

UCHWAŁA NR XXXVIII/284/2023

RADY POWIATU W ŻNINIE

z dnia 15 grudnia 2023 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn.:

„Program profilaktyki zdrowotnej szczepień przeciwko meningokokom

serogrupy C, A, W i Y dla dzieci w wieku 6 lat

z terenu powiatu żnińskiego” na lata 2024-2028

Na podstawie art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.¹⁾)

uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki zdrowotnej szczepień przeciwko meningokokom serogrupy C, A, W i Y dla dzieci w wieku 6 lat z terenu powiatu żnińskiego” na lata 2024-2028 w brzmieniu jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Żninie.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Przewodniczący Rady
Józefa Błajet**

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 1265, poz. 1855, poz. 2140, poz. 2674 i poz. 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, poz. 650, poz. 658, poz. 1234, poz. 1675, poz. 1692, poz. 1733, poz. 1872 i poz. 1938

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych powiatu w zakresie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu. „Program profilaktyki zdrowotnej szczepień przeciwko meningokokom serogrupy C, A, W i Y dla dzieci w wieku 6 lat z terenu powiatu żnińskiego” uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Udział w ww. Programie w roku 2024 zadeklarowały wszystkie Gminy z terenu Powiatu.

Głównym celem przyjmowanego Programu jest uzyskanie nie mniejszego niż 60% poziomu zaszczepienia przeciwko meningokokom w populacji docelowej - dziewczęta i chłopcy, którzy w danym roku kalendarzowym kończą 6 lat i zamieszkują na terenie Gminy wchodzącej w skład Powiatu Żnińskiego przystępującej w danym roku do Programu. W ramach programu wykonane zostaną szczepienia oraz przeprowadzona będzie edukacja zdrowotna.

Realizacja niniejszego Programu pozwoli na uzupełnienie świadczeń, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia o działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia.

W związku z powyższym podjęcie uchwały jest konieczne i w pełni uzasadnione.

JN-Z/JN-Z



Powiat Żniński

Program profilaktyki zdrowotnej szczepień przeciwko meningokokom serogrupy C, A, W i Y dla dzieci w wieku 6 lat z terenu powiatu żnińskiego

Opracowany na podstawie art. 48. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych.

Kontynuacja/trwałość Programu:

Program jest wprowadzony po raz pierwszy, zaplanowany na lata
2024–2028, z możliwością kontynuacji w zależności od posiadanych
zasobów finansowych.

Żnin, 2023 rok

Spis treści

I.	Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
I.1.	Opis problemu zdrowotnego	3
I.2.	Dane epidemiologiczne	4
I.3.	Opis obecnego postępowania	6
II.	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	7
II.1.	Cel główny	7
II.2.	Cele szczegółowe	7
II.3.	Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	7
III.	Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	8
III.1.	Populacja docelowa	8
III.2.	Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	8
III.3.	Planowane interwencje	9
III.4.	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	9
III.5.	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	10
IV.	Organizacja programu polityki zdrowotnej	10
IV.1.	Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	10
IV.2.	Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	11
V.	Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	12
V.1.	Monitorowanie	12
V.2.	Ewaluacja	12
VI.	Budżet programu polityki zdrowotnej	13
VI.1.	Koszty jednostkowe	13
VI.2.	Koszty całkowite	13
VI.3.	Źródła finansowania	13
VII.	Bibliografia	14
VIII.	Załączniki	15

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Meningokoki, inaczej dwoinki zapalenia opon mózgowych - są to bakterie należące do gatunku *Neisseria meningitidis*. Istnieje wiele grup serologicznych meningokoków, jednak do tych, o szczególnej inwazyjności zalicza się oznaczone symbolami: A, B, C, Y i W-135.

W Polsce i w Europie najczęściej występują meningokoki grup B (70%) oraz C (26–30%). Meningokoki, które należą do serogrupy C znacznie częściej wywołują epidemie oraz sepsę, która obarczona jest wysoką śmiertelnością. W ostatnich latach w Polsce (2014-2020) pojawiły się zachorowania wywołane przez serogrupy W-135 i Y, które były wysoce śmiertelne.

