 Załącznik nr 1 do ogłoszenia

z dnia 23 stycznia 2023 roku

**Program polityki zdrowotnej**

**Gminy Kleszczów**

**na lata 2023–2025**

**Program polityki zdrowotnej**

**w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”**

Opracowanie dokumentu na zlecenie Urzędu Gminy Kleszczów

dr n. o zdr. Jacek Borowicz



dr n. o zdr. Jacek Borowicz

PubHealth

01-738 Warszawa, ul. Izabelli 16/12

NIP 538-157-48-57; REGON 368571482

tel. kom. 505-418-428

e-mail: jacek.borowicz@pubhealth.pl

www.pubhealth.pl

Spis treści

[Spis treści 3](#_Toc123860810)

[Spis tabel: 5](#_Toc123860811)

[Spis rycin: 5](#_Toc123860812)

[Podstawa przygotowania programu 6](#_Toc123860813)

[Proponowane rozwiązanie 6](#_Toc123860814)

[1. Opis problemu zdrowotnego 7](#_Toc123860815)

[a. Choroba lub problem zdrowotny 7](#_Toc123860816)

[Błonica 7](#_Toc123860817)

[Tężec 7](#_Toc123860818)

[Krztusiec 8](#_Toc123860819)

[Polio 8](#_Toc123860820)

[Haemophilus influenzae typu b 9](#_Toc123860821)

[Wirusowe zapalenie wątroby typu B 9](#_Toc123860822)

[Zapobieganie zakażeniom 10](#_Toc123860823)

[b. Epidemiologia 13](#_Toc123860824)

[Obecne postępowanie 18](#_Toc123860825)

[Szczepienia i szczepionki 19](#_Toc123860826)

[2. Cele programu i mierniki efektywności 26](#_Toc123860827)

[Cel główny 26](#_Toc123860828)

[Cele szczegółowe 26](#_Toc123860829)

[Mierniki efektywności odpowiadające celom programu 26](#_Toc123860830)

[3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji 28](#_Toc123860831)

[Populacja docelowa 28](#_Toc123860832)

[Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu 29](#_Toc123860833)

[Planowane interwencje 31](#_Toc123860834)

[Sposób udzielania świadczeń 34](#_Toc123860835)

[Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej 35](#_Toc123860836)

[4. Organizacja programu 37](#_Toc123860837)

[Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów 37](#_Toc123860838)

[Ad 1. Akcja informacyjna 38](#_Toc123860839)

[Ad 2. Działania edukacyjne 39](#_Toc123860840)

[Ad 3. Rekrutacja do programu 41](#_Toc123860841)

[Ad 4. Interwencja terapeutyczna 41](#_Toc123860842)

[Ad 5 Monitoring działań 43](#_Toc123860843)

[Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 43](#_Toc123860844)

[5. Monitorowanie i ewaluacja 46](#_Toc123860845)

[Monitorowanie 46](#_Toc123860846)

[Ewaluacja 48](#_Toc123860847)

[6. Koszty 51](#_Toc123860848)

[a. Koszty jednostkowe 51](#_Toc123860849)

[b. Planowane koszty całkowite 52](#_Toc123860850)

[Koszty roczne organizacyjne po stronie Organizatora: 52](#_Toc123860851)

[Koszty roczne realizacji interwencji po stronie Realizatora: 53](#_Toc123860852)

[c. Źródła finansowania, partnerstwo 54](#_Toc123860853)

[7. Bibliografia 56](#_Toc123860854)

[8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora 58](#_Toc123860855)

[a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu 58](#_Toc123860856)

[b. Zgoda na udział w programie 60](#_Toc123860857)

[c. Sprawozdanie z wykonania świadczeń 62](#_Toc123860858)

[d. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne 63](#_Toc123860859)

## Spis tabel:

Tabela 1. Koszty pozamedyczne roczne realizacji programu 53

Tabela 2. Planowany całościowy budżet programu 54

## Spis rycin:

Rycina 1. Objęci sprawozdaniami ze szczepień ochronnych w latach 2011-2020 w stosunku do liczby ludności według wieku 19

Rycina 2. Kalendarz szczepień na 2020 rok 20

Rycina 3. Liczba i płeć mieszkańców Gminy Kleszczów 28

# Podstawa przygotowania programu

Program został przygotowany na podstawie:

* Rekomendacji nr 74/2020 z dnia 23 października 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego;
* Stanowiska Rady Przejrzystości nr 62/2021 z dnia 31 maja 2021 roku;
* Rekomendacji nr 62/2021 z dnia 31 maja 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny produktu.

## Proponowane rozwiązanie

Proponowane rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz.1285) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

# 1. Opis problemu zdrowotnego

## a. Choroba lub problem zdrowotny

Błonica, określana też jako dyfteryt, krup lub dławiec, jest ostrą i ciężką chorobą zakaźną, wywoływaną przez bakterie zwane maczugowcami błonicy. Do zakażenia dochodzi głównie drogą kropelkową lub przez bezpośredni kontakt z osobą chorą lub nosicielem. Objawy pojawiają się początkowo w miejscu kolonizacji bakterii, czyli w gardle, na migdałkach podniebiennych, w krtani, rzadziej w nosie, na spojówkach i błonach śluzowych narządów płciowych. W miejscach wniknięcia do organizmu bakterie wywołują martwicę tkanek, tzw. pseudobłony rzekome mające postać szarych, półprzezroczystych lub czarnych nalotów, krwawiących przy próbie oderwania. Razem z powiększającymi się szyjnymi węzłami chłonnymi i obrzękiem szyi mogą prowadzić do zwężenia światła gardła i krtani oraz zgonu w wyniku niewydolności oddechowej lub zatrzymania krążenia. Maczugowce błonicy wydzielają silną toksynę błoniczą, która rozprzestrzeniając się w organizmie, może prowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu wielu narządów, tj. zapalenia mięśnia sercowego, martwicy cewek nerkowych. Mogą również wystąpić powikłania neurologiczne, takie jak porażenie podniebienia i tylnej ściany gardła, porażenie mięśni odpowiedzialnych za ruchy gałek ocznych, porażenia kończyn i mięśni twarzy.

Do zakażenia dochodzi najczęściej drogą kropelkową lub w wyniku bezpośredniego kontaktu z chorym lub nosicielem. W miejscach wniknięcia do organizmu bakterie wywołują martwicę tkanek, tzw. pseudobłony rzekome. Okres wylęgania choroby trwa 2-5 dni. W latach pięćdziesiątych XX wieku w Polsce rejestrowano ok. 40 000 zachorowań i 3 000 zgonów rocznie. Sytuacja radykalnie zmieniła się po wprowadzeniu powszechnych szczepień ochronnych w 1954 r. Obecnie w Polsce nie rejestruje się przypadków błonicy, jednak błonica wciąż występuje na świecie.

Tężecto zakaźna choroba układu nerwowego spowodowana działaniem toksyny tężcowej (neurotoksyny) wytwarzanej przez laseczki tężca (łac. Clostridium tetani). Występują one powszechnie: w glebie, kurzu, wodzie, a nawet w przewodzie pokarmowym zwierząt. Okres wylęgania choroby wynosi średnio 8 dni (od 3 dni do 3 tygodni). Źródłem zakażenia może być nawet bardzo drobne skaleczenie i otarcie naskórka, które nie wymaga pomocy lekarskiej. W wyniku kontaktu z raną bakterie produkują neurotoksynę blokującą zakończenia nerwowe. W efekcie u chorego może nastąpić nadwrażliwość na bodźce, porażenie mięśni, a nawet zgon. Jednak największe ryzyko zachorowania dotyczy zakażenia ran tłuczonych, zmiażdżonych, kłutych, a także rozległych odmrożeń i oparzeń.

Krztusiec (koklusz) to choroba zakaźna wywoływana przez bakterie, tzw. pałeczki krztuśca (łac. Bordetella pertussis). Do zakażenia może dojść w każdym wieku, jednak najostrzej choroba przebiega u noworodków, niemowląt oraz małych dzieci. Krztusiec jest bardzo zaraźliwy – aż 90% nieuodpornionych osób ulega zakażeniu na skutek kontaktu z chorym. Zakażenie bakterią następuje drogą kropelkową. Po przedostaniu się do organizmu bakterie wnikają do tkanek, gdzie namnażają się i wydzielają najważniejszą toksynę krztuścową (łac. Pertussis Toxin, PT). Przeciętnie czas wylęgania choroby wynosi od 9 do 10 dni (ale nawet do 20). Toksyny krztuścowe niszczą miejscowo nabłonek układu oddechowego. Po przedostaniu się do układu krwionośnego wywołują wiele ogólnych objawów, m.in. długotrwałe napady duszącego kaszlu, często połączonego z wymiotami. Napadowy kaszel związany jest z trudnością w pozbyciu się z oskrzeli lepkiej wydzieliny, w której skład wchodzą komórki zapalne oraz uszkodzony nabłonek dróg oddechowych. Napady kaszlu mogą trwać wiele minut, prowadząc do całkowitego wyczerpania organizmu. Niekiedy również dochodzi do licznych powikłań. Choroba trwa wiele tygodni.

