



**Program polityki zdrowotnej
Gminy Kleszczów
na lata 2026-2028**

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

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2025 poz. 1461)

Kleszczów, listopad 2025 r.
Urząd Gminy Kleszczów

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

Program został opracowany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2017 r. w sprawie programu polityki zdrowotnej oraz raportu końcowego z jego realizacji (Dz.U. z 2017 r. poz. 2476).

Opracowanie dokumentu na zlecenie Urzędu Gminy Kleszczów
dr n. o zdr. Jacek Borowicz



dr n. o zdr. Jacek Borowicz
PubHealth
04-393 Warszawa, ul. Drwęcka 18/23
NIP 538-157-48-57; REGON 368571482
tel. kom. 505-418-428
e-mail: jacek.borowicz@pubhealth.pl
www.pubhealth.pl
www.zdrowozaprogramowani.pl

Spis treści

Spis treści.....	3
Spis tabel:	4
Spis rycin:.....	4
Podstawa przygotowania programu	5
I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	7
I.1. Opis problemu zdrowotnego	7
Błonica	7
Tęžec.....	7
Krzusiec	7
Polio.....	8
Haemophilus influenzae typu b.....	8
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	9
Zapobieganie zakażeniom	9
I.2. Dane epidemiologiczne	12
I.3. Opis obecnego postępowania	17
Szczepienia i szczepionki	18
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	24
II.1. Cel główny	24
II.2. Cele szczegółowe.....	24
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	24
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	26
III.1. Populacja docelowa.....	26
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	28
Kryteria włączenia do programu dla populacji zakwalifikowanej do szczepień	28
Kryteria wyłączenia z programu	28
III.3. Planowane interwencje.....	29
Etap I - działania organizacyjne	30
Etap II - działania edukacyjne i interwencja medyczna.....	33
Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze	37
Ad. 5. Monitorowanie działań w ramach programu	37
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	39
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	41
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	43
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	43
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	44
Warunki lokalowe.....	44
Sprzęt i materiały	45
Wymagania wobec realizatora i personelu.....	45
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	47
Kontynuacja/trwałość programu	47
V.1. Monitorowanie	47
V.2. Ewaluacja	49

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	51
VI.1. Koszty jednostkowe	51
VI.2. Koszty całkowite.....	52
1. Koszty organizacyjne	52
2. Koszty interwencji	53
3. Koszty całkowite programu	55
VI.3. Źródła finansowania	55
VII. Bibliografia	57
VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora.....	59
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór	59
ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór	60
ZAŁĄCZNIK 3. Sprawozdanie z wykonania świadczeń	62
ZAŁĄCZNIK 4. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne	63

Spis tabel:

Tabela 1. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ - dzieci z 2+1 dawkami szczepionki	51
Tabela 2. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ - dzieci z 3+1 dawkami szczepionki	52
Tabela 3. Rodzaje rocznych kosztów organizacyjnych	52
Tabela 4. Roczne koszty realizacji programu.....	54
Tabela 5. Całkowite koszty realizacji programu	54

Spis rycin:

Rycina 1. Kalendarz szczepień na 2025 rok - tło historyczne	19
Rycina 2. Piramida wieku mieszkańców gminy Kleszczów, 2023 rok.	26

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;
- aktualnych wytycznych Programu Szczepień Ochronnych na rok 2026, ogłoszonych Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2025 r. (Dz.Urz. Ministra Zdrowia, poz. 85).

Niniejszy program polityki zdrowotnej zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461) oraz został przygotowany 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).

Program stanowi kontynuację programu polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów ocenionego opinią Prezesa AOTMiT nr 67/2022 z dnia 27 grudnia 2022 r.

Po zakończeniu realizacji obecnej edycji programu w grudniu 2025 r. zostanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, przygotowany raport końcowy z realizacji programu i przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Niniejszy dokument stanowi projekt kolejnej edycji programu przewidzianej na lata 2026-2028.

Program został przygotowany z uwzględnieniem krajowych aktów prawnych regulujących organizację, finansowanie i realizację świadczeń zdrowotnych, w tym: ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. W treści programu uwzględniono również przepisy wykonawcze dotyczące: prowadzenia dokumentacji medycznej, warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, organizacji gabinetów zabiegowych oraz zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

Przy opracowaniu niniejszej edycji wykorzystano doświadczenia wynikające z realizacji poprzednich programów szczepień ochronnych na terenie Gminy Kleszczów, uwzględniając ich efektywność, poziom zgłaszalności, czynniki organizacyjne oraz wnioski zgłaszane przez realizatorów i uczestników. Celem jest podniesienie jakości i dostępności świadczeń oraz zapewnienie pełnej zgodności z aktualnymi standardami AOTMiT dotyczącymi programów szczepień.

Program został opracowany z uwzględnieniem aktualnych zasad kwalifikacji medycznej do szczepień, opisanych w wytycznych GIS i Ministra Zdrowia, obowiązków dotyczących

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

prowadzenia i archiwizacji dokumentacji medycznej przez realizatora oraz zasad wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych (RODO).

W niniejszej edycji doprecyzowano elementy organizacyjne, monitorujące i ewaluacyjne, zgodnie z aktualną praktyką rekomendowaną przez Agencję, w tym sposób realizacji świadczeń, zakres monitorowania efektów zdrowotnych oraz działań edukacyjnych, aby zapewnić transparentność, powtarzalność i wysoką jakość realizacji programu.

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

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 sztywnymi węzłami chłonnoymi 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 wylegania 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 od 2022 r. w wielu krajach Europy odnotowuje się ponowny wzrost przypadków i ognisk błonicy, głównie związanych z migracją oraz niewystarczającym poziomem szczepień, co podkreśla konieczność utrzymania wysokiej wyszczepialności również w populacji dziecięcej.

Tężec to 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 wylegania 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, klutych, a także rozległych odmrożeń i oparzeń.

W Polsce każdego roku rejestruje się pojedyncze zachorowania na tężec, głównie u osób starszych nieprzyjmujących dawek przypominających - co jest nadal ważnym argumentem epidemiologicznym dla utrzymywania cyklu szczepień w populacji dziecięcej.

Krztusiec (koklusz) to choroba zakaźna wywoływana przez bakterie, tzw. pałeczki krztuśca (łac. *Bordetella pertussis*). Do zakażenia może dojść w każdym wieku, jednak najostrej 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 wylegania 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 wchodzi 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.

W Polsce od 2022 r. obserwuje się wzrost liczby rejestrowanych przypadków krztuśca, a w 2023 roku liczba zachorowań była najwyższa od ponad dekady (ponad 12 tys. zgłoszeń według NIZP PZH-PIB). Wzrost ten jest obserwowany również w Europie i wiązany jest z cyklicznością krztuśca oraz spadkiem odporności populacyjnej po pandemii COVID-19.

Polio (łac. poliomyelitis), nagminne porażenie dziecięce, to ostra choroba zakaźna wywoływana przez poliovirusy (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). Poliovirusy namnażają się w jelitach, po czym przedostają się do krwi, która przenosi je do innych części ciała. Okres wylegania choroby trwa od 7 do 14 dni. Chorzy wydalają wirusy z kałem nawet do 6 tygodni. Najwyższa zakaźność występuje od kilku dni przed pojawieniem się pierwszych objawów do 3-4 tygodni po ich wystąpieniu. Po przedostaniu się wirusów do ośrodkowego układu nerwowego następuje uszkodzenie nerwów, czego następstwem może być niedowład lub trwałe porażenie mięśni.

Polska pozostaje krajem wolnym od polio, jednak WHO oraz ECDC od 2022 roku wskazują na ryzyko ponownego pojawienia się poliovirusa krążącego (cVDPV2) w Europie, w związku z wykryciami materiału wirusowego w ściekach w kilku krajach UE i Wielkiej Brytanii. PSO 2026 utrzymuje szczepienia przeciw polio jako szczepienia obowiązkowe.

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 wylegania 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.