Drogi zakażenia

Zakażenie meningokokami następuje poprzez kontakt bezpośredni z osobą chorą lub z bezobjawowym, często zdrowym nosicielem. Meningokoki przenoszą się: drogą kropelkową (kaszel, kichanie), poprzez kontakt bezpośredni (np. pocałunek) oraz pośrednio (np. spożywanie posiłków z jednego talerza). Meningokoki zasiedlają jamę nosowo-gardłową. Szacuje się, że około 10 do 20% zdrowych ludzi zalicza się do bezobjawowych nosicieli.

Ryzyko zakażenia nasila się poprzez bliski kontakt w dużych zbiorowiskach ludzkich, takich jak np.: żłobki, przedszkola, szkoły, internaty, akademiki. Tego rodzaju miejsca sprzyjają powstawaniu ognisk epidemicznych. Zachorowania wywołane przez meningokoki występują najczęściej w okresie masowych infekcji górnych dróg oddechowych, czyli zimą i wiosną. Inwazyjne zakażenie meningokokowe przebiega najczęściej pod postacią sepsy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (ZOMR) lub obu tych stanów jednocześnie.

Przebieg choroby i leczenie

Choroba rozpoczyna się zazwyczaj niespecyficznie. Główne objawy to gorączka, nudności, wymioty, rozdrażnienie, złe samopoczucie oraz ból mięśni. Początkowo w badaniu przedmiotowym można nie stwierdzać istotnych odchyleń. Po kilku godzinach dołączają się kolejne objawy: ból kończyn lub stawów, ochłodzenie dystalnych części ciała, wydłużenie powrotu włóściczkowego, zmiana koloru skóry. Do objawów patognomonicznych należą zmiany zatorowo-zakrzepowe na skórze. Pojawienie się wysypki w jakiegokolwiek lokalizacji, która nie ustępuje mimo ucisku, jest wskazaniem do natychmiastowego włączenia leczenia. Wysypka ta na początku może mieć postać plamisto-grudkową, a dopiero później przybrać postać wybroczyn czy wysypki krwotocznej ze zmianami martwiczymi. W leczeniu zakażeń meningokokowych stosuje się ampicylinę, penicylinę, chloramfenikol oraz ceftriakson. Konieczna jest hospitalizacja pacjenta, przebieg

leczenia może być bardzo ciężki, często może zakończyć się niepomyślnie dla pacjenta.

I.2. Dane epidemiologiczne

Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w 2014 roku w Europie wyniosła 0,5/100 000 mieszkańców i utrzymuje się na podobnym poziomie od 2010 roku. Większość chorych stanowiły niemowlęta i dzieci do 4 roku życia (odpowiednio 10,1/100 000 i 2,5/100 000 mieszkańców).

Świat

WHO szacuje, że rocznie na całym świecie występuje około 500 tys. przypadków zachorowań na IChM oraz 50 tys. zgonów z jej powodu. W Europie, Australii oraz Nowej Zelandii częstość występowania choroby meningokokowej oscyluje w przedziale 0,2–14/100 tys. ludności. Większa część wywoływana jest przez szczepy z grupy serologicznej B, zwłaszcza w krajach, które wprowadziły szczepionki przeciwko meningokokom grupy C. W obu Amerykach częstość występowania tej choroby wynosi 0,3–4/100 tys. mieszkańców. W Stanach Zjednoczonych większość przypadków wywoływanych jest przez serogrupy B, C i Y. Natomiast w Ameryce Łacińskiej zakażenia najczęściej powodują grupy serologiczne B i C. Największe ogniska epidemii IChM odnotowywane są w krajach Afryki. W latach 2000–2001 częstość występowania IChM wyniosła 1000/100 tys. ludności, natomiast w latach 2006–2007 zarejestrowano 53 438 podejrzeń zachorowań oraz 3816 zgony w 15 krajach Afryki.

