

Or. 0003.23.2024

Joanna Pikus
Radna Rady Miasta
Ostrowca Świętokrzyskiego

Ostrowiec Św. dnia 02.04.2024 r.

Prezydent
m. Ostrowiec Św.
3.04.2024
Irena Renduda-Dudek

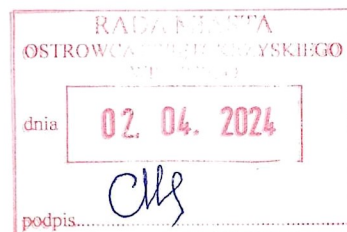
Sz.P.

Irena Renduda Dudek

Przewodnicząca Rady Miasta

Ostrowca Świętokrzyskiego

Zgodnie z przysługującymi uprawnieniami wynikającymi z funkcji radnego Rady Miasta - art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713) oraz § 43 ust. 1 - 5 Statutu Gminy Ostrowiec Świętokrzyski - **zgłaszam interpelację w sprawie doświetlenia** ciągu pieszo-jezdnego na Osiedlu Ogrody (zjazd z ulicy Chrzanowskiego w osiedle) oraz odcinek od bazaru osiedlowego do bloku nr 15 na osiedlu Ogrody. Brak oświetlenia na tym odcinku zagraża bezpieczeństwu i utrudnia utrzymanie porządku w przestrzeni publicznej.



Orn. 0003, 24. 2024

Ostrowiec Św. dnia 02.04.2024 r.

Joanna Pikus
Radna Rady Miasta
Ostrowca Świętokrzyskiego

P. Przewodnicząca
02.04.2024
Irena Renduda Dudek

Przewodnicząca Rady Miasta
Ostrowca Świętokrzyskiego
Irena Renduda Dudek

Sz.P.

Irena Renduda Dudek

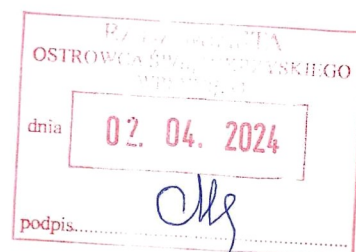
Przewodnicząca Rady Miasta

Ostrowca Świętokrzyskiego

Zgodnie z przysługującymi uprawnieniami wynikającymi z funkcji radnego Rady Miasta - art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713) oraz § 43 ust. 1 - 5 Statutu Gminy Ostrowiec Świętokrzyski - **zgłaszam interpelację w sprawie mycia i dezynfekcji pojemników na odpady komunalne.**

Pojemniki, szczególnie do odpadów biodegradowalnych i zmieszanych, należy myć i dezynfekować ze względu na mogące pojawić się zagrożenie sanitarne zarówno dla zdrowia człowieka, jak i środowiska. Również pojawiające się z tych odpadów odcieki i odory powodują potrzebę mycia osiedlowych kontenerów. Podczas gromadzenia odpadów zmieszanych, a także ulegających biodegradacji wiele substancji organicznych ulega rozkładowi, a to wywołuje powstawanie przykrego zapachu, a także sprzyja rozwojowi lub żerowaniu owadów. Często w kontenerach występują procesy gnilne i fermentacje, a niemyte i nie poddane dezynfekcji pojemniki na śmieci stają się siedliskiem wielu bakterii.

Podsumowując, proszę jak na wstępie.



Or. 0003.25.2024

Ostrowiec Św. dnia 02.04.2024 r.

Joanna Pikus

Radna Rady Miasta

Ostrowca Świętokrzyskiego

Przewodnicząca Rady Miasta
3.04.2024
Irena Renduda-Dudek

Sz.P.

Irena Renduda Dudek

Przewodnicząca Rady Miasta

Ostrowca Świętokrzyskiego

Zgodnie z przysługującymi uprawnieniami wynikającymi z funkcji radnego Rady Miasta - art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713) oraz § 43 ust. 1 - 5 Statutu Gminy Ostrowiec Świętokrzyski – **zgłaszam interpelację w sprawie** uprzątnięcia zalegających śmieci z przestrzeni miejskiej, znajdującej na osiedlu Koszary, na wprost boiska trawiastego. Nadmienię, iż na wspomnianym terenie często dochodzi do zaśmiecania.

RADA MIASTA OSTROWCA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO WIELKIEGO	
dnia	02. 04. 2024
podpis.....	<i>IR</i>





Or. 0003, 22.2024

Ostrowiec Św. dnia 02.04.2024 r.

Joanna Pikus
Radna Rady Miasta
Ostrowca Świętokrzyskiego

Przewodnicząca Rady Miasta
Ostrowca Świętokrzyskiego
Irena Renduda-Dudek
m. 3.04.2024

Sz.P.

Irena Renduda Dudek

Przewodnicząca Rady Miasta
Ostrowca Świętokrzyskiego

Zgodnie z przysługującymi uprawnieniami wynikającymi z funkcji radnego Rady Miasta - art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713) oraz § 43 ust. 1 - 5 Statutu Gminy Ostrowiec Świętokrzyski – **zgłaszam interpelację w sprawie analizy załączonego Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”, przekazanie w/w Programu do Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji, celem zaopiniowania, a następnie- po uzyskaniu pozytywnej opinii - jego realizację.**

Zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych (PSO) dziecko powinno zostać poddane obowiązkowym szczepieniom na *krztusiec, tężec, błonicę, Poliomyelitis (Polio), Haemophilus influenzae typu B* oraz na *WZW B*. Szczepienie na wyżej wymienione choroby jest obowiązkowe. Szczepionka „6w1” zapewnia jednoczesną ochronę przed sześcioma chorobami zakaźnymi. Preparat ten nie jest refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, gdyż NFZ refunduje koszty pojedynczych szczepień na te choroby. Większość rodziców stoi przed dylematem czy zamiast pojedynczych bezpłatnych wkluc dającym odporność na te choroby, zaszczepić dziecko jedną szczepionką co wiąże się z dodatkowymi kosztami.

Nadmienić należy, że na korzyść preparatów skojarzonych przemawia fakt, iż są lepiej tolerowane i rzadziej wywołują działania niepożądane niż szczepionki oferowane bezpłatnie. Szczepionki skojarzone zawierają acelularne, wyizolowane białka krztuśca, a nie jego całe komórki, jak to jest w przypadku szczepień refundowanych.

Reasumując, proszę jak na wstępie.

RADA MIASTA OSTROWCA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO WPLYNĘŁO	
dnia	02. 04. 2024
podpis.....	<i>Ills</i>

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6 w 1”

Okres realizacji Programu: 2024 - 2026



Podstawa prawna opracowania programu polityki zdrowotnej: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146)

Ostrowiec Świętokrzyski 2024

Spis treści

Spis treści	2
1. Opis problemu zdrowotnego	4
1.1 Choroba lub problem zdrowotny	4
Błonica	4
Tężec	4
Krzusiec	4
Polio	5
Haemophilus influenzae typu b	5
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	5
Zapobieganie zakażeniom	6
Epidemiologia	8
Obecne postępowanie	10
Szczepienia i szczepionki	10
2. Cele programu i mierniki efektywności	14
Cel główny	14
Cele szczegółowe	14
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	15
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	16
Populacja docelowa	16
Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu	16
Planowane interwencje	18
Sposób udzielania świadczeń	19
Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	21
4. Organizacja programu	22
Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów	22
Ad 1. Akcja informacyjna.....	23
Ad 2. Działania edukacyjne.....	23
Ad 3. Rekrutacja do programu	25
Ad 4. Interwencja terapeutyczna	25
Ad 5. Monitoring działań	26
Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	26
5. Monitorowanie i ewaluacja	28
Monitorowanie	29

Ocena zgłaszalności	30
Ewaluacja.....	30
6. Koszty.....	32
a. Koszty jednostkowe.....	32
b. Planowane koszty roczne	33
c. Planowane koszty całkowite.....	33
d. Źródła finansowania, partnerstwo	33
7. Bibliografia.....	35
8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora.....	37
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu	37
b. Zgoda na udział w programie	39
c. Sprawozdanie z wykonania świadczeń	40

1. Opis problemu zdrowotnego

1.1. Choroba lub problem zdrowotny

Błonica jest ciężką chorobą zakaźną, wywoływaną przez bakterie zwane maczugowcami błonicy. Do zakażenia dochodzi najczęściej drogą kropelkową, przy kasłaniu, kichaniu oraz przez bezpośredni kontakt z osobą chorą lub nosicielem bakterii, np. poprzez dotyk. Chory zaraża jeszcze na trzy dni przed tym, zanim pojawią się u niego pierwsze objawy błonicy. Potem przez cały okres choroby oraz jeszcze po wyzdrowieniu. W zależności od tego czy pacjent był leczony czy też nie, po ustąpieniu objawów może zarażać od 4 dni (chorzy leczeni) do nawet 3 tygodni.

