PROJEKT

Punkt ...9..... porządku obrad

UCHWAŁA nr .....

RADY GMINY SUSZEC

z dnia 29 maja 2025 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji programów zdrowotnych na rok 2025

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1465 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.)

Rada Gminy Suszec
uchwala co następuje:

§ 1

Przyjąć do realizacji w roku 2025 następujące programy zdrowotne:

1. **„Program profilaktyki dysfunkcji kręgosłupa na lata 2015 – 2021"** kontynuacja w 2025 r.; w terminie czerwiec – grudzień 2025 r., stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. **„Program profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015 – 2021"** kontynuacja w 2025 r.; w terminie czerwiec – grudzień 2025 r., stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

3. **„Gminny Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokowch wśród dzieci w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy A, C, W-135, Y na lata 2021-2025"** w terminie czerwiec – grudzień 2025 r. stanowiący załącznik nr 3 do niniejszej uchwały.

§ 2

Środki finansowe na realizację programów zdrowotnych w 2025 roku, zostały zabezpieczone w budżecie Gminy Suszec na 2025 rok.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Suszec.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Krystyna Kluss
Radca prawny
KT 1765

Uzasadnienie

Zadaniem własnym Gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców Gminy. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym oraz art. 7 ust.1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wójt Gminy Suszec podjął działania zmierzające do dalszej realizacji świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Gminy Suszec, które nie podlegają refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Proponowane programy zdrowotne były realizowane w latach 2015-2021 i będą kontynuowane w roku 2025 r. Programy te cieszyły się zainteresowaniem wśród mieszkańców Gminy Suszec.

„Gminny Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokowch wśród dzieci w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy A,C,W-135,Y w Gminie Suszec na lata 2021-2025" będzie kontynuowany w roku 2025 r.

Skutki społeczne:
Zwiększony dostęp mieszkańców Gminy Suszec do świadczeń zdrowotnych, umożliwi poprawę stanu zdrowia i jakości życia społeczności lokalnej.

Skutki finansowe:
Środki finansowe w wysokości 90 000,00 zł na realizację programów zdrowotnych zostały zabezpieczone w budżecie Gminy Suszec na rok 2025.

Z upoważnienia Wójta
Roman Szopa
Sekretarz Gminy

Załącznik nr 1
do Uchwały Rady
Gminy Suszec
Nr .....
z dnia 29 maja 2025 r.

„PROGRAM PROFILAKTYKI DYSFUNKCJI KRĘGOSŁUPA NA LATA 2015-2021"

Autor programu:
URZĄD GMINY SUSZEC
ul. Lipowa 1 43-267 Susze

Suszec, lipiec 2014 rok

Problem zdrowotny

Problem bólów kręgosłupa zarówno w naszym społeczeństwie, jak na świecie, staje się problemem masowym. Na podstawie tego, co obserwujemy, wydaje się, że ich leczenie – zarówno aktualnego napadu bólu, jak i zapobieganie nawrotom dolegliwości jest jednym z najistotniejszych zadań profilaktyki rehabilitacyjnej. Ból kręgosłupa lędźwiowego i szyjnego jest najczęstszym na świecie objawem, co do częstości występowania. Bóle krzyża występują u około 30-40 % wszystkich chorych zgłaszających się do ortopedy. Stwarzają duże trudności diagnostyczne i stają się prawdziwym problemem społecznym. Ból kręgosłupa lędźwiowego jest najczęstszą przyczyną ograniczenia aktywności ludzi młodych. W wieku od 20 do 55 lat jest jedną z przyczyn niezdolności do pracy. Większość chorych z przewlekłymi bólami kręgosłupa lędźwiowego można efektywnie leczyć zachowawczo, umożliwiając im wykonanie codziennych czynności życiowych. Należy jednak uświadomić choremu sposób zabezpieczenia się przed ewentualnymi nawrotami choroby, które mogą doprowadzić do trwałej niesprawności, bezrobocia, a nawet wykluczenia społecznego.

Epidemiologia

Ból krzyża jest częstą dolegliwością w populacji ogólnej: zapadalność wynosi 5% rocznie, a chorobowość - 60-90%. Szacunkowe koszty związane z tym stosunkowo łagodnym schorzeniem wyniosły w 1984 roku 16 mld dolarów amerykańskich, a w 1990 roku 30 mld dolarów. Wprowadzenie *"managed care" (zintegrowanego systemu świadczeń zdrowotnych - przyp. tłum.)* może spowodować zmniejszenie kosztów leczenia bólu krzyża, ale jednocześnie pogorszyć jego wyniki, ponieważ kontrola wydatków wiąże się z ograniczeniem dostępu do specjalistów i leczenia. Według danych z piśmiennictwa u 90% chorych z bólem krzyża w ciągu 3 miesięcy dochodzi do poprawy. Ta często przywoływana statystyka spowodowała lekceważenie bólu krzyża w ciągu kilku pierwszych miesięcy od jego wystąpienia, a więc w okresie, kiedy leczenie jest łatwiejsze; uważano takie podejście za nieszkodliwe. Ostatnie doniesienia wskazują jednak, że chociaż u wielu chorych następuje poprawa, to nawet 75% ma co najmniej jeden nawrót dolegliwości, a u 72% po roku od jego wystąpienia ból się nadal utrzymuje. Wielu z tych chorych ma także ograniczoną sprawność. Oczywiście nie można tego uznać za "dobry wynik". Ból kręgosłupa lędźwiowego i szyjnego jest najczęstszym na świecie objawem, co do częstości występowania. Bóle krzyża występują u około 30-40 % wszystkich chorych zgłaszających się do ortopedy. Stwarzają duże trudności diagnostyczne i stają się prawdziwym problemem społecznym.
Ból kręgosłupa lędźwiowego jest najczęstszą przyczyną ograniczenia aktywności ludzi młodych. W wieku od 20 do 55 lat jest jedną z przyczyn niezdolności do pracy. Większość chorych z przewlekłymi bólami kręgosłupa lędźwiowego można efektywnie leczyć zachowawczo, umożliwiając im wykonanie codziennych czynności życiowych. Należy jednak uświadomić choremu sposób zabezpieczenia się przed ewentualnymi nawrotami choroby, które mogą doprowadzić do trwałej niesprawności, bezrobocia, a nawet wykluczenia społecznego.
Skutki następstw choroby lub stanu zdrowia w szczególności prowadzących do:

1. niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
2. niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
3. przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
4. obniżenia jakości życia.

Cel główny

Zmniejszenie dysfunkcji kręgosłupa poprzez kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia.

Cele szczegółowe

Zapoznanie uczestników z mechanizmami powstawania przeciążeń kręgosłupa, oraz metodami przeciwdziałania ich skutkom:

1. zwiększenie aktywności fizycznej,
2. zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej,
3. zmniejszenie, lub eliminacja bólu,
4. zwiększenie zakresu ruchu kręgosłupa i stawów obwodowych,
5. zwiększenie propriocepcji (czucia głębokiego), jako klucza w profilaktyce,
6. eliminacja czynników ryzyka nawrotu choroby,
7. zwiększenie samoświadomości we wczesnej i późnej profilaktyce.

Oczekiwane efekty

1. zmniejszenie absencji chorobowej będącej wynikiem ostrego lub przewlekłego bólu kręgosłupa i niemożliwości wykonywania czynności zawodowych,
2. zmniejszenie zachorowalności osób skarżących się na przeciążania na danym stanowisku pracy,
3. likwacja wykluczenia społecznego związanego z izolacją poprzez przebywanie w domu.
4. zmniejszenie niesprawności związanej z bólem
5. zmniejszenie nawrotów choroby
6. zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem zachowawczym i operacyjnym oraz świadczeniami ZUS.

Grupa docelowa

Adresatami programu są osoby dorosłe w wieku 20 – 55 lat, zamieszkałe na terenie Gminy Suszec. Szacunkowa liczba uprawnionych do skorzystania z w/w programu wynosi około 3500 osób.
Szacujemy, że ten problem zdrowotny dotyczy ok. 1000 osób uprawnionych do skorzystania z programu.

