



Projekt

UCHWAŁA NR .....  
RADY MIASTA KĘDZIERZYN-KOŹLE

z dnia ..... 2025 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Zdrowia na lata 2023-2025**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1465, z późn. zm.<sup>1)</sup>) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.<sup>2)</sup>) Rada Miasta Kędzierzyn-Koźle uchwała, co następuje:

§ 1. W załączniku do uchwały nr LI/597/22 Rady Miasta Kędzierzyn-Koźle z dnia 27 października 2022 r. w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Zdrowia na lata 2023-2025 wprowadza się następujące zmiany:

1) w części 1 Profilaktyka zdrowia w ust. 1 w pkt 1 dodaje się lit. j w brzmieniu:

j)	Program profilaktyki w zakresie przeciwdziałania meningokokom w Gminie Kędzierzyn-Koźle	10
----	---	----

2) dodaje się załącznik nr 10 do Programu Ochrony Zdrowia na lata 2023-2025 w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Kędzierzyn-Koźle.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia i podlega ogłoszeniu na stronie podmiotowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w Biuletynie Informacji Publicznej.

PREZYDENT MIASTA

Sabina Nowosielska

Niniejszy dokument nie budzi  
zastrzeżeń pod względem  
formalno-prawnym.

.....  
RADCY PRAWNY  
data podpis

Klaudiusz Wiedera  
Nr wpisu OP-1670

23.01.2025 r.

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 1572, 1907 i 1940.

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915.

SEKRETARZ MIASTA

Zbigniew Romanowicz

Kierownik Wydziału  
Polityki Mieszkańczej,  
Spraw Socjalnych i Zdrowia  
  
Maja Mrożek-Dobber

**Uzasadnienie**  
**do projektu uchwały Rady Miasta Kędzierzyn-Koźle**  
**zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Zdrowia na lata 2023-2025.**

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.) do zadań Gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb społeczności lokalnej obejmujących działania na rzecz ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Gmina Kędzierzyn-Koźle wystąpiła do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu zaopiniowania programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki w zakresie przeciwdziałania meningokokom w Gminie Kędzierzyn-Koźle” na lata 2025-2028 i uzyskała informację, że w przypadku zgodności w/w programu polityki zdrowotnej z rekomendacjami do zalecanych technologii przedstawionych przez AOTMiT program może być realizowany na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle.

Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi szczepień ochronnych przeciw inwazyjnym zakażeniom *Neisseria meningitidis* typu B do objęcia programem kwalifikują się dzieci, które ukończyły drugi rok życia, ale nie skończyły 5 lat w chwili przyjęcia pierwszej dawki.

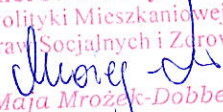
Program kierowany jest do dzieci urodzonych w latach 2020-2022, zamieszkałych w Gminie Kędzierzyn-Koźle. W kolejnych latach programu włączane będą kolejne roczniki. Efektami Programu winny być zmniejszenie liczby zakażeń *Neisseria meningitidis* typu A,B,C, W135, Y, w tym IChM oraz hospitalizacji wywołanych IChM w populacji dzieci, które ukończyły 2 lata, ale nie skończyły 5 lat w chwili przyjęcia pierwszej dawki z gminy Kędzierzyn-Koźle.

Zmiana uchwały w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Zdrowia na lata 2023-2025 będzie skutkowałą koniecznością zabezpieczenia środków finansowych w budżecie miasta na rok 2025 na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania meningokokom w Gminie Kędzierzyn-Koźle w wysokości 250.000,00 zł.

Z realizacji uchwały Wydział złoży sprawozdanie w trybie określonym w § 41 ust. 15 Regulaminu Organizacyjnego.

PREZYDENT MIASTA

  
Sabina Nowosielska

Kierownik Wydziału  
Polityki Mieszkaniowej,  
Spraw Socjalnych i Zdrowia  
  
Maja Mrozek-Dobber



Załącznik nr 10  
do Programu Ochrony Zdrowia  
na lata 2023-2025

Gmina Kędzierzyn-Koźle

**Program Polityki Zdrowotnej  
pn. „Program profilaktyki w zakresie przeciwdziałania  
meningokokom w Gminie Kędzierzyn-Koźle ”**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 poz. 1285 z późn. zm.)



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

1. Opis problemu zdrowotnego.....
2. Dane epidemiologiczne.....
3. Opis obecnego postępowania.....
4. Uzasadnienie potrzeby wdrażania programu.....

**II. Cele program polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....**

1. Cel główny.....
2. Cele szczegółowe. ....
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....

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

1. Populacja docelowa.....
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....
3. Planowane interwencje.....
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....

**IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....**

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach poszczególnych etapów.....
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....

**V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityk zdrowotnej.....**

1. Monitorowanie.....
2. Ewaluacja.....

**VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....**

1. Koszty jednostkowe.....
2. Koszty całkowite.....
3. Źródła finansowania.....

**VII. Bibliografia.....**

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

### 1. Opis problemu zdrowotnego

Bakterie dwóinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (z łac. *Neisseria meningitidis*) nazywane są meningokokami i wywołują zakażenie meningokokowe. Bakterie te występują u zdrowych osób nazywanych nosicielami w ich jamie nosowo-gardłowej, nie powodując żadnych dolegliwości ani objawów. Meningokoki wykrywa się u około 10 – 25% zdrowych osób (tzw. nosicieli). Natomiast do samego zakażenia dochodzi na skutek kontaktu osoby podatnej na zakażenie z bezobjawowym nosicielem lub osobą chorą. Meningokoki przenoszone są drogą kropelkową podczas kaszlu/kichania lub poprzez bezpośredni kontakt. Okres wylęgania choroby wynosi od 2. do 10. dni, przeciętnie są to 3-4 dni. Zakażenia meningokokowe stanowią zagrożenie zdrowotne dla wszystkich grup wiekowych. Najczęściej jednak chorują dzieci w wieku od 3. miesięcy do 1. roku życia. Liczne przypadki zachorowania występują też u dzieci w wieku do 5 lat oraz wśród nastolatków i młodych dorosłych w wieku od 16. do 21. r.ż. Zakażenia meningokokowe występują na ogół sporadycznie, jednak niekiedy bakterie dwóinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych mogą wywoływać ogniska epidemiczne lub epidemie.

Meningokoki najczęściej wywołują zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub krwiopochodne zakażenie uogólnione nazywane także posocznicą, które wspólnie określane są mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (IChM). Meningokoki mogą również, chociaż nieporównywalnie rzadziej wywoływać izolowane zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, zapalenie osierdzia, zapalenie wsierdzia, zapalenie stawów i inne schorzenia.

Meningokoki dzieli się na 12 grup serologicznych, ale zakażenia w Polsce wywołują najczęściej meningokoki serogrupy B, C, W oraz Y. IChM w ok. 65% wywoływana jest przez meningokoki serogrupy B oraz w ponad 20% przez meningokoki serogrupy C i w około 10% przez serogrupę W. Zakażenia wywołane meningokokami serogrupy Y występują bardzo rzadko.

IChM stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia. Chory z podejrzeniem takiego zakażenia powinien w trybie pilnym trafić do szpitala. W praktyce diagnoza zakażenia meningokokowego może być niezwykle trudna. Dodatkowo, choroba może rozwijać się bardzo szybko, a jej przebieg jest zwykle bardzo ciężki. Objawy nie występują w określonej kolejności, a część z nich może nie wystąpić w ogóle. W wielu przypadkach IChM diagnozowana jest bardzo późno, ponieważ w początkowej fazie zakażenia chorzy zgłaszają objawy niespecyficzne, podobne do przeziębienia takie jak: osłabienie, gorączka, bóle stawowe i mięśniowe i ogólne, złe samopoczucie. Natomiast w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych występują objawy tzw. oponowe jak: silny ból głowy, nudności, wymioty, sztywność karku, drgawki, światłowstręt, senność.