Objawy początkowo widoczne są w miejscu wnikięcia drobnoustroju, czyli na powierzchni błon śluzowych gardła, migdałków, nosa czy spojówek. W miejscu kolonizacji dochodzi do rozwoju martwicy tkanek i powstania tzw. pseudobłon rzekomych. Pseudobłony rzekome mają postać szarych, czarnych, półprzezroczystych nalotów. Powstają na skutek obumierania komórek. Przy próbie mechanicznego ich usunięcia dochodzi do krwawienia. U chorego dochodzi do powiększenia węzłów chłonnych, na skutek czego pojawia się silny obrzęk szyi. Na skutek stopniowego narastania błon w obrębie gardła przy jednoczesnym powiększeniu węzłów światło krtani i gardła zmniejsza się. Zwężenie światła gardła i krtani jest przyczyną utrudnionego połykania i problemów z oddychaniem. Błonica jest chorobą, która zagraża życiu chorego. W skrajnych przypadkach może dojść do uduszenia bądź zatrzymania akcji serca.

Tężec to choroba zakaźna układu nerwowego, wywołana zakażeniem rany beztlenową bakterią – laseczką tężca. W warunkach beztlenowych laseczki tężca rozmnażają się i wytwarzają toksynę, która uszkadza układ nerwowy. Rezerwuarem bakterii jest przewód pokarmowy zwierząt. Z ich odchodami bakterie są wydalane do środowiska.

Pomimo że tężec jest chorobą zakaźną (zakażenie bakteryjne), nie jest zaraźliwy – kontakt z chorym nie grozi zakażeniem.

Krztusiec, inaczej koklusz to choroba zakaźna wywoływana przez bakterie, tzw. pałeczki krztuśca. Najważniejszym objawem krztuśca jest bardzo silny, napadowy, przewlekły kaszel, któremu zwykle towarzyszy duszność i świst wdechowy. Krztusiec jest najgroźniejszy dla noworodków i małych niemowląt, jednak ciężko chorują również osoby starsze. Zachorować można w każdym wieku, a chorobę przechodzić kilka razy w życiu. Źródłem zakażenia

pałeczką krztuśca są chorzy – zarówno dzieci z pełnoobjawową chorobą, jak i młodzież czy osoby dorosłe, u których choroba może przebiegać łagodnie i niecharakterystycznie lub skąpoobjawowo. Największa zaraźliwość występuje w pierwszych dwóch tygodniach choroby i utrzymuje się przez około 3–4 tygodnie, przy czym właściwa antybiotykoterapia skraca zaraźliwość do 5 dni. Co istotne, nie występuje nosicielstwo pałeczek krztuśca, zatem od osób zupełnie zdrowych nie można się zarazić. Krztusiec jest bardzo zaraźliwy. Zakażenie przenosi się drogą kropelkową podczas kaszlu i kichania, a także poprzez kontakt bezpośredni, choć w tym przypadku zaraźliwość jest znacznie mniejsza.

Polio, zwane nagminnym porażeniem dziecięcym, nagminnym zapaleniem rogów przednich rdzenia kręgowego lub chorobą Heinego-Medina jest groźną ostrą chorobą zakaźną wywołaną przez trzy typy wirusów polio z rodziny enterowirusów, która może prowadzić do rozwoju porażenia mięśni i trwałego kalectwa. Źródłem zakażenia jest bezpośredni kontakt z chorym człowiekiem. Zakażenie może nastąpić drogą kropelkową lub pokarmową (przez przedmioty oraz środki spożywcze zakażone wydzielinami z gardła bądź kałem). Poliowirusy namnażają się w jelitach, po czym przedostają się do krwi, która przenosi je do innych części ciała. Okres wylegania choroby trwa od 7 do 14 dni. Chorzy wydalają wirusy z kałem nawet do 6 tygodni. Najwyższa zakaźność występuje od kilku dni przed pojawieniem się pierwszych objawów do 3–4 tygodni po ich wystąpieniu. Po przedostaniu się wirusów do ośrodkowego układu nerwowego następuje uszkodzenie nerwów, czego następstwem może być niedowład lub trwałe porażenie mięśni.

Haemophilus influenzae typu b (Hib), czyli pałeczka hemofilna typu B, to bakteria, która prowadzi do rozwoju zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia nagłośni, zapalenia płuc, stawów lub szpiku kostnego, a nawet sepsy. Najczęściej atakuje dzieci w wieku do 5 lat. Do zakażenia bakterią dochodzi na skutek bezpośredniego kontaktu z nosicielem lub osobą chorą. Zachorowanie następuje, gdy bakterie, które trafiły na śluzówki nosa i gardła przedostaną się do krwi. Okres wylegania bakterii wynosi od 2 do 4 dni. Zakażenie pałeczką hemofilną typu B ma bezobjawowy początek, a także gwałtowny przebieg.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B, w skrócie nazywane WZW B, należy do groźnych chorób zakaźnych. Wywołuje ją wirus HBV. Schorzenie może prowadzić do marskości lub nowotworu wątroby. Do zakażenia dochodzi poprzez kontakt z zakażoną krwią, kontakty

seksualne z zakażonymi, poprzez niejałowy sprzęt medyczny skażony krwią osoby zakażonej. Do zakażenia dziecka może też dojść w czasie porodu od zakażonej wcześniej matki. Okres od zakażenia do wystąpienia objawów wynosi najczęściej 3-4 miesiące. Do objawów ostrego zakażenia WZW B należą zażółcenie skóry i białkówki oczu, osłabienie, ciemne zabarwienie moczu, zaburzenia przewodzenia pokarmowego oraz brak apetytu. Objawy WZW B w fazie ostrej występują u połowy zakażonych HBV. Nie są charakterystyczne i obejmują złe samopoczucie, brak apetytu, zażółcenie skóry oraz białkówki oczu, ciemne zabarwienie moczu, zaburzenia ze strony układu pokarmowego. Przewlekłe zapalenie wątroby to zakażenie utrzymujące się powyżej 6 miesięcy.

Zapobieganie zakażeniom

Zapobieganie **blonicy** polega na powszechnym stosowaniu szczepień ochronnych. Obecnie, w naszym kraju bezpłatnym i obowiązkowym szczepieniem przeciwko blonicy objęte są wszystkie dzieci i młodzież do 19 roku życia. Najczęściej stosowany preparat to skojarzone szczepionki przeciw blonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP/DTaP), podawanej domięśniowo. Przy stwierdzeniu przeciwwskazań do zastosowania tej formy szczepienia, stosowane są szczepionki pojedyncze przeciwko blonicy (monowalentne) lub szczepionki DT przeciwko blonicy i tężcowi. Szczepionka przeciw blonicy należy do grupy szczepionek inaktywowanych, co oznacza, że zawiera ona unieszkodliwioną (nieaktywną) i odpowiednio oczyszczoną toksynę bloniczą. Jej podanie jest zupełnie bezpieczne, jednak jak w przypadku większości szczepień ochronnych może powodować odczyny miejscowe, jak zaczerwienienie, ból ramienia, stany podgorączkowe i osłabienie. Dolegliwości te są zwykle przejściowe i mijają po 1-2 dniach od wykonania zastrzyku.

Szczepionka przeciw **tężcowi** stosowana jest w celu zapobiegania zachorowaniom poprzez uzyskanie swoistej odporności. Zawiera toksoid tężcowy- toksynę bakteryjną, która w procesie przygotowywania szczepionki została pozbawiona właściwości toksycznych, lecz nadal zdolna jest do wywołania odpowiedzi immunologicznej.

Obowiązkowe (bezpłatne) szczepienie przeciw tężcowi obejmuje dzieci i młodzież do ukończenia 19 r.ż. Odporność przeciw tężcowi zmniejsza się z upływem czasu, dlatego osobom dorosłym zalecane są dawki przypominające szczepionki co 10 lat.

