UCHWAŁA NR .....
RADY MIEJSKIEJ W MIELCU

z dnia .... r.

w sprawie uchwalenia programu polityki zdrowotnej pn.: "Program profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca"

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r., poz. 713), art. 7 ust. 1 pkt. 1 oraz art. 48 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.)

Rada Miejska w Mielcu
uchwala, co następuje:

§ 1.

Uchwala się i przyjmuje do realizacji „Program profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca" stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Program finansowany będzie ze środków budżetu miasta Mielca określonych w uchwale budżetowej na każdy rok.

§ 3.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Mielca.

§ 4.

Nadzór nad wykonaniem uchwały sprawuje Komisja Ochrony Środowiska, Zdrowia i Spraw Społecznych.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Bogdan Bieniek

Załącznik do uchwały Nr .....
Rady Miejskiej w Mielcu
z dnia 2020

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„PROGRAM PROFILAKTYCZNYCH SZCZEPIEŃ PRZECIWKO PNEUMOKOKOM DLA OSÓB 65+ ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE MIASTA MIELCA”

- z uwzględnieniem uwag AOTMiT-

Autor Programu: Wydział Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Miejskiego w Mielcu

Kontynuacja/trwałość Programu: Rok 2020 z możliwością kontynuacji

WSTĘP

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców w zakresie ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych zadań samorządów lokalnych wynikających z ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r., poz. 713). Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców - art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373). Warunkiem poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa jest tworzenie i realizacja odpowiedniej polityki zdrowotnej poprzez wdrażanie i realizację Programów polityki zdrowotnej, które zawierałyby takie działania, jak: finansowanie usług zdrowotnych, działalność edukacyjno-informacyjną i inne.

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1.1. Problem zdrowotny- *Streptococcus pneumoniae* – zjadliwość i rozpowszechnienie

Streptococcus pneumoniae, czyli pneumokok jest bakterią występującą powszechnie o wysokiej zjadliwości, która w ostatnim czasie zwiększa oporność na różne grupy antybiotyków (Bernatowska, 2010). Dwoinka zapalenia płuc została wykryta po raz pierwszy przez Ludwika Pasteura pod koniec XIX wieku. Pneumokoki są najczęstszą przyczyną pozaszpitalnych, bakteryjnych zakażeń układu oddechowego (zapalenia ucha środkowego, zapalenia zatok oraz zaostrzenia przewlekłego zapalenia oskrzeli). Są też najczęstszą przyczyną poza szpitalnego zapalenia płuc. Najcięższą postacią zakażenia pneumokokowego jest tzw. inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP).W pojęciu tym mieści się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, sepsa (posocznica) i zapalenie płuc z bakteriemią. Pneumokoki mogą również wywoływać zapalenie spojówek, zapalenie otrzewnej oraz zapalenie stawów.

Otoczka stanowi jeden z najważniejszych czynników zjadliwości pneumokoków a przeciwciała przeciwko wielocukrom otoczkowym są przeciwciałami ochronnymi. Udział poszczególnych serotypów w zakażeniach jest zróżnicowany miedzy grupami wiekowymi pacjentów, jednostkami chorobowymi i kontynentami a także krajami. S. *pneumoniae* są najczęstszą przyczyną zachorowalności i umieralności w skali świata powodując około 3,5 mln zgonów rocznie, z czego 1 mln z powodu zapalenia płuc. Do najczęstszych chorób inwazyjnych wywołanych przez pneumokoki należą: zapalenie płuc z bakteriemią, sepsa i Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych(ZOMR), określane mianem inwazyjnej choroby pneumokokowej (IChP). Drobnoustrój ten odpowiada również za zakażenia nieinwazyjne. Najczęstsze to ostre zapalenie ucha środkowego, zatok, zaostrzenia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc oraz zapalenie spojówek.Najwięcej inwazyjnych zachorowań występuje w dwóch głównych grupach wiekowych, tj. u dzieci do 2 r.ż. u których układ odpornościowy jest jeszcze niedojrzały oraz uosób powy-

żej 65r.ż. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania zakażeniom pneumokokowym są szczepienia. Wśród szczepionek dostępne są : PHiD-CV-10, 10 walentna, skoniugowana, adsorbowana szczepionka- zawierająca serotypy: 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F i 23F. PCV13 - skoniugowana, 13 walentna, adsorbowana, zawierająca antygeny wszystkich wymienionych wyżej serotypów (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F i 23 F)3. Szacuje się, że PCV13 zabezpieczać będzie, w większości regionów świata, przed ponad 80 % inwazyjnych serotypów pneumokoka. PCV13 zawiera siedem serotypów*Streptococcus-pneumoniae* obecnych w szczepionce PCV7(i 6 dodatkowych serotypów 1, 3, 5,6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F i 23 F). Szacuje się, że PCV13 zabezpieczać będzie, w większości regionów świata, przed ponad 80 % inwazyjnych serotypów pneumokoka. PCV13 zawiera siedem serotypów *Streptococcus-pneumoniae* obecnych w szczepionce PCV7(i 6 dodatkowych serotypów 1, 3, 5, 6A, 7F oraz 19A, który jest przyczyną zwiększających się zachorowań na inwazyjne choroby pneumokokowe. Serotyp 19A bardzo często wywołuje ciężką inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP), jest także odpowiedzialny za ostre zapalenie ucha środkowego (OZUŚ) i nosicielstwo. Obecnie większość przypadków IChP w Europie jest spowodowana przez serotypy zawarte w szczepionce PCV13 Bakterie pneumokokowe bytują najczęściej w jamie nosowej i gardle. Do infekcji dochodzi drogą kropelkową lub poprzez kontakt bezpośredni. Nie u każdego nosiciela występują objawy chorobowe. Pneumokoki mogą jednak zaatakować nosiciela z opóźnieniem, w momencie osłabienia układu odpornościowego, np. po przejściu lub w trakcie grypy. Bezobjawowi nosiciele zarażają również osoby ze swojego otoczenia. Pneumokoki są poważnym czynnikiem wywołującym bakteryjne zapalenie płuc u dorosłych#, które w 5 -10% przypadków kończy się śmiercią. Szacuje się, że te bakterie odpowiedzialne są też za 50% bakteryjnych zapaleń opon mózgowordzeniowych w tej grupie osób (u dorosłych), ze śmiertelnością wynoszącą 30%, a nawet 80%w populacji osób w wieku podeszłym. Pneumokoki odpowiadają za około 35% przypadków pozaszpitalnego zapalenia płuc i 50% przypadków szpitalnego zapalenia płuc u dorosłych. Czynnik ryzyka stanowią przewlekłe choroby płuc oraz infekcje grypowe. Około 25−30% przypadków zapalenia płuc przebiega z bakteriemią. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), każdego roku na zakażenia wywołane przez pneumokoki umiera 1,6 mln osób. Leczenie tych zakażeń utrudnia narastająca oporność pneumokoków na antybiotyki. W populacji dorosłych szczególnie narażona na zakażenia jest populacja ludzi starszych (po 65 roku życia), z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP), z chorobami układu krążenia, ze schorzeniami metabolicznymi jak np. cukrzyca, u których również stwierdza się deficyty odporności oraz dorosłych i dzieci cierpiących na choroby przewlekłe (tj. cukrzycę, choroby sercowo-naczyniowe, choroby układu oddechowego, w tym astmę lub zaburzenia immunologiczne). Wśród osób dorosłych powyżej 65 roku życia chorujących przewlekle odnotowuje się pięć razy wyższą zapadalność na inwazyjne choroby pneumokokowe, w porównaniu z grupą zdrowych dorosłych. Również picie alkoholu oraz palenie tytoniu podnoszą ryzyko ciężkiego przebiegu zakażeń pneumokokowych. Pneumokoki są najczęstszą przyczyną pozaszpitalnych, bakteryjnych zakażeń układu oddechowego (zapalenia ucha środkowego, zapalenia zatok oraz zaostrzenia przewlekłego zapalenia oskrzeli). Są też najczęstszą przyczyną poza szpitalnego zapalenia płuc.

Wśród szczepionek dostępne są :

- PHiD-CV-10, 10 walentna, skoniugowana, adsorbowana szczepionka- zawierająca serotypy: 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F i 23F (Albrecht et al., 2009).

- PCV13 - skoniugowana, 13 walentna, adsorbowana, zawierająca antygeny wszystkich wymienionych wyżej serotypów (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F i 23 F) (Albrecht et al., 2009)[3.] Szacuje się, że PCV13 zabezpieczać będzie, w większości regionów świata, ponad 80 % inwazyjnych serotypów pneumokoka (Albrecht et al., 2009).