Polska

Polskie dane z 2016 roku podają zapadalność na poziomie 0,43/100 000 mieszkańców z największym odsetkiem w województwie warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim, najmniejszym w podlaskim. Dane Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN) wskazują, że w Polsce od roku 2001 za 80% zakażeń wywołanych przez meningokoki odpowiadały izolaty serogrupy B. Sytuacja zmieniła się nagle w roku 2002, kiedy to ponad 30% zakażeń wywołały meningokoki grupy C. Odsetek ten wzrósł do 50% w kolejnych latach wraz z ogólną liczbą zakażeń. Kolejny raz sytuacja w zakresie zakażeń meningokokowych w Polsce zmieniła się w 2006 roku. Po pierwsze wzrosła liczba rejestrowanych przypadków ICHM (Inwazyjna Choroba Meningokokowa), jak również wzrosła ilość izolatów N. Meningitidis i materiałów, w których poszukuje się meningokokowego DNA, przesłanych do KOROUN. Po drugie poza wzrostem liczby zakażeń sporadycznych, w ciągu kilku miesięcy doszło do pojawienia się, co najmniej 5 ognisk epidemicznych ICHM. Według danych KOROUN zakażenia meningokokowe w Polsce występują we wszystkich grupach wiekowych. Meningokoki serogrupy B wywołują 70% zakażeń o tej etiologii u dzieci poniżej pierwszego roku życia,

natomiast meningokoki serogrupy C przeważają u osób powyżej 5 roku życia z największym odsetkiem u pacjentów w wieku 15-19 lat.

W Polsce od wielu lat za większość przypadków IChM odpowiadają meningokoki serogrupy B. Według danych KOROUN, w 2018 r. wśród 174 przypadków IChM, potwierdzonych laboratoryjnie, 65,5% należało do serogrupy B, 20,7% do serogrupy C, 9,8% do W i 1,7% do serogrupy Y. Jedno zakażenie zostało wywołane przez meningokoki serogrupy X. Należy podkreślić, że w 2018 roku, w porównaniu z rokiem wcześniejszym, dwukrotnie wzrósł odsetek izolatów serogrupy W, co należy uważnie monitorować. W wieku niemowlęcym i wczesnodziecięcym zakażenia grupy B stanowią znaczną większość (66-88%). Z kolei w wieku nastoletnim i u młodych dorosłych przewaga grupy B maleje (44%) na rzecz serogrupy C (37%). Epidemiologia zakażeń N. meningitidis jednak się zmienia. Najnowsze dane KOROUN wskazują, że w 2022 r. w Polsce odnotowano 90 potwierdzonych przypadków IChM. Zgodnie z danymi NIZP PZH-PIB w województwie kujawsko-pomorskim w 2022 r. zarejestrowano 9 przypadków IChM. Na podstawie danych uzyskanych z Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żninie w latach 2016 – 2022 stwierdzono 3 przypadki zachorowań na IChM.

Uzasadnienie wprowadzenia programu

Wzrastająca w ostatnich latach liczba zachorowań spowodowanych bakteriami z gatunku *Neisseria meningitidis*, a z drugiej strony, skuteczność szczepionek koniugowanych, spowodowały, że wprowadzono je do stosowania na szeroką skalę w narodowych programach szczepień. W niektórych państwach Europy Zachodniej (np. Wielka Brytania, Irlandia, Hiszpania) szczepienie przeciw meningokokom jest już od kilku lat szczepieniem obowiązkowym. Zaś w kilku innych krajach jest szczepieniem zalecanym wykonywanym masowo, zazwyczaj na koszt państwa. Potrzeba wdrożenia Programu wynika przede wszystkim z zaleceń ekspertów w tej kwestii, które stanowią, że szczepienia przeciwko meningokokom są najlepszą metodą profilaktyki zakażeń. Wprowadzenie szczepień przeciw meningokokom wśród dzieci pozwoli zapobiec oraz znacznie zmniejszyć liczbę zachorowań, hospitalizacji, zapobiegnie nosicielstwu (w przypadku zastosowania szczepionek skoniugowanych), a także groźnym powikłaniom, takim jak: uszkodzenie słuchu lub niedowład kończyn, trwałe zaburzenia neurologiczne, zaburzenia emocjonalne, ubytki skóry i tkanki podskórnej wymagające przeszczepów.

Wszystkim dzieciom spełniającym kryteria włączenia do Programu zostanie zapewniony dostęp do szczepionki. Szczepienia przeciwko meningokokom nie należą do tanich, co jest czynnikiem ograniczającym większą liczbę rodziców. Taki stan rzeczy powodować może zagrożenie dla populacji. Stąd włączenie się Powiatu Żnińskiego w akcję szczepienia dzieci w wieku 6 lat przeciwko meningokokom typu A,C, W i Y i poprawę stanu zdrowia jej mieszkańców.