Szczepionka przeciw **krztuścowi** zawiera pełnokomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTwP) lub bezkomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTaP). Szczepienie przeciw krztuścowi należy do szczepień obowiązkowych dla dzieci i nastolatków. Ponieważ z upływem czasu obserwujemy

obniżenie odpowiedzi odpornościowej, schemat szczepienia obejmuje podawanie kolejnych dawek szczepionki DTP lub DTaP dzieciom w 2, 3 - 4, 5, 16 - 18 miesiącu życia oraz szczepionki DTaP w 6 roku życia. Szczepionka dTap (z obniżoną zawartością antygenów krztuśca) podawana jest jako obowiązkowa nastolatkom w 14 roku życia. W celu utrzymania odporności przeciw krztuścowi zalecane jest również szczepienie przypominające w 19 roku życia oraz dla osób dorosłych co 10 lat. Czas ochrony po zaszczepieniu dzieci szczepionką pełnokomórkową wynosi ok. 10-12 lat, a szczepionką bezkomórkową ok. 5 lat.

Szczepionka przeciw **poliomyelitis** zawiera inaktywowane poliovirusy. Odstępy między poszczególnymi dawkami szczepionki powinny obejmować okres 6-8 tygodni. Aby uzyskać pełną ochronę dziecka wskazane jest podanie 4 dawek szczepionki. Wg kalendarza szczepień ochronnych podaje się 3 dawki szczepienia podstawowego w 3-4, 5-6 oraz 16-18 miesiącu życia. Dawka przypominająca podawana jest w 6 roku życia.

Szczepionki przeciw zakażeniom **Hib** są dostępne w postaci skoniugowanej (połączenie antygeny z nośnikiem ułatwiającym powstanie odporności). Występują jako szczepionki jednoskładnikowe lub w połączeniu z innymi antygenami chroniącymi przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz poliomyelitis. Szczepionka przeciw Hib jest przeznaczona dla dzieci od 6 tygodnia do 5 roku życia oraz starszych dzieci z grup ryzyka, np. po usunięciu śledziony. Szczepionki przeciw zakażeniom Hib charakteryzują się wysoką skutecznością, sięgającą 95%. Chronią również przed tzw. kolonizacją, a więc przenoszeniu bakterii przez zdrowe dzieci i narażaniu innych.

Dostępne są rekombinowane szczepionki przeciw **WZW B** zawierające oczyszczone białko powierzchniowe przygotowane metodami inżynierii genetycznej. Występują jako szczepionki pojedyncze (przeciw WZW B) oraz połączone (szczepionki WZW A + WZW B) lub jako szczepionki wysoko-skojarzone 6 w 1 (przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, Hib, WZW B) w jednym wkłuciu do stosowania w programach szczepień małych dzieci. Szczepienie przeciw WZW B jest obowiązkowe dla wszystkich niemowląt oraz zalecane dla osób dorosłych z grup ryzyka wcześniej niezaszczepionych. Dla osób zdrowych wystarczą 3 dawki szczepionki (0-1-6 miesięcy), nie ma potrzeby sprawdzania poziomu przeciwciał ani podawania dawek przypominających. Dzieciom z niską masą urodzeniową stosujemy 4-dawkowy schemat szczepienia (0-1-2-12 miesięcy). U osób z chorobami przewlekłymi lub

zaburzeniami układu odpornościowego po szczepieniu konieczne jest sprawdzanie poziomu przeciwciał i/lub dawki przypominające.

Epidemiologia

Błonica pojawia się cyklicznie, z nasileniem epidemicznym. Do czasu wprowadzenia masowych szczepień obserwowano bardzo dużą zapadalność na tę chorobę i umieralność z jej powodu. W 1943 roku epidemia błonicy w Europie spowodowała milion zachorowań oraz 50 000 zgonów. W Polsce w 1945 roku zgłoszono 21 705 zachorowań i 1464 zgony. Szczyt epidemii przypadał na połowę lat 50 XX wieku, kiedy odnotowano 163 zachorowania na 100 000 mieszkańców.

Sytuacja epidemiologiczna błonicy – zarówno w Polsce, jak i na świecie – uległa radykalnej poprawie po wprowadzeniu masowych szczepień w drugiej połowie XX wieku. W Polsce po wprowadzeniu systematycznych szczepień w ramach Programu Szczepień Ochronnych (PSO) liczba zachorowań uległa gwałtownemu zmniejszeniu, a od połowy lat 70 XX wieku rejestrowano już tylko pojedyncze zachorowania na błonicę i nie odnotowano zgonów. W latach 1992–1996 korzystna sytuacja epidemiologiczna w Polsce znacznie się pogorszyła w związku z epidemią błonicy w krajach byłego Związku Radzieckiego. W tym czasie w wyniku zawleczenia zakażenia zachorowało w naszym kraju 25 osób, a w jednym przypadku odnotowano szerzenie się zachorowań na innych obszarach w Polsce. Podjęte działania przeciwepidemiczne, między innymi masowe doszczepianie grup narażonych na zakażenie, zapobiegły dalszemu szerzeniu się choroby. W konsekwencji tego wydarzenia na początku lat 90 XX wieku wprowadzono do PSO dawkę przypominającą – szczepionkę Td dla osób w 19 roku życia. Program szczepień przeciwko błonicy obejmuje obecnie trzy dawki szczepienia pierwotnego w 1 roku życia dziecka szczepionką DTP, jedną dawkę uzupełniającą w 2 roku życia szczepionką DTP oraz trzy dawki przypominające: w 6 roku życia szczepionką DTPa oraz w 14 i 19 roku życia szczepionką Td. Obecnie w Polsce nie rejestruje się przypadków błonicy, jednak błonica wciąż występuje na świecie.

Tężec występuje bardzo często w Afryce, Azji i Ameryce Południowej. Ponad 80 proc. przypadków to tężec noworodków. Co 3 minuty na świecie z powodu tężca umiera dziecko. Każdego roku z powodu tężca umiera 213 000 – 293 000 osób. Tężec odpowiada za 5-7% wszystkich zgonów noworodków i 5% zgonów matek w czasie porodu na świecie. W Europie tężec to choroba rzadka. W Polsce dzięki obowiązkowym szczepieniom dzieci i młodzieży

choroba ta została praktycznie wyeliminowana. Ostatni przypadek tężca noworodków zarejestrowano w 1983 roku. Wśród chorych obecnie dominują dorośli w wieku ponad 60 lat, od dawna nieszczepieni. U nich też tężec przebiega wyjątkowo ciężko, często prowadząc do zgonu. Każdego roku choruje kilkanaście osób, kilka umiera.

Przed wprowadzeniem masowych szczepień przeciwko **krztuścowi** w 1960 roku corocznie w Polsce odnotowywano kilkadziesiąt tysięcy zachorowań (w 1960 r. zarejestrowano najwięcej – 95 968 przypadków). Krztusiec był częstą przyczyną zgonu u dzieci <1 roku życia (w 1950 r. odnotowano 1580 zgonów).

Po wprowadzeniu powszechnych szczepień skojarzoną szczepionką przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP) liczba zachorowań na krztusiec w ciągu kolejnych lat zmniejszyła się prawie 100-krotnie. W latach 80 XX wieku rocznie notowano <500 przypadków krztuśca. W połowie lat 90 XX wieku zaobserwowano ponowne zwiększenie się liczby zgłaszanych zachorowań. Ta niekorzystna sytuacja epidemiologiczna była głównym argumentem za wprowadzeniem do programu szczepień ochronnych (PSO) w 2003 roku dawki przypominającej szczepionki DTPa u dzieci w 6 roku życia. Po krótkotrwałej poprawie sytuacji epidemiologicznej zaobserwowano jednak utrzymywanie się dużej liczby zachorowań – rocznie rejestrowano 2000–3000 zachorowań na krztusiec.

Od kilkunastu lat w Polsce utrzymuje się względnie duża zapadalność na krztusiec, z cyklicznością zachorowań i kolejnymi nasileniami epidemicznymi krztuśca. W 2012 roku odnotowano największą od około 40 lat liczbę zachorowań (4684, w tym 1497 wymagających hospitalizacji), po czym – po chwilowym zmniejszeniu w 2016 roku – liczba zgłoszonych przypadków wyniosła 6856, aby w 2017 roku ponownie wrócić do mniejszej wartości (3034 zachorowania). Największy odsetek zachorowań utrzymuje się w populacji dzieci do 4 roku życia – u co piątego dziecka stwierdzono krztusiec, natomiast ponad połowa przypadków dotyczy osób w wieku >15 lat, z dwoma szczytami zachorowań: wśród nastolatków oraz osób starszych.