Tryb zapraszania do programu

Do programu zostaną zakwalifikowane osoby, skierowane z powtarzającym się (co najmniej drugi epizod) bólem kręgosłupa lędźwiowego, piersiowego lub szyjnego przez POZ lub lekarzy specjalistów, który podejmie decyzję o konieczności wykonania u pacjenta zabiegów rehabilitacyjnych. Organizator programu zamieści informacje o programie w lokalnej gazecie, a także na stronie internetowej Gminy Suszec. Natomiast realizator programu będzie zobowiązany we własnym zakresie prowadzić akcję informacyjno - promocyjną wśród lekarzy (ulotki, plakaty itp.), które powinny zawierać informacje o realizacji i sposobie kwalifikacji do programu.

Realizatorzy programu

Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w drodze postępowania konkursowego zorganizowanego przez organizatora programu czyli Urząd Gminy Suszec. Podmiot ubiegający

się o realizację świadczeń powinien posiadać odpowiednie uprawnienia wiedzę i doświadczenie, wyspecjalizowany personel medyczny oraz odpowiedni lokal i specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny.

Miejsce realizacji

Program ma być realizowany w specjalistycznej poradni rehabilitacyjnej z wyznaczonymi stanowiskami do ćwiczeń indywidualnych, wyposażonych w zastawy do ćwiczeń sensometrycznych oraz powinien spełniać wymogi ogólne.

Monitorowanie i ewaluacja programu

Program zostanie oceniony na podstawie następujących kryteriów:

1. liczba osób w populacji określonej programem,
2. liczba osób uczestniczących w programie,
3. liczby zabiegów rehabilitacyjnych,
4. liczby zabiegów rehabilitacyjnych wykonanych u 1 pacjenta,
5. rodzaju zabiegów rehabilitacyjnych wykonanych u 1 pacjenta,
6. liczby cyklów zabiegowych (1 pacjent może skorzystać z max. 2 cykli),
7. ankieta oceniająca stan pacjenta przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu.

Monitorowanie skuteczności realizacji programu

W okresie 5 lat po zakończeniu udziału w programie, każdy z uczestników programu zostanie poddany badaniu ankietowemu oceniającemu wpływ programu na Jego jakość życia. Badanie ankietowe zostanie przeprowadzone w formie telefonicznej przez realizatora programu. Realizator programu zobowiązany jest dostarczyć wyniki ankiety organizatorowi programu. Wzór ankiety zał. nr 2. Wyniki z ankiety pozwolą ocenić czy realizacja programu przyniosła zakładaną poprawę życia mieszkańców Gminy Suszec.

Etapy i działania organizacyjne

Pacjenci wybrani do programu zostaną przebadani w celu zakwalifikowania do wybranej metody terapeutycznej. Cykl będzie obejmował do 10 dni zabiegowych z wykorzystaniem metod leczniczych. Pacjenci będą mogli skorzystać z maksymalnie 2 cykli następujących po sobie oraz powtórnie po przerwie nie mniejszej niż 6 miesięcy.

Planowane interwencje

W ramach programu przewidziana jest realizacja rehabilitacji z zastosowaniem różnego rodzaju metod fizjoterapii oraz kinezyterapii, zgodnie ze skierowaniem oraz dopasowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta. Działania prozdrowotne przewidziane w ramach programu:

1. Korekcja przestrzenna dysku met. Mc'Kenzie'go;
2. Ćwiczenia stabilizacyjne met. Neurac'a;
3. Stretching medyczny met Evjenth'a.

Inne działania prozdrowotne w ramach programu:

1. Komputerowy test zaburzeń równowagi i propriocepcji na platformie stabilometrycznej;
2. Komputerowo dobrane do dysfunkcji ćwiczenia reedukacji na platformie balansowej;
3. Szkoła pleców obejmująca wszystkie aspekty życia;
4. Unikanie przeciążeń podczas przyjmowania pozycji niskich np. łóżko, wstawanie, siadanie, siedzenie, przemieszczanie się, czynności toaletowe, podnoszenie przedmiotów, praca itp.

Pacjent będzie mógł skorzystać z maksymalnie 2 cykli następujących po sobie oraz powtórnie po przerwie nie mniejszej niż 6 miesięcy.

Czas trwania programu

Program realizowany będzie w latach 2015 – 2021 z możliwością kontynuacji w kolejnych latach, jeżeli program spotka się z dużym zainteresowaniem ze strony adresatów. Program rozpocznie się niezwłocznie po uzyskaniu pozytywnej opinii i po przeprowadzonym konkursie.

Tryb zapraszania do programu

Grupa docelowa zostanie poinformowana o realizacji programu poprzez akcję informacyjną organizowaną przez Gminę Suszec. Organizator programu zamieści informację o programie w lokalnej gazecie, a także na stronie internetowej Gminy Suszec (Zał. nr 1). Natomiast realizator programu powinien prowadzić akcję informacyjno – promocyjną (ulotki, plakaty, itp.) wśród lekarzy POZ i specjalistów, gdyż to właśnie ta grupa powinna być najbardziej poinformowana o realizacji programu. Lekarze POZ i lekarze specjaliści podejmą na podstawie badania klinicznego pacjenta decyzję o kwalifikacji do programu.

Źródła finansowania program

Program finansowany będzie wyłącznie ze środków budżetu Gminy Suszec.

Całkowity koszt programu

Co roku Gmina Suszec na realizację programu przeznaczy kwotę w wysokości 50.000,00 zł. Całkowity koszt realizacji programu w latach 2015 - 2021 wynosi 350.000,00 zł
Planowany koszt jednego dnia zabiegowego wynosi 40,00 zł. Kwota umożliwi pokrycie 1250 dni zabiegowych. Przewidywany koszt objęcia programem jednej osoby wynosi ok. 400 zł (400 zł = 10 dni =1 cykl).

Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Program profilaktyki dysfunkcji kręgosłupa na lata 2015-2021 jest kontynuacją programu: ***„Projekt programu profilaktyki dysfunkcji kręgosłupa na lata 2015-2020"***, który dnia 24 listopada 2014 roku otrzymał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych w Warszawie. Dane dotyczące efektów realizacji programu zdrowotnego (Projekt profilaktyki dysfunkcji kręgosłupa na lata 2015-2020") pokazują, że jest on mieszkańcom naszej Gminy bardzo potrzebny. Z dokumentacji sprawozdawczej wynika, że w 2019-2020 roku z Programu skorzystało 168 mieszkańców. Warto zaznaczyć, że każdy z pacjentów objęty został 10 dniowym cyklem zabiegowym. Z kolei udostępnione dane za 2020 rok (stan na 31 grudnia 2020 r.) przedstawiają, że z programu skorzystało 45 osób. Ponadto dzięki realizacji w/w programu mamy nadzieję, że właściwa rehabilitacja znacznie zmniejszy odsetek pacjentów, którzy z powodu dysfunkcji kręgosłupa nie mogą pracować i bardzo wcześnie przechodzą na rentę, a tym samym mamy nadzieję, że problem dysfunkcji kręgosłupa w naszej Gminie zostanie zmniejszony w jak największym stopniu. Ponadto widzimy duże zainteresowanie programem wśród naszych mieszkańców. Dowodem są liczne telefony z zapytaniem o realizację programu w kolejnych latach.

PRZYPISY:

1. Frymoyer J.W., Pope M.H., Clements J.H., Wilder D.G., MacPherson B., Ashikaga T.: Risk factors in low-back pain: an epidemiologic survey. J. Bone Joint Surg. Am., 1983; 65: 213-218.
2. Svensson H.O., Vedin A., Wilhelmsson C., Andersson G.B.: Low-back pain in relation to other diseases and cardiovascular risk factors. Spine, 1983; 8: 277-285.
3. Biering-Sorensen F.: Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period. Spine, 1984; 9: 106-119.
4. Choler U., Larsson R., Nachemson A., Peterson L.E.: Back pain. SPRI Rep., 1985; 188: 1-100
5. Holbrook T.L., Grazier K., Kelsey J.L., Stauffer R.N.: The frequency of occurrence, impact, and cost of selected musculoskeletal conditions in the United States. Rosemont, Ill, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1984: 154-156.
6. Frymoyer J.W., Durett C.L.: The economics of spinal disorders. In: Frymoyer J.W., Ducker T.B., Hadler N.M., Kostuik J.P., Weinstein J.N., Whitecloud T.S. III, eds: The adult spine: principles and practice. Vol. 1, 2nd ed., Philadelphia, PA, Lippincott-Raven Publishers, 1997: 143-150.
7. van der Hoogen H.J., Koes B.W., van Eijk J.T., Bouter L.M., Deville W.: On the course of low back pain in general practice: a one year follow up study. Ann. Rheum. Dis., 1998; 57: 13-19.
8. Wahlgren D.R., Atkinson J.H., Epping-Jordan J.E., et al.: One-year follow-up of first onset low back pain. Pain, 1997; 73: 213-221.
9. www.mp.pl/artykuły. leczenie zachowawcze bólu krzyża. Prof.dr hab.med.Artur Dziak.
10. www.fit.pl I Kongres Instytutu McKenziego w Polsce.
11. www.gus.gov.pl – stan zdrowia ludności Polski w 2009r.