Polio (łac. poliomyelitis), nagminne porażenie dziecięce, to ostra choroba zakaźna wywoływana przez poliowirusy (wyróżnia się ich trzy typy – 1, 2 i 3). Zachorowanie spowodowane przez jeden z nich, nie chroni przed pozostałymi. Źródłem zakażenia jest bezpośredni kontakt z chorym człowiekiem. Zakażenie może nastąpić drogą kropelkową lub pokarmową (przez przedmioty oraz środki spożywcze zakażone wydzielinami z gardła bądź kałem). Poliowirusy namnażają się w jelitach, po czym przedostają się do krwi, która przenosi je do innych części ciała. Okres wylęgania choroby trwa od 7 do 14 dni. Chorzy wydalają wirusy z kałem nawet do 6 tygodni. Najwyższa zakaźność występuje od kilku dni przed pojawieniem się pierwszych objawów do 3–4 tygodni po ich wystąpieniu. Po przedostaniu się wirusów do ośrodkowego układu nerwowego następuje uszkodzenie nerwów, czego następstwem może być niedowład lub trwałe porażenie mięśni.

Haemophilus influenzae typu b (Hib) to ciężka choroba bakteryjna występująca najczęściej u dzieci do 5. roku życia. Do zakażenia bakterią może dojść na skutek bezpośredniego kontaktu z nosicielem lub osobą chorą. Aby nastąpiło zachorowanie, bakterie, które trafiły na śluzówki nosa i gardła, muszą przedostać się do krwi. Okres wylęgania bakterii wynosi od 2 do 4 dni. Objawy choroby występują u dzieci wrażliwych na zakażenie. U starszych dzieci oraz dorosłych zakażenie przebiega najczęściej bezobjawowo. Do czynników ryzyka wystąpienia choroby u dziecka zalicza się: młodszy wiek, przebywanie w miejscach zatłoczonych (np. przedszkole), posiadanie rodzeństwa w podobnym wieku, niedobór odporności. Cechą charakterystyczną wszystkich postaci zakażenia Hib jest bezobjawowy początek choroby oraz gwałtowny jej przebieg. Wśród dzieci do 2. roku życia u 20% występują ciężkie powikłania (uszkodzenie słuchu, upośledzenie rozwoju ruchowego, padaczka, ubytkowe objawy neurologiczne), a u 5% istnieje duże ryzyko zgonu. W przypadku dzieci w wieku 3–4 lat choroba objawia się zapaleniem nagłośni, co może doprowadzić w ciągu kilku godzin do śmierci na skutek uduszenia. Następstwem choroby bywa również zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, w którym często występują takie powikłania, jak np.: padaczka, głuchota, zaburzenia chodu, obniżenie sprawności intelektualnej.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B) to jedna z najgroźniejszych chorób zakaźnych człowieka. Wywołuje ją wirus HBV (Hepatitis B Virus), który może wywoływać zakażenia ostre lub przewlekłe. Do zakażenia dochodzi przez kontakt z zakażoną krwią, kontakty seksualne z zakażonymi, poprzez niejałowy ostry sprzęt medyczny (igły i narzędzia chirurgiczne) skażony krwią osoby zakażonej, poprzez dzielenie się sprzętem podczas stosowania narkotyków. Do zakażenia dziecka może też dojść w czasie porodu od zakażonej wcześniej matki. Wirus HBV jest 100 razy bardziej zakaźny niż wirus HIV. Zakażenie HBV może zostać wyeliminowane lub przetrwać przez całe życie. Okres od zakażenia do wystąpienia objawów wynosi najczęściej 3-4 miesiące. Objawy wzw B w fazie ostrej występują u połowy zakażonych HBV. Nie są charakterystyczne i obejmują złe samopoczucie, brak apetytu, zażółcenie skóry oraz białkówek oczu, ciemne zabarwienie moczu, zaburzenia ze strony układu pokarmowego. Przewlekłe zapalenie wątroby to zakażenie utrzymujące się powyżej 6 miesięcy. Po upływie kilku lat może ono doprowadzić do rozwoju marskości wątroby. Przewlekle zakażona osoba jest również narażona na ryzyko raka wątrobowokomórkowego.

### Zapobieganie zakażeniom

Zachorowaniom na **błonicę** i epidemii błonicy można zapobiec jedynie poprzez utrzymanie wysokiego stanu zaszczepienia 3 dawkami szczepionki przeciw błonicy dzieci i podawaniu wszystkich zalecanych dawek przypominających nastolatkom i dorosłym.

Szczepionka przeciw błonicy należy do szczepionek inaktywowanych, zawiera oczyszczoną nieaktywną toksynę błoniczą (toksoid). Obowiązkowe (bezpłatne) szczepienie przeciw błonicy obejmuje dzieci i młodzież do ukończenia 19 r.ż. Szczepienie jest realizowane w postaci szczepionki skojarzonej przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP/DTaP), a w przypadku przeciwwskazań do szczepień przeciw krztuścowi szczepionką DT (przeciw błonicy i tężcowi) lub jako szczepionka monowalentna D (przeciw błonicy). Z upływem czasu odporność przeciw błonicy maleje, dlatego osobom dorosłym zalecane są dawki przypominające co 10 lat, w szczególności osobom podróżującym oraz tym, które mają kontakt z osobami przybywającymi z krajów endemicznego występowania błonicy. Szczepienie przypominające może być wykonywane szczepionką przeciw błonicy i tężcowi lub szczepionką przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi.

Szczepionka przeciw błonicy jest bezpieczna. Może powodować łagodne odczyny miejscowe, tj. zaczerwienienie, bolesny obrzęk lub ogólne, tj. bóle głowy, podwyższenie temperatury ciała, uczucie rozbicia, które zwykle ustępują po 24 godzinach.

Szczepionka przeciw **tężcowi** należy do szczepionek inaktywowanych, zawiera oczyszczoną nieaktywną toksynę (tzw. toksoid) tężcową. Obowiązkowe (bezpłatne) szczepienie przeciw tężcowi obejmuje dzieci i młodzież do ukończenia 19 r.ż. Szczepienie jest realizowane w postaci szczepionki skojarzonej przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP/DTaP) lub w przypadku przeciwwskazań do szczepień przeciw krztuścowi szczepionką DT (przeciw błonicy i tężcowi) lub jako szczepionka monowalentna T (przeciw tężcowi). Odporność przeciw tężcowi zmniejsza się z upływem czasu, dlatego osobom dorosłym zalecane są dawki przypominające szczepionki co 10 lat. Szczepienie przypominające może być wykonywane szczepionką przeciw tężcowi, szczepionką przeciw błonicy i tężcowi lub szczepionką przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi.

Szczepionka przeciw tężcowi jest bezpieczna. Może powodować łagodne odczyny miejscowe, tj. ból w miejscu podania, zaczerwienienie, bolesny obrzęk.

Szczepionka przeciw **krztuścowi** zawsze jest podawana w jednym wstrzyknięciu jako szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP). Szczepionka DTP zawiera pełnokomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTwP) lub bezkomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTaP). Szczepionka przeciw krztuścowi należy do szczepień obowiązkowych dla dzieci i nastolatków. Ponieważ z upływem czasu obserwujemy obniżenie odpowiedzi odpornościowej, schemat szczepienia obejmuje podawanie kolejnych dawek szczepionki DTP lub DTaP dzieciom w 2, 3-4, 5, 16 -18 miesiącu życia oraz szczepionki DTaP w 6 roku życia. Szczepionka dTap (z obniżoną zawartością antygenów krztuśca) podawana jest jako obowiązkowa nastolatkom w 14 roku życia. W celu utrzymania odporności przeciw krztuścowi zalecane jest również szczepienie przypominające w 19 roku życia oraz dla osób dorosłych co 10 lat. Czas ochrony po zaszczepieniu dzieci szczepionką pełnokomórkową wynosi ok. 10-12 lat, a szczepionką bezkomórkową ok. 5 lat.

Ryzyko związane ze szczepieniem przeciw krztuścowi wiąże się z występowaniem miejscowych niepożądanych odczynów poszczepiennych (ból, zaczerwienienie, obrzęk w miejscu wkłucia) oraz ogólnych (gorączka i drażliwość). Ciężkie NOP takie jak zespół hipotoniczno-reaktywny, drgawki gorączkowe, ciężkie reakcje alergiczne występują rzadko i ustępują bez trwałych następstw. Ciężkie NOP występują przeciętnie raz na 10 000 podanych dawek szczepionki pełnokomórkowej i około 2-krotnie rzadziej po podaniu szczepionki bezkomórkowej.

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

Szczepionka przeciw poliomyelitis jest bezpieczna. Bardzo rzadko występują odczyny miejscowe, tj.: lekkie zaczerwienienie, ból, stwardnienie lub obrzęk w miejscu wstrzyknięcia i utrzymują się zwykle 1-2 dni. U niektórych dzieci i dorosłych po podaniu szczepionki mogą wystąpić objawy nieswoiste tj.: bóle głowy, wymioty, biegunka.