Poliomyelitis. Przed wprowadzeniem szczepień choroba Heinego-Medina rocznie powodowała tysiące zgonów oraz kilkanaście tysięcy przypadków trwałego inwalidztwa u dzieci w wieku szkolnym na świecie. Od 1988 roku prowadzony jest Światowy Program Eradykacji Poliomyelitis. W ramach tego programu organizuje się akcje szczepień w krajach o słabszej infrastrukturze oraz kontynuuje się szczepienia we wszystkich krajach świata, w których wyeliminowano już zachorowania. Dzięki wieloletnim masowym szczepieniom,

ryzyko zachorowania na poliomyelitis w Polsce jest bliskie zeru. W Polsce ostatni przypadek poliomyelitis miał miejsce ponad 40 lat temu. Dopóki jednak występują zachorowania w niektórych regionach Azji, istnieje ryzyko przeniesienia zachorowań do Europy. Wtedy niezaszczepione dzieci mogą zachorować.

W Polsce przed wprowadzeniem obowiązkowych szczepień przeciw **Hib** zakażenia Hib stanowiły przyczynę 25% wszystkich bakteryjnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych. Najwięcej zachorowań odnotowywano wśród dzieci między 6 a 24 miesiącem życia. Wprowadzenie do profilaktyki powszechnych szczepień przeciw zakażeniom Hib doprowadziło do prawie całkowitej eliminacji zachorowań w wielu krajach.

Zgodnie z danymi WHO na świecie ok. 257 mln osób choruje na przewlekłe **zakażenie WZW B**, a 887 000 osób każdego roku umiera z powodu ostrego zakażenia i powikłań w przebiegu WZW B, tj. pierwotnego raka wątroby i marskości wątroby. W Polsce liczba zachorowań na WZW B obniżyła się znacząco na przestrzeni ostatnich lat. Na początku lat 80 rozpoznawano objawy WZW B u 45 osób na 100 000 mieszkańców. Aktualnie liczba nowych zgłoszeń waha się w zakresie 4-9 na 100 000 mieszkańców, uwzględniając zakażenia HBV. Poprawa sytuacji epidemiologicznej wynika przede wszystkim ze szczepień.

Obecne postępowanie

W Polsce obowiązuje Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Nakłada ona obowiązek administracyjny poddania się szczepieniom obowiązkowym, a za brak zgody na szczepienie dziecka rodzicom grozi kara finansowa. W krajach o wysokiej świadomości prozdrowotnej, takich jak Szwecja, czy Norwegia, pomimo braku obowiązkowości szczepień, utrzymywane są wysokie wskaźniki zaszczepienia całej populacji. W Polsce wysoki stan zaszczepienia utrzymywany jest dzięki wprowadzonemu obowiązkowi szczepień.

Szczepienia i szczepionki

Obecnie w Polsce realizowany jest Program Szczepień Ochronnych (PSO), gdzie co roku publikowany jest nowy kalendarz, który obejmuje zarówno szczepienia obowiązkowe (bezpłatne), jak i zalecane (płatne).

Wytyczne Programu Szczepień Ochronnych na rok 2024 według Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 27 października 2023 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2024, klasyfikują szczepienia „5 w 1” i „6 w 1” jako szczepienia

obowiązkowe dla dzieci i młodzieży według wieku – kalendarz szczepień, ale jako wariant A1: „A.1. Wariant szczepień z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej DTaP-IPV-Hib albo DTaP-IPV-Hib-WZWB – stosuje się w przypadku dostępności do szczepionek wysokoskojarzonych.” Powoduje to, iż szczepienia wysokoskojarzone wymagają zakupu preparatu poza budżetem państwa.



Ministerstwo Zdrowia, NPZ, Zadania realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, finansowane przez Ministra Zdrowia.

Źródło: <https://szczepienia.pzh.gov.pl/kalendarz-szczepien-2024/>

Podstawowy wariant szczepień obejmuje wykorzystanie szczepionek zakupionych z budżetu przewidzianego na realizację PSO. W tym przypadku szczepienia przeciwko krztuścowi realizowane są z wykorzystaniem szczepionki pełnokomórkowej.

W oddzielnych iniekcjach podaje się szczepionkę przeciwko polio (IPV – inactivated poliovirus vaccine), Haemophilus influenzae (HiB) oraz przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV – Hepatitis B virus).

Szczepienia przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi wykonywane są trzykrotnie szczepionką skojarzoną DTP, w odstępach 6–8 tygodni w 1 roku życia oraz raz w 2 roku życia dziecka. Szczepienie przypominające wykonywane jest w 6 roku życia dziecka (domięśniowo

szczepionką DTaP – komponent bezkomórkowy). W 14 oraz 19 roku życia dziecka zalecane jest podanie dawki przypominającej szczepionki zawierającej zmniejszone ilości szczepionki błonniczej (Td) (podskórnie lub domięśniowo).

Szczepienia przeciw zakażeniu *Haemophilus influenzae* typu b wykonywane są wraz z kolejnymi dawkami szczepionki DTP. W 1 roku życia dziecku podawane są trzy dawki szczepienia pierwotnego. Szczepionkę tę można stosować jednocześnie z innymi szczepionkami, np. DTP, IPV, WZW typu B, ale w oddzielnych iniekcjach. W 2 roku życia dziecka podawana jest jedna dawka uzupełniająca. Dzieciom szczepionym od 6 do 12 miesiąca życia podawane są dwie dawki szczepionki w cyklu szczepień pierwotnych oraz jedna dawka uzupełniająca, po roku od podania drugiej dawki. Dzieciom powyżej 1 roku życia podawana jest tylko jedna dawka szczepionki.

Szczepionkę przeciw inwazyjnemu zakażeniu Hib stosuje się w postaci preparatów skojarzonych, np. DTaP-Hib, DTaP-IPV-Hib, DTaP-IPV-Hib-HBV. Jednak nie są one finansowane z budżetu państwa. Dzieciom do ukończenia 6 roku życia niezaszczepionym w ramach szczepień obowiązkowych w celu zapobiegania posocznicy oraz zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i nagłośni szczepienie przeciw inwazyjnemu zakażeniu *Haemophilus influenzae* typu b jest zalecane, jednak szczepienia te nie są finansowane z budżetu państwa.

Szczepienia przeciw poliomyelitis wykonywane są wszystkim niemowlętom szczepionką zabitą (IPV). Pierwszą dawkę podaje się podskórnie lub domięśniowo na przełomie 3 i 4 miesiąca życia, a drugą dawkę po 6–8 tygodniach. Trzecia dawka szczepionki IPV w ramach szczepienia podstawowego (uzupełniająca) podawana jest w 16–18 miesiącu życia dziecka. W 6 roku życia podaje się mu poliwalentną szczepionkę atenuowaną – OPV.

Alternatywnie szczepienia obowiązkowe mogą być realizowane tzw. preparatami wysoce skojarzonymi. Są to szczepionki, które dają możliwość uodpornienia przeciwko kilku chorobom dzięki jednej iniekcji. Wysoce skojarzone szczepionki pięcio i sześciokładnikowe są zgodne z obowiązującym w Polsce PSO. Można je podawać według zarejestrowanych na terenie Polski wskazań. Ich stosowanie ułatwia realizację obowiązkowego PSO, a zarazem zwiększa akceptację rodziców dla szczepień - redukcja liczby wkłuć u dzieci jest preferowana przez rodziców, a komponent DTaP rzadziej wywołuje działania niepożądane.

Szczepionka wysoce skojarzona pięcio i sześciokładnikowa (DTaP-IPV-Hib, DTaP-IPV-HibHBV) jest rekomendowana, ale nierefundowana. W punktach szczepień rodzice informowani są o możliwości zakupu szczepionki „5 w 1” lub „6 w 1”.

Dla większości dzieci szczepienia wysoce skojarzone są szczepieniami zalecanymi, co oznacza, że koszt szczepionki pokrywają rodzice. Natomiast zgodnie z zapisami w PSO u dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciwko krztuścowi szczepionką z pełnokomórkowym komponentem krztuśca, dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży oraz tych urodzonych z masą urodzeniową <2500 g należy zastosować szczepionkę z bezkomórkowym komponentem krztuśca DTaP w postaci preparatu DTPa-IPV-HiB. Wówczas szczepienie „5 lub 6 w 1” jest bezpłatne.