W Polsce dzięki powszechnym szczepieniom przeciw Hib liczba zachorowań utrzymuje się na bardzo niskim poziomie, ale NIZP PZH odnotowuje pojedyncze przypadki inwazyjnej choroby Hib każdego roku - głównie u nieszczepionych lub niepełnie zaszczepionych dzieci.

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 białkówki 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. Przewlekłe zakażona osoba jest również narażona na ryzyko raka wątrobowokomórkowego.

W Polsce dzięki obowiązkowym szczepieniom niemowląt zakażenia w tej grupie wiekowej praktycznie nie występują, jednak NIZP PZH nadal raportuje przypadki zakażeń HBV u dorosłych - co podkreśla konieczność utrzymania szczepień dzieci zgodnie z PSO.

Zapobieganie zakażeniom

Program Szczepień Ochronnych na rok 2026 (PSO 2026), ogłoszony Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2025 r. (Dz. Urz. Ministra Zdrowia, poz. 85), utrzymuje obowiązkowe szczepienia przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, Hib oraz wzw B. PSO 2026 dopuszcza stosowanie szczepionki wysokoskojarzonej „6 w 1” jako szczepienia zalecanego w schemacie 3+1 lub - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego - w schemacie 2+1, decyzją lekarza kwalifikującego.

Zgodnie z aktualnymi danymi epidemiologicznymi NIZP PZH-PIB oraz rekomendacjami WHO, utrzymanie wysokiego poziomu wyszczepialności we wczesnym dzieciństwie pozostaje kluczowe dla zapobiegania nawrotom krztuśca, pojawieniu się ognisk błonicy, zachorowaniom na Hib oraz dla zabezpieczenia populacji wobec ryzyka ponownego wprowadzenia poliovirusa na teren Europy.

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

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 wysokoskojarzone 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.

Szczepienia wysokoskojarzone „6 w 1” nie są finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych Narodowego Funduszu Zdrowia. Stanowią świadczenie wykonywane komercyjnie lub w ramach programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Programy szczepień ochronnych finansowane przez JST umożliwiają dostęp do nowocześniejszych preparatów, zmniejszając liczbę wkłuć i wizyt oraz poprawiając komfort i bezpieczeństwo dziecka.

W przypadku dzieci, które nie zostaną objęte programem, szczepienia przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, Hib oraz wzw B realizowane są zgodnie z PSO w ramach świadczeń gwarantowanych POZ. Realizator podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia obowiązkowe szczepienia zgodnie z kalendarzem szczepień, natomiast szczepienia skojarzone 6 w 1 pozostają świadczeniem dodatkowym, możliwym do sfinansowania przez opiekuna lub w ramach programów JST.

Wdrożenie programu 6 w 1 na poziomie lokalnym uzupełnia system szczepień obowiązkowych o preparaty nowej generacji, wpisując się w zalecenia WHO dotyczące minimalizacji liczby

iniekcji u niemowląt, poprawy przestrzegania terminów szczepień oraz redukcji ryzyka opóźnień w immunizacji.

I.2. Dane epidemiologiczne

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 występują sporadyczne przypadki błonicy - np. w 2023 r. zarejestrowano 1 przypadek, a w 2024 r. - 2 przypadki.

W europejskim regionie WHO w 2022 roku zgłoszono 359 przypadków błonicy (z czego 318 spowodowanych przez *Corynebacterium diphtheriae*).

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 kilkadziesiąt przypadków, z liczbą zgonów sporadyczną.

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 *Corynebacterium diphtheriae*. Toksynogenne szczepy maczugowca błonicy wykryto w 27 przypadkach.

Klasyczny obraz błonicy atakujący układ oddechowy zgłoszono w 4 przypadkach, w 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.

W kolejnych miesiącach 2022 roku oraz w latach 2023-2025 odnotowano dalszy wzrost liczby przypadków błonicy w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Według danych ECDC, od początku 2022 r. do 30 kwietnia 2025 r. w krajach UE/EOG zgłoszono łącznie 536 przypadków błonicy wywołanej przez *Corynebacterium diphtheriae* (2022: 318 przypadków, 2023: 156 przypadków, 2024: 52 przypadki, 2025: 10 przypadków). Znaczna część zachorowań dotyczyła osób z grup szczególnie narażonych - migrantów, osób w kryzysie bezdomności oraz osób używających narkotyków. Pomimo zwiększonej liczby zachorowań, ECDC nie stwierdza dowodów na utrwaloną transmisję społecznościową w populacji ogólnej, podkreślając jednocześnie konieczność utrzymania wysokiego poziomu wyszczepialności w krajach europejskich.

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 około 50 000 osób, głównie w krajach o niskim poziomie szczepień i słabej infrastrukturze sanitarnej.

Tężec odpowiadał w przeszłości za znaczną część zgonów noworodków, jednak obecnie wdrożenie szczepień i programów eliminacji tężca noworodków spowodowało dramatyczny spadek liczby przypadków i zgonów. 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. W 2023 r. w Regionie UE/EEA zgłoszono 73 przypadki tężca, z czego 13 zakończyło się śmiercią - większość zgonów dotyczyła osób w wieku powyżej 79 lat.

Każdego roku choruje kilka-kilkanaście osób w Polsce, a umieralność pozostaje bardzo niska.

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. W Polsce w 2022 r. zarejestrowano 371 przypadków krztuśca (incydencja 0,98/100 000), co oznacza wzrost o 104 % w porównaniu z rokiem 2021. Dane wstępne za 2024 r. wskazują na ponad 10 461 zgłoszonych przypadków do połowy sierpnia, co stanowi kilkunastokrotny wzrost względem analogicznego okresu poprzedniego roku.

Te dane wskazują na wyraźne ryzyko wystąpienia w najbliższych latach większych epidemii krztuśca w Polsce przy nieprawidłowym pokryciu szczepieniowym oraz zmniejszającej się odporności populacji.

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.

W latach 2021-2024 na świecie nadal rejestrowano sporadyczne zachorowania wywołane dzikim poliovirusem typu 1 (WPV1), głównie w Afganistanie i Pakistanie. Zgłaszano także przypadki porażen wiotkich związanych ze szczepami pochodzenia szczepionkowego (cVDPV2) w kilku krajach Europy, Azji i Afryki. Mimo globalnego postępu eradykacji, WHO podkreśla utrzymujące się ryzyko ponownego zawleczenia poliovirusa do krajów wolnych od choroby, zwłaszcza w regionach o obniżonej wyszczepialności dzieci.

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).

W latach 2023-2025 utrzymywała się niska, ale stała liczba przypadków WPV-1 w obu krajach endemicznych, natomiast w wielu krajach odnotowano krążące wirusy pochodzenia szczepionkowego (cVDPV2). WHO utrzymuje globalny stan zagrożenia zdrowia publicznego w związku z utrzymującą się transmisją poliovirusa typu 1 oraz przypadkami cVDPV2.

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 porażenia 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.

Po 2022 roku zgłaszano kolejne epizody wykrycia poliovirusa typu 2 pochodzenia szczepionkowego w Europie, w tym pojedyncze izolacje środowiskowe w Wielkiej Brytanii, Izraelu i kilku innych krajach. Zdarzenia te nie wiązały się z przypadkami porażenia wiotkich, jednak potwierdzają konieczność utrzymywania wysokiego poziomu nadzoru epidemiologicznego oraz szczepień podstawowych i przypominających.

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.

W latach 2020-2024 w Polsce utrzymywała się bardzo niska liczba potwierdzonych zachorowań na Hib. Zgłaszano pojedyncze przypadki rocznie, głównie u osób dorosłych z obniżoną odpornością. Choroba pozostaje skutecznie kontrolowana dzięki obowiązkowym szczepieniom niemowląt oraz stosowaniu szczepionek wysokoskojarzonych w PSO.