I.3. Opis obecnego postępowania

W aktualnym kalendarzu szczepień, szczepienia przeciwko inwazyjnym zakażeniom *Neisseria meningitidis* C, są w grupie szczepień zalecanych, ale nie są finansowane ze środków publicznych. W Polsce Główny Inspektor Sanitarny wprowadził do Programu Szczepień Ochronnych szczepienie przeciw meningokokom jako zalecane. Według WHO do najbardziej skutecznej metody zapobiegania zakażeniom meningokokowym zalicza się szczepienia ochronne. W profilaktyce zakażeń meningokokowych stosuje się szczepionki:

- nieskoniugowane monowalentne polisacharydowe; mają słabo immunogenne działanie u niemowląt i dzieci poniżej 2 roku życia; skuteczności w zapobieganiu zakażeniom inwazyjnym jest na poziomie około 80%;

- nieskoniugowane wielowalentne polisacharydowe: A+C, A+C+W oraz A+C+Y+W;

- skoniugowane (dla serogrup C i A oraz 4-walentne A+C+Y+W135), które zapewniają wystarczającą immunogenność i długotrwałą ochronę przed zakażeniem u dzieci powyżej 2 miesiąca życia, jak również u dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych; wpływają na zmniejszenie w populacji odsetka bezobjawowych nosicieli meningokoków grupy A, C, W, Y; szczepionki te nie chronią przed meningokokami grupy B; skuteczność szacowana jest na poziomie powyżej 90%. Szczepienie przeciw meningokokom jest możliwe i zalecane w każdym momencie. O ewentualnych przeciwwskazaniach do zaszczepienia decyduje lekarz.

W Polsce przeciwko meningokokom dostępne są szczepionki: skoniugowane, polisacharydowe oraz białkowe. Na Polskim rynku występują szczepionki: Nesivac C, Menveo, Nimenrix, Bexsero, Trumenba. Czwierowalentne szczepionki skoniugowane przeciwko meningokokom grupy A, C, W, Y można stosować u dzieci, które ukończyły pierwszy miesiąc życia lub 2. rok życia. Szczepionki te powinny być stosowane szczególnie u dzieci, młodzieży i osób dorosłych, osób, które podróżują po świecie, np. u uczniów i studentów podejmujących naukę w USA, turystów podróżujących do Afryki i Azji, do kraju zagrożonego chorobą meningokokową. Program zdrowotny dotyczący szczepień przeciwko meningokokom skierowany jest do dzieci, które w roku kalendarzowym kończą 6 lat zamieszkałych na terenie powiatu żnińskiego, objętych w danym roku bilansem medycznym. Dzieci zostaną objęte skoniugowaną szczepionką przeciwko meningokokom grupy A, C, W, Y. Szczepionki te zalecane są zwłaszcza osobom podróżującym. Mogą być stosowane u osób wcześniej szczepionych szczepionką polisacharydową przeciwko serogrupą A i C lub monowalentną szczepionką skoniugowaną przeciw serogrupie C. W ramach realizacji Programu przewidziane jest wykonanie szczepień ochronnych przeciwko meningokokom serogrupy A, C, W, Y skoniugowaną szczepionką w liczbie 1 dawki na każdego uczestnika, szczepionką o najdłuższym okresie utrzymywania się przeciwciał. Na

rynku dostępne są różne szczepionki, które różnią się długością utrzymywania się odpornością. W Programie stosowana będzie szczepionka skoniugowana przeciw meningokokom serogrupy A, C, W, Y, której odporność utrzymuje się przez 10 lat po szczepieniu dla osób w wieku 1-55 lat podczas szczepienia pierwotnego.

Jak pokazują dane z Holandii, dzięki podaniu skoniugowanej szczepionki przeciwko meningokokom serogrupy A, C, W, Y w ciągu dwóch lat zapadalność na chorobę meningokokową wywoływaną przez grupy C, W i Y uległa zmniejszeniu. Skuteczność rzeczywista szczepionki w zapobieganiu zakażeniom wywołanym przez MenW została oszacowana na 92% w populacji dzieci w wieku powyżej roku. Wśród zaszczepionych nastolatków w wieku 14-18 lat nie odnotowano przypadków zakażeń MenW po wprowadzeniu programu szczepień.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Za główny cel programu zdrowotnego postawiono obniżenie ryzyka zachorowań na choroby wywołane meningokokami typu A, C, W, Y o 85% u osób zaszczepionych poprzez szczepienia ochronne dzieci w wieku 6 lat zamieszkujących powiat żniński. Na podstawie danych PSSE w Żninie na przełomie 6 lat zanotowano 3 przypadki zachorowań. Program nasz zakłada zmniejszenie liczby ryzyka zachorowań zaszczepionych dzieci w wieku 6 lat o 85%. Dzieci objęte Programem podlegać będą bilansowi medycznemu, podczas którego lekarz poinformuje opiekuna prawnego dziecka o realizowanym Programie i możliwości zaszczepienia się przeciwko meningokokom – edukacja zdrowotna.