Wszystkie wysokoskojarzone szczepionki są dostępne w Polsce i zawierają acelularny, czyli bezkomórkowy komponent krztuśca. Służą do jednoczesnego uodpornienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio, HiB (DTPa-IPV-HiB) i dodatkowo przeciwko WZW B w szczepionce sześciokładnikowej (DTPa-IPV-HiB-HBV).

Na polskim rynku dostępne są dwie szczepionki typu: „5 w 1”:

- Infanrix-IPV-HiB (GSK);
- Pentaxim (Sanofi Pasteur)

oraz dwa preparaty typu „6 w 1”:

- Infanrix hexa (GSK)
- Hexacima (Sanofi Pasteur).

Preparaty Infanrix-IPV-HiB i Infanrix hexa można stosować w realizacji schematu podstawowego do końca 3 roku życia, natomiast w przypadku preparatów Pentaxim i Hexacima do końca 2 roku życia.

Wykorzystując szczepionki typu „5 w 1” lub „6 w 1”, można podawać kolejne dawki szczepienia pierwotnego już co 4 tygodnie. W ten sposób znacznie przyspieszamy realizację schematów szczepień. Zalecenie wprowadzenia szczepionek skojarzonych (optymalnie „6 w 1”) znalazło się także w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii.

Biorąc pod uwagę dostępne dowody naukowe, wytyczne kliniczne oraz rekomendacje refundacyjne, uważa za zasadne stosowanie szczepionek wysokoskojarzonych.

Wszystkie odnalezione wytyczne kliniczne zalecają szczepienia dzieci przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, poliomyelitis i Haemophilus typu b, jednak nie wskazują preferowanego rodzaju szczepionki.

Szczepionki wysoce skojarzone minimalizują liczbę wizyt w poradni, prowadzą do szybszej realizacji PSO, a także ułatwiają wprowadzenie szczepień dodatkowych, czyli zalecanych.

Szczepionki wysokoskojarzone to szczepionki lepiej tolerowane i rzadziej wywołujące działania niepożądane niż szczepionki oferowane bezpłatnie, ponieważ stanowią mniejsze obciążenie dla organizmu dziecka, choć jednocześnie uodparniają przed wieloma chorobami naraz. Ponadto, dziecko otrzymując szczepionkę skojarzoną otrzymuje w sumie mniej substancji pomocniczych niż wtedy, gdy szczepienie jest realizowane za pomocą trzech bezpłatnych szczepionek. W przypadku zastosowania szczepionki „6 w 1” dziecko odbędzie mniej wizyt szczepiennych, co za tym idzie otrzyma mniej ukłuć - mniej bólu i stresu dla dziecka (w przypadku obecnego kalendarza szczepień jest to łącznie 14 wkłuć, a w przypadku wysokoskojarzonej szczepionki jest to 6 wkłuć). Szczepionki „6 w 1” mają potwierdzone bezpieczeństwo stosowania u wcześniaków.

Biorąc pod uwagę dostępne dowody naukowe, wytyczne kliniczne oraz rekomendacje refundacyjne, zasadne jest finansowanie ze środków Gminy Ostrowiec Świętokrzyski proponowanej procedury. Wskazane jest, aby szczepionki najbardziej istotne dla zdrowia publicznego były dostępne bezpłatnie dla mieszkańców jednostki samorządu terytorialnego.

2. Cele programu i mierniki efektywności

Cel główny

Zmniejszenie liczby zachorowań dzieci między 2 a 18 miesiącem życia, zameldowanych na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski o 50% populacji w okresie realizacji programu w latach 2024-2026.

Cele szczegółowe

- Spadek zachorowalności wśród dzieci, poprzez zwiększenie dostępności do działań edukacyjnych, dotyczących chorób zakaźnych w grupie populacji dzieci zameldowanych na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w latach 2024–2026;
- Wzrost odporności na choroby zakaźne populacji pediatrycznej, poprzez zwiększenie dostępności w latach 2024–2026 do bezpłatnych szczepień preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” w grupie osób objętych programem wśród populacji zameldowanej na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski;

- Podniesienie poziomu wiedzy na temat szczepień i ich skuteczności o minimum 30% w grupie osób objętych działaniami edukacyjnymi w latach 2024–2026 wśród populacji zameldowanej na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski;
- Wzrost o minimum 20% liczby chętnych rodziców/opiekunów zgłaszających się na szczepienia z dziećmi w latach 2024–2026, poprzez zachęcenie osób z grup objętych programem do szczepień preparatem wysokoskojarzony „6 w 1”, wśród populacji zameldowanej na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w latach 2024–2026.

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Liczba osób chorujących na błonicę, tężec, krztusiec, polio, WZW typu B oraz zakażenia HiB w latach 2024–2026 wśród populacji pediatrycznej zameldowanej na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski; wykazane na podstawie danych zebranych od świadczeniodawców/NFZ;
- Iloraz liczby dzieci chorujących na zakaźne choroby pediatryczne, których rodzice zostali objęci działaniami edukacyjnymi w programie i liczby dzieci chorujących z populacji docelowej. Wynik wyrażony w procentach, wykazany iloraz liczby osób chorujących na zakaźne choroby pediatryczne zaszczepionych w ramach PPZ pełnym schematem szczepienia preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” i liczby osób chorujących z populacji docelowej. Wynik wyrażony w procentach.
- Liczba osób zaszczepionych preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” w populacji docelowej; wykazane na podstawie danych zebranych od realizatorów;
- Liczba zgód na udział w programie i ich ewentualne zmiany w porównaniu z liczebnością populacji docelowej oraz w odniesieniu do lat poprzednich – zakładany wzrost o minimum 20% w roku 2026; wykazana na podstawie danych zebranych od realizatorów;
- Ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu, zakładany minimum 50% poziom satysfakcji uczestników programu - dane z ankiet satysfakcji uzyskanych od realizatorów;

Wzrost liczby osób korzystających ze szczepień zalecanych w populacji całkowitej zamieszkującej Gminę Ostrowiec Świętokrzyski, wykazane na podstawie danych zebranych od realizatorów.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Populacja docelowa

Gmina Ostrowiec Świętokrzyski według stanu na dzień 31.12.2022 r., ma 62 980 mieszkańców, z czego 53,1% stanowią kobiety, a 46,9% mężczyźni. W latach 2002-2022 liczba mieszkańców zmalała o 16,3%. Gmina Ostrowiec Świętokrzyski ma ujemny przyrost naturalny wynoszący - 662. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu -10,44 na 1 000 mieszkańców Gminy Ostrowca Świętokrzyskiego. W 2022 roku urodziło się 328 dzieci, w tym 50% dziewczynek i 50 % chłopców.

Program kierowany jest do wszystkich dzieci od ukończenia 2 do ukończenia 18 miesiąca życia – zameldowanych na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski, zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych. W kolejnych latach będą włączane do niego osoby spełniające kryterium wieku.

Docelową populację ustala się na 200 urodzonych w roku 2024, 2025, 2026.

Działania edukacyjne będą adresowane także do rodziców/opiekunów dzieci. Zakładając grupę dzieci w liczbie 200 osób, można przypuszczać, iż przynajmniej 1 rodzic będzie uczestniczył w spotkaniach edukacyjnych, zatem można przyjąć, że działania edukacyjne obejmować będą od 200 do maksymalnie 400 osób.

Wytyczne Programu Szczepień Ochronnych na rok 2024 według Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 27 października 2023 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2024, klasyfikują szczepienie preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” jako świadczenie zalecane.

Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Kryteria włączenia do programu dla populacji zakwalifikowanej do szczepień:

- podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w szczepieniach (przykładowy druk zgody w załączniku); podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
- działania w ramach programu będą prowadzone wśród osób zameldowanych na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski (za okazaniem stosownego zaświadczenia lub poświadczenia zameldowania za pomocą aplikacji mObywatel);

- brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących podanie szczepionki; w przypadku czasowych przeciwwskazań może zostać ustalony nowy termin wizyty;
- wiek uczestnika potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
- uczestnicy do programu będą włączani zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

Kryteria wyłączenia z programu:

- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak udokumentowania miejsca zameldowania na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski;
- brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
- występowanie przeciwwskazań medycznych określonych w ChPL,
- tak jak w przypadku innych szczepionek, szczepionka wysokoskojarzona nie powinna być podawana osobom w okresie ostrego i ciężkiego chorób gorączkowych.