Załącznik nr 1

INFORMACJA

Urząd Gminy Suszec informuje, że od miesiąca..... do miesiąca.....20....r. będzie realizowany „**Program profilaktyczny dysfunkcji kręgosłupa**". Program adresowany jest do osób wieku od 20 do 55 lat zamieszkałych na terenie Gminy Suszec. Realizatorem programu będzie..... .Szczegółowe informacje o w/w programie można uzyskać w Biurze Obsługi Podmiotów Gospodarczych Urzędu Gminy Suszec pok. nr 4, tel. kont. (032) 4493050.

Załącznik nr 2

Ankieta

Czy uczestnictwo w programie poprawiło Pana/Pani jakość życia?
tak
nie
nie mam zdania

Czy po zakończeniu programu zwiększyła się Pana/Pani aktywność fizyczna mająca tak duże znaczenie w profilaktyce tego schorzenia?
tak
nie
nie mam zdania

Czy Pani/Pana świadomość w zakresie zapobiegania zespołom bólowym kręgosłupa oraz dbania o zdrowe plecy, dzięki uczestnictwu w programie jest wyższa?
tak
nie
nie mam zdania

Czy dzięki uczestnictwu w programie udało się Panu/Pani wyeliminować czynniki ryzyka nawrotu choroby
tak
nie
nie mam zdania

Czy byłby Pan/Pani zainteresowany/a uczestnictwem w programie w kolejnych latach?
tak
nie
nie mam zdania

Załącznik nr 2
do Uchwały Rady
Gminy Suszec
Nr .....
z dnia 29 maja 2025 r.

„PROGRAM PROFILAKTYKI CHODU W WIEKU 55+ NA LATA 2015 – 2021"

Autor programu:
URZĄD GMINY SUSZEC
ul. Lipowa 1 43-267 Suszec

Suszec, lipiec 2014 rok

Problem zdrowotny

Uszkodzenia kości, przebyte choroby, urazy i zmiany inwolucyjne u osób starszych mogą wpływać na zmianę chodu. Zaburzenia chodu znacznie ograniczają zdolność wykonywania codziennych czynności związanych z samoobsługą oraz zmniejszą aktywność rodzinną i społeczną. Z kolei brak aktywności fizycznej wpływa ujemnie na fizjologię człowieka. Długotrwały zastój może prowadzić do zaburzeń metabolicznych, zmniejszenia tolerancji glukozy, co może doprowadzić do rozwinięcia się cukrzycy typu II. Ponadto brak ruchu może skutkować wzrostem poziomu cholesterolu całkowitego i frakcji LDL, co w przyszłości może doprowadzić do wielu chorób układu krążenia (miażdżyca, zawał mięśnia sercowego), a jak wiadomo lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Dodatkowo osoba z zaburzeniami chodu ma poważnie utrudnione wykonywanie czynności, które każdy człowiek wykonuje codziennie, czyli samodzielne spożycie posiłków, kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła, ubranie się i rozebranie, korzystanie z ubikacji oraz umycie całego ciała.
Dodatkowo często prowadzą do upadków, które w dzisiejszych czasach są poważnym problemem, pociągającym za sobą istotne skutki medyczne i ekonomiczne. Dlatego tak ważna jest organizacja programów profilaktycznych, które pozwolą takim osobom normalnie funkcjonować. Jak wskazują dane prawidłowa rehabilitacja dla osób starszych, w której oprócz ćwiczeń czynnych były ćwiczenia zmiany pozycji i nauka podnoszenia się po ewentualnym upadku, wykazały korzystny wpływ na możliwości wykonywania czynności życia codziennego i chodu.

Epidemiologia

Aktualne dane epidemiologiczne wskazują, że w Polsce z powodu zaburzeń chodu przynajmniej raz w roku upada 33% osób powyżej 65 roku życia mieszkających samodzielnie, 20% chorych hospitalizowanych i 50-67% pensjonariuszy domów opieki. Dodatkowo dane wskazują, że u osób starszych częściej niż w innych grupach wiekowych to właśnie upadki są główną przyczyną niepełnosprawności. Blisko połowa upadków kończy się urazem, 10-15% upadków prowadzi to oparzeń, krwiaków wewnątrzczaszkowych, ran. Z kolei następstwem 5-6% upadków są złamania: kości ramiennej, kości przedramienia, miednicy i złamania najpoważniejszej dla osób starszych nasady bliższej kości udowej. Te ostatnie są przyczyną większej chorobowości i śmiertelności osób starszych, w ciągu 6 miesięcy od złamania, aż 20% poszkodowanych umiera. Jak wskazują badania przebyte złamania znacznie obniżają jakość życia, ponad połowa pacjentów, którzy przed urazem chodzili traci tę zdolność i wymaga opieki, często całodobowej. Konsekwencją długotrwałego unieruchomienia może być zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna, infekcje, odwodnienie, odleżyny, przykurcze w stawach. W USA upadki zajmują siódme miejsce na liście najczęstszych przyczyn zgonów osób powyżej 65r.ż. Etiologia upadków jest zróżnicowana. W podeszłym wieku ryzyko upadku zwiększają choroby neurologiczne, metaboliczne, żołądkowo-jelitowe, sercowo-naczyniowe, schorzenia narządu ruchu czy zaburzenia funkcji psychicznych. Do upadków przyczyniają się także leki. Badania dowodzą, że stosowanie więcej niż 4 leków zwiększa prawdopodobieństwo upadku. Szczególnie znaczenie ma to u osób starszych, które na skutek wielochorobowości przyjmują różne leki i często w nieprawidłowych dawkach. GUS opublikował dane, z których wynika, że 8% osób w wywiadzie zgłasza trudności z przejściem 500 m, z tego co trzecia osoba stwierdza, że pokona ten dystans ale z dużą trudnością, z kolei 2% osób nie jest w stanie tego zrobić. Problem ten dotyczą przede wszystkim osób po 70 r.ż. To właśnie w tej grupie wiekowej trudności z przejściem 500m ma co druga osoba. Dodatkowo kłopoty z wejściem i zejściem ze schodów (na 1 piętro i bez żadnej pomocy) ma blisko co siódma osoba dorosła, i już co czwarta osoba 60-letnia i aż 60% osób 70-letnich i starszych. Z udostępnionych danych wynika, że duże

znaczenie dla zmniejszenia występowania zaburzeń chodu, upadków mają ćwiczenia fizyczne, w których główny nacisk kładzie się na stabilizację równowagi, zwiększenie siły mięśniowej i koordynacji ruchów. Dlatego tak ważna jest realizacja programów profilaktycznych ukierunkowanych na ten właśnie problem. Strach przed upadkiem czy niemożność poradzenia sobie podczas próby wstawania, sprawia, że wiele osób ogranicza swoją aktywność fizyczną, większość czasu spędza w pozycji siedzącej lub leżącej, co pogarsza wykonywanie przez nich podstawowych czynności życia codziennego.

Cel główny

Poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób z zaburzeniami chodu. Cel główny jak i cele szczegółowe programu będą realizowane poprzez prowadzenie działań rehabilitacyjnych zwiększających szanse na samodzielne życie i samodzielne realizowanie własnych potrzeb osób objętych programem.