W przypadku posocznicy (zwanej sepsą) objawy są różne i zależą od jej ciężkości. Charakterystycznym, ale jednak nie zawsze obecnym objawem w postępującej sepsie meningokokowej jest wysypka wybroczynowa. Są to plamki na skórze całego ciała w postaci drobnych czerwonych punkcików zlewających się w późniejszym okresie w duże plamy, które nie bledną pod naciskiem. U dzieci poniżej 2. roku życia objawy w przebiegu choroby różnią się od objawów u dorosłych. Najczęściej obserwuje się: gorączkę, zimne dłonie i stopy, brak apetytu, wymioty, biegunkę, rozpaczliwy płacz lub kwilenie, senność lub drażliwość, odchylenie głowy do tyłu, osłupienie, pulsujące ciemniaczko u niemowląt, wybroczyny na skórze.

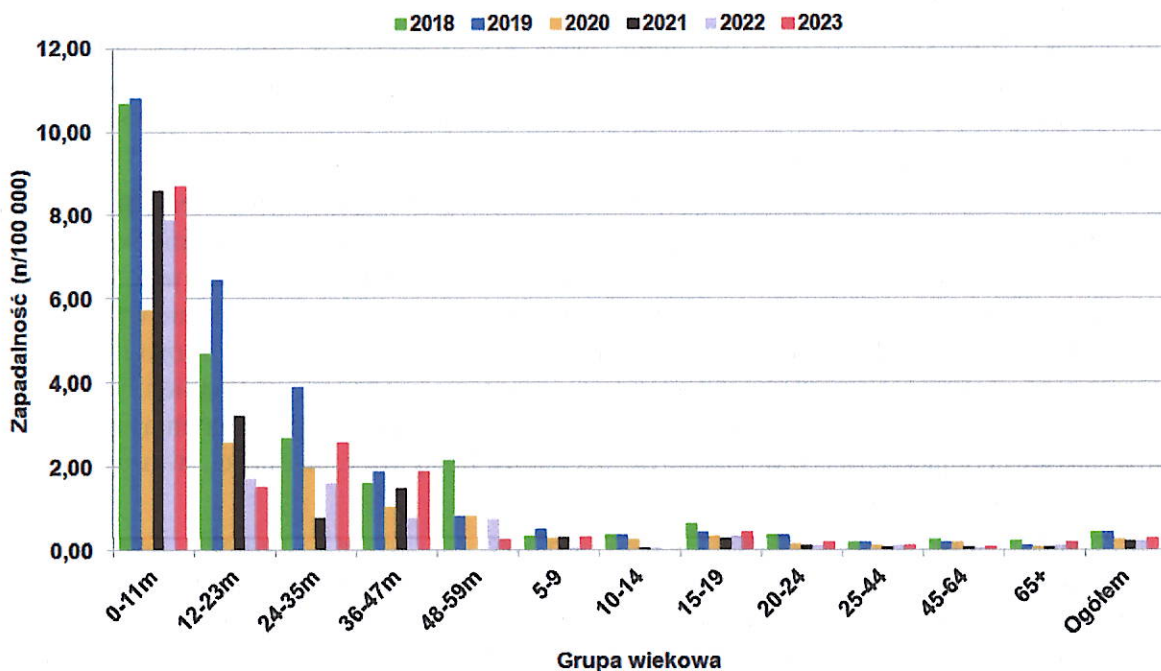
Rozwijająca się sepsa meningokokowa może prowadzić do niewydolności wielonarządowej i zgonu. Śmiertelność związana z zakażeniami meningokokami wynosi około 10%, ale w przypadkach przebiegających pod postacią sepsy jest znacznie wyższa i może sięgać od 20% do nawet 70%. Dodatkowo, w sepsie meningokokowej aż 50% zgonów ma miejsce w ciągu pierwszej doby od momentu pojawienia się objawów choroby. Meningokoki należące do serogrupy C częściej wywołują epidemie i częściej powodują sepsę, obarczoną wyższą śmiertelnością. W ostatnich latach wzrasta zachorowalność w Europie, ale również i w Polsce i często kończy się śmiercią. Najwyższy współczynnik śmiertelności odnotowuje się dla serogrupy W. Ponadto u części osób, które przeżyły zakażenie meningokokowe pozostają trwałe lub czasowe powikłania takie jak różnego stopnia niedosłuch czy uszkodzenia mózgu, padaczka, amputacje palców lub części kończyn, ubytki skóry i tkanki podskórnej wymagające przeszczepów oraz zaburzenia emocjonalne.

## 2. Dane epidemiologiczne

W Polsce w 2021 roku odnotowano 86 potwierdzonych przypadków IChM, największa zapadalność odnotowana została u dzieci w przedziale wiekowym 0-11 miesięcy oraz 12-23 miesięcy. W 2021 roku zdiagnozowanych było 86 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową z czego 67% stanowiły meningokoki serogrupy B, natomiast 19% meningokoki grupy C, w następstwie zakażenia meningokokami serogrupy W chorowało niecałe 12 %”.

Za największą liczbę przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej w 2023 roku w Polsce odpowiadały meningokoki typu B, a najwięcej zachorowań było wśród najmłodszych dzieci – wynika z opublikowanego w maju 2024 r. raportu Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN). Eksperti przypominają, że przed meningokokami mogą chronić szczepienia, które warto stosować, także w czasie pandemii.

### Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w grupach wiekowych, 2018-2023

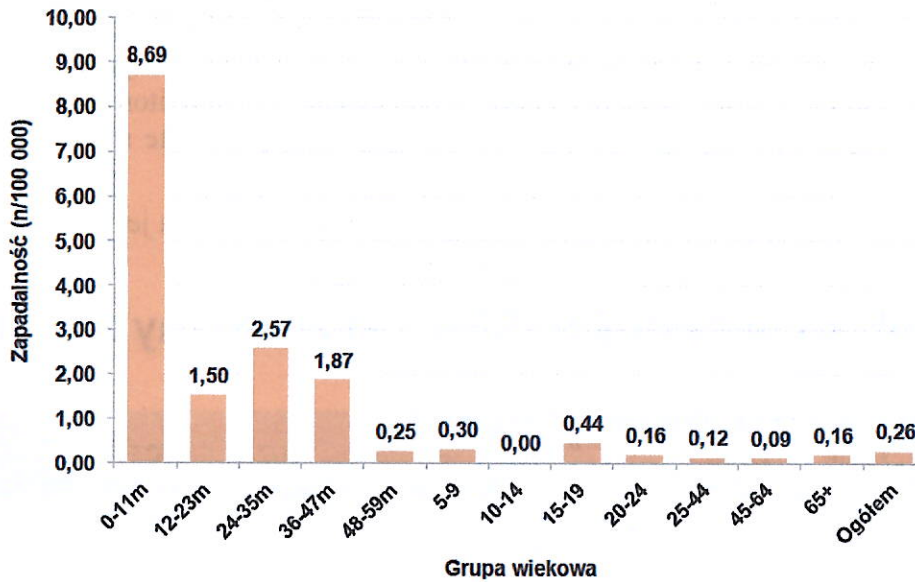


Wykres 1. Zapadalność na IChM w grupach wiekowych w latach 2018-2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-IChM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

<https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-IChM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