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował Realizator/Realizatorzy w ofercie.

Dla poszczególnych działań w ramach programu zastosowanie będą miały następujące warunki:

- wizyta kwalifikacyjna będzie możliwa dla wszystkich dzieci włączonych do programu. Warunkiem koniecznym jest wyrażenie pisemnej zgody rodzica/opiekuna dziecka na przeprowadzenie działań realizowanych w ramach programu.
- działania informacyjno- edukacyjne będą dostępne dla wszystkich osób włączonych do programu;
- szkolenia dla rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w programie będą dostępne dla wszystkich rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w programie;
- szczepienia profilaktyczne preparatem „6 w 1” będą wykonywane u dzieci zakwalifikowanych do świadczeń podczas wizyty kwalifikacyjnej, spełniających kryteria włączenia do programu.

Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach od 2024 do końca 2026.

Planowane interwencje

Osoba zgłaszająca się do programu składa do Realizatora zgłoszenie uczestnictwa w programie. Po zweryfikowaniu formalnym warunków uczestnictwa – status wieku i zameldowania, rodzic/opiekun będzie informowany o możliwości umówienia wizyty, celem dokonania kwalifikacji medycznej i wykonania szczepienia. Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnego szczepienia preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1”, rodzic/opiekun dziecka zostanie objęty działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej.

Przy okazji badania kwalifikacyjnego do szczepienia personel biorący udział w interwencji przeprowadzi wśród rodziców/opiekunów działania z zakresu promocji zdrowia. Uczestnikom programu zostaną przedstawione informacje na temat dróg szerzenia, objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki zakażeń chorobami zakaźnymi. Szczególną uwagę Realizator programu zwróci na edukację w zakresie takich zagadnień jak np.: przestrzeganie zasad higieny, unikanie ryzyka rozprzestrzeniania chorób zakaźnych oraz postępowanie w przypadku podejrzenia zakażeń chorobami objętymi szczepieniem, czyli ryzyka zachorowania na błonicę, tężec, krztusiec, wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), poliomyelitis oraz inwazyjne zakażenia wywołane przez *Haemophilus influenzae* typ b (Hib) oraz postępowanie w przypadku wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego. Właściwa wizyta związana z podaniem szczepionki będzie rozpoczynała się konsultacją lekarską (w celu wykluczenia przeciwwskazań) i zakwalifikowaniem dziecka do szczepienia. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań, związanych np. z chorobą, zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty. Ponadto podczas konsultacji lekarskiej rodzic/opiekun dziecka zakwalifikowanego do programu zostanie poinformowany o zagrożeniach związanych z chorobami zakaźnymi i tzw. „chorobami wieku dziecięcego”, o możliwych powikłaniach w/w chorób, o samym szczepieniu oraz możliwej reakcji organizmu na podaną szczepionkę. Dodatkowym kryterium formalnym będzie podpisanie przez rodzica/opiekuna świadomej zgody na udział w szczepieniu (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisane oświadczenia zostaną dołączone do dokumentacji medycznej uczestników programu.

Rodzice/opiekunowie dzieci zostaną także poinstruowani o sposobie postępowania w razie wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego – otrzymają informację o miejscu, gdzie można się zgłosić w razie ewentualnych działań niepożądanych (już poza programem, w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych przez NFZ).

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora lub Realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz.146).

Szczepienie przeprowadzone zostanie na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w miejscu wskazanym przez Realizatora.

Szczepienia realizowane będą szczepionką wysokoskojarzoną „6 w 1” o nazwie Hexacima w dawkach zgodnie z wytycznymi producenta dotyczącymi dawkowania wskazanymi w ChPL.

Ze względu na trzyletni okres realizacji programu może się okazać, że obecne zaplanowane w programie rozwiązania i wytyczne uległy zmianie. W przypadku takiej sytuacji na Realizatorze ciąży obowiązek poinformowania Instytucji Finansującej program o zmianach i dostosowanie zasad jego realizacji w zakresie nowego schematu dawkowania do wytycznych lub dostępności preparatów szczepionkowych mających zastosowanie w interwencji.

Realizator winien dysponować kadrami, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Sposób udzielania świadczeń

Ze względu na charakter programu – szczepienie dzieci w określonym, konkretnym przedziale wiekowym oraz podawanie dawek szczepionki w różnych przedziałach czasowych – akcja szczepień będzie miała charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób ciągły w trakcie jego trwania w latach 2024–2026. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja

godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.

Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zakupione szczepionki oraz zabezpieczone inne wymagane pomocnicze wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku). W realizacji szczepień będą wykorzystane dostępne, dopuszczone do użytkowania, preparaty wybrane przez podmiot leczniczy. Tego typu działania organizacyjne zapewnią optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na realizację programu.

Program ma charakter ciągły i będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

Szczepienie preparatem wielowalentnym „6 w 1” znajduje się w Programie Szczepień Obowiązkowych w grupie świadczeń zalecanych, niefinansowanych ze środków publicznych. W odniesieniu do omawianej interwencji świadczeniem alternatywnym jest podstawowy schemat szczepień preparatami refundowanymi z jednoczesnym zakupem preparatów zalecanych lub jedynie ograniczeniem się do szczepień obowiązkowych.

Planowaną interwencję można zatem traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych – szczepień obowiązkowych finansowanych z budżetu państwa.

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa. Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących, a także wychowawców/opiekunów i innych pracowników placówek opiekuńczo-wychowawczych;
- b. Konieczne jest przekazanie informacji, że szczepionki nie zapewniają 100% ochrony przed istniejącymi już infekcjami/zakażeniami;
- c. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- d. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;

- e. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora/Realizatorów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu szczepienia szczepionką wysokoskojarzoną „6 w 1” w dawkach zgodnie z wytycznymi producenta dotyczącymi dawkowania wskazanymi w ChPL, wraz z przeprowadzeniem przez Realizatora części edukacyjnej z zakresu promocji zdrowia.

Informacja dla rodziców powinna wskazywać, że w przypadku nieukończenia pełnego cyklu szczepienia należy uzupełnić brakujące dawki szczepionki. Nieukończony cykl szczepień nie zapewnia odporności.

Zdiagnozowanie trwałego przeciwwskazania do szczepienia preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” w wywiadzie lekarskim może skutkować przerwaniem uczestnictwa w programie.

W przypadku osób, u których nie zastosowano szczepionki, ze względu na kryteria wykluczające, zakończenie uczestnictwa w działaniach informacyjno – edukacyjnych stanowi zakończenie udziału w programie.

Zgłoszenie przez rodziców lub opiekunów dziecka woli zakończenia udziału ich dziecka w PPZ także będzie stanowiło zakończenie udziału w programie.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika programu (rodzica/opiekuna). Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie rezygnacji przez Realizatora lub uczestnika programu (rodzica/opiekuna) na piśmie, które winno być dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie przez Realizatora wystąpienia takich zdarzeń. Będzie ono dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

4. Organizacja programu

Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

Sugerowane etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów wymienione są poniżej:

1. Stworzenie rady ds. programu, w skład której wejdą wszyscy interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedyycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadać będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przesłanie do AOTMiT projektu PPZ do oceny merytorycznej, o której mowa w art. 48a ust. 4. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Przeprowadzenie szkolenia dla realizatorów programu celem ujednoczenia sposobu postępowania we wszystkich zaangażowanych placówkach i przekazania niezbędnej do realizacji programu wiedzy.
5. Sugeruje się zaangażowanie JST w centralny zakup szczepionek ew. negocjacje jednej ceny/wspólnego zakupu szczepionki dla wszystkich podmiotów realizujących szczepienia na terenie danej JST.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowe PPZ.

W ramach programu Realizator obligatoryjnie musi przeprowadzić:

1. Akcję informacyjną;
2. Działania edukacyjne;
3. Rekrutację uczestników;
4. Interwencję terapeutyczną;
 - a) lekarskie badanie kwalifikacyjne,
 - b) podanie szczepionki;
5. Monitoring działań w ramach programu.