Cele szczegółowe

1. zwiększenie sprawności fizycznej osób objętych programem,
2. zmniejszenie ryzyka rozwoju i częstości występowania chorób, w których powstaniu istotną rolę odgrywają zaburzenia chodzenia,
3. poprawa jakości chodu,
4. zwiększenie zakresu ruchu stawów obręczy kończyn dolnych,
5. zwiększenie propriocepcji (czucia głębokiego) ciała, jako klucza w profilaktyce chodu,
6. zmniejszenie lub eliminacji bólu,
7. zmniejszenie kosztów leczenia w późniejszych latach.

Oczekiwane efekty

1. poprawa kondycji fizycznej u osób objętych w programie,
2. skrócenie i obniżenie kosztów leczenia w późniejszych latach,
3. usamodzielnienie się osób z zaburzeniami chodu,
4. zmniejszenie zapadalności na choroby będące następstwem zaburzeń chodu,
5. wyeliminowanie bólu i cierpienia.

Adresaci programu

Program skierowany będzie do osób w wieku 55-80 lat zamieszkałych na terenie Gminy Suszec. Przypuszczamy, że co roku ten problem zdrowotny dotyczy ok. 1000 osób objętych programem. Szacunkowa liczba osób uprawnionych do skorzystania z w/w programu 3500 osób.

Tryb zapraszania do programu

Grupa docelowa zostanie poinformowana o realizacji programu poprzez akcję informacyjną organizowaną przez Gminę Suszec. Organizator programu zamieści informację o programie w lokalnej gazecie, a także na stronie internetowej Gminy Suszec (Zał. nr 1). Natomiast realizator programu powinien prowadzić akcję informacyjno – promocyjną (ulotki, plakaty, itp.) wśród lekarzy POZ i specjalistów, gdyż to właśnie ta grupa powinna być najbardziej poinformowana o realizacji programu. Lekarze POZ i lekarze specjaliści podejmą na podstawie badania klinicznego pacjenta decyzję o kwalifikacji do programu.

Realizatorzy programu

Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w drodze postępowania konkursowego. Podmiot ubiegający się o realizację świadczeń powinien być wyposażony w odpowiedni sprzęt umożliwiający realizację powierzonego programu. Realizator programu powinien posiadać odpowiednie uprawnienia, wiedzę i doświadczenie oraz wyspecjalizowany personel medyczny.

Miejsce realizacji programu

Program będzie realizowany w placówce podmiotu, z którym zostanie zawarta umowa na realizację w/w programu obejmującego profilaktykę chodu u osób zakwalifikowanych do programu. Podmiot odpowiedzialny za realizację świadczeń powinien spełniać wymogi ogólne.

Monitorowanie i ewaluacja programu

Program zostanie oceniony na podstawie następujących kryteriów:

1. liczba osób w populacji określonej programem,
2. liczba osób uczestniczących w programie,
3. liczby zabiegów rehabilitacyjnych,
4. liczby zabiegów rehabilitacyjnych wykonanych u 1 pacjenta,
5. rodzaju zabiegów rehabilitacyjnych wykonanych u 1 pacjenta,
6. liczby cyklów zabiegowych (1 pacjent może skorzystać z max. 2 cykli),
7. ankieta oceniająca stan pacjenta przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu.

Etapy i działania organizacyjne

Osoby do programu zostaną skierowane przez lekarza POZ lub specjalistę. Pacjent nie może być aktualnie zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. Każdej osobie biorącej udział w programie będzie przysługiwał jeden cykl zabiegowy, trwający powyżej 10 dni. Dodatkowo pacjent będzie mógł skorzystać z max. 2 cykli następujących po sobie oraz istnieje możliwość powtórzenia cyklu po przerwie nie mniejszej niż 6 miesięcy.

Planowane interwencje

Cykl zabiegowy powinien być dostosowany indywidualnie do każdego pacjenta. Realizator powinien wykorzystać następujące metody terapeutyczne:

1. Ćwiczenia stabilizacyjne metodą Neurac'a;
2. Stretching medyczny metodą Evjenth'a;
3. Ćwiczenia neurologiczne metodą PNF.

Inne działania prozdrowotne przewidziane w ramach programu:

1. komputerowy test zaburzeń równowagi, propricepsji i jakości chodu na bieżni, badanie reakcji stopy na podłoże (sposób obciążenia w czasie stania i chodzenia), ćwiczenia dobrane do dysfunkcji, instruktaż obejmujący aspekty życia, unikanie przeciążeń podczas przyjmowania pozycji niskich np. łóżko, wstawanie, siadanie, siedzenie, przemieszczanie się, czynności toaletowe, podnoszenie przedmiotów.

Czas trwania programu

Program realizowany będzie w latach 2015 – 2021r. z możliwością kontynuacji w kolejnych latach jeżeli spotka się z dużym zainteresowaniem ze strony adresatów. Program rozpocznie się niezwłocznie po uzyskaniu pozytywnej opinii i po przeprowadzonym konkursie.

Źródła finansowania program

Program finansowany będzie wyłącznie ze środków budżetu Gminy Suszec.

Całkowity koszt programu rocznie

Co roku Gmina Suszec na realizację programu przeznaczy kwotę w wysokości 20.000,00 zł. Całkowity koszt realizacji programu w latach 2015 - 2021 wynosi 140.000,00 zł
Planowany koszt jednostkowy usługi nie powinien przekroczyć kwoty 40 zł za dzień zabiegowy. Przewidywany koszt objęcia programem jednej osoby wynosi ok. 400 zł. Co roku kwota umożliwi pokrycie 500 dni zabiegowych.

Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

„Program profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015 – 2021" jest kontynuacją programu: „Projekt programu profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015-2020", który dnia 24 listopada 2014 roku otrzymał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych w Warszawie. Dane dotyczące efektów realizacji programu zdrowotnego (Projekt programu profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015-2020") pokazują, że jest on mieszkańcom naszej Gminy bardzo potrzebny.
Z dokumentacji sprawozdawczej wynika, że w latach 2019-2020 roku z Programu skorzystało 72 mieszkańców. Warto zaznaczyć, że każdy z pacjentów objęty został 10 dniowym cyklem zabiegowym, a więc limit zabiegów planowanych został w pełni wykorzystany. Z kolei udostępnione dane za 2020 rok (stan do 31 grudnia 2020 r.) przedstawiają, że 10 dniowy cykl zabiegowy zakończyło już 22 osoby. Ponadto dzięki realizacji w/w programu mamy nadzieję, że właściwa rehabilitacja znacznie zmniejszy odsetek pacjentów, którzy z powodu zaburzeń chodu nie mogą pracować i bardzo wcześnie przechodzą na rentę, a tym samym mamy nadzieję, że problem zaburzeń chodu w naszej Gminie zostanie zmniejszony w jak największym stopniu. Należy również podkreślić, że Komisja Oświaty, Kultury, Sportu Zdrowia i Opieki Społecznej działająca przy Radzie Gminy Suszec zaakceptowała jego realizację.

Piśmiennictwo:

1. Skalska A., Fedyk-Łukasik M., Walczewska J.: „Upadki w wieku podeszłym – przypadek czy objaw choroby".
2. Szczudlik A., Rudzińska M.: Zaburzenia chodu i upadki – diagnostyka różnicowa i postępowanie.
3. GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., s.47-56.
4. T.B. Kulik, B. Zboina, M. Wiecheć: „Wpływ aktywności fizycznej na jakość życia osób w podeszłym wieku", /w:/ materiały z Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu 2001, s. 47;
5. M. Żak: Rehabilitacja w geriatrii – wybrane zagadnienia, http://www.cim.tzmo.pl/index.pnp7page_id=142&lnkgroup d=407&lnkobject_id=181;

Załącznik nr 1

INFORMACJA

Urząd Gminy Suszec informuje, że od miesiąca..... do miesiąca.....20....r. będzie realizowany **„Program profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015-2021"** kontynuacja w 2025 roku. Program adresowany jest do osób wieku od 55 do 80 lat zamieszkałych na terenie Gminy Suszec. Realizatorem programu będzie..... .Szczegółowe informacje o w/w programie można uzyskać w Biurze Obsługi Podmiotów Gospodarczych Urzędu Gminy Suszec, pok. nr 4, tel. kont. (032) 4493057.

Załącznik nr 3
do Uchwały Rady
Gminy Suszec
Nr .....
z dnia 29 maja 2025 r.