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

Szczepionki przeciw zakażeniom Hib są bezpieczne, nie odnotowano poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych. Do bardzo rzadkich objawów ogólnych należą: gorączka, gorsze samopoczucie, podrażnienie, ból w miejscu podania szczepionki, które zwykle ustępują w ciągu 12 do 24 godzin.

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

Szczepionka jest bezpieczna. Wywołuje bardzo rzadko odczyny głównie o charakterze miejscowym.

## b. Epidemiologia

Do czasu wprowadzenia masowych szczepień **błonica** była przyczyną częstych epidemii, cechujących się wysoką śmiertelnością. W latach pięćdziesiątych XX wieku w Polsce rejestrowano ok. 40 000 zachorowań i 3 000 zgonów rocznie. Sytuacja radykalnie zmieniła się po wprowadzeniu powszechnych szczepień ochronnych w 1954 r. Obecnie w Polsce nie rejestruje się przypadków błonicy, jednak błonica wciąż występuje na świecie. Według danych WHO w 2016 r. odnotowano 7 097 przypadków tej choroby. Terenami endemicznego występowania błonicy są kraje Południowo-Wschodniej Azji, Południowego Pacyfiku, Bliskiego Wschodu, Afryki, Europy Wschodniej, a także Ameryki Środkowej. W Europie każdego roku odnotowuje się 20-30 zachorowań i kilka zgonów.

W okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2022 r. w Europejskim Regionie WHO wykryto 57 przypadków błonicy. Większość przypadków wystąpiła latem, od czerwca do sierpnia. Zachorowania zgłosiły Austria, Francja, Niemcy, Włochy, Szwajcaria i Wielka Brytania. 45 z 57 zgłoszonych przypadków dotyczyło błonicy skórnej: 42 z nich było spowodowane przez maczugowca błonicy Corynebacterum diphtheriae. Toksynogenne szczepy maczugowca błonicy wykryto w 27 przypadkach.

Klasyczny obraz błonicy atakujący układ oddechowy zgłoszono w 4 przypadkach tym jeden przypadek śmiertelny. Kolejnych 8 przypadków sklasyfikowano jako łagodną błonicę oddechową lub bezobjawową.

Większość zgłoszonych przypadków dotyczyła migrantów poszukujących azylu lub uchodźców z Afganistanu (37 przypadków), z Algierii, Kamerunu, Pakistanu lub Syrii.

**Tężec** występuje bardzo często w Afryce, Azji i Ameryce Południowej. Ponad 80 proc. przypadków to tężec noworodków. Co 3 minuty na świecie z powodu tężca umiera dziecko. Każdego roku z powodu tężca umiera 213 000 – 293 000 osób. Tężec odpowiada za 5-7% wszystkich zgonów noworodków i 5% zgonów matek w czasie porodu na świecie. W Europie tężec to choroba rzadka. W Polsce dzięki obowiązkowym szczepieniom dzieci i młodzieży choroba ta została praktycznie wyeliminowana. Ostatni przypadek tężca noworodków zarejestrowano w 1983 roku. Wśród chorych obecnie dominują dorośli w wieku ponad 60 lat, od dawna nieszczepieni. U nich też tężec przebiega wyjątkowo ciężko, często prowadząc do zgonu. Każdego roku choruje kilkanaście osób, kilka umiera.

Przed wprowadzeniem masowych szczepień w 1960 roku, **krztusiec** był częstą przyczyną zgonów u dzieci poniżej 1 roku życia. W kolejnych latach liczba zachorowań zmniejszyła się ponad 100-krotnie. Od połowy lat 90-tych, także w krajach stosujących masowe szczepienia, obserwuje się wzrost zachorowań na tę chorobę, szczególnie u starszych dzieci oraz dorosłych. Obecnie w Polsce każdego roku rejestruje się około 2 000 – 4 000 zachorowań na krztusiec.

**Poliomyelitis** stanowiło w przeszłości znaczne obciążenie dla społeczeństwa. Przed wprowadzeniem szczepień choroba Heinego-Medina rocznie powodowała tysiące zgonów oraz kilkanaście tysięcy przypadków trwałego inwalidztwa u dzieci w wieku szkolnym na świecie. Od 1988 roku prowadzony jest Światowy Program Eradykacji Poliomyelitis. W ramach tego programu organizuje się masowe akcje szczepień w krajach o słabszej infrastrukturze oraz kontynuuje się szczepienia we wszystkich krajach świata, w których wyeliminowano już zachorowania. Dzięki Programowi udało się ograniczyć liczbę zachorowań o 99%, z szacowanych 350 tysięcy w 1988 r. w 125 krajach endemicznych do 151 potwierdzonych zachorowań w 2020 r. w dwóch krajach (Pakistan, Afganistan). Dzięki wieloletnim masowym szczepieniom, ryzyko zachorowania na poliomyelitis w Polsce jest bliskie zeru. W Polsce ostatni przypadek poliomyelitis miał miejsce ponad 40 lat temu. Dopóki jednak występują zachorowania w niektórych regionach Azji, istnieje ryzyko zawleczenia zachorowań do Europy. Wtedy niezaszczepione dzieci mogą zachorować.

21 czerwca 2002 roku na spotkaniu Europejskiej Regionalnej Komisji WHO w Kopenhadze wydano certyfikat potwierdzający, że Region Europejski WHO obejmujący 51 krajów i 870 milionów ludzi jest wolny od poliomyelitis. Region Europejski był w tamtym momencie wolny od rodzimych zachorowań na poliomyelitis od ponad trzech lat. Ostatni przypadek rodzimego zachorowania poliomyelitis wywołanego dzikim szczepem wirusa w Europie miał miejsce we wschodniej Turcji w 1998 roku. Dotyczył dwuletniego, niezaszczepionego chłopca, u którego wystąpiły objawy paraliżu. Sukces w regionie europejskim osiągnięto dzięki serii skoordynowanych krajowych kampanii szczepień, znanych jako Operacja MECACAR, w których wzięło udział 18 krajów i obszarów endemicznych polio w Europie i wschodnich regionach Morza Śródziemnego WHO. Co roku od 1995 do 1998 sześćdziesiąt milionów dzieci poniżej piątego roku życia zostało zaszczepionych wymaganymi dawkami szczepionki. Od 1997 roku MECACAR wprowadził specjalne masowe szczepienia *od drzwi do drzwi* na obszarach wysokiego ryzyka zachorowania. Kampanie szczepień uzupełniających były kontynuowane w krajach o najwyższym ryzyku aż do 2002 roku.

Od czasu uruchomienia programu Global Polio Eradication Initiative w 1988 roku certyfikat obszaru wolnego od poliomyelitis otrzymały:

* w 1994 roku kraje obu Ameryk,
* w 2000 roku kraje Zachodniego Pacyfiku,
* w 2002 roku Region Europejski WHO,
* w 2020 roku Region Afrykański.

Aktualnie transmisję wirusa typu 1 (WPV-1) nadal stwierdza się w dwóch krajach- Afganistanie i Pakistanie.

W 2021 roku zgłoszono 5 przypadków polio wywołanych WPV-1, w porównaniu do 140 przypadków WPV-1 w 2020 roku. W 2022 roku do 5 maja 2022 r. zgłoszono 3 przypadki zachorowań (jeden w Afganistanie i dwa w Pakistanie).

26 czerwca 2022 w próbkach środowiskowych pobranych w Londynie potwierdzono obecność szczepu polio typu 2 pochodzącego ze szczepionki (type 2 vaccine-derived poliovirus, VDPV2). Wirus został wyizolowany wyłącznie z próbek środowiskowych – nie wykryto powiązanych przypadków porażeń wiotkich wywołanych tym szczepem. Działania prowadzono w ramach rutynowego nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi i badaniami środowiskowymi.

Obecnie wojna na Ukrainie zbliżyła problem, związany ze szczepami polio pochodzącymi ze szczepionki, do Polski. W 2021 roku jesienią na Ukrainie wyizolowano w kilku przypadkach wirusy pochodzące ze szczepionki cVDPV1 (w obwodzie zakarpackim) i cVDPV2 (w obwodzie rówieńskim). Identyfikowano przypadki ostrego porażenia wiotkiego wywołanego przez szczep cVDPV2. Szczególnie narażone były niezaszczepione dzieci poniżej szóstego roku życia.

Początkowo wirus polio typu 2 (VDPV2) pochodzący ze szczepionki został wyizolowany z próbek pobranych z tego samego miejsca między lutym a majem 2022 r. Analiza genetyczna sugeruje, że nowe i wyjściowe izolaty wirusa polio mają wspólne pochodzenie, które wciąż nie zostało zidentyfikowane.

W Polsce przed wprowadzeniem obowiązkowych szczepień przeciw **Hib** zakażenia Hib stanowiły przyczynę 25% wszystkich bakteryjnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych. Chorowało średnio 11 osób na 100 000 mieszkańców. Najwięcej zachorowań odnotowywano wśród dzieci między 6 a 24 miesiącem życia. Wprowadzenie do profilaktyki powszechnych szczepień przeciw zakażeniom Hib doprowadziło do spektakularnego spadku i prawie całkowitej eliminacji zachorowań w wielu krajach.