Ad 1. Akcja informacyjna

Skierowana do mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski Do rozpropagowania informacji

o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego. Mieszkańcy Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o niebezpieczeństwach związanych z zakażeniami chorobami objętymi szczepieniem, czyli o zachorowaniach na błonicę, tężec, krztusiec, wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), poliomyelitis oraz inwazyjne zakażenia wywołane przez Haemophilus influenzae typ b (Hib), zagrożeniami wynikającymi z faktu niezaszczepienia oraz o ramach organizacyjnych programu.

Ad 2. Działania edukacyjne

Skierowane do osób zameldowanych na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski, w szczególności rodziców i opiekunów dzieci z populacji docelowej objętych szczepieniami. Wykłady/pogadanki na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w siedzibie Realizatora, placówce opieki zdrowotnej, innych wybranych przez Realizatora miejscach.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności Realizator zapewnił realizację spotkań również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące specyfiki patogenów objętych profilaktyką szczepienną, wywoływanych przez nie infekcji, ich

następstw zdrowotnych, skuteczności wczesnie podjętej profilaktyki i leczenia powikłań, konsekwencji zaniedbań higieniczno-sanitarnych i bagatelizowania objawów chorobowych.

Tematyka zajęć powinna obejmować następujące zagadnienia:

- czynniki zwiększające ryzyko rozwoju błonicy, tężca, krztuśca, wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B), poliomyelitis oraz inwazyjnych zakażeń wywołanych przez *Haemophilus influenzae* typ b (Hib);
- dane epidemiologiczne na temat zapadalności i umieralności na w/w choroby;
- objawy zachorowania na błonicę, tężec, krztusiec, wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), poliomyelitis oraz inwazyjne zakażenia wywołane przez *Haemophilus influenzae* typ b (Hib);
- działania profilaktyczne ograniczające ryzyko rozwoju w/w chorób.

Edukacja dotycząca profilaktyki chorób zakaźnych musi podkreślać znaczenie działań profilaktycznych – szczególnie szczepień jako najważniejszej metody zapobiegania występowania chorób zakaźnych.

W zaleceniach ekspertów oraz w rekomendacjach/wytycznych podkreśla się, że niezbędna jest ustawiczna, rzetelna edukacja społeczna w zakresie profilaktyki zakażeń i popularyzacji szczepień ochronnych w kontekście ryzyka i korzyści wynikających z wykonywania szczepień ochronnych. Edukator powinien przekazać informacje na temat szczepienia, wyjaśnić niepewności, ryzyka i potencjalne korzyści związane z wykonaniem lub niewykonaniem tej procedury. Celem edukacji powinno być umożliwienie rodzicom/opiekunom dzieci rozważenia własnych preferencji, ustalenia stopnia udziału w podejmowaniu decyzji (po konsultacji z lekarzem) oraz w podjęciu (lub odroczeniu) decyzji na temat uczestnictwa w dalszej części programu. Udział w kolejnej jego części powinien być decyzją świadomą, podjętą przez uczestnika (rodzica/opiekuna).

Ad 3. Rekrutacja do programu

Realizator wybrany w procedurze konkursowej będzie zobowiązany do przeprowadzenia rekrutacji uczestników. Podstawowe kryteria formalne to zameldowanie na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie (podpisanie zgody przez rodzica/opiekuna), wiek zgodny z grupą docelową, brak przeciwwskazań zdrowotnych.

Kryteria szczegółowe zostały opisane wcześniej w stosownej części tego dokumentu. Zgody na udział w programie zostaną zgromadzone w siedzibie Realizatora, ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

Ad 4. Interwencja terapeutyczna

Każde dziecko z grupy docelowej spełniające warunki włączenia do programu będzie mogło w ramach programu skorzystać z bezpłatnej interwencji medycznej.

Składają się na nią:

- a) lekarskie badanie kwalifikacyjne,
- b) podanie wysokoskojarzonego preparatu szczepionkowego „6 w 1”.

Wizyta związana z podaniem szczepionki będzie rozpoczynała się konsultacją lekarską (w celu wykluczenia przeciwwskazań) i zakwalifikowaniem uczestnika programu do szczepienia. W jej trakcie zostanie wykonane badanie lekarskie, a także zostanie przeprowadzony wywiad z rodzicem/opiekunem uwzględniający aktualny stan zdrowia dziecka, ale i historię choroby dotyczącą zachorowań ostrych i przewlekłych oraz stosowanych z tego powodu leków. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań związanych np. z chorobą, zostaną wyznaczone: kolejny termin wizyty i ponowna kwalifikacja medyczna do interwencji w ramach programu. Dodatkowo, przy okazji wizyty szczepiennej, personel biorący udział w interwencji przeprowadzi z rodzicami/opiekunami indywidualne działania z zakresu promocji zdrowia. Zostaną przedstawione informacje na temat dróg szerzenia, objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki chorób zakaźnych. Ponadto w trakcie konsultacji lekarskiej każdy rodzic/opiekun będzie poinformowany o zagrożeniach związanych z zakażeniami, powikłaniach, o samym szczepieniu oraz możliwej reakcji organizmu na podaną szczepionkę.

Uczestnicy programu zostaną również poinstruowani o sposobie postępowania w razie wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego – otrzymają informację o miejscu, gdzie można się zgłosić w razie ewentualnych działań niepożądanych (już poza programem, w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ).

Podmiot potwierdzający wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego powinien przekazać niezwłocznie tę informację Realizatorowi programu.

Szczepienie przeprowadzone będzie na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w miejscu wskazanym przez Realizatora/Realizatorów, z zaznaczeniem, że nie później niż do 24 godzin od wykonania badania kwalifikacyjnego. Najlepiej, aby oba elementy interwencji były wykonane tego samego dnia, podczas jednej wizyty szczepiennej.

Do szczepień zostaną wykorzystane dostępne, dopuszczone do użytkowania preparaty wysokoskojarzone „6 w 1” wybrane przez Realizatora, podane w dawkach zgodnie z wytycznymi producenta dotyczącymi dawkowania wskazanymi w ChPL.

Istotne jest to, aby były one przechowywane i stosowane zgodnie ze wskazaniami producenta określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego (szczególnie dotyczy to zasad transportu i przechowywania z zachowaniem łańcucha chłodniczego).

Realizator winien dysponować kadrami, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu. Jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Ad 5. Monitoring działań

Ostatnim elementem w ramach programu będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Każdy rodzic/opiekun po wykonaniu szczepienia będzie proszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży do opracowania przez Realizatora raportu rocznego/sprawozdania dla Instytucji finansującej program.

Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski przez Realizatora/Realizatorów wyłonionych w konkursie ofert.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) winny być zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich).

W siedzibie Realizatora muszą być także stosowane rutynowe procedury, zgodnie z którymi każda partia preparatów szczepionkowych jest sprawdzana przy odbiorze pod kątem ewentualnych uszkodzeń mechanicznych lub termicznych powstałych podczas transportu, a także pod względem terminu przydatności do użycia, co jest następnie okresowo powtarzane.

Szczepionki przechowuje się w lodówkach wyposażonych w termometry oraz urządzenia zapewniające stały monitoring i automatyczną rejestrację dobowych wahań temperatury wewnątrz komór chłodniczych oraz spadków napięcia. Wyniki wskazań termometru, mechaniczne uszkodzenia sprzętu oraz wyłączenie zasilania powinny być dokumentowane w specjalnej książce kontroli.

Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, a także kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmiot realizujący program będzie dysponował kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń – osobami, które odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia bądź uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej. Realizator będzie też dysponował sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji.

Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu będą prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia działań w określonym zakresie. Wymagane jest, aby osoby prowadzące edukację miały przygotowanie merytoryczne (np. lekarze medycyny, pielęgniarki, specjaliści zdrowia publicznego). Tematyka działań winna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grup odbiorców.

Szczególnie istotna jest kwestia dopasowania przekazu do ich wieku i stanu psychicznego. Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

Podsumowując wymagania kadrowo-sprzętowe:

- 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 z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych na poziomie odpowiednim, aby przekazywać treści całkowicie merytorycznie spójne z materiałami informacyjno-edukacyjnymi;
- 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;
- działania edukacyjne: adekwatne do zaplanowanych działań.