1.2. Epidemiologia zakażeń pneumokokowych na świecie i w Polsce

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) umieściła infekcje pneumokokowe, obok malarii, na pierwszym miejscu listy chorób zakaźnych, których zwalczaniu oraz zapobieganiu należy nadać najwyższy priorytet. Zakażenia dwoinką zapalenia płuc występują we wszystkich regionach świata, jednak najczęściej w krajach rozwijających się, ze względu na niezadowalające warunki higieniczne, ubóstwo i brak dostępu do nowoczesnej medycyny, szczepionek, antybiotyków. Niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia ze strony pneumokoków wynika między innymi z ich wyjątkowej zjadliwości, powszechności ich występowania, a także rosnących w ostatnich dekadach: zapadalności na choroby pneumokokowe oraz oporności bakterii na antybiotyki. Zapadalność na IChP w Europie waha się od 10 do 100 przypadków na 100 000 mieszkańców, w zależności od wieku pacjenta.

Po przechorowaniu infekcji wywołanej określonym serotypem pneumokoka uzyskuje się wieloletnią odporność. Poziom nosicielstwa pneumokoków jest wysoki i waha się od 5-10% u zdrowych dorosłych do 20-40% u zdrowych dzieci. Bakterie te bytują najczęściej w jamie nosowej i gardle. Do infekcji dochodzi drogą kropelkową lub poprzez kontakt bezpośredni. Nie u każdego nosiciela występują objawy chorobowe. Pneumokokimogą jednak zaatakować nosiciela z opóźnieniem, w momencie osłabienia układu odpornościowego, np. po przejściu lub w trakcie grypy. Bezobjawowi nosiciele zarażają również osoby ze swojego otoczenia. Pneumokoki są poważnym czynnikiem wywołującym bakteryjne zapalenie płuc u dorosłych [7], które w 5 -10% przypadków kończy się śmiercią . Szacuje się, że te bakterie odpowiedzialne są też za 50% bakteryjnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w tej grupie osób (u dorosłych), ze śmiertelnością wynoszącą 30%, a nawet 80% w populacji osób w wieku podeszłym. Pneumokoki odpowiadają za około 35% przypadków pozaszpitalnego zapalenia płuc i 50% przypadków szpitalnego zapalenia płuc u dorosłych. Czynnik ryzykastanowią przewlekłe choroby płuc oraz infekcje grypowe. Około 25−30% przypadków zapalenia płuc przebiega z bakteriemią.

Grupy osób szczególnie narażonych na choroby wywołane przez pneumokoki to:

1. osoby po 65 roku życia,
2. osoby cierpiące na choroby przewlekłe m.in.: układu oddechowego, sercowo-naczyniowego i cukrzycę,
3. palacze,
4. małe dzieci.

Przebieg chorób pneumokokowych u pacjentów z ww. grup jest cięższy, ponieważ ich układ odpornościowy jest osłabiony, bądź nie w pełni wykształcony.

W grupie osób dorosłych zarówno zapadalność jak i śmiertelność z powodu inwazyjnej choroby pneumokokowej rośnie wraz z wiekiem. Śmiertelność w grupie osób po 65 roku życia jest ponad pięciokrotnie wyższa niż w grupie osób w wieku 35-49 lat.

Według danych WHO zapadalność na choroby pneumokokowe wśród dzieci poniżej 5 r.ż. zróżnicowana jest pod względem kraju i regionu świata i występuje na poziomie od 188 do 6387/100 tys. [11]Najwyższa zapadalność występuje w krajach Afryki (średnio– 3627/100 tys.), a najniższa w Europie (średnio 504/100 tys.). Umieralność z powodu chorób pneumokokowych wynosi średnio 133/100 tys., przy czym najwyższa jest w Afryce (399/100 tys.), a najniższa w Europie (29/100 tys.).
Wg danych publikowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego– Państwowy Zakład Higieny w Warszawie w roku 2019 odnotowano na terenie Polski 1544 przypadki inwazyjnej choroby pneumokokowej, z czego hospitalizowano 1540 pacjentów (99,7%) . Zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową ogółem w Polsce w roku 2019 wynosiła 4,02/100 tys. i była wyższa niż w roku 2018 o 0,49/100 tys. Najwyższą zapadalność odnotowano w województwie mazowieckim (199 os.), pomorskim (168 os.). W grupie osób, które zachorowały na inwazyjną chorobę pneumokokową – zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu w roku 2018 aż 19,9% stanowiły osoby w grupie wiekowej 65+. W 2018 r. najwyższy odsetek zachorowań odnotowano w Polsce w miesiącu styczniu, lutym i marcu. Najczęściej chorowali mieszkańcy miast liczących powyżej 100 tys. mieszkańców. Powyższe dane (dotyczące lat 2018 – 2019) wskazują jednoznacznie na rok roczny wzrost zapadalności na inwazyjną chorobę pneumokokową w Polsce. Należy jednak podkreślić, że liczba zakażeń w naszym kraju jest bardzo poważnie niedoszacowana. Wpływa na to wiele czynników, ale przede wszystkim rzadkie wykonywanie posiewów krwi w Polsce, a jeśli już to często dopiero wtedy, gdy antybiotykoterapia pacjenta nie przynosi spodziewanych efektów. Ponadto, u znacznego odsetka pacjentów, zakażenieinwazyjne poprzedzone jest zlokalizowanym zakażeniem, np. w obrębie dróg oddechowych, które jest leczone antybiotykami. W obu opisanych sytuacjach posiew materiału od chorego, w większości przypadków, nie pozwala na wyhodowanie czynnika etiologicznego zakażenia. Dlatego w przypadku zakażeń pneumokokowych należy w obecnej polskiej sytuacji mówić o wykrywalności IChP, a nie o zapadalności na IChP. W Polsce w latach 2011-2013 potwierdzono laboratoryjnie w KOROUN (Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego) 1190, a w 2014 roku 555 przypadków IChP. *Wykrywalność inwazyjnej choroby pneumokokowej w Polsce w latach 2009-2013 i w 2014 roku według danych KOROUN (*KOROUN 2015, Skoczyńska 2015*).*
Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), każdego roku na zakażenia wywołane przez pneumokoki umiera 1,6 mln osób. Leczenie tych zakażeń utrudnia narastająca oporność pneumokoków na antybiotyki. W populacji dorosłych szczególnie narażona na zakażenia jest populacja ludzi starszych (po 65 roku życia), u których również stwierdza się deficyty odporności. W grupie osób dorosłych zarówno zapadalność jak i śmiertelność z powodu inwazyjnej choroby pneumokokowej rośnie wraz z wiekiem. Śmiertelność w grupie osób po 65 roku życia jest ponad pięciokrotnie wyższa niż w grupie osób w wieku 35-49 lat. Pomimo że, IChP dotyczy głównie małych dzieci i osób w starszym wieku (>65 roku życia; r.ż.), to badania wskazują, że największą śmiertelnością z powodu IChP obarczeni są właśnie chorzy w starszym wieku. Trzeba podkreślić, że śmiertelność chorych w wieku ≥65 r.ż. z PZP ma bezpośredni związek z liczbą chorób towarzyszących. Zakażenia wywołane przez *Streptococcuspneumoniae* występują powszechnie na całym świecie i często mają ciężki przebieg. U dorosłych zakażenie najczęściej przebiega w postaci pneumokokowego zapalenia płuc, które nawet w 25% przypadków może się zakończyć zgonem. Obecność nawet pojedynczego dodatkowego czynnika ryzyka obciążającego rokowanie znacznie zwiększa prawdopodobieństwo niepomyślnego zejścia zakażenia pneumokokowego.

W Szkocji np. częstość IChP przed erą szczepionkową dla dorosłych ≥65 r.ż. wynosiła 45/100 000 przy śmiertelności sięgającej 11%. Dla porównania w Stanach Zjednoczonych zapadalność na IChP w tej samej grupie wiekowej przed erą szczepionkową wynosiła 176/100 000 osiągając u osób ze znaczną immunosupresją wartości 562– 2031/100 000; chorzy z dodatkowymi schorzeniami obarczeni byli śmiertelnością od 3% w przypadku dychawicy oskrzelowej do 13% z marskością wątroby lub jej niewydolnością. Wg danych publikowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie w grupie osób, które zachorowały w 2015 r. na inwazyjną chorobę pneumokokową – zapalenie opon mózgowych. Dane Narodowego Instytutu Zdrowia publicznego-Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) wskazują na wzrost wykrytych przypadków chorób wywołanych pneumokokami, od 364 przypadków w 2010 r. do 1540 przypadków w 2019 r. Współczynnik zapadalności na choroby związane *Streptococcus pneumoniae* wzrósł natomiast z 0,95 w 2010 r. do 4,02 w 2019 r.

1.3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego do której adresowany jest program tj. około 200 osób rocznie zamieszkujących Gminę Miejską Mielec w wieku 65+ z czego oszacowano, że w roku 2020 (przewidywany termin wprowadzenia programu październik 2020 r.) do programu przystąpi około 100 osób. Program kontynuowany będzie w kolejnych latach w szacowanej liczbie około 200 osób rocznie.