Zgodnie z danymi WHO na świecie ok. 257 mln osób choruje na przewlekłe **zakażenie wzwb B**, a 887 000 osób każdego roku umiera z powodu ostrego zakażenia i powikłań w przebiegu wzwb B, tj. pierwotnego raka wątroby i marskości wątroby. W Polsce liczba zachorowań na wzwb B obniżyła się znacząco na przestrzeni ostatnich lat. Na początku lat 80. rozpoznawano objawy wzwb 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 wzwb B i 2 814 nowo rozpoznanych przypadków przewlekłego wzwb B (a więc często zakażeń nabytych wiele lat wcześniej).

W ostatnich latach (2020-2024) w Polsce utrzymuje się stała tendencja spadkowa w zakresie ostrych zachorowań na wzwb B - rocznie rejestrowano od 20 do 50 przypadków ostrego zakażenia. Jednocześnie liczba nowych rozpoznanych przewlekłego zakażenia HBV utrzymuje się na poziomie 2 000-3 000 przypadków rocznie, co odzwierciedla zakażenia nabyte wiele lat wcześniej. Utrzymuje się bardzo niski poziom transmisji wertykalnej i zakażeń u dzieci dzięki obowiązkowym szczepieniom niemowląt.

Zgodnie z aktualną Mapą Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. oraz zaktualizowanym Wojewódzkim planem transformacji województwa łódzkiego na lata 2022-2026, w obszarze chorób zakaźnych i szczepień ochronnych za jedno z istotnych wyzwań uznaje się narastający problem uchyień od szczepień obowiązkowych w populacji dzieci i młodzieży. W ostatnich latach liczba dzieci niezaszczepionych z powodu odmowy rodziców systematycznie rośnie - na terenie województwa łódzkiego w 2021 r. odnotowano 2 482 niezaszczepione dzieci, a pod koniec 2022 r. już 2 891 dzieci uchylających się od szczepień obowiązkowych. W 2023 r. uchylenia od szczepień dotyczyły około 4 na 1 000 osób w wieku 0-19 lat, co wpisuje się w ogólnokrajowy trend niemal dwukrotnego wzrostu liczby odmów szczepień w latach 2019-2023.

Spadek akceptacji dla szczepień i obniżanie poziomu zaszczepienia populacji oceniane są w dokumentach planistycznych jako istotne zagrożenie dla utrzymania odporności zbiorowiskowej, szczególnie w odniesieniu do takich chorób jak krztusiec, odra, błonica, tężec czy zakażenia wywołane przez *Haemophilus influenzae* typu b oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B. Wskazuje się na konieczność intensyfikacji działań z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych, realizacji programów polityki zdrowotnej w obszarze szczepień ochronnych oraz wzmacniania edukacji zdrowotnej mieszkańców, w tym przeciwdziałania dezinformacji na temat szczepień. Podkreśla się również potrzebę utrzymania wysokiego poziomu wyszczepialności wśród dzieci objętych szczepieniami obowiązkowymi, a także zwiększenia

zgłaszalności do szczepień zalecanych, w szczególności przeciw zakażeniom HPV jako kluczowego elementu profilaktyki nowotworów złośliwych.

W najnowszym raporcie PZH-PIB za rok 2023 stwierdzono w Polsce 922 przypadki krztuśca (incydencja ok. 2,45/100 000), co stanowi dwukrotnie wyższą liczbę niż w roku 2022.

Dla wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV) w 2023 r. liczba nowo rozpoznanych przypadków w Polsce wynosiła ok. (ostatnie dostępne dane) 2 - 3 tys., co potwierdza utrzymującą się transmisję wirusa mimo wysokiej wyszczepialności niemowląt.

Dane dla województwa łódzkiego za rok 2023 nie zostały jeszcze opublikowane w pełnym rozbiciu w raporcie PZH-PIB; dlatego w dalszej części programu pozostaje odniesienie do dostępnych danych za rok 2021 dla regionu.

W meldunku epidemiologicznym 10/B/25 za okres 1.01-31.10.2025 r. wskazano następujące wartości przypadków chorób zakaźnych objętych Programem Szczepień Ochronnych:

- 69 przypadków błonicy,
- 13 przypadków tężca,
- 253 przypadki krztuśca,
- 9 przypadków (ogółem) inwazyjnej choroby wywołanej przez *Haemophilus influenzae*,
- wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV): 25 przypadków ostrego oraz 2 852 przypadki przewlekłego wzv B,
- 4 przypadki poliomielitis (zgodne z definicją UE/PL; brak zachorowań na dziki wirus polio).

Z punktu widzenia zdrowia publicznego szczególnie niepokojący jest równoczesny wzrost zachorowań na krztusiec, pojawiające się sporadyczne przypadki błonicy oraz utrzymująca się liczba zakażeń HBV, co w połączeniu z narastającymi odmowami szczepień stwarza realne ryzyko osłabienia odporności populacyjnej. Ryzyko to jest akcentowane zarówno w Mapach Potrzeb Zdrowotnych, jak i w dokumentach WHO oraz ECDC, które wskazują na konieczność zwiększania dostępności do szczepień nowoczesnych - w tym wysokoskojarzonych preparatów ograniczających liczbę wizyt i wkluć.

Wyniki analiz epidemiologicznych dla województwa łódzkiego potwierdzają potrzebę podejmowania działań przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie uzupełniania i wspierania realizacji Programu Szczepień Ochronnych poprzez programy polityki zdrowotnej. Dotyczy to zwłaszcza populacji najmłodszych dzieci, w której terminowość i kompletność cyklu szczepień ma kluczowe znaczenie dla ochrony zdrowia publicznego.

W kontekście Gminy Kleszczów realizacja programu „6 w 1” wpisuje się w regionalne i krajowe priorytety epidemiologiczne, wzmacniając lokalną odporność zbiorowiskową i minimalizując ryzyko powstawania ognisk chorób zakaźnych. Jednocześnie program ten umożliwia stosowanie szczepionek o wyższym profilu bezpieczeństwa i mniejszej liczbie wkluć, co sprzyja lepszej zgłaszalności oraz zmniejsza ryzyko opóźnień w immunizacji.

I.3. Opis obecnego postępowania

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 obowiązkowi 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 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” wskazuje, iż w Polsce występują wahania liczby dzieci zaszczepionych zgodnie z PSO. Najnowsze dostępne dane wykazują dalszy wzrost liczby uchyleń od szczepień obowiązkowych - z ok. 48,6 tys. w 2019 r. do ok. 87,3 tys. w 2023 r. Jednocześnie odsetek dzieci w wieku 3 lat, w pełni zaszczepionych zgodnie z kalendarzem szczepień w 2023 r., wyniósł około 85%, co oznacza spadek względem wcześniejszych lat. Trend ten potwierdza narastające w Polsce zjawisko rezygnacji rodziców z realizacji szczepień obowiązkowych.

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż województwo łódzkie w zakresach szczepień objętych preparatami skojarzonymi wykazuje wyszczepienie populacji w rocznikach w około 93-94% populacji docelowej, co nadal stanowi wyniki wyraźnie poniżej województw o najwyższych poziomach zaszczepienia, a jednocześnie wartości zbliżone do najnowszych danych publikowanych przez inspekcję sanitarną.

Obecne postępowanie w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych opiera się na realizacji Programu Szczepień Ochronnych (PSO) przez podstawową opiekę zdrowotną, zgodnie z zasadami kwalifikacji lekarskiej do szczepień, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Szczepienia obowiązkowe finansowane są ze środków publicznych, natomiast szczepienia skojarzone (w tym „6 w 1”) pozostają świadczeniem niefinansowanym przez NFZ i mogą być udzielane komercyjnie lub w ramach programów polityki zdrowotnej JST.

W praktyce klinicznej obserwuje się, że ograniczenia organizacyjne (większa liczba wkluć, obawy rodziców dotyczące NOP, konieczność częstszych wizyt oraz opóźnienia w rozpoczęciu

kalendacza szczepień) mogą wpływać na terminowość szczepień obowiązkowych. Preparaty wysokoskojarzone stosowane w ramach programów JST poprawiają komfort i akceptację szczepień, zmniejszając liczbę iniekcji, skracając czas wizyt oraz redukując ryzyko odstępstw od PSO.