5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być

prowadzone na bieżąco (np. przez tworzenie raportów okresowych) i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej (tj. zakończeniem cyklu szczepień w danym sezonie). Powinno się składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należałoby przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Należałoby na bieżąco uzupełniać indywidualne informacje o każdym z uczestników PPZ, w formie elektronicznej bazy danych:

- Datę wyrażenia zgody rodzica/opiekuna na uczestnictwo w PPZ jego i jego dane kontaktowe do rodzica/opiekuna, np.: adres e-mail, numer telefonu, adres do korespondencji.
- Dla każdego dziecka biorącego udział w PPZ należy zbierać informacje:
 - Numer PESEL – informacja ta w przyszłości może być użyteczna w ocenie długofalowych efektów zdrowotnych szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym (m.in. zapadalności i chorobowości powiązane ze szczepieniami) po zakończeniu udziału dziecka w PPZ.
 - Informacja o każdym szczepieniu w schemacie szczepienia: data i godzina szczepienia, nazwa preparatu, dawka miejsce podania, data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny np. zrealizowanie pełnego cyklu szczepień zgodnie z zaleceniami producenta.

Ocena zgłaszalności:

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych, sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu, uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

W ramach oceny zgłaszalności należy na bieżąco kontrolować liczbę zgłoszeń do programu względem planowanej liczby uczestników, którzy mają zostać objęci szczepieniami.

Dodatkowo monitorowaniu należy poddać liczbę zgłoszeń na działania edukacyjne z placówek realizatora. W przypadku stwierdzenia znaczących odstępstw od oczekiwanego poziomu zgłoszeń należy podjąć działania naprawcze. Należy także, o ile to możliwe, opisać przyczyny braku uczestnictwa w działaniach programowych.

Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

To proces doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczna ocena wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom oraz uczestnikom programu.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja finansująca program, na podstawie informacji, raportów i sprawozdań przygotowanych przez Realizatora/Realizatorów.

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne

rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu.

W ramach ewaluacji należy przeprowadzić oszacowania m.in:

- Liczba osób chorujących na błonicę, tężec, krztusiec, polio, WZW typu B oraz zakażenia HiB w latach 2024–2026 wśród populacji pediatrycznej zameldowanej na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski; wykazane na podstawie danych zebranych od świadczeniodawców/NFZ;
- Iloraz liczby dzieci chorujących na zakaźne choroby pediatryczne, których rodzice zostali objęci działaniami edukacyjnymi w programie i liczby dzieci chorujących z populacji docelowej. Wynik wyrażony w procentach, wykazany na podstawie danych zebranych od realizatorów;
- Iloraz liczby osób chorujących na zakaźne choroby pediatryczne zaszczepionych w ramach PPZ pełnym schematem szczepienia preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” i liczby osób chorujących z populacji docelowej. Wynik wyrażony w procentach.

Wyniki ewaluacji należy zawrzeć w raporcie końcowym z realizacji całego PPZ.

Zaplanowane wskaźniki mogą zostać także zweryfikowane pod kątem:

- Liczby nowych rozpoznań chorób, które obejmuje cykl szczepień wysokoskojarzonym preparatem „6 w 1”, co będzie miarą efektywności działań w latach 2024–2026 wśród populacji zameldowanej w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski;
- Liczby zgłoszeń do innych szczepień, w tym zalecanych, zarówno w populacji dzieci i dorosłych, już poza programem, w latach 2024–2026 wśród populacji zameldowanej w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski; co będzie miarą skuteczności działań edukacyjnych;

W przypadku programów szczepiennych istotne jest, aby mierniki efektywności odnosiły się głównie do zachorowalności na wskazaną chorobę oraz występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Ze względu na obecność szczepień przeciwko wybranym jednostkom chorobowym w obowiązującym na terenie całego kraju PSO, ale innymi

preparatami pewne znaczenie dla oceny efektywności programu będą miały również statystyki ogólnopolskie.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zastosowania szczepionki. Regularne, cykliczne szczepienia pozwalają na uzyskanie odporności populacyjnej. Natomiast skuteczna edukacja rodziców/opiekunów zapewnia trwałość efektów zdrowotnych.

Powyższe analizowane będzie przez narzędzia – odpowiednie kwestionariusze lub ankiety dotyczące ww. pomiarów.

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

6. Koszty

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2024–2026 została przeznaczona kwota **522 000,00 zł** na cały okres trwania programu, co daje po 174 000,00 zł rocznie.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach przedmiotowego programu. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego mogą skorzystać.

Program zakłada trzyletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Gmina Ostrowiec Świętokrzyski zmieni poziom finansowania lub też nastąpią zmiany w kosztach pozyskania preparatów szczepionkowych stosowanych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

a. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy, obejmuje m.in. koszt badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia, zakupu szczepionki i jej podania, w tym sprzętu i materiałów jednorazowego użytku), utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, działań promocyjno-edukacyjnych. Koszt jednostkowy uczestnictwa w programie zależy jest od zastosowanego preparatu. Zakłada się, że koszt zakupu 1 dawki szczepionki dla 1 osoby może wynieść od **200 zł/za dawkę**.

Schemat szczepienia pierwotnego składa się z czterech dawek, które powinny być podane zgodnie z oficjalnymi zaleceniami wskazanymi w ChPL.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od wybranego preparatu do realizacji programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **522 000,00 zł** w latach 2024-2026

b. Planowane koszty roczne

koszty zakupu preparatów szczepionkowych	160 000,00 zł
koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku), utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów – ryczałt - 10% kosztu preparatów	14 000,00 zł
łącznie	174 000,00 zł

c. Planowane koszty całkowite

koszty zakupu preparatów szczepionkowych	480 000,00 zł
koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku), utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów – ryczałt - 10% kosztu preparatów	42 000,00 zł
łącznie	522 000,00 zł

d. Źródła finansowania, partnerstwo

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski zostanie sfinansowany w całości ze środków budżetu Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149). Instytucja finansująca zabezpieczy uchwałą Rady Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

7. Bibliografia

1. ChPL – Infanrix-IPV-HiB, Infaneix hexa, Pentaxim, Hexacima.
2. Jackowska T i wsp. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii dotyczące opieki ambulatoryjnej nad dziećmi w czasie pandemii Covid-19, wywołanej wirusem SARS-CoV-2. *Przegląd Pediatryczny* 2020;49(2):19-23.
3. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 27 października 2023 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2024. *Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia*, poz. 100. https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/110/akt.pdf
4. Timing and Spacing of Immunobiologics. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/generalrecs/timing.html.
5. Deng L, Wood N, Danchin M. Seizures following vaccination in children: Risks, outcomes and management of subsequent revaccination. *Aust J Gen Pract* 2020;49(10):644–9.
6. Vaccine Recommendations and Guidelines. www.cdc.gov/vaccines/hcp/aciprecs/index.html.
7. Vessikari T, Esposito S, Prymula R, et al. Immunogenicity and safety of an investigational multicomponent, recombinant, meningococcal serogroup B vaccine (4CMenB) administered concomitantly with routine infant and child vaccinations: results of two randomised trials. *Lancet* 2013;381(9869):825-35.
8. Małecka I. Korzyści z realizacji szczepień preparatami wysoce skojarzonymi; <https://podyplomie.pl/krztusiec/posts/503.korzysci-z-realizacji-szczepien-preparatamiwysoce-skojarzonymi>,
9. Barlow WE, Davis RL, Glasser JW, et al. The risk of seizures after receipt of whole-cell pertussis or measles, mumps, and rubella vaccine. *N Engl J Med* 2001; 345:656-61.
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
13. Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.

14. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
15. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania.

8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

b. Zgoda na udział w programie

WZÓR

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczęćka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora – xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx z siedzibą przy xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - moich danych osobowych zawartych w formularzu w celu realizacji programu polityki zdrowotnej

.....(na zwa programu)

Przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx lub pisemnie na adres: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,

- d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
- 5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej
.....(nazwa programu)
- 7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
- 8. Odbiorcami danych są podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu.

.....
Data i czytelny podpis

Uczestnika/Uczestniczki programu

c. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

WZÓR

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ

Program profilaktyki chorób zakaźnych - szczepienie wysokoskojarzonym preparatem „6 w 1” dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski na lata 2024–2026

1. Sprawozdanie

- miesięczne, za okres od do
- roczne, za rok

2. Liczba przyjętych osób (badania wstępne)

..... dziewczęta

..... chłopcy

3. Liczba zaszczepionych osób

..... dziewczęta

..... chłopcy

4. Liczba zaobserwowanych podejrzeń lub stwierdzeń niepożądanych odczynów poszczepiennych

5. Uwagi

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis