuje podobną odpowiedź związaną z produkcją swoistych przeciwciał jak podanie drugiej dawki po 3–6 latach⁴⁴.

Rekomenduje się również podanie szczepionki przeciwko ospie wietrznej osobom po ekspozycji na ospę wietrzną, co może zapobiec lub zmodyfikować przebieg choroby. W kilku badaniach skuteczność takiego działania oceniono na ponad 90%, w przypadku podania szczepienia w ciągu 3 dób od ekspozycji (profilaktyka poekspozycyjna). Wśród innych metod profilaktyki ospy wietrznej wymienia się stosowanie szczepień ochronnych, izolowanie chorych pacjentów na oraz przestrzeganie zasad higieny.

Ospa wietrzna, jest obecnie najbardziej zakaźną chorobą wieku dziecięcego, powodującą wtórne zakażenia w obrębie kontaktów domowych, wynoszące do 90%. Współczynnik hospitalizacji z powodu ospy i jej powikłań w Europie określany jest na 1,3–4,5/100 tys. na

⁴³ szczepienia.pzh.gov.pl (dostęp 01.10.2020).

⁴⁴ Jackowska T, Chylicka A, Czajka H, Dobrzańska A, Duszczyk E, Rekomendacje zespołu ekspertów dotyczące stosowania dwudawkowego schematu szczepień przeciw ospie wietrznej, *Pediatr Pol* 2010; 85 (3): 243–250 ([https://doi.org/10.1016/S0031-3939\(10\)70031-7](https://doi.org/10.1016/S0031-3939(10)70031-7)).

rok, a w populacji dzieci do 16 roku życia wzrasta do 12,9–28,0/100 tys. na rok⁴⁵. W Polsce zapadalność na ospę wietrzną wynosiła 340 do 420/100 tysięcy, w roku odpowiednio 2008 i 2007, czyli rocznie zgłoszono od 130 do 160 tysięcy nowych zachorowań. Współczynnik hospitalizacji z powodu ospy wietrznej i powikłań w omawianym okresie wynosił 0,67–0,68/100 tys. na rok⁴⁶. Ryzyko zgonów z powodu ospy wietrznej jest 25 do 174 razy wyższe wśród dorosłych w porównaniu z dziećmi⁴⁷.

Szczególnie groźne jest zachorowanie na ospę wietrzną kobiet w ciąży. Zakażenie wirusem *varicella zoster* u kobiet w pierwszym trymestrze ciąży może być przyczyną wad wrodzonych (2% spośród płodów zakażonych w pierwszych 20 tyg. ciąży). Natomiast zachorowanie w pierwszych kilku dniach po porodzie stanowi zagrożenie wystąpienia ospy wietrznej u noworodka, która nieleczona może w 20% przypadków prowadzić do zgonu⁴⁸.

Zachorowania na ospę wietrzną związane są też z obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia w formie medycznych kosztów bezpośrednich oraz dla pacjenta, jako medyczne i pozamedyczne koszty bezpośrednie i pośrednie. Bezpośrednie koszty medyczne obejmują koszty konsultacji lekarskich, hospitalizacji oraz leczenia zachorowań i ich powikłań. Kategoria medycznych kosztów pośrednich zawiera koszty transportu medycznego, dojazdów do miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz opieki nad dzieckiem finansowanej przez rodziców/opiekunów. Koszty pośrednie zachorowań odnoszą się do utraconej produktywności związanej z nieobecnością rodzica/opiekuna lub dorosłego chorego w pracy⁴⁹. Szczepienia przeciwko ospie zostały poddane kompleksowym analizom ekonomicznym, których wyniki, w zależności od przyjętych założeń i perspektywy oceny, wskazują na opłacalność i oszczędności netto uzyskiwane przez tę interwencję⁵⁰.

⁴⁵Theodoridou M, Laina I, Hadjichristodoulou C, Syriopoulou V, Varicella-related complications and hospitalisations in a tertiary pediatric medical center before vaccine introduction, Eur J Pediatr, 165 (2006), pp. 273–274.

⁴⁶Czarkowski M.P, Cielebak E., Kondej B., Staszewska E.; Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2008 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego–Państwowy Zakład Higieny, Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny-Departament Przeciwpidemiczny, Warszawa 2009.