1.4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Dorośli w wieku 65+ nie są objęci żadnym programem refundowanych szczepień przeciwko pneumokokom. Główny Inspektor Sanitarny w Programie Szczepień Ochronnych na rok 2018 zaleca szczepienia ochronne przeciw *Streptococcus pneumoniae:*

1. osobom dorosłym powyżej 50 roku życia; z przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, wyciekiem płynu mózgowordzeniowego, implantem ślimakowym, przewlekłą chorobą,
2. wątroby, w tym z marskością, osobom uzależnionym od alkoholu, palącym papierosy,
3. z anatomiczną lub czynnościową asplenią: sferocytozą i innymi hemoglobinopatiami, z wrodzoną i nabytą asplenią; dzieciom i osobom dorosłym z zaburzeniami odporności: wrodzonymi i nabytymi niedoborami odporności, zakażeniem HIV, przewlekłą chorobą nerek i zespołem nerczycowym, białaczką, chorobą Hodgkina, uogólnioną chorobą nowotworową związaną z leczeniem immunosupresyjnym, w tym przewlekłą steroidoterapią i radioterapią, szpiczakiem mnogim,
4. wątroby, w tym z marskością, osobom uzależnionym od alkoholu, palącym papierosy,
5. z anatomiczną lub czynnościową asplenią: sferocytozą i innymi hemoglobinopatiami, z wrodzoną i nabytą asplenią; dzieciom i osobom dorosłym z zaburzeniami odporności: wrodzonymi i nabytymi niedoborami odporności, zakażeniem HIV, przewlekłą chorobą nerek i zespołem nerczycowym, białaczką, chorobą Hodgkina, uogólnioną chorobą nowotworową związaną z leczeniem immunosupresyjnym, w tym przewlekłą steroidoterapią i radioterapią, szpiczakiem mnogim.

W Polsce od marca 2006 r. szczepienia przeciwko pneumokokom wpisane są do Programu Szczepień Ochronnych (PSO), jako zalecane dla osób od 65 r. ż.

1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

1. Choroby pneumokokowe są jedną z głównych przyczyn groźnych zachorowań i zgonów wśród noworodków i dzieci młodszych oraz osób w wieku 65+.
2. W Polsce szczepienia pneumokokowe finansowane są ze środków publicznych jedynie u dzieci do 5 r.ż., a w pozostałych grupach dorosłych są zalecane, ale nie są finansowane (Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2013 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2014) .
3. WHO zaleca wprowadzenie skoniugowanej szczepionki przeciwko pneumokokom do narodowych programów szczepień ochronnych, jako działanie priorytetowe we wszystkich krajach. PCV7 włączono do narodowych programów szczepień ochronnych w ponad 45 państwach.
4. Wprowadzanie programu szczepień przeciwko pneumokokom zwiększy dostępność do skutecznej szczepionki i w ten sposób może przyczynić się do poprawy zdrowia lokalnej społeczności wyrażonej w spadku zapadalności na choroby pneumokokowe, liczby hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych oraz liczby stosowanych kuracji antybiotykowych.
5. Szczepienie przeciwko Streptococcus pneumoniae będzie miało efekt szerszy niż tylko zapobieganie zakażeniom i ich powikłaniom ale będzie przekładało się na indukowanie odporności zbiorowej.
6. Badania obserwacyjne wskazują na istnienie zależności między zwiększoną zapadalnością i umieralnością z powodu zakażeń pneumokokowych a wiekiem chorego. U osób dorosłych pneumokoki wywołują przede wszystkim ciężkie zapalenia płuc oraz zakażenia inwazyjne, zdefiniowane jako izolacja *Streptococcus pneumoniae* w prawidłowo jałowych tkankach lub płynach ustrojowych. Częstość zgonów w tych przypadkach jest duża i wynosi od 20% u chorych w wieku 65 lat do nawet 40% u osób w wieku 85 lat.
7. Amerykański Komitet ds. Chorób Zakaźnych wydał rekomendację, w której zaleca stosowanie szczepionki PCV13 wszystkim dzieciom w wieku od 2 do 59 miesiąca życia oraz dzieciom w wieku do 71 miesiąca życia z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na choroby pneumokokowe (Committee on Infectious Diseases, 2010)
8. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia z 16 września 2016 r. określa w Celu strategicznym tj. wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenia nierówności społecznych w zdrowiu.

Mając na uwadze możliwości budżetowe samorządu miasta Mielca, za optymalną pod względem kosztowo-efektywnym należy uznać zaszczepienie wszystkich osób 65+ (wcześniej nie szczepionych) jedną dawką skoniugowanej szczepionki PCV-13.

2. CELE PROGRAMU

2.1. Cel główny

Uzyskanie nie mniejszego niż 80% poziomu zaszczepienia przeciw pneumokokom w populacji osób 65+ objętej w danym roku programem na terenie Gminy Miejskiej Mielec.

2.2. Cele szczegółowe: operacyjne i zdrowotne programu

1. Zmniejszenie o 25% zapadalności na inwazyjne choroby pneumokokowe wśród osób 65+ w danym roku kalendarzowym realizacji programu.
2. Zwiększenie poziomu wiedzy nt. chorób wywołanych przez pneumokoki u ok. 20% populacji 65+ objętej programem w danym roku kalendarzowym realizacji programu na podstawie wykonanych testów wiedzy.

2.3. Oczekiwane efekty

Według literatury polskiej i światowej program szczepień przeciwko pneumokokom może przyczynić się do: 30% redukcji zapadalności na IChP u osób od 65 r.ż., ponad 40% redukcji częstości wizyt ambulatoryjnych oraz zalecanych antybiotykoterapii spowodowanych ostrym zapaleniem ucha środkowego (OZUŚ), 45% redukcji kosztów związanych z diagnostyką i leczeniem zapalenia płuc oraz 30% redukcja kosztów leczenia ostrego stanu zapalnego ucha środkowego. Aby efekty realizacji programu były mierzalne, zostanie uwzględniony wskaźnik zapadalności na choroby pnemokokowe wśród zaszczepionych w porównaniu z sytuacją w Gminie Miejskiej Mielec przed szczepieniem. Porównanie częstości stosowania antybiotyków oraz liczby hospitalizacji spowodowanych zakażeniami pneumokokowymi przed i po szczepieniach, a także czy pojawiły się poszczepienne działania niepożądane.

2.4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Wartości mierników powinny być określone według stanu przed realizacją Programu i po jego realizacji. Dane do porównania będą pochodziły z lat 2017, 2018, 2019 i obejmują:

1. liczbę osób w wieku 65+, uczestniczących w programie (dane pozyskane od Realizatora Programu),
2. liczbę osób, które zachorowały na nieinwazyjne choroby pneumokokowe na podstawie danych pozyskanych z PSSE,
3. liczbę osób w wieku 65+, zaszczepionych w programie dane pozyskane od Realizatora Programu,
4. liczbę osób które wzięły udział w działaniach edukacyjnych na podstawie list obecności, testu wiedzy (zakłada się, że stan aktualny wiedzy mieszkańców jest niewystarczający w związku z brakiem analogicznego Programu na terenie Gminy Miejskiej Mielec),
5. liczbę personelu medycznego przeszkolonego w zakresie zakażeń pneumokokowych na podstawie list obecności.

3. ADRESACI PROGRAMU

3.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Do programu zaproszone zostaną osoby w wieku 65+ zamieszkałe na terenie Miejskiej Mielec. Program zakłada 30% udział mieszkańców w ww. grupie wiekowej, ze względu na czas realizacji tj. nie wcześniej niż od października 2020 r.

Kryteria zakwalifikowania do programu:

Do programu zostaną zaproszone osoby w wieku 65+ zamieszkałe na terenie gminy, które:

1) nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom,
2) zamieszkują Gminę Miejską Mielec,
3) osoby, których stan zdrowia pozwalający na szczepienie,
4) wyrażenie zgody na szczepienie.

Kryteria wykluczenia z programu:

1) osoby dorosłe, które były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom
2) nie zamieszkują terenu Gminy Miejskiej Mielec,
3) osoby, które na podstawie badania lekarskiego nie kwalifikują się do zaszczepienia
4) brak zgody na szczepienie.

Co roku będzie szczepiona grupa osób w tym samym przedziale wiekowym. Według danych z Ewidencji Ludności Urzędu Miejskiego w Mielcu (na dzień 8 lipca 2020 r.), populacja osób 65+ w Mielcu wynosi **12 104 osoby.**

Poniższa tabela zawiera zestawienie zachorowań na chorobę wywołaną przez **Streptococcus pneumoniae,** inwazyjną rejestrowaną w PSSE w Mielcu (powiat mielecki) – stan na 16.07.2020 r. (dane z Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Mielcu).