GMINNY PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
w zakresie
profilaktyki zakażeń meningokokowych wśród dzieci w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy A,C, W-135, Y

w Gminie Suszec
okres realizacji programu: 2021-2025

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

Autor programu:
URZĄD GMINY SUSZEC
ul. Lipowa 1 43-267 Suszec

Suszec, maj 2021 rok

Spis treści:

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

I.1. Problem zdrowotny.

I.2. Dane epidemiologiczne.

I.3. Opis obecnego postępowania.

I.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.

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

II.1. Cele główny.

II.2. Cel szczegółowy.

II.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

II.4. Oczekiwane efekty.

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

III.1. Populacja docelowa.

III.2. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników.

III.3. Planowane interwencje.

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

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.

IV.1. Etapy i działania organizacyjne.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunki lokalowe.

V. Sposób monitorowania i ewaluacja.

V.1. Monitorowanie.

V.2. Ewaluacja.

VI. Budżet programu w podziale na koszty jednostkowe i całkowite.

VI.1. Źródło finansowania programu.

VI.2. Koszty.

VI.2.1. Koszt jednostkowy.

VI.2.2. Koszt całkowity.

Załącznik nr 1 do programu

Załącznik nr 2 do programu

Bibliografia

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

I. 1. Problem zdrowotny

Źródłem zakażenia jest osoba chora lub będąca nosicielem bakterii *Neiseria meningitadis* stanowiącej czynnik etiologiczny choroby. Istnieje wiele grup tych bakterii. W Polsce najczęściej występują meningokoki grupy B i C. Te ostatnie częściej wywołują ogniska epidemiczne. Inne grupy meningokoków, takie jak Y czy W135 występują w Polsce bardzo rzadko. Epidemie wywoływane są głównie przez szczepy z grup serologicznych A,C i W135. Meningokoki występują u około 20% zdrowych ludzi w jamie nosowo-gardłowej. Na ogół przenoszą się z człowieka na człowieka przez bliski i długotrwały kontakt z wydzieliną z gardła (bardzo bliskie kontakty). Te bakterie nie przeżywają poza organizmem człowieka, więc nie można się zarazić np. na basenie lub przebywając po prostu w jednym budynku.

Ludzie w każdym wieku mogą być nosicielami meningokoków. Nosicielstwo może trwać kilka dni, tygodni lub miesięcy i nie powodować wystąpienia choroby. Bakterie wywołują u nosicieli nawet pewien stopień odporności. Niekiedy jednak przełamują one bariery ochronne organizmu i powodują zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub posocznicę. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica meningokokowa mogą być czasem trudne do rozpoznania w pierwszej fazie zakażenia. Pierwsze objawy mogą być takie same jak w przeziębieniu. Objawy mogą się rozwinąć w ciągu kilku dni, choć w niektórych przypadkach dochodzi do tego w zaledwie kilka godzin. Okres wylęgania choroby meningokokowej wynosi 2-10 dni. Kolejne objawy nie występują w określonej kolejności, a część z nich może nie wystąpić w ogóle. Musimy pamiętać, że czasem zakażeniu towarzyszyć mogą objawy inne niż przedstawione poniżej.

Objawy u niemowląt:

1. gorączka – dłonie i stopy mogą być zimne,
2. brak apetytu, wymioty, biegunka,
3. rozpaczliwy płacz, kwilenie,
4. rozdrażnienie,
5. odgięcie głowy do tyłu,
6. osłupienie, pulsujące ciemiączko,
7. senność,
8. wybroczyny (plamy) na skórze.

Objawy u dorosłych i starszych dzieci:

1. wymioty,
2. gorączka,
3. ból głowy,
4. sztywność karku,
5. bóle stawów,
6. światłowstręt,
7. senność,
8. drgawki,
9. zimne dłonie i stopy przy jednoczesnej wysokiej gorączce oraz wybroczyny na skórze mogą występować również u starszych dzieci i dorosłych.

Zakażenia meningokokowe mogą także prowadzić do zakażeń zlokalizowanych (nieinwazyjnych) dotyczących:

1. spojówek,
2. ślinianek,
3. płuc,
4. zatok,
5. ucha środkowego,
6. nagłośni,
7. układu moczowo-płciowego.

Do czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi inwazyjnej choroby meningokokowej należą:

1. wiek chorego (od 3 miesięcy do 5 lat i 15-24 lata),
2. niedobory końcowych składników dopełniacza (C5-C9),
3. zaburzenia układu properdyny,
4. czynnościowy i anatomiczny brak śledziony,
5. palenie papierosów,
6. poprzedzające zakażenia wirusowe,
7. zachorowanie w najbliższym środowisku (400-800 razy większe ryzyko),
8. przebywanie w środowiskach zamkniętych,
9. złe, związane z zatłoczeniem warunki socjalne,
10. określone warunki klimatyczne oraz styl życia (np. częste uczęszczanie do dyskotek, klubów, pubów).

Rzadziej występujące postacie inwazyjnej choroby meningokokowej, to przebiegające samodzielnie bądź towarzyszące posocznicy septyczne zapalenie stawów, zapalenie płuc z bakteriemią, zapalenie mięśnia sercowego, wsierdzia i osierdzia.

Umieralność na zakażenia 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 na zakażenia wywołane przez serogrupę W-135. Zakażenia wywołane przez serogrupę W-135 często są późno diagnozowane ze względu na nietypowe objawy kliniczne. Przebieg choroby jest z reguły ciężki i często kończy się śmiercią. Najwyższy współczynnik śmiertelności odnotowuje się dla serogrupy W-135. Ponadto u części osób, które przebyły 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.

I.2 Dane epidemiologiczne

W większości przypadków szczep *Neiseria meningitadis* nie powoduje choroby, a jedynie odpowiada za stan bezobjawowego nosicielstwa, które w sytuacji epidemicznej jest udziałem około 10% populacji. Kolonizacja nosogardzieli przez meningokoki wywołuje odpowiedź immunologiczną w postaci wytwarzania bakteriobójczych przeciwciał. Co roku na świecie odnotowuje się, że meningokoki wywołują zakażenia ok. 500 000 osób rocznie, z czego 5-10% kończy się śmiercią chorego z powodu zakażeń wywołanych przez szczep *Neiseria meningitadis*. Występowanie poszczególnych serogrup meningokoków jest uzależnione od obszaru geograficznego. W Europie IChM jest chorobą rzadką. W 2017 r. potwierdzono 3221 przypadków IChM, zmarły 282 osoby. Na przestrzeni ostatnich lat, w związku z wprowadzeniem w wielu krajach powszechnych szczepień przeciw meningokokom obserwujemy trend obniżania zapadalności na IChM. Ogólna zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową (IChM) w Polsce jest na niskim poziomie europejskim, ale – co charakterystyczne dla tej choroby – podlega okresowym wahaniom. Rocznie rejestrowanych jest ok. 150-200 zachorowań. Za większość przypadków IChM odpowiadają meningokoki serogrupy B, następnie serogrupy C. W ostatnim czasie rośnie udział meningokoków serogrupy W-135. Najwięcej zakażeń wywoływanych przez meningokoki serogrupy B, odnotowano u dzieci do 1 roku życia. Według raportu European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) obejmującego dane z 2014 roku w 30 krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego zgłoszono 2760 potwierdzonych zachorowań na IChM, co daje ogólną zapadalność 0,5/100 000 (u niemowląt 10,1/100 000) (>80% zachorowań), natomiast grupa C u osób w wieku 25–44 lat. Zachorowania wywołane przez serogrupy Y i W-135 stwierdzano przede wszystkim u osób starszych (>65 r.ż.). Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH), wskaźnik zapadalności był największy w 2007 roku (1,03/100 000), nieco mniejszy w 2009 (0,80/100 000), a w 2018 roku osiągnął poziom 0,53/100 000, co plasuje Polskę wśród krajów z niską zapadalnością na IChM. Zakażenia meningokokowe występują we wszystkich grupach wiekowych. Największą zapadalność obserwuje się u dzieci <1 roku życia, choć jest ona również wysoka w grupie <5 roku życia. Większą zapadalność niż średnia obserwuje się również u młodzieży. U dzieci <1 roku życia zapadalność na IChM w ostatnich latach (wg danych Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego, KOROUN) waha się około 11 przypadków/100 000, a w 2018 roku wyniosła 10,65/100 000. Z kolei zapadalność u dzieci <5 roku życia i osób w wieku 15–19 lat wyniosła w 2018 r. odpowiednio 4,43/100 000 i 0,64/100 000. Zapadalność na tę chorobę jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami. Przykładowo w 2018 roku zapadalność u dzieci <1 roku życia z województwa zachodnio-pomorskiego i mazowieckiego wyniosła odpowiednio 37,64 i 19,80, a w łódzkim, opolskim i podkarpackim nie zgłoszono żadnego przypadku. Te rozbieżności mogą świadczyć zarówno o różnicach w sytuacji epidemiologicznej, związanej również z podejmowanymi lokalnie szczepieniami jak i o jakości systemu monitorowania zakażeń w poszczególnych regionach kraju. Ogólny współczynnik śmiertelności w 2018 r. wyniósł 17,9%, przy czym największy (50,0%) odnotowano u dzieci w wieku 36–47 miesięcy i u młodzieży 15–19 lat. U niemowląt osiągnął on wartość 15,8%.