Zgodnie z danymi WHO na świecie ok. 257 mln osób choruje na przewlekłe **zakażenie wzw B**, a 887 000 osób każdego roku umiera z powodu ostrego zakażenia i powikłań w przebiegu wzw B, tj. pierwotnego raka wątroby i marskości wątroby. W Polsce liczba zachorowań na wzw B obniżyła się znacząco na przestrzeni ostatnich lat. Na początku lat 80. rozpoznawano objawy wzw B u 45 osób na 100 000 mieszkańców. Aktualnie liczba nowych zgłoszeń waha się w zakresie 4-9 na 100 000 mieszkańców, uwzględniając zakażenia HBV. Poprawa sytuacji epidemiologicznej wynika przede wszystkim z powszechnego stosowania sterylizacji sprzętu w medycynie i kosmetologii oraz powszechnych szczepień małych dzieci. W 2019 r. odnotowano 46 przypadków ostrego wzw B i 2 814 nowo rozpoznanych przypadków przewlekłego wzw B (a więc często zakażeń nabytych wiele lat wcześniej).

Według Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. U. 2021, poz. 69), w Załączniku 5. *Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa łódzkiego na podstawie danych za 2019 r.* wskazano, w części dotyczącej AOS, iż jednym z problemóww województwie łódzkim są kolejki do realizacji świadczeń.

W punkcie 5.6, strona 710 wskazano:

*„W lutym 2020 r. kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania dla przypadków stabilnych występowały w następujących poradniach:*

* *poradni endokrynologicznej osteoporozy - 336,11 dni,*
* *poradni domowego leczenia tlenem - 291,28 dni,*
* *poradni endokrynologicznej - 272,78 dni,*

*Na kolejnych pozycjach znalazły się poradnie: chirurgii naczyniowej, reumatologiczna dla dzieci,* ***szczepień*** *dla dzieci z grupy wysokiego ryzyka, neurochirurgiczna oraz hematologiczna.”*

Dane z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – PIB wskazują, iż choroby zakaźne objęte PSO nadal są obecne w Polsce.

Z publikacji *CHOROBY ZAKAŹNE I ZATRUCIA W POLSCE W 2021 ROKU* możemy wyczytać, iż w latach 2021 odnotowano w Polsce i w województwie łódzkim:

* 179 PL, 34 łódzkie przypadków krztuśca;
* 1543 PL, 179 łódzkie przypadków wzw B;
* 51 PL, 0 łódzkie przypadków Hib;

W meldunku epidemiologicznym *9/A/22 za okres 01.01-15.09.2022 rok* wskazano następujące wartości przypadków:

* 1 przypadek błonicy;
* 3 przypadki tężca;
* 191 przypadków krztuśca;
* 95 przypadków (ogółem) choroby wywołanej przez Haemophilus influenzae;
* wzw typu B - 19 przypadków ostrego i 1 510 przypadków przewlekłego;
* nie odnotowano żadnego przypadku polio.

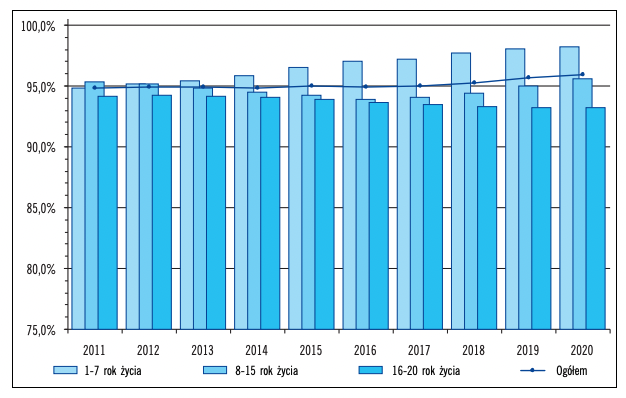
## Obecne postępowanie

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nakłada obowiązek administracyjny poddania się szczepieniom obowiązkowym. Za brak zgody na szczepienie dziecka rodzicom grozi kara finansowa. Wcześniej podejmowane są wszystkie kroki związane z przekonaniem rodzica do szczepienia dziecka.

W Europie znamy różne formy obowiązkowości szczepień. W krajach o wysokiej świadomości prozdrowotnej, takich jak Szwecja, Norwegia czy Finlandia, pomimo braku obowiązkowości szczepień, utrzymywane są wysokie stany zaszczepienia całej populacji. W innych, np. Polsce wysoki stan zaszczepienia utrzymywany jest dzięki obowiązku szczepień. W Europie są jednak również takie kraje jak Rumunia, gdzie nie ma obowiązku szczepień, wyraźnie spadł stan zaszczepienia i pojawiła się największa od kilku lat epidemia odry.

Stąd też w niektórych krajach, w ostatnim czasie zaostrzono przepisy, dotyczące realizacji szczepień całej populacji. Powodem jest rosnąca w Europie liczba zachorowań na odrę, odnotowywane przypadki błonicy na południu Europy oraz wzrost zachorowań na krztusiec. Z drugiej strony rośnie liczba dzieci nieszczepionych z powodu przekonań rodziców. Problem ten dotyczy również naszego kraju. W ostatnich latach coraz więcej rodziców nie zgadza się na szczepienia swoich dzieci. Niektóre kraje (np. Francja oraz we Włochy), które do tej pory nie miały u siebie obowiązku szczepień lub lista szczepionek obowiązkowych była krótka, zaczynają wprowadzać dodatkowe szczepienia obowiązkowe. Inne wprowadzają kary finansowe za brak szczepień lub zakaz posyłania niezaszczepionych dzieci do żłobków i przedszkoli.

Raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – PIB: *SZCZEPIENIA OCHRONNE W POLSCE W 2020 ROKU* wskazuje, iż w Polsce występują wahania liczba dzieci zaszczepionych zgodnie z PSO.



Rycina 1. Objęci sprawozdaniami ze szczepień ochronnych w latach 2011-2020 w stosunku do liczby ludności według wieku

Źródło: SZCZEPIENIA OCHRONNE W POLSCE W 2020 ROKU, http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2020/Sz\_2020.pdf

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż województwo łódzkie w zakresach szczepień objętych preparatami skojarzonymi wykazuje wyszczepienie populacji w rocznikach w około 93-94% populacji docelowej, co stanowi wyniki wyraźnie poniżej województw z najwyższymi poziomami zaszczepienia.

### Szczepienia i szczepionki

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

Wytyczne Programu Szczepień Ochronnych na rok 2022 według Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 28 października 2021 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2022, klasyfikują szczepienia „5 w 1” i „6 w 1” jako szczepienia obowiązkowe dla dzieci i młodzieży według wieku – kalendarz szczepień, ale jako wariant A1:

*„A.1. Wariant szczepień z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej DTaP-IPV-Hib albo DTaP-IPV-Hib-WZWB – stosuje się w przypadku dostępności do szczepionek wysokoskojarzonych.”*

Powoduje to, iż szczepienia wysokoskojarzone wymagają zakupu preparatu poza budżetem państwa.



Rycina 2. Kalendarz szczepień na 2020 rok

Źródło: https://szczepienia.pzh.gov.pl/kalendarz-szczepien-2022-2/

Podstawowy wariant szczepień obejmuje wykorzystanie szczepionek zakupionych z budżetu przewidzianego na realizację PSO. W tym przypadku szczepienia przeciwko krztuścowi realizowane są z wykorzystaniem szczepionki pełnokomórkowej, czyli DTPw. W postaci oddzielnych iniekcji podaje się szczepionkę przeciwko polio (IPV – inactivated poliovirus vaccine), Haemophilus influenzae (HiB) oraz przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV – Hepatitis B virus).

Szczepienia przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi wykonywane są szczepionką skojarzoną DTP trzykrotnie, w odstępach 6–8 tygodni w 1. roku życia (szczepienie pierwotne: 2. miesiąc, 3.–4., 5.–6.) oraz raz w 2. roku życia dziecka (szczepienie uzupełniające: 16.–18. miesiąc). Szczepienie przypominające wykonywane jest w 6. roku życia dziecka (domięśniowo szczepionką DTaP – komponent bezkomórkowy). W 14. oraz 19. roku życia dziecka zalecane jest podanie dawki przypominającej szczepionki zawierającej zmniejszone ilości szczepionki błonniczej (Td) (podskórnie lub domięśniowo).

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

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

Szczepienia przeciw poliomyelitis wykonywane są wszystkim niemowlętom szczepionką zabitą (IPV). Pierwszą dawkę podaje się podskórnie lub domięśniowo na przełomie 3. i 4. miesiąca życia (po 6–8 tygodniach od szczepienia poprzedniego), a drugą dawkę znowu po 6–8 tygodniach. Trzecia dawka szczepionki IPV w ramach szczepienia podstawowego (uzupełniająca) podawana jest w 16.–18. miesiącu życia dziecka. W 6. roku życia podaje się mu poliwalentną szczepionkę atenuowaną –OPV (1,2,3 typ wirusa).