4401

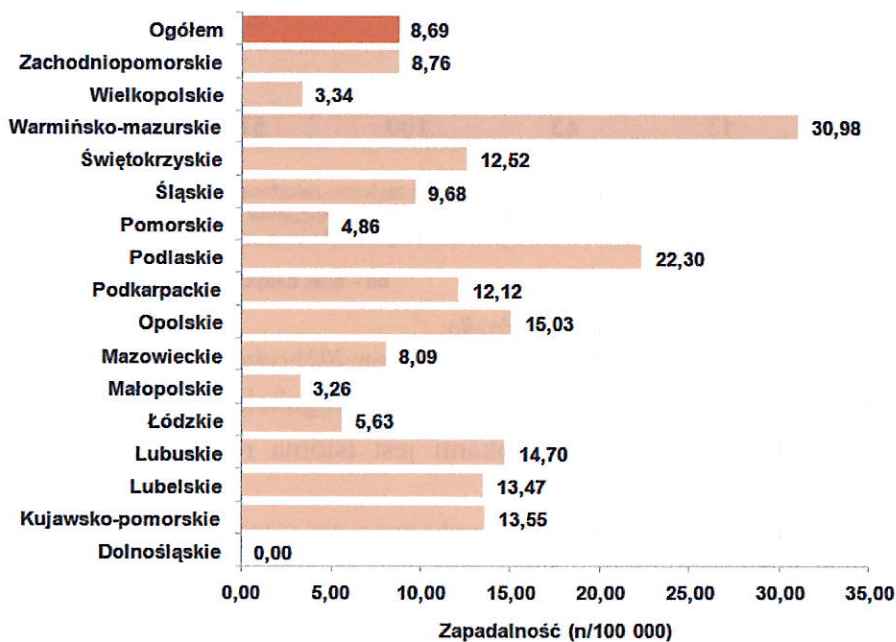
## Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w grupach wiekowych, 2023



Wykres 2. Zapadalność na IChM w grupach wiekowych w roku 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

<https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

## Zapadalność na IChM w województwach Polski, dzieci <12 miesięcy, 2023



Wykres 3. Zapadalność na IChM w województwach Polski, dzieci <12 miesięcy, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

<https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

JK

Grupą najbardziej zagrożoną chorobą nieustannie są najmłodsi: ponad połowa zakażeń (55 proc.) dotyczyła dzieci do 5. roku życia, w tym najczęściej niemowląt – co czwarty chory nie miał skończonego 1. roku. Największa zapadalność na IChM wśród niemowląt była w województwach: warmińsko-mazurskim, podlaskim i kujawsko-pomorskim. W województwie dolnośląskim nie odnotowano ani jednego przypadku choroby w tej grupie wiekowej, w związku z czym autorzy raportu zwrócili uwagę na konieczność wzmocnienia laboratoryjnego monitorowania zakażeń meningokokowych. Ze względu na trudności z potwierdzeniem choroby dane te mogą być bowiem niedoszacowane.

Najnowszy raport potwierdza również, że inwazyjna choroba meningokokowa jest bardzo groźna – nawet 1 na 5 przypadków w roku 2023 roku skończył się śmiercią.

## Współczynnik śmiertelności (CFR, %) związany z IChM, 2023

Grupa wiekowa	Wyleczenie	Zgon	Brak danych	N	N-ZZ	CFR-ZZ	CFR-W
0-11m	14	2	10	26	16	12,5	7,7
12-59m	13	1	8	22	14	7,1	4,5
5-9	1	1	4	6	2	50,0	16,7
10-14				0			
15-19	4		4	8	4	0,0	0,0
20-24	1		2	3	1	0,0	0,0
25-44	6	4	3	13	10	40,0	30,8
45-64	1	5	3	9	6	83,3	55,6
65+	4		8	12	4	0,0	0,0
bd			1	1			0,0
<b>Ogółem</b>	<b>44</b>	<b>13</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>22,8</b>	<b>13,0</b>

N: liczba wszystkich przypadków; N-ZZ: liczba przypadków ze znanym zejściem zakażenia; CFR-ZZ: współczynnik śmiertelności liczony tylko dla przypadków ze znanym zejściem zakażenia; CFR-W: współczynnik śmiertelności liczony dla wszystkich przypadków przy założeniu, że przypadki z brakiem informacji na temat zejścia zakażenia zakończyły się wyleczeniem pacjenta



bd – brak danych dotyczących wieku pacjenta

12

Tabela 1. Współczynnik śmiertelności związany z IChM, 2023 Źródło:

<https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

<https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

Optymalnym sposobem ochrony przed inwazyjną chorobą meningokokową są szczepienia.

Terminowa realizacja ochrony przed meningokokami jest istotna również dlatego, że choroba najczęściej dotyka najmłodszych.

Szczepienia przeciw meningokokom powinny być wykonane we wczesnym okresie życia dziecka, wtedy, gdy chodzi nam o uzyskanie optymalnej ochrony.

W podejściu do profilaktyki inwazyjnej choroby meningokokowej należy także wziąć pod uwagę charakter choroby, na co z kolei zwróciła uwagę dr hab. Ewa Augustynowicz z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny w trakcie webinaru dla dziennikarzy pt. „Wirusologia 2020”.

„Służba zdrowia jest teraz zajęta walką z koronawirusem, w związku z tym istnieje duże niebezpieczeństwo opóźnienia diagnostyki i włączenia terapii. A przy tak piorunująco przebiegającej chorobie ochrona jest jeszcze bardziej wskazana niż w normalnych warunkach” - tłumaczyła dr hab. Augustynowicz, nawiązując do faktu, iż IChM może w ciągu zaledwie 24 godzin rozwinąć się do stanu

2024

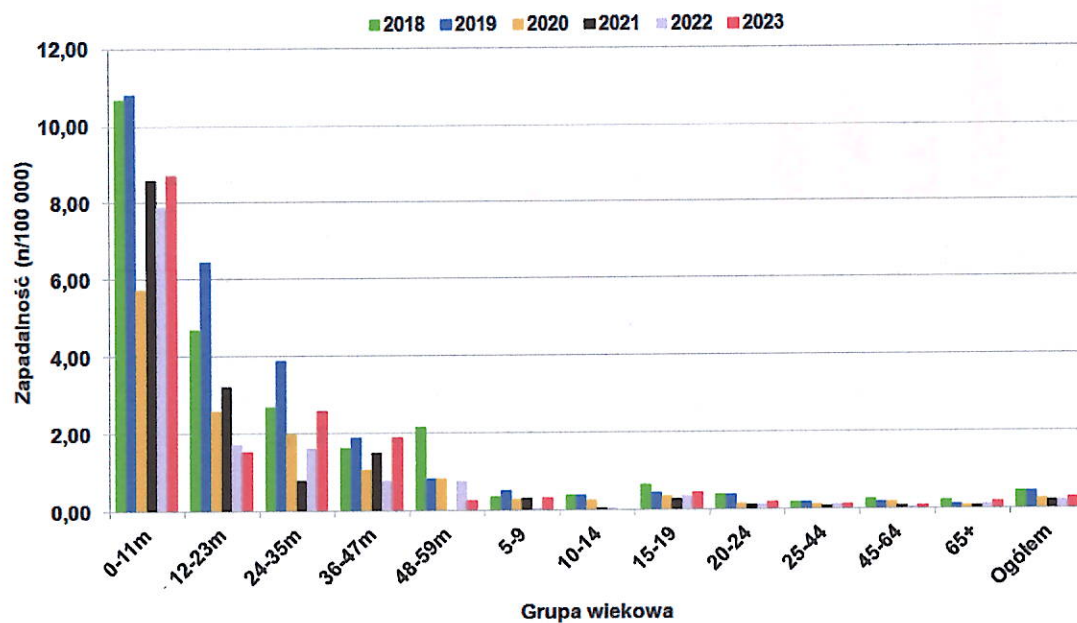


## Program profilaktyki w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Kędzierzyn-Koźle

zagrożającego życiu, podczas gdy jej pierwsze objawy są mało charakterystyczne: przypominają przeziębienie lub grypę.

Badania prowadzone w KOROUN są źródłem informacji niezbędnych m.in. dla celów tworzenia polityki szczepień ochronnych. Na ich podstawie eksperci rekomendują, by dzieci w Polsce w pierwszej kolejności były szczepione przeciw meningokokom typu B. Szczepienia te, zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych, są zalecane po ukończeniu 2. miesiąca życia.