Ponadto obowiązujące przepisy (RODO, ustawa o prawach pacjenta, rozporządzenia dotyczące dokumentacji medycznej) nakładają na realizatorów obowiązek prowadzenia pełnej dokumentacji szczepień, w tym zgód, kwalifikacji, kart szczepień oraz zgłaszania NOP do właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej. W programach polityki zdrowotnej JST rola realizatora rozszerza się o dodatkowe działania edukacyjne, informacyjne, monitorujące i sprawozdawcze, co czyni interwencję odmienną od standardowej realizacji PSO.

W aktualnych rekomendacjach WHO i ECDC wskazuje się, że państwa członkowskie oraz samorządy lokalne powinny podejmować działania zmierzające do zwiększenia dostępności szczepień nowej generacji, w tym poprzez finansowanie preparatów skojarzonych, co pozwala utrzymać wysoki poziom wyszczepialności w populacji najmłodszych dzieci. Wdrożenie lokalnych programów szczepień uznawane jest za skuteczny element polityki zdrowia publicznego przeciwdziałający opóźnieniom w immunizacji i zmniejszający liczbę dzieci niezaszczepionych.

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). Od 1 stycznia 2026 roku obowiązuje Program Szczepień Ochronnych na rok 2026, opublikowany Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2025 r.

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.

W PSO 2026 zasady te pozostają niezmiennie - szczepionki „5 w 1” i „6 w 1” nadal mogą być stosowane jako wariant A1, jednak nie są finansowane centralnie, a ich wykorzystanie zależy od dostępności oraz decyzji rodziców lub jednostek samorządu terytorialnego.

Komunikat GIS ogłaszający PSO na rok 2026 potwierdza utrzymanie niezmiennych zasad stosowania wariantu A1 - szczepionki wysokoskojarzone pozostają preparatami niefinansowanymi centralnie i mogą być stosowane wyłącznie w ramach zakupu przez rodziców lub jednostki samorządu terytorialnego.

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

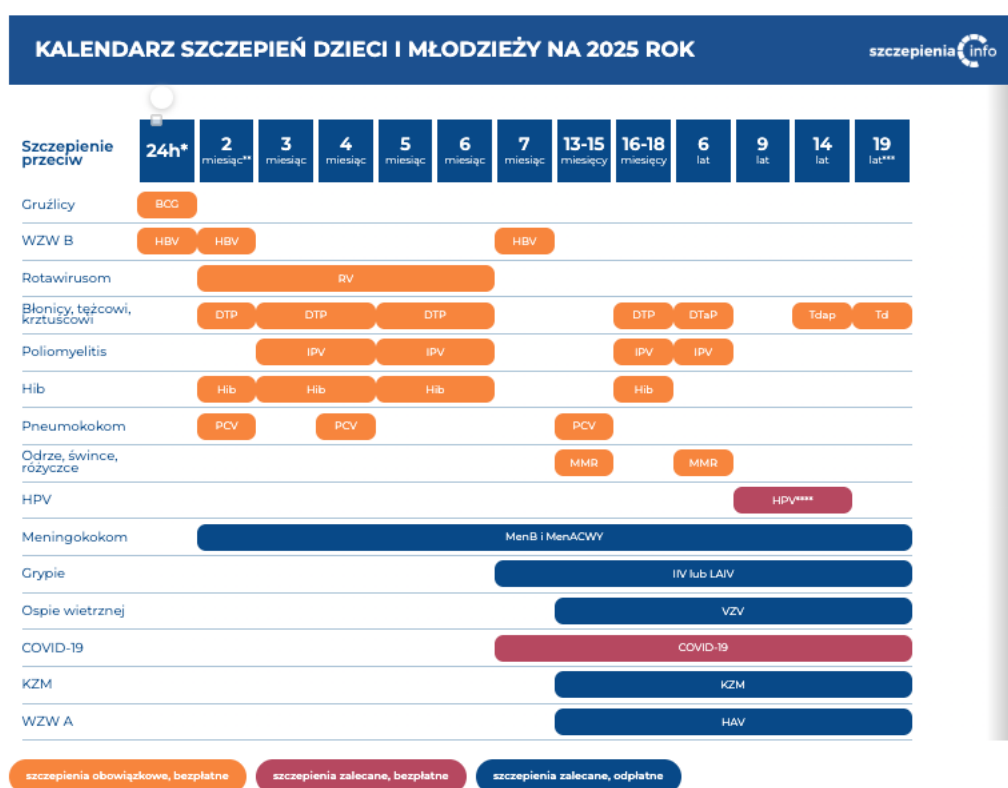
Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

vaccine), Haemophilus influenzae (HiB) oraz przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV - Hepatitis B virus).

W PSO 2026 utrzymano stosowanie szczepionki pełnokomórkowej DTPw jako podstawowej w schemacie obowiązkowym.

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).

W PSO 2026 nie dokonano zmian w schemacie szczepień DTP/DTaP/Td.



Rycina 1. Kalendarz szczepień na 2025 rok - tło historyczne

Źródło: <https://szczepienia.pzh.gov.pl/kalendarz-szczepien-2025/>

Szczepienia przeciw inwazyjnemu zakażeniu Haemophilus influenzae typu b wykonywane są jednocześnie z kolejnymi dawkami szczepionki DTP. W 1. roku życia dziecka 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 influenzae* typu b jest zalecane, jednak szczepienia te nie są finansowane ze środków ministra właściwego ds. zdrowia.

W PSO 2026 schemat i zasady finansowania szczepień Hib pozostają bez zmian.

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 podawana jest w 16.-18. miesiącu życia dziecka. W 6. roku życia w przeszłości podawano szczepionkę OPV.

W PSO 2026 nastąpiła ważna zmiana: w Polsce nie stosuje się już szczepionki OPV. Szczepienie przypominające w 6. roku życia realizowane jest wyłącznie szczepionką inaktywowaną IPV, zgodnie z wytycznymi WHO i ECDC.

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

Wysocescojarzone szczepionki pięcio- i sześćskładnikowe 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 wysocescojarzona pięcio- i sześćskładnikowa (DTaP-IPV-Hib, DTaP-IPV-Hib-HBV) jest rekomendowana, ale nierefundowana. W punktach szczepień rodzice informowani są o możliwości zakupu szczepionki „5 w 1” lub „6 w 1”.

W PSO 2026 zasady te pozostają bez zmian.

Dla większości dzieci szczepienia wysocescojarzone 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.

PSO 2026 utrzymuje tę zasadę bez zmian.

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

W 2025 i 2026 nie wprowadzono nowych preparatów i nie wycofano żadnego z wymienionych.

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. influenzae typu B wydane przez: European Centre for Disease Prevention and Control, Advisory Committee On Immunization Practices i Centers for Disease Control and Prevention, Australian Immunisation Handbook, Światową Organizację Zdrowia oraz National Health Service.

W 2024 i 2025 opublikowano kolejne aktualizacje ACIP oraz ECDC, które potwierdziły bezpieczeństwo i zasadność stosowania szczepionek skojarzonych, utrzymując wcześniejsze rekomendacje.

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

wykoskojarzone 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. 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.

W świetle aktualnych rekomendacji WHO, ECDC oraz wytycznych krajowych, stosowanie preparatów wysokoskojarzonych w programach polityki zdrowotnej JST stanowi uzupełnienie obowiązkowego PSO, zwiększając terminowość immunizacji oraz redukując liczbę wizyt i ryzyko opóźnień. Szczepionki te są szczególnie zalecane w populacji niemowląt, w której kompletność i terminowość szczepień mają kluczowe znaczenie dla zapobiegania chorobom zakaźnym o dużej zaraźliwości i ciężkim przebiegu.