Alternatywnie szczepienia obowiązkowe mogą być realizowane tzw. preparatami wysoce skojarzonymi. Są to szczepionki, które dają możliwość uodpornienia przeciwko kilku chorobom dzięki jednej iniekcji.

Wysoce skojarzone szczepionki pięcio- i sześcioskładnikowe są zgodne z obowiązującym w Polsce PSO. Można je podawać według zarejestrowanych na terenie Polski wskazań. Ich stosowanie ułatwia realizację obowiązkowego PSO, a zarazem zwiększa akceptację rodziców dla szczepień - redukcja liczby wkłuć u dzieci jest preferowana przez rodziców, a komponent DTaP rzadziej wywołuje działania niepożądane.

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

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

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

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

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

oraz dwa preparaty typu „6 w 1”:

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

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

Wykorzystując szczepionki typu „5 w 1” lub „6 w 1”, można podawać kolejne dawki szczepienia pierwotnego już co 4 tygodnie. W ten sposób znacznie przyspieszamy realizację schematów szczepień, co zostało wyraźnie podkreślone w zapisach PSO na 2021 r. w związku z pandemią COVID-19. Zalecenie wprowadzenia szczepionek skojarzonych (optymalnie „6 w 1”) znalazło się także w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii, dotyczących opieki ambulatoryjnej nad dziećmi w czasie pandemii COVID-19, podobnie jak rekomendowanie podawania wielu szczepionek w trakcie tej samej wizyty i skracanie odstępów między dawkami do minimalnych przewidzianych w ChPL danej szczepionki.

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

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

W wyniku wyszukiwania odnaleziono zalecenia z lat 2019-2021 dotyczące szczepień przeciwko krztuścowi, tężcowi, błonicy, poliomyelitis, WZW B lub zakażeniom H. influenza typu B wydane przez: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Advisory Committee On Immunization Practices (ACIP) i Centers for Disease Control and Prevention (CDCP), Australian Immunisation Handbook (AIH), Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz National Health Service (NHS). Łącznie z przeanalizowanych 16 dokumentów wytycznych (CDCP 2021, ECDC 2020 (6 dokumentów), ACIP 2019, AIH 2019 (6 dokumentów) i NHS 2019) wynika, iż:

* Amerykańskie wytyczne CDCP z 2021 roku wskazują, iż wśród zalecanych szczepionek przeciwko krztuścowi, tężcowi, błonicy, poliomyelitis, WZW B i zakażeniom H. influenza typu B dostępne są zarówno szczepionki monowalentne, jak i szczepionki skojarzone: czterowalentne i pięciowalentne. Wśród szczepionek skojarzonych zalecenia CDCP 2021 nie wymieniają szczepionek sześciowalentnych.
* W dokumencie ACIP z 2019 r. podkreślone są zalety i wady stosowania szczepionek wysokoskojarzonych. Wśród korzyści z ich stosowania wymienione są m.in.: zwiększenie poziomu wyszczepialności, zmniejszanie kosztu transportu i przechowywania szczepionek oraz dodatkowych wizyt lekarskich. Natomiast wśród wad tych szczepionek wymienione są m.in.: zdarzenia niepożądane, które mogą występować częściej po podaniu szczepionki skojarzonej w porównaniu z podaniem oddzielnych antygenów podczas tej samej wizyty, niepewność co do wyboru składu szczepionki skojarzonej i harmonogramu dla kolejnych dawek oraz zmniejszona liczba patogenów, jeśli produkt złożony obejmuje mniej rodzajów jednego konkretnego czynnika chorobotwórczego.
* Wytyczne WHO są ogólne i odnoszą się do roli szczepień ochronnych, schematu dawkowania i wskazują na różnorodność preparatów dostępnych na rynku.

Szczepionki wysoce skojarzone minimalizują liczbę wizyt w poradni, prowadzą do szybszej realizacji PSO, a także ułatwiają wprowadzenie szczepień dodatkowych, czyli zalecanych. Ponieważ szczepionki wysoce skojarzone należą do szczepionek inaktywowanych, nie ma konieczności zachowania jakiegokolwiek odstępu między nimi a innymi szczepionkami inaktywowanymi czy „żywymi”, jeśli rodzice zdecydują ostatecznie o ich podaniu oddzielnie.

Szczepionki wysokoskojarzone (z bezkomórkowym komponentem krztuśca) stwarzają mniejsze ryzyko niepożądanych reakcji poszczepiennych. Szczepionki wysokoskojarzone to szczepionki lepiej tolerowane i rzadziej wywołujące działania niepożądane niż szczepionki oferowane bezpłatnie, ponieważ stanowią mniejsze obciążenie dla organizmu dziecka, choć jednocześnie uodparniają przed wieloma chorobami naraz. Dodatkowo dziecko otrzymując szczepionkę skojarzoną otrzymuje w sumie mniej substancji pomocniczych niż wtedy, gdy szczepienie jest realizowane za pomocą trzech bezpłatnych szczepionek. Ponadto szczepionki wysokoskojarzone nie zawierają tiomersalu. W przypadku zastosowania szczepionki „6 w 1” dziecko odbędzie mniej wizyt szczepiennych, co za tym idzie otrzyma mniej ukłuć - mniej bólu i stresu dla dziecka (w przypadku obecnego kalendarza szczepień jest to łącznie 14 wkłuć, a w przypadku wysokoskojarzonej szczepionki jest to 6 wkłuć). Szczepionki „6 w 1” mają potwierdzone bezpieczeństwo stosowania u wcześniaków. Szczepionki wysokoskojarzone są standardowo stosowane u wszystkich niemowląt w wielu krajach Europy np. Niemczech, Francji, Czechach, Słowacji.

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

# 2. Cele programu i mierniki efektywności

## Cel główny

Redukcja zachorowań w populacji pediatrycznej, poprzez uzyskanie nie mniejszego niż 80% poziomu zaszczepienia pełnym schematem szczepienia preparatem „6 w 1” dzieci od 2. do 18. miesiąca życia, zameldowanych na terenie Gminy Kleszczów - w latach 2023–2025.

## Cele szczegółowe

* Spadek zachorowalności wśród dzieci, poprzez zwiększenie dostępności do działań edukacyjnych, dotyczących chorób zakaźnych w grupie populacji dzieci zameldowanych na terenie Gminy Kleszczów w latach 2023–2025;
* Wzrost odporności na choroby zakaźne populacji pediatrycznej, poprzez zwiększenie dostępności w latach 2023–2025 do bezpłatnych szczepień preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” w grupie osób objętych programem wśród populacji zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów;
* Podniesienie poziomu wiedzy na temat szczepień i ich skuteczności o minimum 30% w grupie osób objętych działaniami edukacyjnymi w latach 2023–2025 wśród populacji zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów;
* Wzrost o minimum 20% liczby chętnych rodziców/opiekunów zgłaszających się na szczepienia z dziećmi w latach 2023–2025, poprzez zachęcenie osób z grup objętych programem do szczepień preparatem wysokoskojarzony „6 w 1”, wśród populacji zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów w latach 2023–2025.

## Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

* Liczba osób chorujących na błonicę, tężec, krztusiec, polio, wzw typu B oraz zakażenia HiB w latach 2023–2025 wśród populacji pediatrycznej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów; wykazane na podstawie danych zebranych od świadczeniodawców/NFZ;
* Iloraz liczby dzieci chorujących na zakaźne choroby pediatryczne, których rodzice zostali objęci działaniami edukacyjnymi w programie i liczby dzieci chorujących z populacji docelowej. Wynik wyrażony w procentach, wykazany na podstawie danych zebranych od realizatorów;
* Iloraz liczby osób chorujących na zakaźne choroby pediatryczne zaszczepionych w ramach PPZ pełnym schematem szczepienia preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” i liczby osób chorujących z populacji docelowej. Wynik wyrażony w procentach.
* Liczba osób zaszczepionych preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” w populacji docelowej; wykazane na podstawie danych zebranych od realizatorów;
* Liczba zgód na udział w programie i ich ewentualne zmiany w porównaniu z liczebnością populacji docelowej oraz w odniesieniu do lat poprzednich – zakładany wzrost o minimum 20% w roku 2025; wykazana na podstawie danych zebranych od realizatorów;
* Ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu, zakładany minimum 50% poziom satysfakcji uczestników programu - dane z ankiet satysfakcji uzyskanych od realizatorów;
* Wzrost wiedzy w zakresie prewencji chorób zakaźnych u minimum 20% uczestników programu na podstawie ankiety ewaluacyjnej; wartość docelowa (wzrost o minimum 30%) mierzona wzrostem liczby odpowiedzi pozytywnych dla pre i post testów podczas edukacji zdrowotnej. Dane uzyskane na podstawie list uzyskanych od realizatorów;
* Wzrost liczby osób korzystających ze szczepień zalecanych w populacji całkowitej zamieszkującej Gminę Kleszczów, wykazane na podstawie danych zebranych od realizatorów.