W Polsce od wielu lat za większość przypadków IChM odpowiadają meningokoki serogrupy B. Według danych KOROUN, w 2018r. wśród 174 przypadków IChM, potwierdzonych laboratoryjnie 65,5% należało do serogrupy B, 20,7% do serogrupy C, 9,8% do W-135 i 1,7% do serogrupy Y.

Jedno zakażenie zostało wywołane przez meningokoki serogrupy X. Należy podkreślić, że w 2018 roku, w porównaniu z rokiem wcześniejszym, dwukrotnie wzrósł odsetek izolatów serogrupy W-135, co należy uważnie monitorować.

Meningokoki stanowią istotny czynnik etiologiczny pozaszpitalnych zakażeń inwazyjnych; najwięcej zakażeń występuje wśród niemowląt. Od wielu lat meningokoki serogrupy B odpowiadają za największą liczbę zakażeń. W 2019, podobnie jak w 2018 roku utrzymał się wyższy odsetek zakażeń wywołanych przez meningokoki serogrupy W-135. Należy wzmocnić laboratoryjne monitorowanie IChM, zwłaszcza w województwach, które nie raportują przypadków u niemowląt.
Inwazyjna choroba meningokokowa jest monitorowana na terenie Polski od 1956 roku. W latach 1956- 1970 do Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa śląskiego nie zgłoszono zachorowań na Inwazyjną chorobę meningokokową. Pierwsze zachorowania odnotowano w 1971 roku. Obserwując zachorowania na terenie województwa śląskiego należy stwierdzić, iż na przestrzeni lat 1971 -2018 najwięcej zachorowań odnotowano w 2007 roku - 58osób.
W przypadku wystąpienia inwazyjnej choroby meningokokowej, na przestrzeni ostatnich 10 lat 99,2% chorych było hospitalizowanych (244 osoby na 246 chorych). Śmiertelność w tej jednostce chorobowej wyniosła 11% (zmarło 27 osób). W 2018 roku na inwazyjną chorobę meningokokową w województwie śląskim zachorowało 20 osób, z czego 1 zmarła. Był to 5 letni chłopiec zamieszkały w Rybniku.

Na terenie województwa śląskiego zachorowania występowały u pacjentów w każdym wieku, jednakże najczęściej u małych dzieci w grupie wiekowej do 4 – 15 lat osób chorych (61%). Drugi przedział wiekowy osób, u których występowała zwiększona ilość zachorowań to przedział wiekowy między 15 a 44 r. ż., zachorowało 57 osób (23,2%). Dlatego też należałoby podkreślić, iż szczepienia przeciwko meningokokom należy rozpoczynać jak najwcześniej, gdyż najbardziej narażoną grupą wiekową są małe dzieci. W grupie wiekowej powyżej 65 roku życia rejestrowane są pojedyncze zachorowania, w związku z tym, iż producenci niektórych szczepionek nie posiadają badań klinicznych dotyczących badań skuteczności szczepionki w tej grupie wiekowej. Należy rozważyć zaszczepienie się we wcześniejszym okresie. Najskuteczniejszą metodą zwalczania chorób zakaźnych w tym chorób meningokokowych są działania profilaktyczne. Istotne znaczenie odgrywa czynna immunoprofilaktyka czyli szczepienia ochronne.

Z danych KORUNU z dnia 24.03.2021r. wynika, że w 2020r. pandemia i związane z nią restrykcje spowodowały potwierdzenie znacznie niższej liczby przypadków ICHM w Polsce w ostatnim roku (w 2020r. potwierdzono w KOROUN o 43% mniej zakażeń meningokokowych niż w 2018r. i 41% mniej niż w 2019r.).

I.3. Opis obecnego postępowania

W zapobieganiu 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 4-walentne z antygenami w postaci polisacharydów, skuteczne wobec meningokoków serogrupy A, C, W-135 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.

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

Szczepionki skoniugowane to szczepionki nowszej generacji (w Polsce dostępne przeciw meningokokom serogrupy C oraz A, C, W-135 i Y). W skład szczepionek skoniugowanych wchodzą oczyszczone polisacharydy otoczkowe, tj. meningokoka połączone 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 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-135 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 miesiąca, dzieciom, młodzieży i dorosłym. Jedna 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 meningokokowi 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 wywołana przez serogrupę B.
Szczepienia przeciw meningokokom zalecane są osobom narażonym na przebywanie w dużych skupiskach, tj.:

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

Zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na 2020 rok, szczepienia przeciwko meningokokom należą do grupy szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków Ministra Zdrowia:.

1. niemowlętom powyżej 2. m.ż.
2. 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),
3. 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,
4. 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:

1. szczepionkę skoniugowaną od ukończenia 2 miesiąca życia (monowalentna przeciw serogrupie C),
2. szczepionkę białkową (r DNA) od ukończenia 2 miesiąca życia (przeciw serogrupie B),
3. szczepionkę skoniugowaną czterowalentną przeciw serogrupom A, C, W-135, Y od 12 miesiąca życia,
4. szczepionkę skoniugowaną monowalentną (przeciw serogrupie C) i czterowalentną (przeciw serogrupie A, C, W-135, Y) od ukończenia 2 miesiąca życia,
5. szczepionkę polisacharydową przeciw serogrupom A i C dzieciom powyżej 2 lat i dorosłym.

Szczepionki przeciw meningokokom są bezpieczne. Jednak jak po każdym szczepieniu mogą wystąpić niepożądane odczyny poszczepienne od najprostszych, 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 W-135 oraz osobom, które miały bliski kontakt z przypadkami zakażenia meningokokami grup A, Y oraz W-135 powyżej 2 roku życia. Poprzez wprowadzenie rutynowych szczepień p/MenC w Wielkiej Brytanii, w przedziale czasu 1998-2008 zredukowano liczbę zachorowań na IChM o blisko 97%. Szacowana efektywność szczepionek wahała się w granicach 93-100%. Udowodniono również wpływ szczepionek na zmniejszenie nosicielstwa meningokoków grupy C. Skuteczność szczepionki przeciwko nosicielstwu oszacowano 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≥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) [9].