Rok	Choroba wywołana przez Streptococcus pneumoniae				
	ogółem	Liczba zachorowań dzieci do lat 10	Liczba zachorowań osób powyżej 10 r. z.	Liczba zachorowań dorosłych powyżej 65 r. ż.	Liczba zgonów
2017	2	-	2	-	1
2018	4	-	-	4	1
2019	4	1	2	1	0

Choroba wywołana przez Streptococcus pneumoniae		
Rok	Liczba zachorowań	Liczba zgonów
2017	2	1
2018	4	1
2019	4	0

3.2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest odpowiedni dostęp do pełnej informacji o jego realizacji.
Dlatego też organizator oraz realizator/realizatorzy programu przeprowadzą kampanię informacyjno-edukacyjną motywującą do aktywnego udziału w szczepieniach:

1. Organizator programu (Urząd Miejski w Mielcu)
   1) informacja o programie na stronie internetowej, tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego,
   2) artykuły poświęcone programowi szczepień w mediach lokalnych,
   3) przekazanie „bonów zdrowotnych” na bezpłatne szczepienie przeciwko pneumokokom do środowisk senioralnych,
   4) plakaty, ulotki w placówkach służby zdrowia, aptekach, autobusach, ogłoszenia parafialne,
   5) szkolenie kadry medycznej,
   6) monitoring i ewaluacja Programu.
2. Realizatorzy programu (podmioty lecznicze wyłonione w drodze konkursu ofert)
   1) informacje na stronie internetowej oraz siedzibie realizatora,
   2) potwierdzanie telefoniczne udziału w programie,
   3) wyrażenie pisemnej zgody na wykonanie szczepienia,
   4) edukacja bezpośrednia nt. znaczenia szczepionek dla ochrony przed bakteriami pnemokokowymi osób dorosłych, ochrona przed chorobami takimi jak – zapalenie płuc z bakteriemią, zmniejszenie zachorowań na inwazyjne choroby pneumokokowe ze względu na starzenie się układu odpornościowego, uświadomienie korzyści zdrowotnych poprzez zwiększenie odporności wśród zaszczepionych osób,
   5) kwalifikacja do programu: przeprowadzenie badania i wywiadu,
   6) zaszczepienie ,
   7) monitoring i ewaluacja realizacji Programu (załącznik nr 1, 5 oraz 6 do niniejszego programu).

4. ORGANIZACJA PROGRAMU

4.1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

Wybór podmiotu leczniczego realizującego Program w drodze postępowania konkursowego prowadzonego w oparciu o przepisy ustawy dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1. Etap przygotowawczy

1) wybór w drodze procedury konkursowej realizatora/ realizatorów Programu (szczegóły dotyczące ilości realizatorów oraz organizacji przeprowadzonych procedur konkursowych zostaną uszczegółowione na etapie opracowania dokumentacji konkursowej)
2) przygotowanie materiałów edukacyjnych dla kadry medycznej oraz pacjentów,
3) szkolenia kadry medycznej będzie miało na celu prezentację założeń oraz budowy programu:
   a) zasady komunikacji z pacjentem,
   b) przedstawienie i omówienie rekomendacji dla szczepień przeciwko pneumokokom,
   c) zasady wykonywania szczepień, możliwych działań niepożądanych poszczepiennych i sposobów ich zgłaszania oraz leczenia,
   d) zasady rekrutacji i edukacji pacjentów w zakresie korzyści wynikających ze szczepień oraz wystąpienia możliwych działań niepożądanych i sposobów reagowania na nie, przygotowanie pielęgniarek do udzielania odpowiedzi na ewentualne pytania i wątpliwości pacjentów,
   e) zasady motywowania pacjentów do uznania szczepień jako programu dbania o własne zdrowie zapoznanie z materiałami edukacyjnymi,
   f) schemat obiegu dokumentów w programie.

2. Etap realizacji

1) Kampania edukacyjno – promocyjna będzie miała na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców poprzez podkreślenie znaczenia szczepionek dla ochrony przed bakteriami pnemokokowymi osób dorosłych, ochrona przed chorobami takimi jak – zapalenie płuc z bakteriemią, zmniejszenie zachorowań na inwazyjne choroby pneumokokowe ze względu na starzenie się układu odpornościowego, uświadomienie korzyści zdrowotnych poprzez zwiększenie odporności wśród zaszczepionych osób. Prowadzona edukacja będzie miała charakter pośredni i bezpośredni:
   a) edukacja bezpośrednia będzie realizowana poprzez rozmowę z lekarzem i pielęgniarką,
   b) edukacja pośrednia poprzez plakaty, ulotki, informacje na stronie,
   c) test wiedzy (załącznik nr 4 do niniejszego programu).
2) Rekrutacja do programu.
3) Prowadzenie szczepień
   a) badanie /kwalifikacja (załącznik nr 2 do niniejszego programu),

b) uzyskanie zgody na szczepienie (załącznik nr 3 do niniejszego programu),
c) przeprowadzenie szczepień wg przyjętego schematu, zgodnego ze wskazaniami producenta szczepionki,
d) Szczepienia uczestników programu prowadzone będą przez posiadające stosowane uprawnienia pielęgniarki pod nadzorem lekarza.

4) Systematyczny monitoring i ewaluacja realizacji programu.

4.2. Planowane interwencje

W ramach programu osoby spełniające kryteria włączenia będą szczepione przeciwko pneumokokom szczepionką skoniugowaną PCV 13 zawierającą 13 serotypów bakterii *Streptococcus pneumoniae*.

Schematy szczepień i sposób ich realizacji zgodny będzie z aktualnymi ChPL tych produktów leczniczych przy utrzymaniu indywidulanych wskazań. Aktualna sytuacja epidemiologiczna w Polsce pokazuje, że pokrycie serotypów szczepionki 13 walentnej (PCV13) zawierającej 13 serotypów, w przedziale wiekowym 0-5 r.ż. wynosi od 78.2% do 96,3%, natomiast pokrycie drugiej, dostępnej na rynku szczepionki PhiD-CV-10 wynosi od 63,6 % do 88,9%. Biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiologiczną, która dowodzi, że najszerszą ochronę daje szczepionka 13 walentna, wybór wskazuje na szczepienia przeciwko pneumokokom w latach 2016-2021 szczepionką (PCV13).

Dodatkowo wybór planowanych interwencji opierał się o opinię Krajowego Konsultanta ds. mikrobiologii lekarskiej Pani Prof. Walerii Hryniewicz, która wskazuje na szczepionkę 13 walentną – jako produkt zapewniający najszerszą ochronę biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiologiczną.

4.3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do Programu kwalifikowane będą osoby w wieku 65+ zamieszkałe na terenie gminy Miejskiej Mielec spełniające poniższe kryteria:

1) nie były szczepione w dorosłości szczepionką przeciwko pneumokokom,
2) zamieszkują na terenie gminy Miejskiej Mielec ,
3) stan zdrowia pozwalający na szczepienie,
4) wyrażenie zgody na szczepienie

Aby osoba miała możliwość bezpłatnego szczepienia w ramach programu konieczne jest spełnienie wszystkich kryteriów jednocześnie. Osoby wcześniej zaszczepione są wyłączone z programu.

4.4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenie w postaci kwalifikacji lekarskiej i wykonania szczepienia przeciwko pneumokokom otrzyma każda osoba 65+ spełniające kryteria programu i zostanie zakwalifikowane do programu. Szczepienie będzie każdorazowo poprzedzane kwalifikacją lekarską. Uczestnicy programu będą poinformowani przez lekarza kwalifikującego do szczepienia o możliwych odczynach poszczepiennych, sposobie postępowania oraz miejscu gdzie można się zgłosić w razie ewentualnych działań niepożądanych. Ewentualne, niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) występujące po podaniu

szczepionek w ramach programu zostaną zgłoszone odpowiednim organom nadzoru zgodnie z obowiązującymi przepisami.

4.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra zdrowia z 18.08.2011 r. obowiązkowe szczepienia ochronne przeciwko pneumokokom finansowane ze środków publicznych Ministerstwa Zdrowia obejmują grupy ryzyka wskazane w punkcie 1.4. niniejszego programu oraz wszystkie nowonarodzone dzieci urodzone od 1 stycznia 2017 roku. Brak finansowania szczepienia osób dorosłych z Ministerstwa Zdrowia. Świadczenie w postaci wykonania szczepienia przeciwko pneumokokom otrzyma każda osoba, która została zakwalifikowana do programu. Świadczenia będą udzielane nieodpłatnie.