# 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

## Populacja docelowa

Gmina Kleszczów według stanu na dzień 31.12.2021 r., ma 6 462 mieszkańców, z czego 50,7% stanowią kobiety, a 49,3% mężczyźni. W latach 2002-2021 liczba mieszkańców wzrosła o 74,6%. Gmina Kleszczów ma dodatni przyrost naturalny wynoszący 7. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu 1,10 na 1 000 mieszkańców gminy Kleszczów. W 2020 roku urodziło się 72 dzieci, w tym 48,6% dziewczynek i 51,4% chłopców.



Rycina 3. Liczba i płeć mieszkańców Gminy Kleszczów

Źródło: https://www.polskawliczbach.pl/gmina\_Kleszczow

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

Populacja osób w wieku 0-4 lat zamieszkujących Gminę Kleszczów według danych na 31.XII.2021 r. liczy w podziale na dziewczynki i chłopców odpowiednio: 214 K i 240 M, łącznie 454 dzieci.

Na podstawie danych z Urzędu Gminy Kleszczów z lat poprzednich, znana jest sytuacja dotycząca wszczepialności – w 2019 roku zaszczepiono 500 dzieci, w 2020 roku 300 dzieci, a w 2021 roku jedynie 221 dzieci.

Wynika to z realizacji wcześniejszej edycji programu polityki zdrowotnej, obejmującego ten sam problem zdrowotny i adekwatne działania w ramach interwencji.

Zatem docelową populację ustala się na około 250-300 dzieci w latach 2023-2025. Będą to osoby realizujące schemat szczepień podstawowych, urodzone w roku 2022, 2023, 2024 i 2025, a także w pierwszym roku programu dzieci z roczników 2021 i 2022, u których szczepienie będzie ewentualnym rozszerzeniem wcześniej wykonanego PSO innym preparatem.

Planowany budżet pozwala na pełne objęcie programem w zakresie szczepień profilaktycznych w zależności od wybranego preparatu i zastosowanego schematu dawkowania określonemu w ChPL od około 45 do 85% całkowitej populacji dzieci w wieku 2-18 m.ż., zamieszkującej Gminę Kleszczów, co przekłada się na możliwość wyszczepienia całej docelowej (250-300 dzieci) populacji, która spełni kryteria kwalifikacyjne.

Działania edukacyjne będą adresowane także do rodziców/opiekunów dzieci. Zakładając grupę dzieci w liczbie 250-300 osób, można przypuszczać, iż przynajmniej 1 rodzic będzie uczestniczył w spotkaniach edukacyjnych, zatem można przyjąć, że działania edukacyjne obejmować będą od około 250 do maksymalnie 600 osób.

Wytyczne Programu Szczepień Ochronnych na rok 2022 według Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 28 października 2021 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2022, klasyfikują szczepienie preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” jako świadczenie zalecane.

## Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

**Kryteria włączenia** do programu dla populacji zakwalifikowanej do szczepień:

* podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w szczepieniach (przykładowy druk zgody w załączniku); podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
* działania w ramach programu będą prowadzone wśród osób zameldowanych na terenie Gminy Kleszczów (za okazaniem stosownego zaświadczenia lub poświadczenia zameldowania za pomocą aplikacji mObywatel);
* brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących podanie szczepionki;   
  w przypadku czasowych przeciwwskazań może zostać ustalony nowy termin wizyty;
* wiek uczestnika potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
* uczestnicy do programu będą włączani zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

**Kryteria wyłączenia** z programu:

* brak pisemnej zgody na udział w programie;
* brak udokumentowania miejsca zameldowania na terenie Gminy Kleszczów;
* brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
* skorzystanie z pełnego zakresu usług szczepienia w obecnej edycji programu lub poza programem;
* występowanie przeciwskazań medycznych określonych w ChPL, m.in.:

1. szczepienie szczepionką skojarzoną jest przeciwwskazane u osób, u których wystąpiła encefalopatia o nieznanej etiologii w ciągu 7 dni po wcześniejszym szczepieniu szczepionką zawierającą antygeny krztuśca (pełnokomórkową lub acelularną);
2. szczepionka przeciw krztuścowi nie powinna być podana osobom z niekontrolowanymi zaburzeniami neurologicznymi lub niekontrolowaną padaczką do czasu ustalenia sposobu leczenia, ustabilizowania się stanu zdrowia oraz gdy korzyści przeważają nad ryzykiem;
3. tak jak w przypadku innych szczepionek, szczepionka wysokoskojarzona nie powinna być podawana osobom w okresie ostrych i ciężkich chorób gorączkowych. Łagodna infekcja nie jest przeciwwskazaniem do zastosowania szczepionki.

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

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

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

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

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach od 2023 do końca 2025.

## Planowane interwencje

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

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

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

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora lub Realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz.1285).

Szczepienie przeprowadzone zostanie na terenie Gminy Kleszczów w miejscu/-ach wskazanym przez Realizatora/-ów.

W cyklu szczepień będą wykorzystane dostępne, dopuszczone do użytkowania preparaty wybrane przez Realizatora, odpowiednie i rekomendowane dla danej populacji docelowej. Szczepienia realizowane będą szczepionką wysokoskojarzoną „6 w 1” w dawkach zgodnie z wytycznymi producenta dotyczącymi dawkowania wskazanymi w ChPL.

Na polskim rynku dostępne są dwa preparaty typu „6 w 1” – Infanrix hexa (GSK) i Hexacima (Sanofi Pasteur).

Preparat Infanrix hexa można stosować w realizacji schematu podstawowego do końca 3 roku życia, natomiast w przypadku Hexacimy do końca 2 roku życia.

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

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

## Sposób udzielania świadczeń

Ze względu na charakter programu – szczepienie dzieci w określonym, konkretnym przedziale wiekowym oraz podawanie dawek szczepionki w różnych przedziałach czasowych – akcja szczepień będzie miała charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób ciągły w trakcie jego trwania w latach 2023–2025. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.

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

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

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

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

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

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

1. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących, a także wychowawców/opiekunów i innych pracowników placówek opiekuńczo-wychowawczych;
2. Konieczne jest przekazanie informacji, że szczepionki nie zapewniają 100% ochrony przed istniejącymi już infekcjami/zakażeniami;
3. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
4. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;
5. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora/Realizatorów zgodnie   
   z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

## Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

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

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

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

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

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

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

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

# 4. Organizacja programu

## Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

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

1. Stworzenie rady ds. programu, w skład której wejdą wszyscy interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem.

2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przesłanie do AOTMiT projektu PPZ do oceny merytorycznej, o której mowa w art. 48a ust. 4. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

4. Przeprowadzenie szkolenia dla realizatorów programu celem ujednolicenia sposobu postępowania we wszystkich zaangażowanych placówkach i przekazania niezbędnej do realizacji programu wiedzy. Należy uwzględnić zarówno personel medyczny jak również nauczycieli-wychowawców/opiekunów dzieci kwalifikujących się do programu.

5. Sugeruje się zaangażowanie JST w centralny zakup szczepionek ew. negocjacje jednej ceny/wspólnego zakupu szczepionki dla wszystkich podmiotów realizujących szczepienia na terenie danej JST.

6. Ewentualny zakup sprzętu niezbędnego do prowadzenia planowanych działań przez realizatora/realizatorów wyłonionych w drodze konkursu ofert.

7. Przeprowadzenie interwencji: działania informacyjno-edukacyjne i przeprowadzenie pełnego cyklu szczepień.

8. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).

9. Zakończenie realizacji PPZ.

10. Rozliczenie finansowe PPZ.

11. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

W ramach programu Realizator obligatoryjnie musi przeprowadzić:

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

## **Ad 1. Akcja informacyjna**

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

## Ad 2. Działania edukacyjne

Skierowane do osób zameldowanych na terenie Gminy Kleszczów, w szczególności rodziców i opiekunów dzieci z populacji docelowej objętych szczepieniami. Wykłady/pogadanki na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w siedzibie Realizatora, szkołach, placówce opieki zdrowotnej, domu kultury, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, innych wybranych przez Realizatora miejscach.

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

Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące specyfiki patogenów objętych profilaktyką szczepienną, wywoływanych przez nie infekcji, ich następstw zdrowotnych, skuteczności wcześnie podjętej profilaktyki i leczenia powikłań, konsekwencji zaniedbań higieniczno-sanitarnych i bagatelizowania objawów chorobowych.

Tematyka zajęć powinna obejmować następujące zagadnienia:

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

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

Edukacja może przybrać formę prelekcji wzbogaconej o prezentację multimedialną, prowadzonej przez doświadczonych edukatorów mających stosowne wykształcenie/specjalizację (zdrowie publiczne, epidemiologia, choroby zakaźne itp.).

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

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez Realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Zakłada się, że zajęcia edukacyjne odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych Realizatora. Edukacja powinna następować co najmniej dwa razy w roku, minimum raz w każdym półroczu roku kalendarzowego. Podczas działań edukacyjnych Realizator/Realizatorzy mogą wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo mogą posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i temu podobne podmioty.

Prezentowane treści muszą być całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej; najlepiej z wykorzystaniem gotowych, zweryfikowanych materiałów np.: na portalu NIZP-PZH-PIB http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

Działania edukacyjne:

* Realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
* plan zajęć edukacyjnych uczestników programu powinien zawierać m.in. informacje   
  o szczepieniu, jego korzyściach, ale i zagrożeniach;
* przekazywane powinny być informacje o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez NFZ, w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych związanych z wystąpieniem chorób zakaźnych.