Włączenie preparatu „6 w 1” do programu Gminy Kleszczów jest zgodne z doświadczeniami wielu gmin w Polsce, a także rekomendacjami ekspertów klinicznych i epidemiologicznych, oraz wpisuje się w kierunek działań wskazywany w Mapie Potrzeb Zdrowotnych, PSO 2026 i dokumentach europejskich.

W warunkach województwa łódzkiego, które należy do regionów o rosnącej liczbie uchyleń od szczepień obowiązkowych oraz obserwowanym spadku akceptacji społecznej dla immunizacji dzieci, zapewnienie wysokiego poziomu terminowości szczepień w pierwszych dwóch latach życia stanowi jeden z kluczowych elementów ochrony zdrowia publicznego. Wskazują na to zarówno dane PZH-PIB, jak i zapisy Mapy Potrzeb Zdrowotnych oraz Wojewódzkiego Planu Transformacji, które podkreślają konieczność wzmacniania działań profilaktycznych w populacjach najmłodszych. Szczególnie istotne jest ograniczenie ryzyka opóźnień w realizacji szczepień podstawowych, ponieważ nawet krótkie przerwy w immunizacji zwiększają podatność dzieci na zakażenia krztuścem, błonicy, poliomyelitis czy inwazyjnymi zakażeniami Hib.

Z uwagi na specyfikę populacji Gminy Kleszczów - w której regularnie rodzi się rocznie kilkadziesiąt dzieci, a populacja najmłodszych charakteryzuje się wysoką mobilnością oraz zróżnicowanymi wzorcami korzystania z opieki zdrowotnej - stosowanie szczepionek wysokoskojarzonych zmniejsza ryzyko przerwania cyklu szczepień, poprawia zgłaszalność i ułatwia rodzicom/opiekunom realizację zaleceń PSO. Jednoczesne uodpornienie przeciw sześciu chorobom podczas jednej wizyty redukuje liczbę wkłuć i wizyt szczepiennych, co przekłada się na wyższą akceptację i mniejsze obciążenie organizacyjne zarówno dla rodzin, jak i realizatorów. Preparaty „6 w 1” mają również udokumentowaną wyższą tolerancję oraz niższą częstość występowania odczynów miejscowych w porównaniu z obowiązkowym schematem opartym na szczepionce pełnokomórkowej.

Z punktu widzenia zdrowia publicznego interwencja ta wpisuje się w jeden z podstawowych celów systemu szczepień ochronnych w Polsce - zapewnienie wysokiego poziomu odporności

zbiorowiskowej poprzez utrzymanie kompletności szczepień pierwotnych w populacji niemowląt. Wprowadzenie programu finansowanego przez gminę eliminuje główną barierę w dostępie do preparatów wysokoskojarzonych, jaką jest koszt ponoszony przez rodziców, a tym samym przyczynia się do wyrównywania nierówności w zdrowiu oraz zwiększenia liczby dzieci zaszczepionych zgodnie z PSO.

Uwzględniając aktualną sytuację epidemiologiczną, rosnącą liczbę uchyień od szczepień, konieczność wzmacniania edukacji w zakresie chorób zakaźnych oraz jednoznaczne rekomendacje instytucji krajowych i międzynarodowych, zasadnym jest kontynuowanie programu „6 w 1” jako interwencji komplementarnej wobec obowiązkowego systemu szczepień. Program stanowi odpowiedź na realną potrzebę zdrowotną mieszkańców, ma udokumentowaną skuteczność operacyjną oraz pozwala na zwiększenie bezpieczeństwa sanitarnego całej populacji gminy. Wprowadzenie go na lata 2026-2028 jest w pełni uzasadnione zarówno epidemiologicznie, jak i organizacyjnie, a jego realizacja w sposób bezpośredni przyczyni się do poprawy zdrowia publicznego wśród najmłodszych mieszkańców Gminy Kleszczów.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Celem głównym programu jest uzyskanie nie mniejszego niż 80% poziomu zaszczepienia pełnym schematem szczepienia preparatem „6 w 1” w populacji dzieci od 2. do 18. miesiąca życia, zamieszkujących na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2026-2028.

Cel obejmuje zarówno zwiększenie dostępności do wysokoskojarzonych szczepionek, jak i poprawę poziomu wiedzy rodziców/opiekunów na temat korzyści, bezpieczeństwa i skuteczności szczepień oraz chorób zakaźnych, którym zapobiega preparat „6 w 1”.

Cel główny ma charakter kompleksowy - obejmuje aspekt edukacyjny, profilaktyczny i kliniczny. Osiągnięcie celu będzie oceniane poprzez analizę poziomu wyszczepienia, wyników działań edukacyjnych oraz porównanie liczby odmów i odroczeń szczepień na przestrzeni lat realizacji programu.

II.2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie dostępności do działań edukacyjnych kierowanych do rodziców/opiekunów dzieci objętych programem w zakresie chorób zakaźnych zapobieganych szczepionką „6 w 1” - w latach 2026-2028.
2. Zwiększenie dostępności do bezpłatnych szczepień „6 w 1” poprzez likwidację bariery finansowej i zapewnienie realizacji pełnego schematu szczepień dzieciom z populacji docelowej zamieszkującej Gminę Kleszczów.
3. Podniesienie poziomu wiedzy rodziców/opiekunów o co najmniej 30%, na podstawie testów wiedzy (pre- i post-test), obejmujących:
 - charakterystykę chorób zakaźnych,
 - korzyści szczepionek wysokoskojarzonych,
 - bezpieczeństwo i działania niepożądane,
 - różnice między szczepionkami wysokoskojarzonymi a tradycyjnymi.
4. Wzrost o 20% liczby rodziców/opiekunów zgłaszających dzieci do szczepienia „6 w 1”, w porównaniu z poziomem zgłaszalności sprzed realizacji programu.
5. Zwiększenie akceptacji szczepień w populacji rodziców/opiekunów dzieci zamieszkujących Gminę Kleszczów, poprzez działania edukacyjne, konsultacje, zmniejszenie odmów oraz ograniczenie odroczeń pozamedycznych.

Cele szczegółowe uzupełniają cel główny i umożliwiają kompleksową ocenę skuteczności programu, zarówno w aspekcie zdrowotnym, jak i edukacyjnym.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Efektywność programu będzie oceniana na podstawie mierników odnoszących się do celów głównego i szczegółowych. Wszystkie wskaźniki dobrano tak, aby umożliwiały realną ocenę wpływu interwencji.

Miernik celu głównego (rezultat zdrowotny)

Odsetek dzieci zaszczepionych pełnym schematem „6 w 1” spośród populacji docelowej zamieszkującej Gminę Kleszczów.

Wartość docelowa: $\geq 80\%$.

Mierniki celów szczegółowych

- Miernik edukacyjny (produkt)

Odsetek rodziców/opiekunów uczestniczących w działaniach edukacyjnych.

Wartość docelowa: $\geq 50\%$ osób, które wyraziły zgodę na udział.

- Miernik wzrostu wiedzy (rezultat pośredni)

Wzrost wiedzy o $\geq 30\%$, oceniany poprzez różnicę między wynikami testów pre- i post-test.

Wynik będzie liczony jako średnia populacyjna.

- Miernik zgłaszalności (rezultat operacyjny)

Wzrost o 20% liczby rodziców/opiekunów zgłaszających dzieci na szczepienia „6 w 1”, w stosunku do danych sprzed programu (rok bazowy: 2025).

- Miernik jakości programu (satysfakcja)

Odsetek pozytywnych ocen programu w ankietach satysfakcji.

Wartość docelowa: $\geq 50\%$ pozytywnych ankiet.

- Miernik akceptacji szczepień (zmiana postaw - uzupełniający)

Odsetek rodziców/opiekunów deklarujących poprawę postawy wobec szczepień po edukacji.

Wartość docelowa: minimalnie $\geq 30\%$ pozytywnych deklaracji.