4.6. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania

Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu szczepień szczepionką przeciwko pneumokokom. Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie Uczestnika Programu. Uczestnik utrzyma zalecenia dotyczące dalszego postępowania. Uczestnikowi zostanie zagwarantowana ciągłość prowadzonej diagnostyki wykrytych zmian i podjęcie dalszego leczenia wykrytych schorzeń już poza programem (w ramach NFZ).
Całkowite zakończenie realizacji programu nastąpi po wyczerpaniu środków finansowych zabezpieczonych na realizację programu w umowie.

4.7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program szczepień będzie realizowany przez podmiot leczniczy/podmioty lecznicze, które będą wyłonione w drodze konkursu ofert. Szczepienia będą przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia.

Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie charakterystyki produktu dostarczonej przez lekarza specjalistę (konsultanta w zakresie szczepień).
W programie będą użyte szczepionki przeciwko pneumokokom, zarejestrowane i dopuszczone do obrotu w Polsce. W Programie zostaną użyte następujące szczepionki: PREVENAR 13.
Działania niepożądane: zaczerwienienie, brzęk, ból w miejscu podania szczepionki, podwyższona temperatura ciała, gorsze samopoczucie.

Zobowiązania wykonawcy:

- Wykonawca programu zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.

- Wykonawca zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej oraz zachowaniem poufności danych osobowych.

4.8. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Szczepienia będą realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.:

1) do szczepienia kwalifikuje lekarz po uprzednim zbadaniu pacjenta,
2) lekarz informuje pacjenta lub jego opiekuna prawnego o rodzaju podejmowanych czynności,
3) obowiązkiem lekarza jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na leczenie,

Szczepienia będą przeprowadzone przez personel medyczny – pielęgniarki posiadające ukończony kurs w zakresie wykonywania szczepień ochronnych pod nadzorem lekarskim.

1) osoba przeprowadzająca szczepienie przygotowuje szczepionkę do podania oraz informuje jaką szczepionkę będzie podawać,
2) osoba przeprowadzająca szczepienie, przed podaniem szczepionki powinna:
   a) umyć, zdezynfekować ręce, a następnie założyć jednorazowe rękawiczki,
   b) przed podaniem szczepionki osoba przeprowadzająca szczepienie powinna zdezynfekować miejsce podania.

Szczepienia będą realizowane w pomieszczeniach, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą .

Prowadzenie dokumentacji dotyczącej szczepień ochronnych

Obowiązki dotyczące umieszczania informacji na temat szczepień w karcie uodpornienia i książeczce szczepień dotyczą jedynie obowiązkowych szczepień ochronnych. Dokumentacja szczepienia o którym mowa w programie powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta. Może być oczywiście odnotowana również w karcie uodpornienia i książeczce szczepień ale nie musi.

Zasady prowadzenia dokumentacji określono w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych wydanego na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Prawidłowa dokumentowania zaszczepienia pacjenta szczepionkami obowiązkowymi i zalecanymi jest podstawowym dowodem odbytych szczepień i stanu uodpornienia pacjenta. W przypadku zagubienia, zniszczenia książeczki szczepień możliwe jest wydanie jej duplikatu na podstawie karty uodpornienia. Wzory karty uodpornienia oraz książeczki szczepień znajdują się jako załączniki rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych.

Warunki niezbędne do realizacji świadczeń

Odpowiednio przygotowane zaplecze:

Szczepienia odbywać się będą w placówce medycznej spełniającej wszystkie wymogi do tego typu świadczeń w tym:

1) gabinet szczepień,

2) lodówka do przechowywania szczepionek,
3) wyposażenie gabinetu w zestaw p/wstrząsowy i niezbędne środki sanitarne,
4) możliwość utylizacji odpadów,

Zasady prowadzenia dokumentacji określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t. j. Dz. U.2018 poz. 753) wydanego na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W programie lekarz powinien umieścić zapis o powiadomieniu osoby uprawnionej o obowiązku poddania się wybranym szczepieniom ochronnym oraz poinformowaniu o szczepieniach zalecanych. Każdy uczestnik programu musi dołączyć pisemną deklarację (pełnoletniej osoby szczepionej) dotyczącą decyzji w sprawie wykonania szczepienia (zgoda lub odmowa).

4.9. Dowody skuteczności planowanych działań

Według literatury polskiej i światowej program szczepień przeciwko pneumokokom może przyczynić się do:

1) 30% redukcji zapadalności na IchP u osób od 65 r.ż.,
2) ponad 40% redukcji częstości wizyt ambulatoryjnych oraz zalecanych antybiotykoterapii spowodowanych ostrym zapaleniem ucha środkowego (OZUŚ).

4.9.1. Opinie ekspertów klinicznych

W Polsce nie ma szczegółowych wytycznych skupiających się jedynie na zasadności szczepień przeciwko pneumokokom w populacji osób starszych, brakuje również konkretnych zaleceń towarzystw naukowych w tym zakresie. Jednak w opinii ekspertów KOROUN i wydanym przez nich dokumencie pt. „Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego” szczepienia ochronne p/pneumokokom są szczególnie zasadne u osób ≥65 r.ż. Zaznacza się również, że efektywność w zapobieganiu IchP po podaniu PCV13 u seniorów uznać można za co najmniej równorzędną z PPV23. Szczepionka PCV13 okazała się bezpieczna i immunogenna w badaniach klinicznych u dorosłych i może być stosowana u osób >50 r.ż.

4.9.2. Zalecenia, wytyczne, standardy

Stosowanie szczepień ochronnych zalecają instytucje polskie i międzynarodowe, m.in.:

1) Wytyczne Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych,
2) Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej ds. Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (IchP),
3) Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia,
4) Advisory Committee on Immunization Practices PCV13,
5) Szczepienia ochronne przeciwko pneumokokom, ze względu na swoją skuteczność zostały włączone do narodowego programu szczepień w ponad 45 krajach. Podobnie WHO zaleca wprowadzenie skoniugowanej szczepionki przeciwko pneumokokom do narodowych programów szczepień ochronnych, jako działanie priorytetowe we wszystkich krajach,

6) Amerykański *AdvisoryCommittee on ImmunizationPractices* (ACIP) będący komitetem doradczym *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) zaleca rutynowe stosowanie 13-walentnej skoniugowanej szczepionki (PCV-13) u osób powyżej 65 roku życia.

4.9.3. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej:

1. Wytyczne Polskiego Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych potwierdzają skuteczność szczepień przeciwko pneumokokom[21].
2. Skuteczność szczepień przeciwko pneumokokom została potwierdzona w wielu pracach naukowych:

- (Pavia, Bianco, Nobile, & al, 2009)[22] (Eskola, Kilpi, Palmy, & al., 2001)
- Redukcja zapadalności na IchP wśród młodszego i starszego rodzeństwa (Bernatowska, 2010)
- 31% redukcja zapadalności na IchP u osób powyżej 65 r.ż., 20% w grupie osób w wieku 40-64 lat oraz 41% w grupie osób w wieku 20-39 r.ż. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2008)
- 45% redukcja kosztów związanych z diagnostyką i leczeniem zapalenia płuc oraz 32 % redukcja kosztów leczenia ostrego stanu zapalnego ucha środkowego (Zhou, Kyaw, Shefer, & al., 2007)[27], (Zhou, Szefer, Kong, & al., 2008).

4.9.4. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego

Gmina Miejska Mielec jest organizatorem "*Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dzieci zamieszkałych na terenie miasta Mielca na lata 2016 - 2017*", od 2018 r. realizuje Program *„Profilaktyczne badania kolonoskopowe dla mieszkańców miasta Mielca na lata 2018-2019”*.

2. KOSZT REALIZACJI

1. Koszty jednostkowe

Koszt szczepienia 1 osoby, na który składa się koszt pojedynczej dawki szczepionki 13-walentnej (zgodnie z zaleceniami producenta i rekomendacjami), koszt kwalifikacji do szczepienia, koszt podania szczepienia oraz akcja promocyjno-edukacyjna wynosi nie więcej niż **320,00 zł.**

Szczegółowe koszty zostaną przedstawione przez podmioty lecznicze przystępujące do konkursu ofert.

2. Planowane koszty całkowite

Szacunkowy koszt roczny realizacji programu w 2020 roku	
Liczba uczestników	**100 osób**
Koszty szczepień (kwalifikacja do szczepienia, szczepionka, zaszczepienie, utylizacja)	30 000,00 zł
Koszty promocji/edukacji	2 000,00 zł

Średni koszt na 1 uczestnika	320,00 zł
Suma	**32 000,00**

Szacunkowy koszt roczny realizacji programu w następnych latach	
Liczba uczestników	**200 osób**
Koszty szczepień (kwalifikacja do szczepienia, szczepionka, zaszczepienie, utylizacja)	60 000,00 zł
Koszty promocji/edukacji	4 000,00 zł
Średni koszt na 1 uczestnika	320,00 zł
Suma	**64 000,00**

Jak wynika z obliczeń w powyższej tabeli, samorząd powinien zabezpieczyć **32 000,00 zł** na realizację programu w 2020 roku oraz **64 000,00 zł** w latach następnych, aby zapewnić możliwość skorzystania z bezpłatnego szczepienia.