## Ad 3. **Rekrutacja do programu**

Realizator wybrany w procedurze konkursowej będzie zobowiązany do przeprowadzenia rekrutacji uczestników. Podstawowe kryteria formalne to zameldowanie na terenie Gminy Kleszczów, wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie (podpisanie zgody przez rodzica/opiekuna), wiek zgodny z grupą docelową, brak przeciwwskazań zdrowotnych. Kryteria szczegółowe zostały opisane wcześniej w stosownej części tego dokumentu.

Zgody na udział w programie zostaną zgromadzone w siedzibie Realizatora, ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

## Ad 4. **Interwencja terapeutyczna**

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

Składają się na nią:

1. lekarskie badanie kwalifikacyjne,
2. podanie wysokoskojarzonego preparatu szczepionkowego „6 w 1”.

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

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

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

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

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

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

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

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

## Ad 5 Monitoring działań

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

## Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

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

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

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

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

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

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

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

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

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

Podsumowując wymagania kadrowo-sprzętowe:

* kwalifikowanie do szczepienia: osoba uprawniona do przeprowadzenia badania kwalifikującego do szczepienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
* podanie szczepionki: osoba uprawniona do podania szczepionki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
* działania edukacyjne: osoba posiadająca doświadczenia dydaktyczne w pracy z grupą docelową oraz posiadająca wiedzę z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych na poziomie odpowiednim, aby przekazywać treści całkowicie merytorycznie spójne z materiałami informacyjno-edukacyjnymi;
* kwalifikacja i szczepienie: warunki takie jak dla gabinetu diagnostyczno-zabiegowego (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa), a także dostępność do urządzeń odpowiednich do przechowywania szczepionek w warunkach zalecanych przez producenta (w szczególności zapewniający nieprzerwany łańcuch chłodniczy), materiały niezbędne do wykonania szczepienia oraz rozwiązania zapewniające gotowość do podjęcia działań na wypadek wystąpienia działań niepożądanych lub innej sytuacji zagrożenia dla zdrowia lub życia;
* działania edukacyjne: adekwatne do zaplanowanych działań.

# 5. Monitorowanie i ewaluacja

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

**Kontynuacja/trwałość programu**

Program jest kontynuacją wcześniejszych działań realizowanych w ramach podobnego programu polityki zdrowotnej, jest zaplanowany na lata 2023–2025, z możliwością kolejnej kontynuacji w zależności od decyzji Instytucji finansującej.

## Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco (np. przez tworzenie raportów okresowych) i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej (tj. zakończeniem cyklu szczepień w danym sezonie). Powinno się składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach PPZ.

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

Należałoby na bieżąco uzupełniać indywidualne informacje o każdym z uczestników PPZ, w formie elektronicznej bazy danych np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

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

**Ocena zgłaszalności:**

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

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

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

W ramach oceny zgłaszalności należy na bieżąco kontrolować liczbę zgłoszeń do programu względem planowanej liczby uczestników, którzy mają zostać objęci szczepieniami. Dodatkowo monitorowaniu należy poddać liczbę zgłoszeń na działania edukacyjne z placówek realizatora. W przypadku stwierdzenia znaczących odstępstw od oczekiwanego poziomu zgłoszeń należy podjąć działania naprawcze. Należy także, o ile to możliwe, opisać przyczyny braku uczestnictwa w działaniach programowych.

**Ocena jakości świadczeń**

Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie wakcynologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez Realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety.

Każdemu uczestnikowi należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji, w której znajdują się pytania odnośnie elementów PPZ, z którymi miał on styczność, w tym w szczególności jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych czy działań informacyjno-edukacyjnych.

Ankieta może, ale nie musi być anonimowa.

Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

## Ewaluacja

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

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

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

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

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności   
i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

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

W ramach ewaluacji należy przeprowadzić oszacowania m.in:

* Liczba osób chorujących na błonicę, tężec, krztusiec, polio, wzw typu B oraz zakażenia HiB w latach 2023–2025 wśród populacji pediatrycznej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów; wykazane na podstawie danych zebranych od świadczeniodawców/NFZ;
* Iloraz liczby dzieci chorujących na zakaźne choroby pediatryczne, których rodzice zostali objęci działaniami edukacyjnymi w programie i liczby dzieci chorujących z populacji docelowej. Wynik wyrażony w procentach, wykazany na podstawie danych zebranych od realizatorów;
* Iloraz liczby osób chorujących na zakaźne choroby pediatryczne zaszczepionych w ramach PPZ pełnym schematem szczepienia preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” i liczby osób chorujących z populacji docelowej. Wynik wyrażony w procentach.

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

Zaplanowane wskaźniki mogą zostać także zweryfikowane pod kątem:

* Liczby nowych rozpoznań chorób, które obejmuje cykl szczepień wysokoskojarzonym preparatem „6 w 1”, co będzie miarą efektywności działań w latach 2023–2025 wśród populacji zameldowanej w Gminie Kleszczów;
* Liczby zgłoszeń do innych szczepień, w tym zalecanych, zarówno w populacji dzieci i dorosłych, już poza programem, w latach 2023–2025 wśród populacji zameldowanej w Gminie Kleszczów; co będzie miarą skuteczności działań edukacyjnych;
* Wzrostu wiedzy minimum 20% uczestników programu na podstawie ankiety ewaluacyjnej; wartość docelowa wzrost o 30% mierzona wzrostem liczby odpowiedzi pozytywnych dla pre i post testów podczas edukacji zdrowotnej. Dane uzyskane na podstawie list uzyskanych od realizatorów;

W przypadku programów szczepiennych istotne jest, aby mierniki efektywności odnosiły się głównie do zachorowalności na wskazaną chorobę oraz występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Ze względu na obecność szczepień przeciwko wybranym jednostkom chorobowym w obowiązującym na terenie całego kraju PSO, ale innymi preparatami pewne znaczenie dla oceny efektywności programu będą miały również statystyki ogólnopolskie.

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

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

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

W celu opracowania jak najdokładniej powyższych danych można rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

# 6. Koszty

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2023–2025 została przeznaczona kwota około **180 000 zł** na cały okres trwania programu, co daje po 60.000 zł rocznie.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach przedmiotowego programu. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego mogą skorzystać, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badania lekarskiego, zakupu i podania szczepionki.

**Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od ofert, które otrzymają środki na ich realizację w ramach konkursu. Poszczególne oferty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia.**

**W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych kosztów dostępne środki finansowe będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.**

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

## a. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy, obejmuje m.in. koszt badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia, zakupu szczepionki i jej podania (w tym sprzętu i materiałów jednorazowego użytku), utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, działań promocyjno-edukacyjnych   
i inne koszty ogólne (administracyjno-biurowe, pocztowe itp. związane z realizacją programu).

Zakładając marże apteczne, a także wydatki dodatkowe, koszt jednostkowy uczestnictwa   
w programie zależny jest od zastosowanego preparatu i schematu szczepień zalecanego przez producenta preparatu.

Zakłada się zatem, że koszt zakupu 1 dawki szczepionki dla 1 osoby może wynieść od **180 zł/za dawkę**, do **około 230 zł/za dawkę.**

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

Zakładając budżet roczny programu na poziomie 60 000 zł, po odliczeniu kosztów organizacyjnych środki finansowe pozwalają na podanie około 608 – 778 dawek szczepionki w zależności od wybranego preparatu, przez cały okres trwania programu, daje to koszt jednostkowy zakupu preparatu na 1 osobę w zakresie od 360 do 690 zł za osobę.

Zakładając budżet roczny programu na poziomie 60 000 zł, przy uwzględnieniu kosztów zakupu preparatów a także doliczeniu wszystkich kosztów organizacyjnych koszt jednostkowy programu w przeliczeniu na 1 uczestnika wyniesie od około 600 do 720 zł na osobę.

## b. Planowane koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

### Koszty roczne organizacyjne po stronie Organizatora:

* organizacja kampanii informacyjnej;
* zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych;
* zaprojektowanie i utrzymanie zakładki na stronie internetowej (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie);
* koszty monitoringu i ewaluacji;

koszty monitorowania i ewaluacji szacuje się na około **2 000** zł rocznie,

* koszty administracyjno-biurowe – **1 000** zł;
* rezerwa budżetowa – zakłada się ją na poziomie około **1 500** zł.

Rezerwę można wykorzystać na zwiększenie wyszczepienia populacji, rozszerzenie działań edukacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji.

Całkowite roczne koszty po stronie Organizatora przewidziane na czas trwania programu, według założeń nie powinny przekroczyć **4 500 zł.**

### Koszty roczne realizacji interwencji po stronie Realizatora:

* działania edukacyjne;
* zakup szczepionek;
* wykonanie badania kwalifikacyjnego i szczepienia;
* koszty zarządzania programem.