⁴⁷Boelle PY, Hanslik T, Varicella in non-immune persons: incidence, hospitalization and mortality rates, Epidemiol Infect, 129 (2002), pp. 599–606.

⁴⁸Sauerbrei A, Wutzler P, Varicella-zoster virus infections during pregnancy: epidemiology, clinical symptoms, diagnosis, prevention and therapy, Curr Pediatr Rev, 1 (2005), pp. 205–216.

⁴⁹Rozenbaum MH, van Hoek AJ, Vegter S, Postma MJ, Cost-effectiveness of varicella vaccination programs: an update of the literature, Expert Rev Vaccines, 6 (2008), pp. 753–782.

⁵⁰Berger M. Koszty, jakość i wyniki w ochronie zdrowia Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne, Warszawa 2009.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Szczepienia w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym prowadzącym działalność leczniczą na terenie Gminy Nowiny. W trakcie akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy wykonywania szczepień ochronnych w ramach programu. W toku akcji edukacyjnej na terenie Gminy corocznie odbędzie się wykład w formie online z zakresu edukacji zdrowotnej w odniesieniu do zakażeń meningokokami i ospą wietrzną. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne realizowane będą indywidualnie. Wzór zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym określono w załączniku 1, natomiast wzór karty uodpornienia pacjenta w załączniku 2.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Po wykonaniu szczepień rodzice/opiekunowie prawni dzieci objętych programem:

- zostają ponownie poinformowani o możliwych odczynach poszczepiennych, sposobie postępowania oraz miejscu, gdzie można się zgłosić w razie wystąpienia ewentualnych działań niepożądanych (już poza programem);
- zostają ponownie poinformowani o zasadach dawkowania i odpłatności za pozostałe dawki szczepionki Bexsero;
- zostają poproszeni o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 4);
- kończą udział w programie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (III-IV kwartał 2020r.);
 - 2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2021/2022/2023/2024/2025);
 - 3) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2021/2022/2023/2024/2025);
 - 4) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2021/2022/2023/2024/2025);
- akcja informacyjna (plakaty, lokalne media);

- akcja edukacyjna (edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę podczas kwalifikacji do programu oraz wykład z zakresu profilaktyki);
- wizyty lekarskie (kwalifikacja do szczepienia; przekazywanie informacji o ryzyku odczynów poszczepiennych);
- szczepienia ochronne;
- analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;

6) ewaluacja (I kwartał 2026):

- analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów;
- analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora;
- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 4);
- ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

7) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2026);

- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 4);
- ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2026).

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

Koordynatorem programu będzie Gmina Nowiny. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy prowadzący działalność leczniczą na terenie Gminy Nowiny, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 295 z późn zm.];
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych [tekst jedn. Dz.U. 2018 poz. 753];

- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: zatrudnionego lekarza oraz pielęgniarki posiadające kurs w zakresie szczepień ochronnych;
- posiadanie punktu szczepień i lodówki do przechowywania szczepionek;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załączniki 3). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 849], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 702], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781], Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia 4.5.2016-L 119/1.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

W ramach monitorowania zbierane będą dane umożliwiające przeprowadzenie analizy zgłoszeń do programu, wykonanych szczepień, przeprowadzonych działań edukacyjnych oraz oceny jakości udzielanych świadczeń. Indywidualne informacje o każdym z uczestników PPZ będą uzupełniane będą uzupełniane na bieżąco w formie elektronicznej bazy danych w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel lub w innym programie komputerowym. Baza danych zawierała będzie co najmniej następujące informacje: PESEL, datę wyrażenia zgody na

uczestnictwo w PPZ oraz informację o każdym szczepieniu (data i godzina szczepienia, nazwa preparatu, dawka, miejsce podania).

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie okresowych sprawozdań realizatora oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 3):

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział, w korelacji z liczbą planowanych uczestników,
- analiza liczby osób niezakwalifikowanych do szczepień z powodu przeciwwskazań zdrowotnych stwierdzonych podczas badania lekarskiego,
- analiza liczby osób zaszczepionych,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie,
- analiza ilorazu liczby osób zaszczepionych w ramach PPZ i liczby osób z populacji docelowej zakwalifikowanej do programu (%),
- analiza ilorazu liczby osób zaszczepionych w ramach PPZ i liczby osób z populacji docelowej ogółem (%).