Budżet na realizację programu na dany rok będzie ustalany z końcem każdego roku kalendarzowego, poprzedzającego rok, w którym realizowane mają być szczepienia, zgodnie z aktualnymi danymi, dotyczącymi liczby osób zameldowanych na terenie miasta Mielca.

Koszty monitoringu, ewaluacji, działań edukacji kadry medycznej wykonane przez pracowników Wydziału Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Miejskiego w Mielcu bezkosztowo.

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Program w całości będzie finansowany z budżetu miasta Mielca.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

1. Zakażenia wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* mogą mieć szczególnie ciężki przebieg u osób 65 +.
2. W oparciu o przytoczone liczne dowody naukowe można stwierdzić, że zgonom wywołanym przez bakterie *Streptococcus pneumoniae* (pneumokoki) można skutecznie zapobiegać poprzez szczepienia (Hryniewicz, 2010).
3. Pojawiające się przypadki zachorowań na posocznicę pneumokokową, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz dane epidemiologiczne rejestrowane przez KORUN a także sytuacja w innych krajach europejskich z drugiej strony pozwalają uznać wydatkowanie środków finansowych na wdrożenie i realizację niniejszego programu za w pełni efektywne i uzasadnione.

6. MONITOROWANIE I EWALUACJA

6.1. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana w trakcie trwania programu oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa.

Realizator programu zobowiązany będzie do składania raz w miesiącu sprawozdania z realizacji programu zawierającego następujące dane:

1) Liczba osób zgłoszonych do Programu,
2) Liczba osób zaszczepionych,
3) Liczba osób niezaszczepionych,
4) Liczba osób skierowanych do leczenia w NFZ ,
5) Liczba przekazanych i wypełnionych ankiet satysfakcji pacjenta.

Informacja o wysokości frekwencji będzie oszacowana w trakcie trwania programu oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa. Podjęcie szerokich akcji informacyjnych może wpłynąć na podniesienie frekwencji.

6.2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator programu wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Wszystkie świadczenia medyczne realizowane przez podmioty medyczne wyłonione w postępowaniach konkursowych podlegać będą standardowej ocenie ze strony zarówno jednostek samorządu terytorialnego finansujących poszczególne etapy programu jak i ze strony uczestników/beneficjentów programu. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń. Każdy z uczestników programu będzie proszony o wyrażenie swojej opinii na temat programu, jego prowadzenia oraz promocji w formie anonimowej ankiety, wypełnianej w trakcie trwania interwencji.

6.3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu dokonana zostanie na podstawie:

- poziomu frekwencji (efektywność programu szczepień przeciw pneumokokowych zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej literaturze naukowej),

- analiz statystycznych zapadalności na inwazyjne choroby pneumokokowe (statystyki PZH).

7. OKRES REALIZACJI PROGRAMU

Program zaplanowano na lata: 2020 od podpisania umowy z realizatorem wybranym w drodze konkursu. Kontynuacja w latach kolejnych.

Opracowanie:

Wydział Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Miejskiego w Mielcu, ul. Żeromskiego 26, 39-300 Mielec

LITERATURA:

1. Bernatowska, E., Szczepienia Ochronne. Warszawa; 2010
2. Bernatowska, E., et al., Szczepionki swoiste w prewencji zakażeń dróg oddechowych, © Borgis - Nowa Medycyna 2/2009, s. 84-89; http://www.nowamedycyna.pl/snm.php?ktory=161
3. Albrecht, P., Patrzałek, M., Kotowska, M., & Radzikowski, A., Kliniczne i praktyczne efekty szczepień koniugowaną szczepionką pneumokokową w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej, zapaleniom płuc i ucha środkowego u dzieci w świetle doświadczeń polskich i światowych. *Pediatria Pol, 84* (1), 2009
4. O'Brien, K., Wolfson, L., Watt, J., et al., Burden of disease caused by Streptococcus pneumonia in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet* (374), 2009
5. Grzesiowski, P., Skoczynska, A., Albrecht, P., et al.,, Invasive pneumococcal disease in children up to 5 years of age in Poland. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (27), 2008
6. Hryniewicz, W., Epidemiologia zakażeń pnemokokowych w Polsce i na świecie, Nowa, 13 walentna skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom w świetle aktualnej wiedzy na temat zakażeń Streptococcus pneumoniae, Elsevier Urban&Partner, 2010
7. Dinleici, E., & Abidin, Z., Current knowledge regarding the investigational 13-valent penumococcal conjugate vaccine. *Expert Rev. Vaccines., 8* (8), 2009
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) Report, Emerging Infections Program Network (EIP), Streptococcus pneumonia, 1998. W *US Department of Health and Human Services, CDC.* Atlanta, GA.; 1998
9. Overturf, G. A., Technical Report: Prevention of Pneumococcal Infections, Including the Use of Pneumococcal Conjugate and Polysaccharide Vaccines and Antibiotic Prophylaxis. *Pediatrics.* (106), 2000 Bernatowska, E., Szczepienia Ochronne. Warszawa; 2010
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Invasive Pneumococcal Disease in Youg Children Before Licensure of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine-United Stated, 2007. *Morb Mortal Wkly Rep., 59* (9), 2010
11. Robinson, K., Baughman, W., et al., Active Bacterial Core Surveillance (ABCs)/Emerging Infections Program Network.: Epidemiology of invasive Streptococcus pneumonia infections in the United States, 1995-1998: Opportunities for prevention in the conjugate vaccine era. *JAMA, 285* (13), 2001
12. World Health Organization, Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization, position paper. *Weekly Epidemiological Record* (82), strony 93-104; 2007
13. Committee on Infectious Diseases. Policy Statement Recommendations for the Prevention of Streptococcus pneumoniae Infections in Infants and Children: Use of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV13) and Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (PPSV23). *Pediatrics, 126* (1), strony 1-5; 2010
14. Patrzałek, M., Albrecht, P., & Sobczynski, M., Significant decline In pneumonia admission rate after the introduction of routine 2+1 dose Schedule heptavalent pneumococcal conjugate vaccine (PCV7) In children under 5 years of age In Kielce, Poland. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis., 29* (7); 2010
15. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), http://www.cdc.gov/; 2010

16. Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych. Wytyczne Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych dotyczące stosowania 13-waletnej koniugowanej polisacharydowej szczepionki przeciwko pneumokokom–PCV13. Pediatria, T.7

17. Pavia, M., Bianco, A., Nobile, C., et al., e., Efficacy of Pneumococcal Vaccination in Children Younger Than 24 Months: A Meta-Analysis. *Pediatrics, 123* (6)

18. Whithey, C., Pilishvili, T., & Farley, M. e., Effectiveness of seven-valent pneumococcal conjugate vaccine against invasive pneumococcal disease: a matched case-control study. *The Lancet, 368* (9546)

19. Black, S., Shinefield, H., & Baxter, R.e., Postlicensure Surveillance for Pneumococcal Invasive Disease After Use of Heptavalent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Northern California Kaiser Permanente. *Pediatr Infect Dis J., 23* (6)

20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Invasive pneumococcal disease in children 5 years after conjugate vaccine introduction-eight states. 1998-2005. *Morb Mortal Wkly Rep., 57* (6)

21. Eskola, J., Kilpi, T., Palmy, A., et al., e., Finnish Otitis Media Study Group.: Efficacy of a pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media. *N Engl J Med., 344* (6)

22. Zhou, F., Kyaw, M., Shefer, A., et al., e., Health care utilization for pneumonia in young children after routine pneumococcal conjugate vaccine use in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med., 161* (12)

23. Zhou, F., Szefer, A., Kong, Y., et al., e., Trends in acute otitis media-raleted Health care utilization by privately insured young children in the USA, 1997-2004. *Pediatrics* (121)

24. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020

25. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia z dnia 16 września 2016r. - www.mz.gov.pl

26. Skoczyńska, A.,Kuch, A., Gołębiewska, A., Waśko, I., Ronkiewicz, P., Markowska, M., Hryniewicz, W. Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w roku 2010. Polski Merkuriusz Lekarski., (182),strony 80-85; 2011

27. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w latach 2011 - 2014 – NIZP-PZH Warszawa 2016

28. Albrecht P., Patrzałek M., Kotowska, M., Radzikowski A. Kliniczne i praktyczne efekty szczepień koniugowaną szczepionką pneumokokową w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej, zapaleniom płuc i ucha środkowego u dzieci w świetle doświadczeń polskich i światowych. Pediatria Pol, 2009

29. NIZP. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2019 roku, W-wa, 2014. Dostępne na stronie: http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2019/Ch_2019_Wstepne_dane.pdf

30. NIZP. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2019 roku, W-wa, 2014. Dostępne na stronie: http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2018/Ch_2018.pdf

31. Raport Grupy *na rzecz Programu Szczepień Ochronnych w Polsce* http://www.parasoldlazycia.pl/

32. Kwieciński, A. Zakażenia Streptococcuspnaumoniae – wybrane aspekty. Informator Lekarski, 2008,

33. Duszczyk, E., Talarek, E., Profilaktyka zakażeń pneumokokowych u osób starszych, Zakażenia 2008,

34. Czajka H., Inwazyjne pneumokoki –zapobieganie zakażeniom, Zakażenia –Suplement.

Załącznik nr 1 do „Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65 + zamieszkałych na terenie miasta Mielca”

INFORMACJA REALIZATORA PROGRAMU

za miesiąc ..... w roku …….