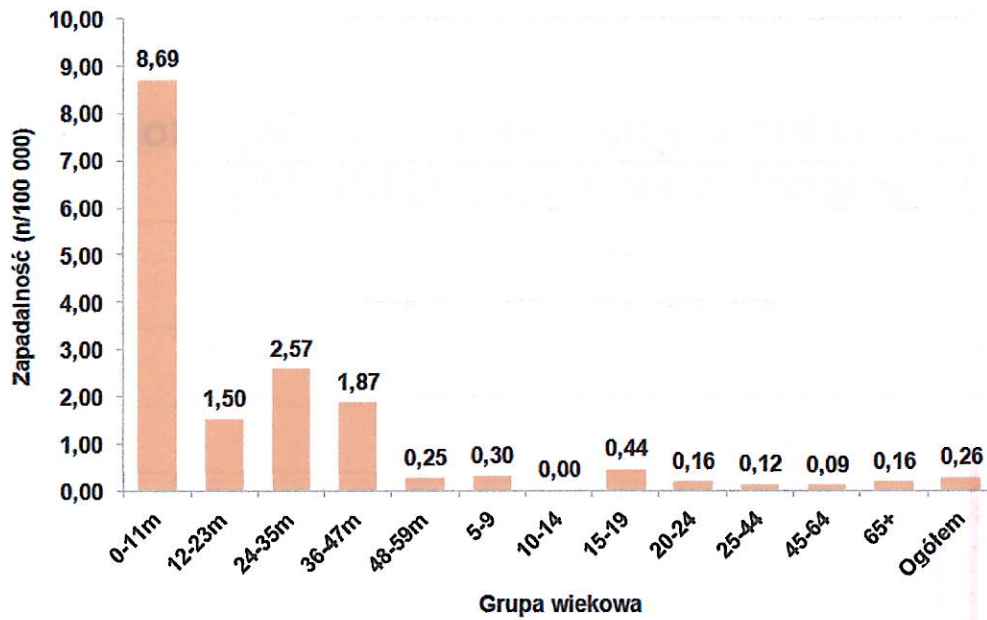
## Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w grupach wiekowych, 2018-2023



Wykres 4. Zapadalność na IChM w grupach wiekowych, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

Jab

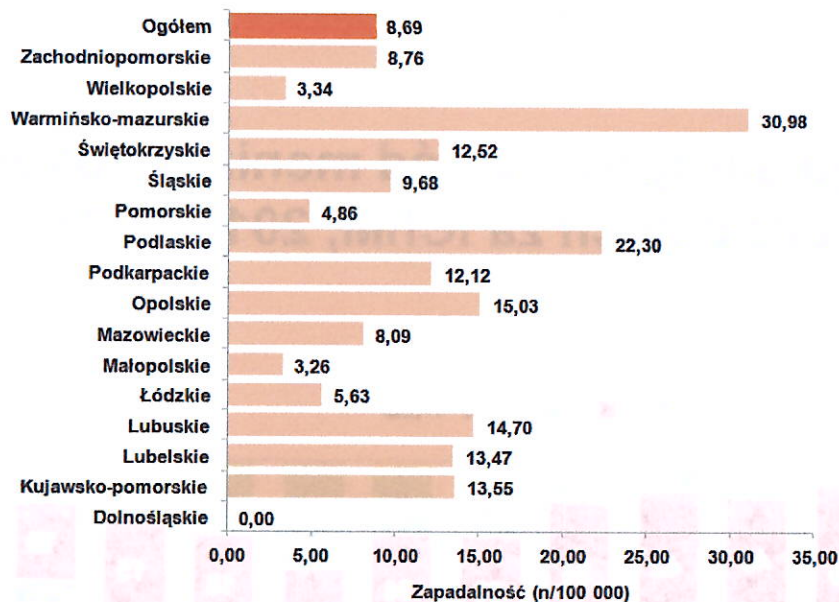
## Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w grupach wiekowych, 2023



Wykres 5. Zapadalność na IChM w grupach wiekowych, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-IChM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

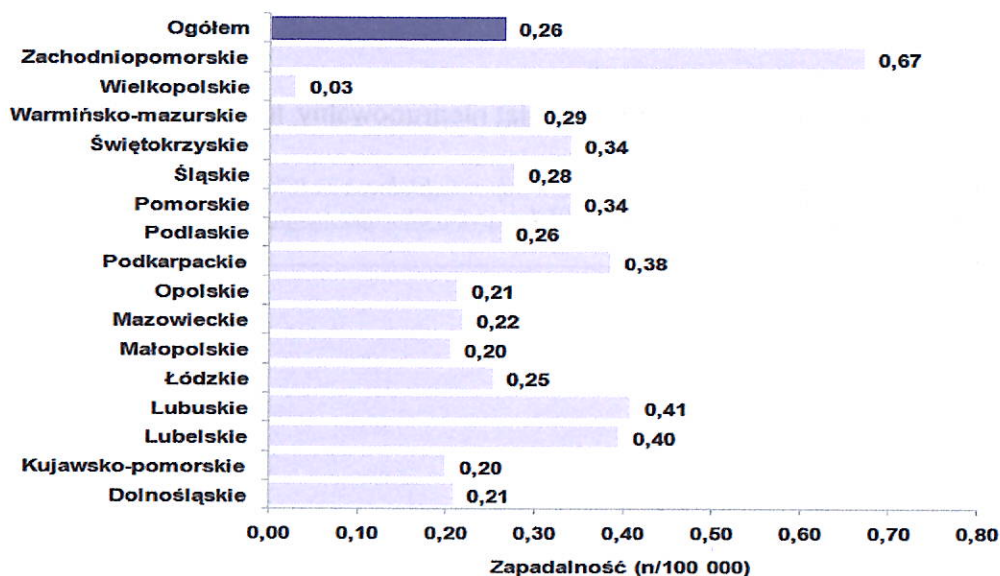
WZ

## Zapadalność na IChM w województwach Polski, dzieci <12 miesięcy, 2023



Wykres 6. Zapadalność na IChM w grupach wiekowych, 2023 Źródło: [https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna\\_Polsce-w-2023-roku.pdf](https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna_Polsce-w-2023-roku.pdf)

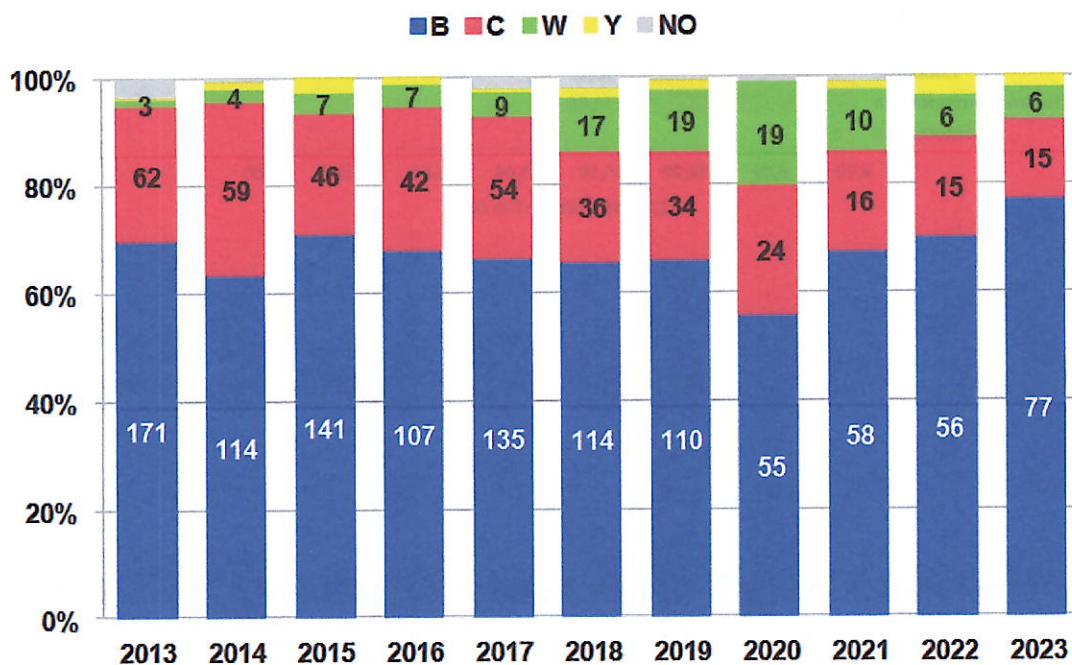
## Zapadalność na IChM w województwach Polski, wszystkie grupy wiekowe, 2023