Ocena jakości udzielanych świadczeń w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 4),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:

- określenie liczby niepożądanych odczynów poszczepiennych w populacji docelowej,
- określenie liczby hospitalizacji spowodowanych ciężkimi przypadkami zakażeń oparta o porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu,
- określenie wpływu działań edukacyjnych na wiedzę i świadomość zdrowotną mieszkańców,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszt jednostkowy

Koszt jednostkowy wynosi 935 zł, w tym:

- A. Kwalifikujące do programu badanie lekarskie $45 \text{ zł} \times 3 = 135 \text{ zł}$
- B. Wykonanie szczepienia $15 \text{ zł} \times 4 = 60 \text{ zł}$
- C. Jednostkowy koszt szczepionki przeciwko meningokokom typu C - Nimenrix – 120 zł
- D. Jednostkowy koszt szczepionki przeciwko meningokokom typu B – BEXSERO – 310 zł
- E. Jednostkowy koszt szczepionki przeciwko ospie wietrznej – Varilrix - $155 \text{ zł} \times 2 \text{ dawki} = 310 \text{ zł}$

Pozostałe koszty:

- A. Akcja informacyjno-edukacyjna (druk ulotek, plakatów + edukacja zdrowotna) 1 500zł
- B. Koszt ewaluacji i monitoringu programu 1000zł

2. Koszty całkowite:

Tab. II. Koszty całkowite w podziale na poszczególne lata realizacji programu.

Lp.	Rok realizacji PPZ	2021	2022	2023	2024	2025
1	Liczba całkowita	100	100	100	100	100
3	Koszt jednostkowy szczepień (935zł)	93 500	93 500	93 500	93 500	93 500
4	Koszty edukacji (zł)	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500

Profilaktyka chorób zakaźnych w populacji dzieci i młodzieży
w Gminie Nowiny na lata 2021-2025

5	Koszt ewaluacji i monitoringu (zł)	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
6	Całkowity koszt programu (zł)	96 000	96 000	96 000	96 000	96 000

Tab. III. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjno-edukacyjna* oraz monitoring i ewaluacja	Szczepienie ochronne**	Koszt całkowity
2021	2 500	93 500	96 000
2022	2 500	93 500	96 000
2023	2 500	93 500	96 000
2024	2 500	93 500	96 000
2025	2 500	93 500	96 000
Razem	12 500	467 500	480 000

* koszt wykładu z zakresu edukacji zdrowotnej, opracowania oraz druku plakatów informacyjnych

** koszt kwalifikującego do programu badania lekarskiego, kupna szczepionki i wykonania szczepień

3. Źródło finansowania

Program finansowany z budżetu Gminy Nowiny.