L.p.	**Nazwy mierników**	**Liczba osób z podziałem na płeć**		
		kobieta	**mężczyzna**	**ogółem**
1.	Liczba osób zgłoszonych do Programu			
2.	Liczba osób zaszczepionych			
3.	Liczba osób niezaszczepionych			
4.	Liczba osób skierowanych do leczenia w NFZ			
5.	Liczba przekazanych i wypełnionych ankiet satys-fakcji pacjenta			

Liczba osób, które wypełniły **test wiedzy na temat znaczenia szczepionek dla ochrony przed bakteriami pneumokokowymi.**											
Niewystarczająca			**Wystarczająca**			**Dobra**			**Bardzo dobra**		
Kobiety	Mężczyźni	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem

.....

(podpis i pieczęć Realizatora Programu)

Załącznik nr 2 do „Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca”

.....
(pieczęć nagłówkowa)

ZAŚWIADCZENIE
O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

W wyniku przeprowadzonego w dniu…… o godzinie …… lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:
u Pana/i ..... urodzonego/ej w dniu ..... zamieszkałego/ej w.....
(adres zamieszkania)
nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL .....

☐ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw:

.....
w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego*)

☐ stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw:

.....
..... dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia……*)

☐ stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego, dające podstawy do długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia, i skierowano na konsultację specjalistyczną do poradni (podać adres)

.....**)
UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA***):
.....

.....

....., dnia .....

(miejscowość)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

*) Wypełnia lekarz w przypadku, gdy szczepienie odbywa się w placówce innej niż badanie pacjenta.

**) Wypełnia lekarz w przypadku skierowania na konsultację specjalistyczną do poradni.

***) Wypełnia lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne lub konsultację specjalistyczną.

Załącznik nr 3 do „Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca”

Mielec, dnia……..

……
(Imię i nazwisko)

……
……
(Adres)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem osobistym o numerze PESEL.....niniejszym oświadczam, że:

- mam lat .....

- płeć żeńska - Kobieta *, męska - Mężczyzna *

- zamieszkuje pod podanym adresem .....

(wpisać adres zamieszkania)

- wyrażam/ nie wyrażam* zgodę na objęcie programem szczepień przeciwko pneumokokom

.....

(Data, podpis uczestnika Programu)

*niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 4 do „Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca”

Test wiedzy

Niniejsze pytania mają na celu sprawdzenie stanu wiedzy nt. znaczenia szczepionek dla ochrony przed bakteriami pnemokokowymi osób dorosłych, ochrona przed chorobami takimi jak – zapalenie płuc z bakteriemią, zmniejszenie zachorowań na inwazyjne choroby pneumokokowe ze względu na starzenie się układu odpornościowego, uświadomienie korzyści zdrowotnych poprzez zwiększenie odporności wśród zaszczepionych osób. Prosimy o zapoznanie się z pytaniami i udzielenie odpowiedzi poprzez zakreślenie jednej odpowiedzi, którą uważa Pani/Pan za prawidłową.

1. Jakie w Pani/Pana opinii są główne przyczyny zapaleń płuc u osób dorosłych?
1) Bakterie
2) Wirusy
3) Grzyby
4) Nie wiem
2. Jakie działania można podjąć by zmniejszyć ryzyko zachorowań na zapalenie płuc ? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)
1) Unikanie miejsc zatłoczonych przez ludzi w okresie infekcyjnym
2) Wykonywanie szczepień ochronnych zmniejszających ryzyko
3) Częsta i dokładna higiena rąk
4) Izolacja osób podejrzanych o zapalenie płuc
3. Jakie czynniki zwiększają ryzyko wystąpienia zapalenia płuc ? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)
1) Wiek powyżej 60 r.ż.
2) Choroby przewlekłe, szczególnie układu krążenia i układu oddechowego
3) Przebywanie w szpitalu
4) Palenie tytoniu
4. Przeciwko którym czynnikom infekcyjnym wywołującym zapalenia płuc istnieją szczepienia ochronne? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)
1) Bakteria dwoinki zapalenia płuc (*Streptococcus pneumoniae*)
2) Bakteria *Mycoplasma pneumoniae*
3) Wirus grypy
4) *Haemophilus influenzae*
5. Jakie choroby mieszczą się w pojęciu inwazyjnej choroby pneumokokowej?
1) Zakażenie skóry, zapalenie ucha środkowego
2) Zapalenie układu moczowego, zakażenie skóry
3) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie płuc
4) Angina ropna, zapalenie płuc

6. Jakie osoby powinny zostać zaszczepione przeciwko pneumokokom (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)
1) Osoby w wieku powyżej 60 r.ż.
2) Osoby z chorobami przewlekłymi układu oddechowego
3) Osoby z chorobami układu krążenia
4) Osoby pracujące w kontakcie z klientem
7. Ile dawek szczepionki p/pneumokokom należy podać by zakończyć cykl szczepień?
1) 3 dawki
2) 2 dawki
3) 1 dawkę
4) Zależy od współistnienia chorób przewlekłych
8. W jakim okresie roku należy podać 1 dawkę szczepionki przeciwko pneumokokom?
1) Wyłącznie latem
2) W okresie jesienno-zimowym
3) Moment zaszczepienia nie ma znaczenia
4) Zależy od współistnienia chorób przewlekłych
9. Szczepionki przeciwko pneumokokom dostępne na polskim rynku dla osób dorosłych
1) Chronią przeciwko wszystkim typom pneumokoków
2) Chronią przeciwko 7,13 lub 23 typom pneumokoków
3) Chronią przeciwko 13 najczęściej występującym serotypom
4) Ich działanie zależne jest od roku produkcji szczepionki
10. Szczepienia przeciwko pneumokokom w największym stopniu obniżają ryzyko (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):
1) Ciężkiego zapalenia płuc
2) Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych
3) Zapalenia ucha środkowego
4) Anginy ropnej
11. Jakie w Pani/Pana opinii są główne przyczyny zapaleń płuc u osób dorosłych?
1) Bakterie
2) Wirusy
3) Grzyby
4) Nie wiem
12. Jakie działania można podjąć by zmniejszyć ryzyko zachorowań na zapalenie płuc? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)
1) Unikanie miejsc zatłoczonych przez ludzi w okresie infekcyjnym
2) Wykonywanie szczepień ochronnych zmniejszających ryzyko
3) Częsta i dokładna higiena rąk
4) Izolacja osób podejrzanych o zapalenie płuc
13. Jakie czynniki zwiększają ryzyko wystąpienia zapalenia płuc? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)
1) Wiek powyżej 60 r.ż.

2) Choroby przewlekłe, szczególnie układu krążenia i układu oddechowego
3) Przebywanie w szpitalu
4) Palenie tytoniu

14. Przeciwko którym czynnikom infekcyjnym wywołującym zapalenia płuc istnieją szczepienia ochronne? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)

1) Bakteria dwoinki zapalenia płuc (*Streptococcus pneumoniae*)
2) Bakteria *Mycoplasma pneumoniae*
3) Wirus grypy
4) *Haemophilus influenzae*

15. Jakie choroby mieszczą się w pojęciu inwazyjnej choroby pneumokokowej?

1) Zakażenie skóry, zapalenie ucha środkowego
2) Zapalenie układu moczowego, zakażenie skóry
3) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie płuc
4) Angina ropna, zapalenie płuc

16. Jakie osoby powinny zostać zaszczepione przeciwko pneumokokom? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)

1) Osoby w wieku powyżej 65 r.ż.
2) Osoby z chorobami przewlekłymi układu oddechowego
3) Osoby z chorobami układu krążenia
4) Osoby pracujące w kontakcie z klientem

17. Ile dawek szczepionki p/pneumokokom należy podać by zakończyć cykl szczepień?

1) 3 dawki
2) 2 dawki
3) 1 dawkę
4) Zależy od współistnienia chorób przewlekłych

18. W jakim okresie roku należy podać 1 dawkę szczepionki przeciwko pneumokokom?

1) Wyłącznie latem
2) W okresie jesienno-zimowym
3) Moment zaszczepienia nie ma znaczenia
4) Zależy od współistnienia chorób przewlekłych