Źródła danych dla mierników

Dane do oceny wskaźników będą pochodziły z:

- dokumentacji realizatora programu (karty szczepień, zgody, listy uczestników edukacji),
- wykazów zaszczepionych dzieci (pełne schematy),
- list obecności na zajęciach edukacyjnych,
- wyników testów wiedzy (pre- i post-test),
- ankiet satysfakcji rodziców/opiekunów,
- danych dotyczących liczby odmów i odroczeń szczepień.

Częstotliwość oceny wskaźników

- corocznie, po zakończeniu kolejnych etapów programu (2026, 2027, 2028),
- w ramach ewaluacji końcowej po roku 2028.

Monitorowanie zmian rok do roku pozwoli określić skuteczność działań edukacyjnych i profilaktycznych oraz umożliwi wdrożenie ewentualnych korekt organizacyjnych lub merytorycznych.

Uzasadnienie przyjętych wartości docelowych

Wartości docelowe ustalono na podstawie:

- doświadczeń innych JST realizujących programy szczepień skojarzonych,
- danych epidemiologicznych PZH-PIB,
- analiz zgłaszalności i odmów w latach 2020-2024,
- dostępności świadczeń i warunków organizacyjnych Gminy Kleszczów,
- możliwości wykonawczych realizatora programu.

Przyjęte wskaźniki są zgodne z rekomendacjami AOTMiT, WHO, ECDC oraz standardami programów profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych.

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

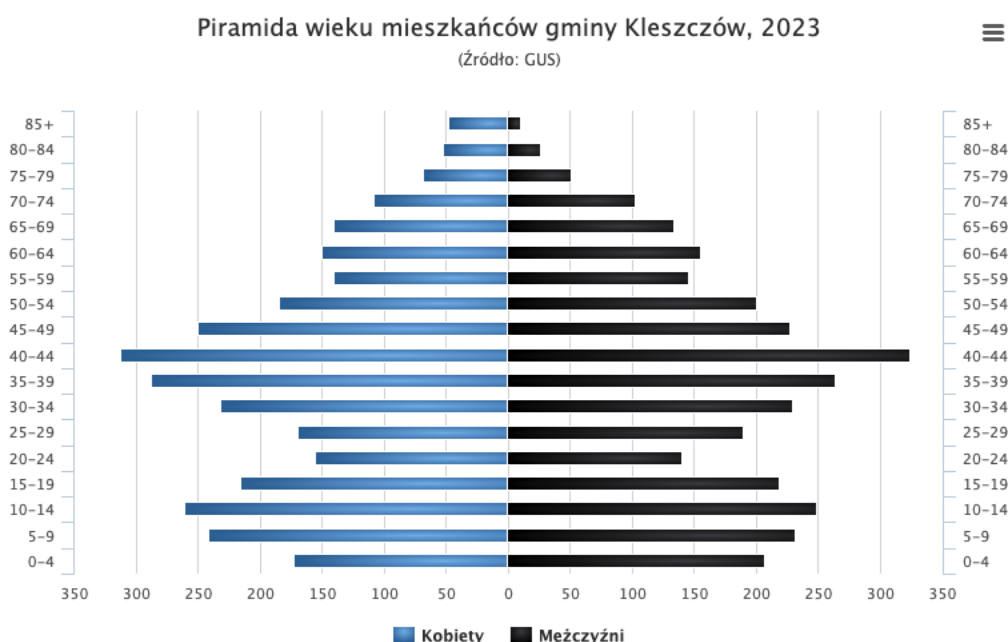
III.1. Populacja docelowa

Gmina Kleszczów według stanu na dzień 31.12.2024 r. ma 6 346 mieszkańców, z czego 50,9% stanowią kobiety, a 49,1% mężczyźni.

W latach 2002-2024 liczba mieszkańców wzrosła o 71,5%. Średni wiek mieszkańców wynosi 36,2 lata i jest znacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców województwa łódzkiego oraz znacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców całej Polski.

Gmina Kleszczów ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -10, co odpowiada wartości -1,59 na 1 000 mieszkańców. W 2023 roku urodziło się 54 dzieci, w tym 42,6% dziewczynek i 57,4% chłopców.

Populacja osób w wieku 0-4 lat zamieszkujących Gminę Kleszczów według danych z 2023 r. wynosi 379 dzieci, w tym 173 dziewczynki oraz 207 chłopców.



Rycina 2. Piramida wieku mieszkańców gminy Kleszczów, 2023 rok.

Źródło: https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Kleszczow

Na podstawie danych z Urzędu Gminy Kleszczów znana jest sytuacja dotycząca realizacji wcześniejszych edycji programu polityki zdrowotnej. W latach 2019-2021 zaszczepiono odpowiednio: 500 dzieci (2019), 300 dzieci (2020) oraz 221 dzieci (2021). Wynika to z realizacji wcześniejszej edycji programu polityki zdrowotnej, obejmującego identyczny problem zdrowotny oraz adekwatne działania interwencyjne. Dane te potwierdzają zarówno zapotrzebowanie na program, jak i praktyczną możliwość osiągnięcia wysokiej zgłaszalności.

Zatem docelową populację programu ustala się na około 250-300 dzieci w latach 2026-2028. Będą to dzieci:

- realizujące schemat szczepień podstawowych,
- urodzone w latach 2025, 2026, 2027 i 2028,

- a także w pierwszym roku realizacji - dzieci z roczników 2024 i 2025, u których szczepienie może stanowić rozszerzenie wcześniej rozpoczętego PSO innym preparatem.

Planowany budżet pozwala na pełne objęcie programem, w zależności od wybranego preparatu i zastosowanego schematu dawkowania określonego w ChPL, od ok. 45% do 85% całkowitej populacji dzieci w wieku 2-18 miesięcy zamieszkujących gminę. Przekłada się to na możliwość zaszczepienia całej populacji docelowej (250-300 dzieci) spełniającej kryteria kwalifikacyjne.

Działania edukacyjne w ramach programu będą adresowane także do rodziców/opiekunów dzieci z populacji docelowej.

Działania edukacyjne w programie kierowane będą do około 500-600 rodziców/opiekunów dzieci objętych interwencją, zgodnie z przyjętym standardem epidemiologicznym (średnio 2 opiekunów na jedno dziecko).

Uwarunkowania systemowe wynikające z PSO 2026

Wytyczne Programu Szczepień Ochronnych na rok 2026, ogłoszone Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2025 r., utrzymują dotychczasową klasyfikację szczepień wysokoskojarzonych i nadal nie obejmują refundacją szczepionek „5 w 1” oraz „6 w 1”. Preparaty te pozostają w grupie szczepień zalecanych, finansowanych poza budżetem Ministra Zdrowia.

W PSO 2026 szczepienia „6 w 1” przewidziane są jako wariant możliwy do realizacji w przypadku dostępności preparatów wysokoskojarzonych (wariant A1), jednak nie stanowią elementu programu obowiązkowego finansowanego przez państwo. Podstawowy wariant PSO obejmuje stosowanie szczepionek monowalentnych i preparatów skojarzonych niższego rzędu (DTPw + IPV + Hib + HBV w oddzielnych iniekcjach).

PSO 2026 ponownie podkreśla, że:

- szczepienia wysokoskojarzone (DTaP-IPV-Hib oraz DTaP-IPV-Hib-HBV) mogą być stosowane alternatywnie zgodnie z ChPL,
- ich stosowanie zmniejsza liczbę iniekcji, poprawia komfort dziecka i akceptację rodziców/opiekunów,
- mają one szczególne znaczenie w populacji najmłodszych dzieci, w której terminowość szczepień jest kluczowa dla zdrowia publicznego.

W dokumencie PSO 2026 utrzymano również zapis, że u dzieci urodzonych przed 37. tygodniem ciąży oraz u dzieci z masą urodzeniową < 2500 g należy stosować wyłącznie preparaty z bezkomórkowym komponentem krztuśca (DTaP). W takich sytuacjach szczepienia skojarzone „5 w 1” lub „6 w 1” mogą być refundowane w ramach PSO jako realizacja szczepienia obowiązkowego.