II.2. Cele szczegółowe

Cele szczegółowe Programu są następujące:

1. Zwiększenie odsetka nie mniej niż o 60% u dzieci zaszczepionych przeciwko meningokokom grupy A,C, W, Y wśród dzieci w wieku 6 lat;
2. Uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki chorób wywołanych meningokokami u co najmniej 60% rodziców/opiekunów prawnych dzieci, nie mniej niż o 50%;
3. Zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu choroby meningokokowej w grupie dzieci w wieku 6 lat, będących mieszkańcami powiatu żnińskiego poprzez szczepienia przeciwko meningokokom o 85%.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek dzieci zaszczepionych w porównaniu z wartościami wynikającymi z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej (sprawozdanie roczne);
2. Liczba podejmowanych działań edukacyjnych w zakresie szczepień przeciwko meningokokom;

3. Odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w post – teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test– załącznik nr 1 do Programu.
4. Liczba osób z odczynami poszczepiennymi zgłoszona do podmiotów leczniczych.

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

III.1. Populacja docelowa

Populację docelową stanowią dzieci w wieku 6 lat zamieszkałe na terenie powiatu żnińskiego. Programem objęte zatem będą dzieci, które w roku kalendarzowym kończą 6 lat i objęte są bilansem medycznym, podczas którego lekarz poinformuje opiekuna prawnego dziecka o realizowanym Programie i możliwości zaszczepienia się przeciwko meningokokom. Wg danych pochodzących z gmin z terenu powiatu żnińskiego w roku 2024 będzie to grupa 721 osób – 100% populacji. Natomiast Program zakłada zaszczepienie co najmniej 60% populacji tj. 433 osób. Przez pięć lata trwania Programu, biorąc pod uwagę dane z roku 2024, planuje się zaszczepić około 2.165 dzieci.

Działania edukacyjne adresowane będą do dzieci objętych Programem jak i rodziców oraz opiekunów prawnych dzieci w wieku 6 lat. Edukacja przeprowadzona zostanie w gabinecie lekarskim podczas przeprowadzenia bilansu medycznego.

W każdym roku realizacji Programu planowane jest zaszczepienie min. 60% populacji dzieci w grupie wiekowej 6 lat zamieszkałych na terenie powiatu żnińskiego. Szacuje się, że populacja podlegająca bezpośredniej kwalifikacji do szczepień będzie na poziomie około 60%.

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

Kryteria kwalifikacji:

KRYTERIUM		UWAGI
WIEK		6 LAT
MIEJSCE ZAMIESZKANIA		POWIAT ŻNIŃSKI
ZGODA PRAWNEGO PROGRAMIE	RODZICA/OPIEKUNA NA UDZIAŁ W	brak

Kryterium wyłączenia:

KRYTERIUM	UWAGI
PRZECIWWSKAZANIA LEKARSKIE	brak
BRAK ZGODY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO	brak

III.3. Planowane interwencje

Działania w ramach Programu realizowane będą przez wybranego w drodze konkursu ofert realizatora. Program skierowany będzie do 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 oraz nie spełnia żadnego z kryteriów wyłączenia, zostaje zakwalifikowane do Programu szczepienia przeciwko meningokokom.

Na wizycie lekarskiej również rodzic/opiekun prawny dziecka zostaje poinformowany o możliwych działaniach niepożądanych wraz z informacją, co w przypadku ich wystąpienia należy zrobić.

W ramach realizacji Programu przewidziane jest wykonanie szczepień ochronnych przeciwko meningokokom serogrupy A, C, W, Y skoniugowaną szczepionką w liczbie 1 dawki na każdego uczestnika, szczepionką o najdłuższym okresie utrzymywania się przeciwciał.