19. Szczepionki przeciwko pneumokokom dostępne na polskim rynku dla osób dorosłych

1) Chronią przeciwko wszystkim typom pneumokoków
2) Chronią przeciwko 7,13 lub 23 typom pneumokoków
3) Chronią przeciwko 13 najczęściej występującym serotypom
4) Ich działanie zależne jest od roku produkcji szczepionki

20. Szczepienia przeciwko pneumokokom w największym stopniu obniżają ryzyko (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):

1) Ciężkiego zapalenia płuc
2) Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych
3) Zapalenia ucha środkowego
4) Anginy ropnej

21. Jakie w Pani/Pana opinii są główne przyczyny zapaleń płuc u osób dorosłych?

1) Bakterie
2) Wirusy
3) Grzyby
4) Nie wiem

22. Jakie działania można podjąć by zmniejszyć ryzyko zachorowań na zapalenie płuc? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)

1) Unikanie miejsc zatłoczonych przez ludzi w okresie infekcyjnym
2) Wykonywanie szczepień ochronnych zmniejszających ryzyko
3) Częsta i dokładna higiena rąk
4) Izolacja osób podejrzanych o zapalenie płuc

23. Jakie czynniki zwiększają ryzyko wystąpienia zapalenia płuc? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)

1) Wiek powyżej 60 r.ż.
2) Choroby przewlekłe, szczególnie układu krążenia i układu oddechowego
3) Przebywanie w szpitalu
4) Palenie tytoniu

24. Przeciwko którym czynnikom infekcyjnym wywołującym zapalenia płuc istnieją szczepienia ochronne? (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)

1) Bakteria dwoinki zapalenia płuc (*Streptococcus pneumoniae*)
2) Bakteria *Mycoplasma pneumoniae*
3) Wirus grypy
4) *Haemophilus influenzae*

25. Jakie choroby mieszczą się w pojęciu inwazyjnej choroby pneumokokowej?

1) Zakażenie skóry, zapalenie ucha środkowego
2) Zapalenie układu moczowego, zakażenie skóry
3) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie płuc
4) Angina ropna, zapalenie płuc

26. Jakie osoby powinny zostać zaszczepione przeciwko pneumokokom (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)

1) Osoby w wieku powyżej 60 r.ż.
2) Osoby z chorobami przewlekłymi układu oddechowego
3) Osoby z chorobami układu krążenia
4) Osoby pracujące w kontakcie z klientem

27. Ile dawek szczepionki p/pneumokokom należy podać by zakończyć cykl szczepień?

1) 3 dawki
2) 2 dawki
3) 1 dawkę
4) Zależy od współistnienia chorób przewlekłych

28. W jakim okresie roku należy podać 1 dawkę szczepionki przeciwko pneumokokom?

1) Wyłącznie latem

2) W okresie jesienno-zimowym
3) Moment zaszczepienia nie ma znaczenia
4) Zależy od współistnienia chorób przewlekłych

29. Szczepionki przeciwko pneumokokom dostępne na polskim rynku dla osób dorosłych

1) Chronią przeciwko wszystkim typom pneumokoków
2) Chronią przeciwko 7,13 lub 23 typom pneumokoków
3) Chronią przeciwko 13 najczęściej występującym serotypom
4) Ich działanie zależne jest od roku produkcji szczepionki

30. Szczepienia przeciwko pneumokokom w największym stopniu obniżają ryzyko (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):

1) Ciężkiego zapalenia płuc
2) Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych
3) Zapalenia ucha środkowego
4) Anginy ropnej

Ocena punktowa:

każda odpowiedź *prawidłowa* – 1 pkt., *nieprawidłowa* – 0 pkt.

Skala punktowa oceny testu wiedzy:

Niewystarczająca 0-14 pkt.
Wystarczająca 15-19 pkt.
Dobra 20-25 pkt.
Bardzo dobra 26-30 pkt.

Załącznik nr 5 do „Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca”

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

Mając na celu zapewnienie najwyższej jakości usług pragniemy poznać Państwa opinię na temat Programu polityki zdrowotnej pt. *„Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca”.*

1. PRZYCHODNIA/PORADNIA Z KTÓREJ PAN(I) KORZYSTAŁ(A)

……..

(podaj nazwę)

2. OCENA REJESTRACJI

JAK PAN(I) OCENIA	***Bardzo dobrze***	***Dobrze***	***Przeciętnie***	***Źle***	***Bardzo źle***
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?	○	○	○	○	○
jakość otrzymanych informacji?	○	○	○	○	○
uprzejmość osób rejestrujących?	○	○	○	○	○
dostępność rejestracji telefonicznej?	○	○	○	○	○

Proszę podać uwagi

……
……
……
……

3. OPIEKA LEKARSKA

JAK PAN(I) OCENIA	*Bardzo dobrze*	*Dobrze*	*Przeciętnie*	*Źle*	*Bardzo źle*
uprzejmość i życzliwość lekarza?	○	○	○	○	○
zainteresowanie pacjentami?	○	○	○	○	○
informacje o przebiegu choroby i sposobie leczenia, profilaktyce?	○	○	○	○	○
poszanowanie prywatności podczas wizyty/badań lekarskich?	○	○	○	○	○

Proszę podać uwagi

……
……
……
……

4. OPIEKA PIELĘGNIARSKA

JAK PAN(I) OCENIA	*Bardzo dobrze*	*Dobrze*	*Przeciętnie*	*Źle*	*Bardzo źle*
uprzejmość i życzliwość pielęgniarek?	○	○	○	○	○
staranność wykonywania zabiegów przez pielęgniarki?	○	○	○	○	○
informacje uzyskane od pielęgniarek?	○	○	○	○	○
poszanowanie prywatności podczas zabiegów pielęgniarskich?	○	○	○	○	○

Proszę podać uwagi

……
……
……
……

5. WARUNKI PANUJĄCE W PRZYCHODNI / PORADNI

JAK PAN(I) OCENIA	*Bardzo dobrze*	*Dobrze*	*Przeciętnie*	*Źle*	*Bardzo źle*
wyposażenie w poczekalni (krzesła, wieszaki, itp.)?	○	○	○	○	○
oznakowanie gabinetów?	○	○	○	○	○
czystość w poczekalni?	○	○	○	○	○
dostęp do toalet?	○	○	○	○	○
czystość w toaletach?	○	○	○	○	○

Proszę podać uwagi

……
……
……
……

6. EDUKACJA I PROMOCJA PROGRAMU

JAK PAN(I) OCENIA	*Bardzo dobrze*	*Dobrze*	*Przeciętnie*	*Źle*	*Bardzo źle*
dostęp do informacji o Programie?	○	○	○	○	○
treść dostępnych materiałów informacyjno- edukacyjnych (zrozumienie, jakość, przydatność, dostępność)?	○	○	○	○	○

7. Czy zetknęła się Pani/zetknął się Pan z nieuprzejmym traktowaniem przez personel Przychodni/Poradni

○ **Nie** ○ **Tak**

Proszę opisać sytuację:

……
……
……
……

8. Czy w razie konieczności poleciłaby Pani/poleciłby Pan Przychodnię/Poradnię swoim bliskim

○ **Tak** ○ **Nie** ○ **Nie mam zdania**

WŁASNE OPINIE

Jeżeli w trakcie badań zetknęła się Pani / zetknął się Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie ***bardzo prosimy o pisemną informację w tym miejscu:***

……
……
……
……

METRYCZKA DLA PACJENTA

Płeć	***Wykształcenie***
○ Kobieta ○ Mężczyzna	○ podstawowe ○ zawodowe ○ średnie ○ wyższe

Dziękujemy serdecznie za poświęcony czas i wypełnienie ankiety!

Załącznik nr 6 do „Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca”

RAPORT
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
„Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca”

Raport roczny z realizacji programu polityki zdrowotnej	
Podmiot realizujący	
Nazwa programu polityki zdrowotnej:	
Adres podmiotu realizującego:	
Okres realizacji programu polityki zdrowotnej:	
Liczba osób przebadanych	
Kryterium doboru adresatów	
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej	
Tryb badania	
Cel główny	
Cele szczegółowe	
Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:	

Imię i nazwisko kadry realizującej Program:			
L.p.	Imię i nazwisko	Funkcję z zakresem obowiązków	Opis spełnionych warunków niezbędnych do realizacji zadań wynikających z zakresu obowiązków (kompetencje/wykształcenie/uprawnienia/doświadczenie zawodowe)
Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:			
Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:			
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:			
Problem:		Działania Modyfikujące:	

……

(pieczęć i podpis Realizatora Programu)