W praktyce klinicznej oznacza to, że w populacji ogólnej szczepienia „6 w 1” nadal pozostają świadczeniem zalecanym, nierefundowanym, a ich zastosowanie wymaga finansowania ze środków jednostki samorządu terytorialnego lub ze środków własnych rodziców.

Z tego powodu finansowanie szczepienia „6 w 1” w ramach PPZ Gminy Kleszczów jest zgodne z obowiązującymi wytycznymi PSO 2026 i wypełnia rekomendacje kliniczne dotyczące redukcji liczby wkluć, zwiększenia komfortu dziecka oraz poprawy wyszczepialności w populacji najmłodszych dzieci.

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

Kryteria włączenia do programu dla populacji zakwalifikowanej do szczepień

Do programu mogą zostać zakwalifikowane dzieci spełniające łącznie następujące warunki:

1. Podpisanie przez rodzica/opiekuna druku świadomej zgody na udział dziecka w szczepieniach realizowanych w ramach programu (druk stanowi załącznik do programu). Podpisany formularz jest włączany do dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.
2. Zamieszkiwanie na terenie Gminy Kleszczów, potwierdzone jednym z następujących dokumentów:
 - zaświadczenie z Urzędu Gminy,
 - dokument ze zdjęciem zawierający adres,
 - poświadczenie w aplikacji mObywatel,
 - inny dokument potwierdzający zamieszkanie, zgodny z obowiązującymi przepisami.
3. Wiek dziecka mieszczący się w zakresie 2.-18. miesiąca życia na dzień kwalifikacji do programu.
Weryfikacja wieku odbywa się na podstawie numeru PESEL lub dokumentu zawierającego datę urodzenia.
4. Brak stałych lub czasowych przeciwwskazań medycznych do podania szczepionki „6 w 1”, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) preparatów wysokoskojarzonych.
5. Możliwość wykonania szczepienia w pełnym schemacie, zgodnie z ChPL - dotyczy także dzieci, które rozpoczęły już szczepienia innymi preparatami i mogą zostać zakwalifikowane na podstawie oceny lekarza kwalifikującego.
6. Włączenie do programu zgodnie z kolejnością zgłoszeń, przy czym pierwszeństwo mają dzieci spełniające kryteria w pełnym zakresie oraz posiadające kompletną dokumentację zgłoszeniową.
7. Brak wcześniejszego wykonania pełnego schematu szczepienia „6 w 1” poza programem, przy czym:
 - dzieci po częściowych szczepieniach monowalentnych lub DTPw/DTPa mogą być kwalifikowane zgodnie z decyzją lekarza,
 - dzieci po jednej dawce szczepionki wysokoskojarzonej mogą być kwalifikowane do kontynuacji, jeżeli wynika to z ChPL i oceny lekarza.
8. Stawienie się dziecka wraz z rodzicem/opiekunem na kwalifikację lekarską, obejmującą wywiad, badanie fizykalne i analizę dokumentacji szczepień.

Kryteria wyłączenia z programu

Z programu wyłącza się dzieci w przypadku spełnienia któregośkolwiek z poniższych kryteriów:

1. Brak podpisanej zgody rodzica/opiekuna na szczepienie w ramach programu.

2. Brak potwierdzenia zamieszkania na terenie Gminy Kleszczów.
3. Brak dokumentu umożliwiającego potwierdzenie wieku, uniemożliwiający weryfikację kwalifikacji (2.-18. miesiąc życia).
4. Wcześniejsze zakończenie pełnego schematu szczepienia „6 w 1” - zarówno w ramach poprzednich edycji programu, jak i prywatnie poza programem.
5. Stwierdzenie przeciwwskazań medycznych, zgodnie z ChPL szczepionki „6 w 1”, w szczególności:
 - encefalopatia o nieznanej etiologii w ciągu 7 dni po wcześniejszym szczepieniu zawierającym komponent krztuśca,
 - niekontrolowane zaburzenia neurologiczne lub padaczka - do czasu stabilizacji stanu zdrowia i pozytywnej decyzji lekarza,
 - ostra lub ciężka choroba przebiegająca z gorączką (do ustąpienia objawów),
 - nadwrażliwość na substancje czynne lub pomocnicze zawarte w preparacie,
 - inne przeciwwskazania wyszczególnione w aktualnej ChPL.
6. Negatywna decyzja lekarza kwalifikującego, jeżeli na podstawie wywiadu i badania uzna on, że wykonanie szczepienia wiązałoby się z ryzykiem przewyższającym korzyści zdrowotne.
7. Nieuzupełnienie dokumentacji zgłoszeniowej w terminie określonym przez realizatora programu.

Zakres populacji objętej programem

Programem zostaną objęte wszystkie dzieci z populacji docelowej, spełniające kryteria włączenia i niepodlegające kryteriom wyłączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację interwencji.

Włączenie uczestników odbywać się będzie według kolejności zgłoszeń, po potwierdzeniu spełnienia kryteriów formalnych i medycznych.

W przypadku osiągnięcia limitu finansowego Realizator jest zobowiązany do niezwłocznego poinformowania Gminy Kleszczów o konieczności zamknięcia rekrutacji lub - jeśli JST podejmie taką decyzję - o możliwości rozszerzenia finansowania i wznowienia naboru.

Programem zostaną objęte wszystkie dzieci, które zostaną pozytywnie zakwalifikowane i dla których możliwe będzie wykonanie pełnego schematu szczepienia „6 w 1” w okresie realizacji programu. Wszystkie działania przewidziane w programie muszą zostać wykonane w latach 2026-2028.

Termin realizacji programu

Planowany okres realizacji programu obejmuje lata 2026-2028.

Interwencje medyczne (kwalifikacje, szczepienia, działania informacyjno-edukacyjne oraz szkolenia) muszą zostać zrealizowane najpóźniej do dnia 31 grudnia 2028 r., zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Gminę Kleszczów i Realizatora programu.

Ewaluacja końcowa zostanie przeprowadzona w IV kwartale 2028 r., zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi raportu końcowego z realizacji programów polityki zdrowotnej.

III.3. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań w ramach programu.

W ramach programu realizator przeprowadzi następujące działania:

Etap I - działania organizacyjne

1. Kampania informacyjna;
2. Rekrutacja uczestników.

Etap II - działania edukacyjne i interwencja medyczna

3. Działania edukacyjne;
4. Badanie kwalifikacyjne i podanie szczepionki zgodnie z ChPL.

Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze

5. Monitorowanie prac w ramach programu;
6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

Etap I - działania organizacyjne

Ad. 1. Kampania informacyjna

Kampania informacyjna będzie skierowana do mieszkańców Gminy Kleszczów, ze szczególnym uwzględnieniem rodziców/opiekunów dzieci z populacji docelowej. Do rozpowszechnienia informacji o programie mogą zostać wykorzystane lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, placówki edukacyjne, instytucje pomocy społecznej, a także parafie oraz inne miejsca częstych kontaktów społecznych.

Mieszkańcy Gminy Kleszczów zostaną poinformowani m.in. o:

- znaczeniu szczepień ochronnych w profilaktyce chorób zakaźnych, którym zapobiega szczepionka „6 w 1” (błonica, tężec, krztusiec, WZW B, poliomyelitis, Hib),
- aktualnych zagrożeniach epidemiologicznych oraz ryzykach wynikających z obniżenia poziomu wyszczepialności,
- korzyściach wynikających z zastosowania szczepionek wysokoskojarzonych (mniejsza liczba wstrząsów, lepsza tolerancja, szybsza realizacja PSO),
- możliwości bezpłatnego skorzystania ze szczepień w ramach programu zdrowotnego finansowanego przez Gminę Kleszczów,
- zasadach uczestnictwa, kryteriach kwalifikacji oraz sposobie zgłoszenia dziecka do programu.