VII. Bibliografia

1. Background paper on meningococcal vaccines, WHO Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. Geneva: World Health Organization 2011 (dostęp 01.10.2020).
2. Berger M. Koszty, jakość i wyniki w ochronie zdrowia Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne, Warszawa 2009.
3. Boelle PY, Hanslik T, Varicella in non-immune persons: incidence, hospitalization and mortality rates, *Epidemiol Infect*, 129 (2002), pp. 599–606.
4. Charakterystyka Produktu Leczniczego Varilrix, https://pl.gsk.com/media/891380/varilrix-sm-pc-ws_463-19_12_2019.pdf (dostęp 01.10.2020).
5. Czajka H., Stryczyńska-Kazubska J., Tarczoń I.: Choroby zakaźne i szczepienia ochronne., [w]: Pierwsze 2 lata życia dziecka. Przewodnik dla rodziców, pod red. Chybicka A., Dobrzańska A., Szczapa J., Wysocki J., wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2008:192-196.
6. Czarkowski M.P., Cielebak E., Kondej B., Staszewska E.; Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2008 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego–Państwowy Zakład Higieny, Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny-Departament Przeciwepidemiczny, Warszawa 2009.
7. Grothe V., von Kries R., Springer W. i wsp.: Varicella- related deaths in children and adolescents – Germany 2003-2004. *Acta Paediatr* 2008; 97: 187-192.
8. Heininger U., Sewart J.F.: Varicella. *Lancet* 2006; 368: 1365-1376.
9. <http://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx> (dostęp 01.10.2020).
10. <http://gis.gov.pl/zdrowie/choroby-zakazne/288-meningokoki> (dostęp 01.10.2020).
11. <http://gis.gov.pl/zdrowie/szczepienia-ochronne> (dostęp 01.10.2020)
12. <http://szczepienia.pzh.gov.pl> (dostęp 01.10.2020).
13. <http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/en/> (dostęp 01.10.2020).
14. http://www.wsse.katowice.pl/pliki/ip/Inwazyjna_choroba_meningokokowa.pdf (dostęp 01.10.2020).
15. <https://wczp.kielce.uw.gov.pl/czp/mapy-potrzeb-zdrowotnyc/priorytety-dla-regional/11061,Priorytety-dla-regionalnej-polityki-zdrowotnej-województwa-swietokrzyskiego.html> (dostęp 01.10.2020).
16. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bexsero-epar-product-information_pl.pdf (dostęp 01.10.2020).
17. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/nimenrix-epar-product-information_pl.pdf (dostęp 13.10.2020)
18. Jackowska T, Chybicka A, Czajka H, Dobrzańska A, Duszczyk E, Rekomendacje zespołu ekspertów dotyczące stosowania dwudawkowego schematu szczepień przeciw ospie wietrznej, *Pediatr Pol* 2010; 85 (3): 243–250 ([https://doi.org/10.1016/S0031-3939\(10\)70031-7](https://doi.org/10.1016/S0031-3939(10)70031-7))
19. Jackowska T, Wagiel E, Inwazyjna choroba meningokokowa – praktyczne wskazówki dla lekarzy, *Postępy Nauk Medycznych*, t. XXVII, nr 10B, 2014.
20. Jankowska-Folusiak J.: Powikłania ospy wietrznej u dzieci – prezentacja wybranych przypadków. *Przegl. Pediatr*. 2011; 41: 86-89.
21. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020 [Warszawa, dnia 16 października 2019 r.; poz. 87].
22. Mierzejewska A, Jung A, Ospa wietrzna u dzieci, *Pediatr Med Rodz* 2012, 8 (4), p. 329-334.
23. Mueller N.H., Gilden D.H., Cohrs R.J. i wsp.: Varicella zoster virus infection: clinical features, molecular pathogenesis of disease, and latency. *Neurol. Clin.* 2008; 26: 675-697.
24. Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczno-profilaktyczne, http://www.antybiotyki.edu.pl/pdf/rekomendacje-ukl-nerwowy_2011.pdf (dostęp 01.10.2020).
25. Rozenbaum MH, van Hoek AJ, Vegter S, Postma MJ, Cost-effectiveness of varicella vaccination programs: an update of the literature, *Expert Rev Vaccines*, 6 (2008), pp. 753–782.
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2009 r. w sprawie metod zapobiegania zakażeniom meningokokowym (Dz. U. 2009 nr 56, poz. 465)
28. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].
29. Sauerbrei A, Wutzler P, Varicella-zoster virus infections during pregnancy: epidemiology, clinical symptoms, diagnosis, prevention and therapy, *Curr Pediatr Rev*, 1 (2005), pp. 205–216.
30. Sengupta N., Booy R., Schmitt H.J. i wsp.: Varicella vaccination in Europe: are we ready for a universal childhood programme? *Eur. J. Pediatr*. 2008; 167: 47-55.

31. Ślusarczyk J., Charakterystyka Szczepionek, [w:] Wakcynologia, pod red. Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A., wyd. α-medica press, Bielsko Biała, 2009.
32. Theodoridou M, Laina I, Hadjichristodoulou C, Syriopoulou V, Varicella-related complications and hospitalisations in a tertiary pediatric medical center before vaccine introduction, *Eur J Pediatr*, 165 (2006), pp. 273–274.
33. Trotter CL i wsp. „Reassessing the cost-effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate (MCC) vaccines using a transmission dynamic model”, *Med Decis Making*. 2006; 26(26):38–47.
34. Uchwała Nr XXIV/343/16 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 27 czerwca 2016r. w sprawie rozpatrzenia informacji Świętokrzyskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego o stanie sanitarnym województwa świętokrzyskiego w 2015 roku. <http://bip.sejmik.kielce.pl/dopobrania/2016/4741/uchwala.nr.XXIV.343.2016.pdf> (dostęp 01.10.2020).
35. Varicella and Herpes Zoster vaccines: WHO position paper, www.who.int/immunization/documents/2013.
36. Weisberg S.S.: Varicella-zoster infections. *Dis. Mon.* 2007; 53: 522-528.
37. Welte R et al. The role of economic evaluation in vaccine decision making: focus on meningococcal group C conjugate vaccine. *Pharmacoeconomics*, 2005, 23:855–874; Trotter CL et al. Reassessing the cost-effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate (MCC) vaccines using a transmission dynamic model. *Medical decisionmaking*, 2006, 26:38–47; Shepard C W et al. Cost-effectiveness of conjugate meningococcal vaccination strategies in the United States. *Pediatrics*, 2005, 115:1220–1232.
38. World Health Organization, The WHO position paper on varicella vaccines, *Wkly Epidemiol Rec*, 73 (1998), pp. 241–248.