Prowadzona będzie również edukacja w kilku formach:

1. Podczas wizyt lekarskiej;
2. Ulotki i plakaty;
3. Informacja w social- mediach.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Szczepienia przeciw meningokokom prowadzone będą na terenie powiatu znińskiego w miejscach wskazanych przez realizatora Programu. Każde dziecko uczestniczące w Programie będzie miało zapewnioną możliwość skorzystania z pełnego cyklu szczepień w zależności od kwalifikacji.

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.

Cykl szczepień obejmuje:

1. Badanie lekarskie poprzedzające podanie dawki;
2. Podanie szczepionki w zależności od schematu szczepienia;
3. Dokumentację procedury;
4. Postępowanie z odpadami;
5. Edukację w zakresie profilaktyki zakażeń menigokokami oraz postępowania w przypadku wystąpienia odczynu poszczepiennego.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Każdy uczestnik Programu zakończy swój udział w Programie po otrzymaniu dawki zalecanej przez producenta szczepionki. Udział w Programie uwieńczą wskazówki dotyczące wystąpienia ewentualnych objawów niepożądanych, a także zalecenia odnośnie zachowań ryzykownych. 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.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Głównym założeniem Programu jest dotarcie do wszystkich dzieci z populacji docelowej i w efekcie uzyskanie wysokiej frekwencji. W celu jego realizacji zostanie przeprowadzona kampania informacyjno-edukacyjna skierowana do rodziców/opiekunów prawnych populacji objętej Programem. Rodzice/opiekunowie prawni grupy docelowej zostaną poinformowani o akcji także poprzez poradnie medyczne.

ETAPY:

1. Podpisanie porozumienia z Gminami biorącymi udział w Programie o przystąpieniu i współfinansowaniu Programu. Etap ten będzie realizowany co roku.
2. Przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru realizatora Programu. Co roku będzie przeprowadzany konkurs ofert na wybór realizatora w danym roku realizacji.

3. Przeprowadzenie interwencji: działania informacyjno-edukacyjne i przeprowadzenie szczepień. Działania te przeprowadzane będą co roku dla danego rocznika.
4. Bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie Programu i jego późniejszą ewaluację. Etap ten będzie przeprowadzany co roku.
5. Rozliczenie finansowe. Etap ten będzie przeprowadzany co roku.
6. Opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

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

WYMAGANIA DOT. PERSONELU

Kwalifikowanie do szczepienia: osoba uprawniona do przeprowadzenia badania kwalifikującego do szczepienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Podanie szczepionki: osoba uprawniona do podania szczepionki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Działania edukacyjne: osoba posiadająca doświadczenia dydaktyczne w pracy z grupą docelową oraz posiadająca wiedzę na poziomie odpowiednim, aby przekazywać treści całkowicie merytorycznie spójne z materiałami informacyjno-edukacyjnymi.

WYMAGANIA DOTYCZĄCE WYPOSAŻENIA I WARUNKÓW LOKALOWYCH:

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 zapewniający 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. 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.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

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

1. Liczby dzieci zgłaszających się do Programu;
2. Liczby dzieci, które nie zostały objęte Programem po kwalifikacji lekarskiej;
3. Liczby dzieci zaszczepionych w ramach Programu;
4. Liczby dzieci, które zrezygnowały z udziału w Programie (z przyczyn medycznych i niemedycznych, wraz ze wskazaniem przyczyn);
5. Ilości podejmowanych działań edukacyjnych w zakresie szczepień przeciwko meningokokom;
6. Ilości przeprowadzonych pre i post- testów.

Ocena jakości świadczeń profilaktycznych w ramach programu będzie dokonywana na bieżąco. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do realizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń. Każdy z uczestników programu będzie mógł wyrazić swoją opinię na temat programu, oraz jego prowadzenia. Jakość świadczeń w ramach programu będzie bieżąco monitorowana za pomocą ankiety – załącznik nr 2 do Programu. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom akcji. Ankieta pozostanie anonimowa. Kwestionariusze będą analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia ze świadczonych usług medycznych

V.2 Ewaluacja

Ocena efektywności Programu zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników, które szczegółowo zostały opisane w punkcie „Mierniki efektywności”, co pozwoli oszacować liczbę dzieci, które uczestniczyły w Programie i zostały zaszczepione pełnym cyklem szczepień przeciwko meningokokom względem liczby dzieci włączonych do Programu.