Ust

Wykres 7. Zapadalność na IChM w województwach Polski, wszystkie grupy wiekowe, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

## Dystrybucja serogrup wśród meningokoków odpowiedzialnych za IChM, 2013-2023

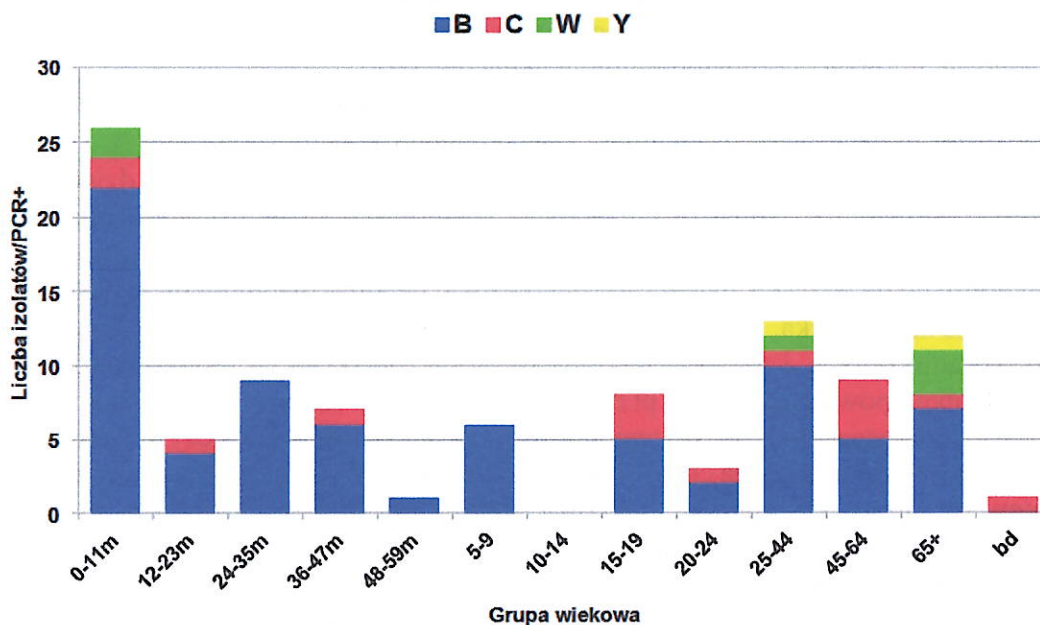


**NO – nieokreślona serogrupa, izolat niegrupowalny, lub inne serogrupy**

Wykres 8. Dystrybucja serogrup wśród meningokoków odpowiedzialnych za IChM, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

Choj

## Dystrybucja grup serologicznych meningokoków w grupach wiekowych, 2023 (n=100)



Wykres 9. Dystrybucja grup serologicznych meningokoków w grupach wiekowych, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

### 3. Opis obecnego postępowania

W przypadku zapobiegania zakażeniom meningokokowym zaleca się prowadzenie szczepień ochronnych. Obecnie dostępne są szczepionki przeciw serogrupom C przeciw serogrupom A i C, przeciw serogrupom A, C, W-135 i Y oraz przeciw serogrupie B. Szczepionki polisacharydowe skuteczne wobec meningokoków serogrupy A i C lub A, C, W135 i Y, przeznaczone dla osób powyżej drugiego roku życia, młodzieży i dorosłych. Zaszczepienie taką szczepionką daje ochronę na okres ok. 3–5 lat. Nie zaleca się podawania dawek przypominających. Znaczenie szczepionek polisacharydowych jest coraz mniejsze ze względu na dostępność szczepionek skoniugowanych. Szczepionki polisacharydowe są wciąż zalecane osobom wyjeżdżającym w rejony endemicznego i epidemicznego występowania meningokoków serogrupy A, B, W-135 i Y.

Szczepionki skoniugowane to szczepionki nowszej generacji (w Polsce dostępne przeciw meningokokom serogrupy C oraz A, C, W135 i Y). W skład szczepionek skoniugowanych wchodzi oczyszczony polisacharyd otoczkowy meningokoka połączony z białkiem nośnikowym. Połączenie takie sprawia, że szczepionki te są skuteczne u wszystkich osób powyżej drugiego miesiąca życia oraz zapewniają długotrwałą ochronę przed zakażeniem. Tylko szczepionki skoniugowane zmniejszają w populacji liczbę bezobjawowych nosicieli meningokoków danej grupy serologicznej. Skoniugowane szczepionki przeciw meningokokom serogrupy C są

Ust

przeznaczone do uodparniania dzieci po ukończeniu 2 m.ż. oraz młodzieży i dorosłym, którym należy podać pojedynczą dawkę. Schemat dawkowania: niemowlęta w wieku po ukończeniu 2. miesiąca życia do ukończenia 4. miesiąca życia: dwie dawki szczepienia podstawowego plus jedna dawka szczepienia przypominającego podana w wieku około 12.-13 miesiąca życia. Niemowlęta po ukończeniu 4. miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia jedna dawka szczepienia podstawowego plus jedna dawka szczepienia przypominającego podana w wieku około 12.-13 miesiąca życia. Dzieci starsze, młodzież i dorośli otrzymują jedną dawkę.

Wraz ze wzrostem zachorowań wywołanych przez serogrupę W oraz rozwojem turystyki wzrasta znaczenie szczepionek 4-walentnych (przeciw serogrupie A, C, W-135 i Y), które mogą być podawane niemowlętom w wieku od 6 miesięcy, dzieciom, młodzieży i dorosłym). Jedną ze szczepionek białkowych przeciw meningokokom serogrupy B została opracowana z wykorzystaniem technologii odwrotnej wakcynologii, gdzie na bazie znanej sekwencji całego genomu meningokoka serogrupy B zidentyfikowano białka, które okazały się dobrymi antygenami w szczepionce tj. czynnik H, adhezynę A i antygen wiążący heparynę; w skład szczepionki wchodzi również białko powierzchniowe przygotowane metodą tradycyjną. Szczepionka białkowa jest przeznaczona do szczepienia osób w wieku od 2 miesięcy i starszych, których chroni przed inwazyjną chorobą meningokokową wywołaną przez meningokoki serogrupy B. Druga szczepionka białkowa została opracowana klasyczną metodą rekombinacji genetycznej, zawiera białko powierzchniowe fHbp, tj. białko wiążące czynnik H. Może być podawana dzieciom powyżej 10 lat i dorosłym jako ochrona przed inwazyjną chorobą meningokokową wywołaną przez serogrupę B.

Należy pamiętać, że szczepienia nie zabezpieczają przed zakażeniem wywołanym przez meningokoki należące do innych grup serologicznych niż te, wobec których skierowana jest szczepionka.

Szczepienia przeciw meningokokom zalecane są osobom narażonym na przebywanie w dużych skupiskach tj.:

- niemowlęta i dzieci, szczególnie chodzące do żłobka, przedszkola lub szkoły, wyjeżdżające na kolonie lub ich starsze rodzeństwo uczęszczające do przedszkola lub szkoły,
- młodzież i młodzi dorośli do 21 lat, w tym szczególnie uczniowie, studenci i poborowi mieszkający w internacie, akademiku lub koszarach,
- dzieci i dorośli z grupy zwiększonego ryzyka zakażenia, np. z usuniętą śledzioną lub zaburzeniami jej funkcjonowania lub z poważnymi zaburzeniami układu odpornościowego,
  - personel medyczny narażony na zachorowanie w wyniku kontaktu z chorym,
  - podróżujący na tereny endemicznego i epidemicznego występowania zakażeń meningokokowych,
  - podróżujący służbowo do Arabii Saudyjskiej,
  - studenci i uczniowie udający się na studia zagranicę (np. do Stanów Zjednoczonych),
  - żołnierze biorących udział w akcjach międzynarodowych,
  - w przypadku zagrożenia epidemią.