Załączniki

Załącznik 1

Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym w programie: „Profilaktyka chorób zakaźnych w populacji dzieci i młodzieży w Gminie Nowiny na lata 2021-2025” (wzór)

(pieczęć nagłówkowa podmiotu)

W wyniku przeprowadzonego w dniu o godz. lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:

U urodzonego/ej w dniu zamieszkałego/ej w

nr PESEL*

☐ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego p/Men i ospie wietrznej

☐ stwierdzono następujące przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego p/ Men i ospie wietrznej:

.....
.....

DODATKOWE UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:

.....
.....
.....

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Załącznik 2

Karta uodpornienia uczestnika w programie: „Profilaktyka chorób zakaźnych w populacji dzieci i młodzieży w Gminie Nowiny na lata 2021-2025” (wzór)

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / / (dzień/miesiąc/rok)
Nr PESEL		

II. Zgoda na wykonanie szczepienia

Zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia. Udzieliłam pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia ochronnego p/Men i ospie wietrznej u mojego dziecka.**

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)

III. Potwierdzenie wykonania szczepienia

Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Data wykonania szczepienia	Podpis osoby wykonującej szczepienie

IV. Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Załącznik 3

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych szczepień w ramach programu: „Profilaktyka chorób zakaźnych w populacji dzieci i młodzieży w Gminie Nowiny na lata 2021-2025” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych lekarskich badaniach kwalifikacyjnych oraz w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Gminy Nowiny
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba wykonanych badań kwalifikacyjnych w programie	Liczba pacjentów zakwalifikowanych do szczepień	Liczba pacjentów ze stwierdzonym przeciwwskazaniem do szczepień	Liczba pacjentów zaszczepionych przeciwko meningokokom	Liczba pacjentów zaszczepionych przeciwko ospie wietrznej	Liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych

Liczba wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców	Liczba osób uczestniczących w wykładach dla rodziców	Liczba oraz odsetek osób (rodziców), u których odnotowano wzrost wiedzy z zakresu przekazanych w ramach wykładu treści

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji uczestnika w programie: „Profilaktyka chorób zakaźnych w populacji dzieci i młodzieży w Gminie Nowiny na lata 2021-2025” (wzór)

I. Ocena rejestracji

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena wizyty lekarskiej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazania informacji dot. zakażeń meningokokowych i ospą wietrzną?					
sposób przekazania informacji dot. metod zapobiegania zakażeniom, w tym poprzez szczepienia ochronne?					

III. Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie szczepienia

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
poszanowanie prywatności podczas szczepienia?					
staranność wykonywania szczepienia?					

IV. Ocena edukacji zdrowotnej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość edukatora?					
przygotowanie merytoryczne edukatora?					
atrakcyjność i przydatność materiałów edukacyjnych?					

V. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

UZASADNIENIE

Program został opracowany zgodnie art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej(Dz. U. 2017 poz. 2476), a także Opinią Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 91/2020 z dnia 17 grudnia 2020 roku o projekcie programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka chorób zakaźnych w populacji dzieci i młodzieży w Gminie Nowiny na lata 2021-2025” i uwzględnionymi uwagami zawartymi w powyższej opinii.

Biorąc pod uwagę powyższe, podjęcie uchwały jest zasadne.

Przewodniczący Rady Gminy

Zbigniew Pyk