System monitorowania i ewaluacji oparty będzie na sprawozdawczości, która będzie raportowana przez Realizatora/ów Programu. 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. Ponadto oceny efektywności Programu dostarczy liczba osób z odczynami poszczepiennymi zgłoszona do podmiotów leczniczych.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Szczegółowy kosztorys wykonania Programu zostanie przedstawiony przez Realizatora na etapie konkursu ofert. Liczba uczestników, koszty jednostkowe zależą od wyceny świadczeń przygotowanej przez Realizatora wybranego w drodze konkursu ofert. Poniższa kalkulacja kosztów jest szacunkowa.

1. Koszt badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia + koszt szczepionki + koszt wykonania szczepienia = 250 zł;
2. Koszt akcji informacyjno – edukacyjnej – 22.000 zł.

VI.2 Koszty całkowite

ROK	LICZBA DZIECI DO ZASZCZEPIENIA	CENA SZCZEPIONKI (KOSZT SZCZEPIONKI+KOSZT BADANIA+ KOSZT WYKONANIA SZCZEPIENIA)	SUMA	AKCJA INFORMACYJNO-EDUKACYJNA
2024	433	250 Zł	108.250 zł	22.000 Zł
2025	433	250 Zł	108.250 zł	22.000 Zł
2026	433	250 Zł	108.250 zł	22.000 Zł
2027	433	250 Zł	108.250 zł	22.000 Zł
2028	433	250 Zł	108.250 zł	22.000 Zł

VI.3. Źródła finansowania

Szczepienia zostaną pokryte z budżetów gmin z terenu powiatu żnińskiego, które w danym roku kalendarzowym przystąpią do Programu. Koordynator Programu, tj. Powiat Żniński zakłada, że do Programu co roku przystąpią wszystkie gminy. Gminy będą pokrywać koszt szczepienia dziecka zamieszkałego na jej terenie. Akcja informacyjno-edukacyjna finansowana będzie z środków własnych budżetu Powiatu Żnińskiego.

VII. Bibliografia

1. <https://podyplomie.pl/pediatrica/27207,inwazyjna-choroba-meningokokowa>
2. https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2017/10/Aktualnosci-BINet-nr_9_2015.pdf
3. Matkowska-Kocjan A., Szenborn L.: Szczepionka przeciwko meningokokom grupy B – długo oczekiwana składowa kompleksowej profilaktyki inwazyjnej choroby meningokokowej. Med. Prakt. Szczepienia 2/2016.
4. Dane własne z gmin z terenu powiatu żnińskiego.

Pre i post test

- 1. Która grupa wiekowa jest najbardziej narażona na zakażenie meningokokami?**
 - ☐ osoby powyżej 65 r.ż
 - ☐ dzieci do 5 r.ż
 - ☐ osoby 19-24 r.ż
- 2. Jakie są główne zakażenia, które wywołują meningokoki?**
 - ☐ zapalenie płuc
 - ☐ zapalenie zatok
 - ☐ septyczne zapalenie stawów
- 3. Jakie są drogi zakażenia meningokokami?**
 - ☐ droga kropelkowa- kaszel, kichanie
 - ☐ pocałunek
 - ☐ wszystkie powyższe
- 4. Jaki jest najlepszy sposób ochrony przed zakażeniem meningokokami?**
 - ☐ szczepienia ochronne
 - ☐ antybiotyki
 - ☐ zasłanianie nosa chusteczką podczas kichania
- 5. Przeciw którym serogroupom meningokoków dostępne są szczepionki skoniugowane?**
 - ☐ A, C, W135, Y
 - ☐ A, O
 - ☐ U1
- 6. Którą szczepionkę przeciw meningokokom należy podać niemowlęciu w pierwszej kolejności?**
 - ☐ przeciw serogrupie B
 - ☐ przeciw serogrupie C
 - ☐ przeciw serogroupom A, C, W135, Y
- 7. Którą inną chorobę zakaźną przypominają początkowe objawy inwazyjnej choroby meningokokowej?**
 - ☐ gorączkę trzyniową
 - ☐ płaswicę
 - ☐ biegunkę rotawirusową

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

1. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	Bardzo dobrze	dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)						
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)						
Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty						

2. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarzkiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	Bardzo dobrze	dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)						
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)						
Sprawność obsługi						

3. Inne uwagi:

.....

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.