Dzieci do 1. roku życia najlepiej zaszczepić przeciw meningokokom serogrupy B, ponieważ w tej grupie wywołują one najwięcej zakażeń. Następnie powinno się je zaszczepić przeciw meningokokom serogrupy C lub A, C, W135 i Y. Wraz z rosnącym udziałem zakażeń wywołanych serotypem W, w celu szerszej ochrony, zamiast szczepienia przeciw meningokokom serogrupy C, najlepiej podać szczepionkę chroniącą przeciw czterem serotypom meningokoków – A, C, W135 oraz Y.

*Ułb*

Jeżeli planowane są podróże zagraniczne najlepiej podać szczepionkę chroniącą przeciw serotypom meningokoków – A, C, W135 oraz Y oraz szczepionkę przeciw serogrupie B.

Szczepionki 4-walentne (przeciw serogrupie A, C, W-135, Y) zalecane są szczególnie osobom podróżującym. Mogą być stosowane u osób wcześniej szczepionych szczepionką polisacharydową przeciwko serogrupom A i C lub monowalentną szczepionką skoniugowaną przeciw serogrupie C.

W niektórych sytuacjach (np. zagrożenia epidemią) władze sanitarno-epidemiologiczne podejmują decyzje o wprowadzeniu bezpłatnych szczepień osób zamieszkujących teren gdzie wystąpiło ognisko epidemiczne/epidemia z określonych grup wiekowych, najbardziej narażonych na zakażenie (w zależności od sytuacji epidemiologicznej). Użycie w takich sytuacjach szczepionki skoniugowanej skutecznej wobec grupy meningokoków, które wywołały w danym miejscu zachorowania zmniejsza również nosicielstwo i pozwala wygasić ognisko epidemiczne. Szczepionki przeciw meningokokom są bezpieczne. Jednak, jak po każdym szczepieniu, mogą wystąpić niepożądane odczyny poszczepienne od najprostszyc, miejscowych do bardziej poważnych. Do częstych odczynów poszczepiennych zalicza się: zaczerwienienie, wrażliwość na dotyk, ból i obrzęk w miejscu wstrzyknięcia, bóle kończyn u starszych dzieci, ból głowy, płacz i drażliwość u niemowląt i dzieci raczkujących, wymioty, nudności, biegunkę i utratę apetytu u niemowląt. Rzadziej występują: gorączka, utrata apetytu, wymioty, nudności, biegunka u dzieci, bóle mięśni u dzieci starszych i dorosłych, bóle kończyn u małych dzieci. Bardzo rzadko pojawiają się: zaburzenia ze strony układu immunologicznego, uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, reakcja anafilaktyczna, reakcje nadwrażliwości (skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy, obrzęk naczynioruchowy), zaburzenia ze strony układu nerwowego: zawroty głowy, drgawki, w tym gorączkowe, omdlenia, niedoczulica lub parestezja oraz hipotonia u niemowląt; zaburzenia ze strony układu pokarmowego: wymioty i nudności oraz zaburzenia skórne w postaci wysypki lub pokrzywki.

Istnieją rozbieżności w rekomendacjach/wytycznych dotyczących przeprowadzania rutynowych szczepień przeciwko meningokokom w wieku między 6 a 24 miesiącem życia. Wytyczne FEMS 2007, NCIRS 2009, MLF 2012, STIKO 2014, PHAC 2015 rekomendują tego typu interwencje. Natomiast wytyczne ATAGI 2014, CDC 2008, ACIP 2013, AAP 2014 zalecają szczepienia dzieci poniżej 2. roku życia indywidualnie, jedynie w przypadku podwyższonego ryzyka choroby meningokokowej. Ponadto AAP 2014 podkreśla, że rutynowe szczepienia przeciw meningokokom nie są rekomendowane w populacji dzieci zdrowych od 2. m.ż. do 10 r.ż. Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia wskazują na konieczność włączenia szczepień p/meningokokom do powszechnych programów szczepień, szczególnie w krajach o wysokiej częstości występowania zakażeń meningokokowych (>2-10 przypadków/100 tys. osób rocznie) i w grupach podwyższonego ryzyka wystąpienia inwazyjnej choroby meningokokowej. Zarówno szczepionkę skoniugowaną p/MenC, jak i szczepionkę białkową p/MenB zaleca się osobom powyżej 2. m. ż., natomiast szczepionkę polisacharydową w populacji powyżej 2 roku życia i wśród osób dorosłych. Stosowanie szczepionki czterowalentnej MCV4 nadal zaleca się: osobom, które podróżują do krajów, w których częste jest występowanie meningokoków grup A, Y oraz W135 oraz osobom, które miały bliski kontakt z przypadkami zakażenia meningokokami grup A, Y oraz W135 powyżej 2 roku życia. Szacowana efektywność szczepionek wahała się w granicach 93-100%. Udowodniono również wpływ szczepionek na zmniejszenie nosicielstwa meningokoków grupy C. Skuteczność szczepionki przeciwko nosicielstwu oszacowano

Jpl

na 75% (95% CI, 23– 92%). Zgodnie z Conterno i wsp. (2010) we wszystkich badaniach dotyczących szczepionek MCC obserwowano wysokie miana przeciwciał, u 97–100% niemowląt  $SBA \geq 8$  [8].

Ponadto część rekomendacji zaleca szczepienia w populacji młodzieży w wieku 16-17 lat. Zaproponowana populacja w odniesieniu do wieku pokrywa się z rekomendacjami (AAP 2014, ACIP 2013, CDC 2008, STIKO 2014, PTP 2012).

Zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Programem Szczepień Ochronnych na 2024 rok (PSO), szczepienia przeciwko meningokokom należą do grupy szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków Ministra Zdrowia. Szczepienia przeciwko meningokokom są zalecane:

- niemowlętom powyżej 2. m.ż.
  - dzieciom i osobom dorosłym narażonym na ryzyko inwazyjnej choroby meningokokowej, z bliskim kontaktem z chorym lub materiałem zakaźnym (personel medyczny, pracownicy laboratorium), przebywającym w zbiorowiskach (przedszkola, żłobki, domy dziecka, domy studenckie, internaty, koszary),
  - dzieciom i osobom dorosłym z wrodzonymi niedoborami odporności, z anatomiczną i czynnościową asplenią, zakażonym wirusem HIV, nowotworem złośliwym, chorobą reumatyczną, przewlekłą chorobą nerek i wątroby, leczonym ekulizumabem (napadowa nocna hemoglobinuria, atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy), osobom leczonym immunosupresyjnie,
  - dzieciom w wieku od 2 mies. życia z grup ryzyka zaburzeń odporności oraz szczególnie narażonym na zachorowanie nastolatkom i osobom powyżej 65 roku życia.
- Szczepienia przeciw meningokokom można realizować podając:
- szczepionkę skoniugowaną od ukończenia 2 miesiąca życia (monowalentna przeciw serogrupie C),
  - szczepionkę białkową (rDNA) od ukończenia 2 miesiąca życia (przeciw serogrupie B),
  - szczepionkę skoniugowaną czterowalentną przeciw serogrupom A, C, W-135, Y od 12 miesiąca życia,
  - szczepionkę skoniugowaną monowalentną (przeciw serogrupie C) i czterowalentną (przeciw serogrupie A, C, W-135, Y) od ukończenia 2 miesiąca życia,
  - szczepionkę polisacharydową przeciw serogrupom A i C dzieciom powyżej 2 lat i dorosłym.

#### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrażania programu**

Wieloletnie i systematyczne szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym, które przez wieki powodowały dużą śmiertelność lub kalectwa, doprowadziły do eliminacji zachorowań lub wpłynęły znacząco na jej ograniczenie. Najskuteczniejszym sposobem zwalczania chorób zakaźnych jest profilaktyka.