I.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

W Polsce i na świecie dostępnych jest kilka rodzajów szczepionek przeciw meningokokom. Na przestrzeni ostatnich kilku lat obserwujemy wzrost częstości występowania inwazyjnych zakażeń meningokokowych wywołanych meningokokami grupy W-135. Serogrupa ta jest coraz bardziej istotna klinicznie, w związku z rosnącą liczbą zachorowań odnotowanych w Europie oraz na innych kontynentach. Dotyczy to również Polski. Wraz z szybkim wzrostem udziału meningokoków grupy W-135, rośnie znaczenie ochrony jaką zapewnia szczepionka 4 składnikowa przeciw meningokokom grupy A, C, W-135, Y. Mając powyższe na uwadze Gmina Suszec zdecydowała się o wdrożenie szczepień przeciw meningokokom grupy A, C, W-135, Y, które zastąpiły wcześniej stosowane szczepionki przeciw serogrupie C.
Z danych udostępnionych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Tychach w sprawie oceny sytuacji epidemiologicznej w powiecie pszczyńskim w latach 2019-2020 wynika, że wystąpiły pojedyncze zachorowania wywołane przez meningokoki. Odsetek tych osób w skali populacji wydaje się nieznaczny, można wnioskować, że sytuację tą zawdzięczamy działaniom profilaktycznym realizowanym na szeroką skalę. Przed przystąpieniem do realizacji programu w 2012 r. liczba zachorowań wywołanych przez meningokoki na poziomie działalności Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Tychach wynosiła aż 27 osób. Dlatego nasza Gmina z uwagi na korzystne efekty działań profilaktycznych podjęła decyzję o kontynuacji działań profilaktycznych poprzez szczepienia.
Jak przedstawia piśmiennictwo zakażenia meningokokowe są bardzo trudne do zdiagnozowania, objawy chorobowe zwykle przypominają przeziębienie, dlatego szczepienia ochronne wydają się najlepszym sposobem zapobiegania zakażeniom.
Program profilaktyki zakażeń meningokokowych wśród dzieci w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy C był realizowany w latach 2012 – 2014 oraz 2015 – 2020. W tym okresie zaszczepiono 707 osób co stanowiło 60% populacji 2 – latków i 40% 14 – latków objętej szczepieniem w ramach programu samorządowego.

Program jest pozytywnie oceniany przez lekarzy rodzinnych również w ościennych gminach - tam również leczą się dzieci z naszej gminy. Skłaniamy się do realizowania programu szczepionką chroniącą również przed serotypami A, C, Y, W-135 ze względu na liczne pytania rodziców o taki rodzaj szczepionki. Tym bardziej, iż w sąsiedniej gminie Żory takie szczepienia są realizowane. Biorąc pod uwagę ograniczone możliwości ekonomiczne rodziców celowe jest prowadzenie takich programów. Do skutecznej realizacji programu wystarczy jedna dawka szczepionki dająca pełne uodpornienie. Musimy dbać o edukację i propagowanie świadomych zachowań rodziców względem dzieci, dlatego chętnie podejmiemy się działań, aby każdy rodzic mógł podjąć dobrą decyzję.
Obecnie profilaktyka zakażeń meningokokowych nie jest wpisana do Programu Szczepień Ochronnych jako obowiązkowa, dlatego możliwość szczepień dostępnych w ramach programu samorządowego cieszy się dużą popularnością. Szczepienia w wieku żłobkowo-przedszkolnym tj. ok 2 r.ż. jest najbardziej celowe, gdyż te dzieci są szczególnie narażone na zakażenie meningokokowe.
Realizując w/w program mamy nadzieję, że problem zakażeń meningokokowych zostanie zminimalizowany maksymalnie.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Obniżenie liczby zakażeń meningokokowych wywołanych bakterią z grupy A, C, W-135, Y u dzieci objętych programem.

Cel będzie realizowany poprzez wdrożenie szczepień przeciwko meningokokom grupy A, C, W-135, Y.

II.2. Cel szczegółowy

1. zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem w/w schorzeń,
2. obniżenie liczby zakażeń wywołanych bakteriami meningokokowymi,
3. wykonanie szczepień przeciwko zakażeniom bakteriami meningokokowi,
4. rzetelna i skuteczna informacja do mieszkańców dotycząca prowadzonych szczepień ochronnych,
5. rozdanie materiałów edukacyjnych.

II.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1. liczba hospitalizacji z powodu IChM odnotowanych wśród mieszkańców Suszca (na podstawie danych NFZ);
2. liczba zaszczepionych dzieci porównana do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej (bieżący monitoring, sprawozdania miesięczne oraz roczne);
3. liczba zgód na udział w programie w porównaniu z liczebnością populacji docelowej;
4. ocena jakości oraz edukacji udzielanych świadczeń wykonywana poprzez monitorowanie wyników anonimowych ankiet dla uczestników oraz prowadzenie nadzoru przez koordynatora programu.

II.4. Oczekiwane efekty

1. spadek liczby hospitalizacji spowodowanych zakażeniami meningokowymi,
2. zmniejszenie liczby odnotowanych nowych zakażeń meningokokowych w następnych latach realizacji programu w populacji docelowej,
3. zaszczepienie min 60% grupy docelowej urodzonych 2019-2023,
4. duża zgłaszalność do programu dzieci niezaszczepionych,
5. edukacja w zakresie objawów Inwazyjnej Choroby Menongokokowej u małych dzieci i niemowląt.

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

III.1. Populacja docelowa

Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi szczepień ochronnych przeciw inwazyjnym zakażeniom Neisseria meningitidis A, C, W-135 oraz Y do objęcia programem kwalifikują się dzieci od 2 miesiąca życia, młodzież oraz osoby dorosłe.
Program kierowany jest do dzieci urodzonych w latach 2019-2023, zameldowanych w Gminie Suszec.
Proponowany schemat szczepień to - dzieci w 2 roku życia – 1 dawka.
Zgodnie z aktualnymi danymi, liczba osób kwalifikujących się do programu w danym roku to 157 osób, które zamieszkują w Gminie Suszec i dostarczą zaświadczenie o nie zaszczepieniu p/ko meningokokom z grupy A, C, W-135, Y wydane przez punkt szczepień posiadający indywidualną kartę szczepień dziecka. Termin rozpoczęcia szczepień planowany na okres od września 2021r., a zakończenia w grudniu 2025r.

Przewidywaną liczbę dzieci do objęcia programem oszacowano na:

rok 2021
rocznik 2019 – 157 osób

rok 2022
rocznik 2020 - 135 osób

rok 2023
rocznik 2021 – wg urodzeń

rok 2024
rocznik 2022 wg urodzeń

rok 2025
rocznik 2023 wg urodzeń

III.2. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do programu zakwalifikowane będą wszystkie osoby w grupie wiekowej 2019 do rocznika 2023r. z terenu Gminy Suszec. Dokument potwierdzający zamieszkanie stałe lub czasowe. Grupa docelowa zostanie poinformowana o realizacji programu poprzez akcję informacyjną organizowaną przez Gminę Suszec. Organizator programu zamieści informację o programie

w lokalnej gazecie, a także na stronie internetowej Gminy Suszec. Natomiast realizator programu powinien prowadzić akcję informacyjno – promocyjną (ulotki, plakaty, itp.) we własnym zakresie. Zaleca się, aby wysłał indywidualne zaproszenia informacyjne o rodzaju planowanego szczepienia, sposobie i terminie realizacji, wymaganych dokumentach do jego wykonania oraz sposobie finansowania wykonanej usługi do rodziców lub opiekunów dzieci zakwalifikowanych do programu.

Kryteria wyłączenia:

1. brak kwalifikacji lekarskiej,
2. stałe lub czasowe przeciwskazania do szczepień,
3. brak adresu zameldowania na terenie Gminy Suszec,
4. brak zgody rodziców/opiekunów.

Kryteria włączenia:

1. zaszczepione zostanie dziecko, które otrzyma pozytywną klasyfikacje przez lekarza kierującego,
2. do szczepienia bezwzględnie wymagana będzie pisemna zgoda rodziców lub opiekunów dziecka,
3. jest zameldowany na terenie Gminy Suszec.

III.3. Planowane interwencje.

W ramach realizacji programu przewidziane jest wykonanie szczepień ochronnych przeciwko *n.meningitidis* serotypów A, C, W-135, Y skoniugonwaną szczepionką dopuszczoną do użytkowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w liczbie 1 dawek na każdego uczestnika.

1. szczepienia będą wykonywane zgodnie z zaleceniami kalendarza szczepień oraz chpl dostępnych na rynku szczepionek u osób w 2 r.ż. – w schemacie jednodawkowym,
2. podmiotom realizujących opiekę dzienną nad dziećmi w grupie docelowej oraz lokalnej gazetce zostaną przekazane informacje o realizowanym programie oraz efektywności i celowości realizacji programu szczepień p/ko meningokokom.

III.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 2020 r. poz. 1398 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.

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.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

1. zakończenie udziału jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie rodzica/opiekuna prawnego,
2. po wykonaniu szczepienia przyjmujący szczepionkę nie wymaga żadnych działań medycznych i może opuścić podmiot leczniczy po okresie min. 20 min obserwacji,
3. pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu szczepienia zgodnie z wytycznymi dotyczącymi dawkowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.