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

Całkowita roczna kwota interwencji po stronie Realizatora obejmuje:

* Koszty działań edukacyjnych

Maksymalna roczna kwota przeznaczona na wynagrodzenia prelegentów, a także przygotowanie materiałów dla uczestników wykładów nie powinna przekroczyć **3 000 zł;**

* Zakup szczepionek oraz wykonanie badania kwalifikacyjnego i szczepienia

Obejmują koszty zakupu szczepionki, badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia, podania szczepionki (w tym koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku), utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów.

* Koszty zarządzania programem

Maksymalna kwota przeznaczona na wydatki administracyjne, wydruki ankiet, przygotowanie raportów i sprawozdań, usług kurierskich, transport materiałów, koszty marketingu nie powinna przekroczyć **1 200 zł.**

Planowane koszty organizacyjne realizacji programu wykazane są w tabeli 1.

Tabela 1. Koszty pozamedyczne roczne realizacji programu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KOSZTY REALIZATORA** | **2023** | **2024** | **2025** |
| koszty działań edukacyjnych | 3 000,00 zł | 3 000,00 zł | 3 000,00 zł |
| koszty zarządzania programem | 1 200,00 zł | 1 200,00 zł | 1 200,00 zł |
| **łącznie koszty realizatora** | **4 200,00 zł** | **4 200,00 zł** | **4 200,00 zł** |
| **KOSZTY ORGANIZATORA** |  |  |  |
| koszty ewaluacji | 2 000,00 zł | 2 000,00 zł | 2 000,00 zł |
| rezerwa budżetowa | 1 500,00 zł | 1 500,00 zł | 1 500,00 zł |
| koszty ogólne | 1 000,00 zł | 1 000,00 zł | 1 000,00 zł |
| **łącznie koszty organizatora** | **4 500,00 zł** | **4 500,00 zł** | **4 500,00 zł** |
| **KOSZTY ŁĄCZNE** | **8 700,00 zł** | **8 700,00 zł** | **8 700,00 zł** |

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program na lata 2023–2025. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku   
o dofinansowanie przygotują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 180 000 zł** w latach 2023-2025, szczegóły wykazane są w tabeli 2.

Tabela 2. Planowany całościowy budżet programu

|  |  |
| --- | --- |
| **KOSZTY REALIZATORA** |  |
| koszty zakupu preparatów szczepionkowych | 140 000,00 zł |
| koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku), utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów – ryczałt - 10% kosztu preparatów | 14 000,00 zł |
| koszty działań edukacyjnych | 9 000,00 zł |
| koszty zarządzania programem | 3 600,00 zł |
| łącznie koszty realizatora | 166 600,00 zł |
| **KOSZTY ORGANIZATORA** |  |
| koszty ewaluacji | 6 000,00 zł |
| rezerwa budżetowa | 4 500,00 zł |
| koszty ogólne | 3 000,00 zł |
| łącznie koszty organizatora | 13 500,00 zł |
| **KOSZTY ŁĄCZNE** | **180 100,00 zł** |

Źródło: Opracowanie własne.

## c. Źródła finansowania, partnerstwo

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

W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

# 7. Bibliografia

1. Ashon D, Munarin L. Guide to the coadministration of vaccines. Eur J Pharm Med Res 2019; doi. 10.20959/ejpmr201912-7523.
2. Barlow WE, Davis RL, Glasser JW, et al. The risk of seizures after receipt of whole-cell pertussis or measles, mumps, and rubella vaccine. N Engl J Med 2001; 345:656-61.
3. Chiu NC, Huang LM, Willemsen A, et al. Safety and immunogenicity of a meningococcal B recombinant vaccine when administered with routine vaccines to healthy infants in Taiwan: A phase 3, open-label, randomized study. Hum Vaccin Immunother 2018;14(5):1075-83.
4. ChPL – Infanrix-IPV-HiB, Infaneix hexa, Pentaxim, Hexacima.
5. Deng L, Wood N, Danchin M. Seizures following vaccination in children: Risks, outcomes and management of subsequent revaccination. Aust J Gen Pract 2020;49(10):644–9.
6. Jackowska T i wsp. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii dotyczące opieki ambulatoryjnej nad dziećmi w czasie pandemii Covid-19, wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Przegląd Pediatryczny 2020;49(2):19-23.
7. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 28 października 2021 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2022. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, poz. 85. http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\_MZ/2021/85/akt.pdf.
8. Le Saux N1, Barrowman NJ, Moore DL, et al. Decrease in hospital admissions for febrile seizures and reports of hypotonic-hyporesponsive episodes presenting to hospital emergency departments since switching to acellular pertussis vaccine in Canada: a report from IMPACT. Pediatrics 2003;112: e348.
9. Timing and Spacing of Immunobiologics. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/ timing.html.
10. Vaccine Recommendations and Guidelines. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.
11. Vessikari T, Esposito S, Prymula R, et al. Immunogenicity and safety of an investigational multicomponent, recombinant, meningococcal serogroup B vaccine (4CMenB) administered concomitantly with routine infant and child vaccinations: results of two randomised trials. Lancet 2013;381(9869):825-35.
12. Małecka I. Korzyści z realizacji szczepień preparatami wysoce skojarzonymi; https://podyplomie.pl/krztusiec/posts/503.korzysci-z-realizacji-szczepien-preparatami-wysoce-skojarzonymi,
13. Rekomendacja nr 74/2020 z dnia 23 października 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego;
14. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 62/2021 z dnia 31 maja 2021 roku;
15. Rekomendacja nr 62/2021 z dnia 31 maja 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny produktu.
16. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
19. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania.
21. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
22. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

# 8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

## a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

***wzór***

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 1. *Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią* |  |  |  |  |  |  |
| 1. *Troska o pacjenta w trakcie rozmowy* |  |  |  |  |  |  |
| 1. *Sprawność obsługi* |  |  |  |  |  |  |
| 1. *Kompetentna informacja* |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 1. *Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)* |  |  |  |  |  |  |
| 1. *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)* |  |  |  |  |  |  |
| 1. *Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty* |  |  |  |  |  |  |
| 1. *Punktualność* |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 1. *Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)* |  |  |  |  |  |  |
| 1. *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)* |  |  |  |  |  |  |
| 1. *Sprawność obsługi* |  |  |  |  |  |  |
| 1. *Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem* |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Inne uwagi**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....………………….…

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.*

*Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakość świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.   
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

## b. Zgoda na udział w programie

***WZÓR***

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

………………………………………………………………….

(nazwa programu)

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

………………………………………………………….. ..........................…………………………………

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Data i czytelny podpis

Uczestnika/Uczestniczki

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

Osoba reprezentująca Realizatora programu

………………………………………………………………

Data i czytelny podpis i pieczątka

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx z siedzibą przy xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - moich danych osobowychzawartych w formularzuw celu realizacji programu polityki zdrowotnej ………………………………………………………………………………………………………..***(nazwa programu )*

**Przyjmuję do wiadomości, iż:**

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: [xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](mailto:iod@um.poznan.pl) lub pisemnie na adres: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
5. dostępu do swoich danych osobowych,
6. żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
7. żądania usunięcia danych, gdy:

* dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
* po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
* dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,

1. żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:

* osoby te kwestionują prawidłowość danych,
* przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
* Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

1. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
2. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej …………………………………………………………………………………………*(nazwa programu )*
3. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
4. Odbiorcami danych są podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu.

*………………………………………………………….*

*Data i czytelny podpis*

*Uczestnika/Uczestniczki programu*

## c. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

WZÓR

**SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ**

*Program profilaktyki chorób zakaźnych - szczepienie wysokoskojarzonym preparatem „6 w 1”*

*dla mieszkańców Gminy Kleszczów na lata 2023–2025*

1. **Sprawozdanie**

 miesięczne, za okres od …. do ….. ……………………………….

 roczne, za rok ……………………………….

1. **Liczba przyjętych osób (badania wstępne) ……………………………….**

 dziewczęta ………………………………..

 chłopcy ………………………………..

1. **Liczba zaszczepiony osób ……………………………….**

 dziewczęta ………………………………..

 chłopcy ………………………………..

1. **Liczba zaobserwowanych podejrzeń**

**lub stwierdzeń niepożądanych odczynów ….……………………..……..  
poszczepiennych**

1. **Uwagi**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………….. …………………………

Data Podpis

## d. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

**ANKIETA STATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
|  |  |  |  |  |  |

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo przydatna* | *Przydatna* | *Średnio Przydatna* | *Raczej nieprzydatna* | *Całkowicie nieprzydatna* | *Nie mam zdania* |
|  |  |  |  |  |  |

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* trudno powiedzieć
* raczej nie
* zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* trudno powiedzieć
* raczej nie
* zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* trudno powiedzieć
* raczej nie
* zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* trudno powiedzieć
* raczej nie
* zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* trudno powiedzieć
* raczej nie
* zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* trudno powiedzieć
* raczej nie
* zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* trudno powiedzieć
* raczej nie
* zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* trudno powiedzieć
* raczej nie
* zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* trudno powiedzieć
* raczej nie
* zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Inne uwagi.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.*

*Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług*

*i najwyższego komfortu uczestnikom programu.   
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*