Program Szczepień Ochronnych dzieli szczepienia na obowiązkowe i zalecane. Szczepienia obowiązkowe są finansowane z budżetu państwa, zaś druga grupa szczepień finansowana jest przez rodziców lub opiekunów prawnych. Szczepienia przeciwko meningokokom nie należą do tanich, co jest czynnikiem ograniczającym większą liczbę rodziców. Taki stan rzeczy powodować może zagrożenie dla populacji. Stąd włączenie się Gminy Kędzierzyn-Koźle w akcję szczepień przeciw meningokokom, aby poprawić stan zdrowia jej mieszkańców.

Lekarze pediatrzy powinni przekazywać rodzicom nowo narodzonych dzieci



informację, że szczepienia przeciwko meningokokom typu B są zalecane w Polsce i że w świetle polskich danych epidemiologicznych powinny być podawane już przed ukończeniem pierwszego roku życia.

## II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

### 1. Cel główny

- zmniejszenie liczby zakażeń *Neisseria meningitidis* typu A,B,C, W135, Y w tym IChM oraz hospitalizacji wywołanych IChM w populacji dzieci, które ukończyły 2 lata, ale nie skończyły 5 lat w chwili przyjęcia pierwszej dawki z gminy Kędzierzyn-Koźle o 25% w okresie realizacji programu w latach 2025-2028;
- zwiększenie świadomości populacji ogólnej osób dorosłych, w szczególności rodziców i opiekunów prawnych dzieci z populacji objętej programem na temat szczepień ochronnych.

### 2. Cele szczegółowe

Jako cele szczegółowe wyznaczono:

- zwiększenie odsetka dzieci zaszczepionych przeciwko meningokokom w populacji gminy Kędzierzyn-Koźle,
- zmniejszenie oraz zahamowanie nosicielstwa i liczby nowych rozpoznań zakażeń meningokokowych;
- zmniejszenie zachorowalności i liczby hospitalizacji w wyniku zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- zwiększenie poziomu świadomości mieszkańców (szczególnie rodziców). Rzetelna i skuteczna informacja do mieszkańców dotycząca prowadzonych szczepień ochronnych;
- zwiększenie odsetka uczestników zaszczepionych przeciwko *Neisseria meningitidis* w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu.

### 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- liczba hospitalizacji z powodu IChM odnotowanych wśród mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle (na podstawie danych NFZ)
- liczba zgłoszonych i potwierdzonych zakażeń *N.meningitidis* wśród mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle (dane GIS, KOROUN)
- liczba zaszczepionych dzieci porównana do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej (bieżący monitoring: raporty miesięczne oraz roczne);
- liczba zgód na udział w programie w porównaniu z liczebnością populacji docelowej;
- ocena jakości oraz edukacji udzielanych świadczeń wykonywana poprzez monitorowanie wyników anonimowych ankiet dla uczestników oraz prowadzenie nadzoru przez koordynatora programu;
- liczba zachorowań na IChM w populacji osób z terenu realizacji programu polityki zdrowotnej w okresie trwania całego programu w stosunku do liczby sprzed wprowadzenia realizacji programu;
- liczba uczestników zaszczepionych przeciwko *Neisseria meningitidis* w okresie trwania całego programu w stosunku do liczby sprzed wprowadzenia realizacji programu.

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

#### **1. Populacja docelowa**

Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi szczepień ochronnych przeciw inwazyjnym zakażeniom *Neisseria meningitidis* typu B do objęcia programem kwalifikują się dzieci, które ukończyły drugi rok życia, ale nie skończyły 5 lat w chwili przyjęcia pierwszej dawki.

Program kierowany jest do dzieci urodzonych w latach 2020-2022, zamieszkałych w Gminie Kędzierzyn-Koźle. W kolejnych latach programu włączane będą kolejne roczniki.

Proponowany schemat szczepień to:

- dzieci po 2 roku życia – 2 dawki w odstępie minimum 1 miesiąca.

Zgodnie z aktualnymi danymi, liczba osób kwalifikujących się do programu w danym roku to 1.077 dzieci.

Program kierowany jest do dzieci z Gminy Kędzierzyn-Koźle, urodzonych w latach 2020-2022.

Na podstawie danych demograficznych populacja dzieci urodzonych w latach 2020-2022 r. liczy 1.077 dzieci.

W kolejnych latach trwania projektu (jest on planowany w latach 2025-2028) będą do niego włączane kolejne roczniki dzieci.

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

##### **Kryteria kwalifikacji**

·do programu zakwalifikowane będą wszystkie osoby w grupie wiekowej od ukończenia 2 roku życia do 4 roku życia, (ale nie ukończyły 5 lat w chwili przyjęcia pierwszej dawki) z terenu gminy Kędzierzyn-Koźle. W dniu wykonania szczepienia pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:

-na pobyt stały, lub

-na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem szczepienia).

·do szczepienia bezwzględnie wymagana będzie pisemna zgoda rodziców lub opiekunów dziecka.

·zaszczepione zostaną osoby, które przejdą pozytywną kwalifikację lekarza.

- edukacja prowadzona w ramach programu skierowana do populacji ogólnej osób dorosłych, w szczególności rodziców i opiekunów prawnych dzieci z populacji objętej programem szczepień.

##### **Kryteria wyłączenia**

·brak kwalifikacji lekarskiej

- stałe lub czasowe przeciwwskazania do szczepień.
- wcześniejsze zaszczepienie przeciw meningokokom grupy B
- brak adresu zameldowania na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle.

### **3. Planowane interwencje**

Szczepienia przeciwko meningokokom.

- Szczepionka przeciwko meningokokom grypy B (Bexsero), schemat szczepień dla grupy wiekowej objętej programem to 2 dawki w odstępie nie krótszym niż 1 miesiąc.
- Edukacja prowadzona w ramach programu skierowana do populacji ogólnej osób dorosłych w szczególności rodziców i opiekunów prawnych dzieci z populacji objętej programem szczepień.

### **4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

Świadczenia udzielane będą przez podmioty lecznicze, wyłonione w drodze otwartego konkursu ofert, zgodnie z art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.). Szczepienia dzieci zostaną przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia.

Cykl szczepień obejmuje:

- 1) badanie lekarskie poprzedzające podanie każdej dawki;
- 2) podanie szczepionki w zależności od schematu szczepienia;
- 3) dokumentację procedury;
- 4) postępowanie z odpadami;
- 5) edukację w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokami oraz postępowania w przypadku wystąpienia odczynu poszczepiennego.
- 6) edukację prowadzoną w ramach programu skierowaną do populacji ogólnej osób dorosłych, w szczególności rodziców i opiekunów prawnych dzieci z populacji objętej programem szczepień.

Osoby zakwalifikowane do programu zostaną zaszczepione szczepionką bezpieczną i posiadającą rekomendację Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP), działającego przy Europejskiej Agencji ds. Leków. Szczepionka jest zarejestrowana i dopuszczona do obrotu w Polsce. Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie karty charakterystyki produktu.

Podanie szczepionki każdorazowo będzie poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym. Do szczepienia bezwzględnie wymagana będzie zgoda rodziców lub opiekunów dziecka w trakcie wizyty lekarskiej.

### **5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.**

Zakończenie udziału jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Po wykonaniu szczepienia przyjmujący szczepionkę nie wymaga żadnych działań medycznych i może opuścić podmiot leczniczy po okresie min. 20 minut obserwacji. Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu szczepienia zgodnie z wytycznymi dotyczącymi dawkowania.

#### **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle;

2) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:

- a) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
- b) liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą szczepienia,
- c) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą szczepienia,
- d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą szczepienia.

Umowy z wybranymi oferentami zostaną zawarte po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowy w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

##### **Program obejmować będzie:**

Podanie szczepionki (liczba dawek wynikać będzie ze schematu szczepienia dla danej szczepionki).

##### **Realizatorzy programu zobowiązani będą do:**

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników Programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu.