IV.1. Etapy i działania organizacyjne:

1. Opracowanie i zatwierdzenie programu.
2. Wybór w drodze konkursu jednostek realizujących program.
3. Przekazanie informacji do rodziców dzieci spełniających kryteria włączenia (działania edukacyjne).
4. Rekrutacja dzieci do programu.

Dzieci wraz z rodzicami/opiekunami mogą zgłosić się do programu po wcześniejszym osobistym lub telefonicznym ustaleniu terminu w przychodni realizującej program. Wskazanie do szczepienia lekarz ocenia indywidualnie u każdego dziecka, biorąc pod uwagę stan zdrowia dziecka. Następnie w gabinecie zabiegowym zostanie wykonane szczepienie. Rodzic otrzyma zaświadczenie o zaszczepieniu p/ko meningokokom typu A, C, W-135, Y.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunki lokalowe

Podmiot ubiegający się o realizację świadczeń powinien być wyposażony w odpowiedni sprzęt umożliwiający realizację powierzonego programu.
Program będzie realizowany w przychodni podmiotu, z którym zostanie zawarta umowa na realizację w/w programu obejmującego szczepienia dzieci zakwalifikowanych do programu.
Podmiot odpowiedzialny za udzielanie świadczeń powinien spełniać wymogi ogólne:

1. realizator programu powinien posiadać odpowiednie uprawnienia, wiedzę i doświadczenie oraz wyspecjalizowany personel medyczny,
2. pracownicy dysponują odpowiednimi kwalifikacjami oraz doświadczeniem w przeprowadzaniu szczepień profilaktycznych,
3. szczepienia będą prowadzone pod nadzorem lekarza pediatry, po wcześniejszym uzyskaniu pisemnej zgody od rodziców/prawnych opiekunów na wykonanie szczepienia.

V. Sposób monitorowania i ewaluacja.

V.1. Monitorowanie

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

1. zgłaszalności do programu, która zostanie oceniona na podstawie sprawozdań realizatora, które będą zawierały liczby wykonanych szczepień, tj. listy osób, które zostały

zaszczepione (zakładana jest zgłaszalność do programu na poziomie około 60% populacji),

2. liczba osób zakwalifikowanych do programu – wskaźnik zostanie oceniony na podstawie sprawozdań realizatora,
3. liczba osób, które nie zakwalifikowały się do programu z powodu przeciwskazań lekarskich wraz z przyczynami niezakwalifikowania – wskaźnik zostanie oceniony na podstawie sprawozdań realizatora,
4. liczba uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału wraz z powodami rezygnacji – wskaźnik zostanie oceniony na podstawie sprawozdań realizatora,
5. jakość świadczeń w programie:
   a) organizator programu wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie,
   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 prawnych dziecka, które zostały zaszczepione w ramach programu. Anonimowe ankiety wypełnione będą bezpośrednio po wykonaniu szczepienia, co pozwoli na ocenę stopnia zadowolenia rodziców i opiekunów. Wzór ankiety stanowi załącznik nr 1 do niniejszego programu,
   d) sprawozdania z kwartalnej i rocznej realizacji programu będą poddane analizie i ocenie przez organizatora programu. Wzór sprawozdania stanowi załącznik nr 2 do niniejszego programu.

V.2. Ewaluacja

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

1. poziom wyszczepienia populacji docelowej zostanie oceniony na podstawie liczby wykonanych szczepień,
2. długofalowa zmiana w liczbie zachorowań i hospitalizacji wywołanych zakażeniem meningokokami zgodne z danymi z rejestrów publicznych (NFZ,GIS,NIZP-PZH).

VI. <u>Budżet programu w podziale na koszty jednostkowe i całkowite.</u>

VI.1. Źródło finansowania programu

Program szczepień finansowany będzie całkowicie z budżetu Gminy Suszec na podstawie umowy zawartej z realizatorem.
Środki finansowe przeznaczone na realizację programu mogą ulec zmianie ze względu na możliwości budżetu Gminy i zmienną liczbę uczestników programu.

VI.2. Koszty

Na realizację programu w 2025 r. przeznacza się kwotę w wysokości 20 000,00 zł.

VI.2.1. Koszt jednostkowy

Koszt jednostkowy 190,00 zł i powinien obejmować:

- koszt zakupu szczepionki,
- badanie lekarskie (dzieci zadeklarowane w innych poradniach),
- usługa szczepienia (dzieci zadeklarowane w innych przychodniach),
- koszt sprzętu i środków medycznych wymaganych do wykonania szczepienia,
- koszt utylizacji wytworzonych odpadów medycznych w związku z wykonaną usługą szczepienia.

VI.2.2. Koszt całkowity

Kwota umożliwi wykonanie 104 szczepień, co na poziomie około 79% populacji

- rocznik 2019 – 104 osób x 190,00 zł = 19 760,00 zł
- realizacja programu będzie trwała przez okres 5 lat
- koszt informacyjno – promocyjny w okresie realizacji programu na lata 2021-2025r. wynosi 1200,00 zł
- na realizacje programu planuje się koszt całego zadania: 100 000,00 zł. wg poniższej tabeli:

Koszty roczne

Lp.	Rok	Liczba osób do szczepienia 60%populacji	Koszt jednostkowy 1 szczepienia	Szacowana liczba szczepionek do podania w danym roku	Koszt szczepienia	Koszt promocyjno-informacyjne	Koszt roczny programu
1.	2021	Rocznik 2019 157 osób	190,00 zł	104	19 760,00	240,00 zł	20 000,00 zł
2.	2022	Rocznik 2020 135 osób	190,00 zł	104	19 760,00	240,00 zł	20 000,00 zł
3.	2023	Rocznik 2021 145 osób	190,00 zł	104	19 760,00	240,00 zł	20 000,00 zł
4.	2024	Wg urodzeń	190,00 zł	104	19 760,00	240,00 zł	20 000,00 zł
5.	2025	Wg urodzeń	190,00 zł	104	19 760,00	240,00 zł	20 000,00 zł
					98 000,00	**1 200,00**	**100 000,00 zł**

Załącznik nr 1 do Programu

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Suszec" (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: .....

.....

.....

Załącznik nr 2 do Programu

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokowych wśród dzieci w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom w Gminie Suszec" (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 ....
(miejscowość) (data) (pieczęć i podpis

Bibliografia:

1. Zródło: J.Cianciara,J.Juszczyk Choroby zakaźne i pasożytnicze: Wydawnictwo Czelej
2. https://www.gov.pl/web/gis/meningokoki
3. Zródło: Główny Inspektor Sanitarny w Warszawie – na podstawie opracowanych materiałów informacyjnych przezs KORUN (Marcin Kodłubowski, Waleria Hryniewicz, 2007r.
4. Zródło: Inwazyjna choroba meningokokowa w województwie śląskim w latach 2009-2018 Renata Cieslik –Tarkota – Wojewódzka Stacja Sanitarno Epidemiologiczna w Katowicach.
5. http://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-IChM-w-Polsce-w-2019-roku.
6. https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-zakazne,inwazyjna-choroba-meningokokowa--ichm----przyczyny--le
7. www.who.int.
8. www.ecdc.europa.eu
9. www.mp.pl pacjent/peditra/aktualności/badania/64262.meningokoki groźne nie tylko dla dzieci.
10. https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-zakazne,inwazyjna-choroba-meningokokowa--ichm----przyczyny--leczenie,artykul,1696448.html#epidemiologia-inwazyjnej-choroby-meningokokowej.
11. Zródło: Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16.10.2010 w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020.
12. Zródło: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Tychach w sprawie oceny stanu bezpieczeństwa sanitarnego powiatu pszczyńskiego w 2019r.- luty 2020r.
13. https:szczepienia.pzh.gov.pl/wzrost –inwazyjnych –zakażeń -meningokokach wywołanych meningokokami grupy…
14. Zródło: Skończyńska A, Gołębiewska A, Wróbel-Pawelczyk I, Kiedrowska M,Ronkiewicz P, Kuch A, Hryniewicz :Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2020 roku (dane KOROUN), 2021 Warszawa 24.03.2021.

Skrót: IChM – inwazyjna choroba meningokokowa