Świadczenia zdrowotne w ramach Programu będą udzielane w podmiotach leczniczych w gabinetach medycznych oraz w gabinetach zabiegowych wyposażonych w lodówki i zestawy przeciwwstrząsowe. Realizować je będą lekarze specjaliści z dziedziny pediatrii oraz pielęgniarki posiadające niezbędne kwalifikacje zawodowe (potwierdzone dyplomami).

##### **1. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .**

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie co najmniej jednym lokalem na cały okres realizacji zadania (potwierdzone stosownym dokumentem – tytułem prawnym do lokalu) wraz z oświadczeniem, że lokal spełnia wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jaki powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595);
- 2) dysponowanie co najmniej jednym lekarzem o specjalizacji pediatra (potwierdzone dyplomami) w przypadku wskazania dwóch lub więcej lokali w

których realizowany będzie program wymagane jest dysponowanie lekarzem w godzinach szczepień nie nakładających się na poszczególne lokale lub liczbą lekarzy odpowiadającą liczbie lokali;

- 3) dysponowanie co najmniej jedną pielęgniarką posiadającą niezbędne kwalifikacje zawodowe (potwierdzone dyplomami), a w przypadku wskazania dwóch lub więcej lokali w których realizowany będzie program wymagane jest dysponowanie liczbą pielęgniarek odpowiadającą liczbie lokali ( potwierdzone dyplomami);
- 4) dysponowanie środkami niezbędnymi do przeprowadzania szczepień potwierdzone stosownymi dokumentami wraz z oświadczeniem, że materiały medyczne potrzebne do realizacji programu zdrowotnego spełniają wszelkie wymogi.

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **1. Monitorowanie**

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny:

- 1) Zgłaszalności poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych szczepień w stosunku do liczby szczepień zaplanowanych w ramach przyznanych środków;
- 2) Liczby odbiorców edukacji zdrowotnej.

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji programu przez upoważnionych pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji. Ocena jakości świadczeń będzie monitorowana na podstawie ankiety wśród rodziców/prawnych opiekunów dzieci uczestniczących w Programie.

Monitorowanie realizacji programu będzie się odbywało na bieżąco, m. in. poprzez ocenę :

- 1) zgłaszalności do programu, która zostanie oceniona na podstawie sprawozdań realizatorów zostanie oceniona na podstawie liczby wykonanych szczepień, tj. listy osób, które zostały zaszczepione (zakładana jest zgłaszalność do programu na poziomie min. 25 % populacji),.
- 2) liczby osób zakwalifikowanych do programu. Wskaźnik zostanie oceniony na podstawie sprawozdań realizatorów;
- 3) liczby osób, które nie zakwalifikowały się do programu z powodu przeciwwskazań lekarskich wraz z przyczynami niezakwalifikowania. Wskaźnik zostanie oceniony na podstawie sprawozdań realizatorów;
- 4) liczby uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału wraz z powodami rezygnacji. Wskaźnik zostanie oceniony na podstawie sprawozdań realizatorów;
- 5) jakości świadczeń w programie:
  - a) organizator programu wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie,

*Ubl*

- b) każdy uczestnik programu tj. rodzic/opiekun prawny dziecka będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń,
- c) dokonana zostanie analiza ankiet satysfakcji przeprowadzonych wśród rodziców i opiekunów młodzieży, która została zaszczipiona w ramach programu, anonimowe ankiety wypełniane będą bezpośrednio po wykonaniu szczepienia, co pozwoli na ocenę stopnia zadowolenia rodziców i opiekunów, wzór ankiety stanowi załącznik nr 1 do niniejszego programu, sprawozdania z kwartalnej i rocznej realizacji programu będą poddane analizie i ocenie przez organizatora programu, wzór sprawozdania stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Programu.

## 2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem wybranych określonych mierników efektywności takich jak:

- poziom wyszczepienia populacji docelowej pełnym schematem, zostanie oceniona na podstawie liczby wykonanych szczepień,
- długofalowa zmiana w liczbie zachorowań i hospitalizacji wywołanych *N. meningitidis* zgodnie z danymi z rejestrów publicznych (NFZ, GIS, NIZP-PZH).

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 1. Koszty jednostkowe

Na koszt realizacji Programu, zgodnie z założeniami organizacyjnymi składa się:

- 1) zakup szczepionek przeciwko meningokokom typu B (Bexsero);
- 2) przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia przed każdą dawką szczepienia;
- 3) wykonanie usługi szczepień - podanie szczepionki zgodnie ze schematem określonym przez producenta;
- 4) edukacja rodziców poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia przeciwko meningokokom z grupy B;
- 5) edukacja prowadzona w ramach programu skierowana do populacji ogólnej osób dorosłych w szczególności rodziców i opiekunów prawnych dzieci z populacji objętej programem szczepień.
- 6) sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień – zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

Szacunkowy koszt jednostkowy Programu w przeliczeniu na 1 dziecko (2 dawki szczepionki) w poszczególnych latach wynosić będzie około 800- 900 zł w przypadku szczepionki Bexsero.

## 2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2025	250.000,00
2026	250.000,00
2027	250.000,00
2028	250.000,00

Tabela 4. Przewidywany koszt całkowity w latach 2025-2028, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku około 1.250,00 zł. Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

## 3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle, nie wyklucza się możliwości pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł. Jeśli istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej ze środków zewnętrznych, wówczas o wielkości udziału finansowania pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Kędzierzyn-Koźle będą decydować zasady określone w umowie.

UŁA

**Program profilaktyki w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Kędzierzyn-Koźle**

Załącznik nr 1 do Programu

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Kędzierzyn-Koźle ” (wzór)**

**I. Ocena sposobu umówienia terminu szczepienia**

Jak Pani/Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Szybkość załatwienia formalności w czasie rejestracji?					
Uprzejmość osób rejestrujących?					
Dostępność rejestracji telefonicznej?					

**II. Ocena wizyty lekarskiej**

Jak Pani/Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Uprzejmość i życzliwość lekarza?					
Staranność i dokładność wykonywanych badań kwalifikujących do szczepienia?					

**III. Ocena wykonania szczepienia**

Jak Pani/Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
Umiejętność wykonania szczepienia przez pielęgniarkę?					

**IV. Ocena warunków panujących w przychodni**

Jak Pani/Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Czystość w poczekalni?					
Wyposażenie poczekalni?					
Dostęp i czystość toalet?					
Wyposażenie gabinetu?					

**V. Dodatkowe uwagi, opinie:**

.....  
.....



**Program profilaktyki w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Kędzierzyn-Koźle**

Załącznik nr 2 do Programu

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Kędzierzyn-Koźle” (wzór)**

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych lekarskich badaniach kwalifikujących, przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od ..... do.....	Adresat
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Etap I

Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych	Liczba osób uczestniczących w interwencjach edukacyjnych

Etap II

Liczba wykonanych badań kwalifikujących	Liczba osób zakwalifikowanych do szczepienia

Etap III

Liczba wykonanych szczepień

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

.....

.....

(miejsowość)  
osoby

(data)

(pieczęć i podpis

działającej w imieniu sprawozdawcy)



**Program profilaktyki w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Kędzierzyn-Koźle**

---

1. <https://pl.gsk.com/pl-pl/media/informacje-prasowe/nowy-raport-koroun-niemowl%C4%99ta-najbardziej-zagro%C5%BCone-meningokokami/>
2. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/2/#o-chorobie>
3. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/4/#jak-wiele-zakazen-meningokokowych-wystepuje-w-polsce>
4. [http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2019/INF\\_19\\_06A.pdf](http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2019/INF_19_06A.pdf)
5. [http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2018/Ch\\_2018\\_Wstepne\\_dane.pdf](http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2018/Ch_2018_Wstepne_dane.pdf)
6. <http://koroun.edu.pl/wp-content/uploads/2023/05/ICHM2024.pdf>
7. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/5/#o-szczepionce>
8. <http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2019/OP-0061-2019.pdf>
10. <http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2019/OP-0005-2019.pdf>
11. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/7/#kalendarz-szczepien>