Działania informacyjne obejmą:

- przygotowanie i dystrybucję plakatów oraz ulotek w miejscach publicznych (urzędy, przychodnie, apteki, biblioteki, szkoły, sklepy, parafie),
- publikację ogłoszeń oraz artykułów informacyjnych na stronie internetowej gminy, w mediach lokalnych i w oficjalnych kanałach komunikacji JST,
- dystrybucję informacji do placówek medycznych, żłobków, przedszkoli i instytucji pomocy społecznej celem przekazania ich rodzicom/opiekunom dzieci z populacji docelowej,
- wskazanie w każdym materiale informacyjnym danych kontaktowych realizatora programu, zasad zgłaszania oraz kryteriów kwalifikacji,
- zamieszczenie informacji o czasie trwania programu oraz o dostępności działań edukacyjnych.

Każda forma kampanii będzie prowadzona z uwzględnieniem dostępności dla osób z niepełnosprawnościami (czytelna czcionka, odpowiedni kontrast, możliwość uzyskania informacji telefonicznie lub w punkcie stacjonarnym).

Spójność komunikacji

Kampania zostanie przygotowana w sposób zapewniający jednolitość przekazu wizualnego. Wykorzystany będzie ujednolicony logotyp programu oraz krótkie hasło przewodnie (np. „Szczepienie 6 w 1 - jeden zastrzyk, sześć razy więcej ochrony”). Materiały będą zawierały elementy graficzne ułatwiające rozpoznawalność programu oraz zrozumienie zakresu profilaktyki.

Priorytetowy charakter pierwszego miesiąca kampanii

W pierwszym miesiącu realizacji szczególny nacisk zostanie położony na dotarcie do rodziców najmłodszych dzieci poprzez:

- żłobki, przedszkola, placówki edukacyjne,
- gminne ośrodki pomocy społecznej,
- instytucje zajmujące się wsparciem rodzin,
- pielęgniarki środowiskowe i położne współpracujące z mieszkańcami,
- punkty szczepień podstawowej opieki zdrowotnej.

Działania informacyjne będą następnie kontynuowane przez cały okres trwania rekrutacji.

Ocena skuteczności kampanii

Efektywność kampanii będzie oceniana poprzez:

- liczbę zgłoszeń uczestników w pierwszym miesiącu od jej rozpoczęcia,
- liczbę wejść na stronę internetową programu oraz liczbę interakcji w kanałach komunikacji JST,
- liczbę wyświetleń i udostępnień publikacji online,
- liczbę rozdanych materiałów drukowanych (ulotki, plakaty),
- odsetek rodziców, którzy zadeklarują zdobycie informacji o programie z kampanii informacyjnej (na podstawie ankiety).

Realizator programu uwzględni te dane w sprawozdaniu rocznym oraz końcowym.

Ad. 2. Rekrutacja uczestników

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji Realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła podpisaną zgodę na udział w programie oraz czy nie występują przeciwwskazania zdrowotne określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego preparatów „6 w 1”.

Podstawowe kryteria formalne obejmują:

- zamieszkiwanie na terenie Gminy Kleszczów (potwierdzone dokumentem, zaświadczeniem lub aplikacją mObywatel),
- wyrażenie chęci udziału w programie oraz podpisanie świadomej zgody na jego realizację,
- brak przeciwwskazań zdrowotnych do podania szczepionki „6 w 1”.

Szczegółowe kryteria kwalifikacyjne zostały opisane w rozdziale III.2 programu.

Podział zadań w procesie rekrutacji

Pracownik administracyjny Realizatora:

- weryfikuje spełnienie warunków formalnych (miejsce zamieszkania, kompletność zgody, wiek dziecka),
- sprawdza kompletność dokumentacji zgłoszeniowej,
- prowadzi listę rekrutacyjną z datą i godziną zgłoszenia,
- tworzy listę rezerwową w przypadku przekroczenia limitu finansowego,
- dokumentuje wszystkie odrzucenia wraz z podaniem przyczyny,
- zapewnia rodzicom/opiekunom informację o kolejnych etapach programu.

Lekarz lub pielęgniarka posiadająca kwalifikacje w zakresie szczepień ochronnych:

- przeprowadza kwalifikację medyczną do szczepienia zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- wykonuje badanie podmiotowe i przedmiotowe,
- ocenia przeciwwskazania stałe i czasowe,
- ustala możliwość podania szczepionki zgodnie z ChPL,
- informuje o działaniach niepożądanych i zasadach postępowania po szczepieniu.

Zakres kwalifikacji medycznej obejmuje m.in.:

- wywiad dotyczący chorób przewlekłych, alergii, przebytych infekcji i wcześniejszych szczepień,
- analizę reakcji niepożądanych po wcześniejszych szczepieniach,
- rodzaj i czas przyjmowanych leków,
- ocenę stanu ogólnego dziecka, w tym pomiar temperatury oraz ocenę objawów infekcyjnych,
- w przypadku wątpliwości - decyzję o czasowym odroczeniu i ustaleniu nowego terminu.

Dokumentacja rekrutacyjna

Realizator jest zobowiązany do:

- gromadzenia zgód na udział w programie oraz pełnej dokumentacji kwalifikacyjnej w siedzibie podmiotu, zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz RODO,
- zapewnienia dostępności formularzy w wersji papierowej i elektronicznej,
- przechowywania dokumentacji przez minimum 5 lat od zakończenia programu,
- archiwizacji dokumentów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r.,
- stosowania jednolitych wzorów formularzy zawartych w załącznikach do programu (formularz zgody, ankieta kwalifikacyjna, karta badania lekarskiego),
- zapewnienia pełnego bezpieczeństwa danych, w tym ochrony przed dostępem osób nieuprawnionych.

Procedura kwalifikacji po zgłoszeniu

Po zgłoszeniu udziału w programie rodzic/opiekun zostaje wpisany na listę zgłoszeń i informowany o procedurze kwalifikacji.

Realizator wyznacza termin wizyty kwalifikacyjnej.

Lekarz lub pielęgniarka przeprowadza wywiad i badanie lekarskie oraz potwierdza spełnienie kryteriów włączenia.

Rodzic/opiekun podpisuje świadomą zgodę na udział w programie i podanie szczepionki.

W zależności od wyniku kwalifikacji:

- a) uczestnik zostaje zakwalifikowany do szczepienia,
- b) uczestnik zostaje czasowo odroczony z podaniem nowego terminu,
- c) uczestnik zostaje wyłączony z programu z powodu przeciwwskazań - po otrzymaniu pisemnej informacji i zaleceń co do dalszego postępowania (np. konsultacji specjalistycznej).

Zasady rekrutacji i dostępności

Rekrutacja będzie prowadzona w sposób ciągły do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na program.

Nabór jest otwarty i równy dla wszystkich dzieci spełniających kryteria kwalifikacyjne - niezależnie od statusu społecznego, rodzinnego czy zawodowego rodzica.

Zgłoszenia będą przyjmowane osobiście, telefonicznie oraz - jeśli Realizator zapewni taką możliwość - elektronicznie.

W przypadku przekroczenia limitu miejsc zostanie utworzona lista rezerwowa, z której dzieci będą kwalifikowane w przypadku rezygnacji lub wyłączenia uczestników.

Monitorowanie procesu rekrutacji

Realizator będzie prowadził:

- ewidencję wszystkich zgłoszeń,
- wykaz uczestników zakwalifikowanych, odroczonych i wyłączonych,
- dokumentację liczby rezygnacji i ich przyczyn,
- analizę demograficzną uczestników (wiek, płeć, miejsce zamieszkania),
- raporty kwartalne i roczne przekazywane do Gminy Kleszczów w ramach sprawozdawczości programu.

Etap II - działania edukacyjne i interwencja medyczna

Ad. 3. Działania edukacyjne

Materiały informacyjne i edukacyjne zostaną opracowane pod względem merytorycznym i graficznym przez Realizatora programu. Kampania edukacyjna prowadzona będzie przez Realizatora PPZ (strony internetowe, media społecznościowe, plakaty, ulotki, tablice informacyjne i inne formy przekazu). W ramach działań informacyjno-edukacyjnych możliwe będzie także wykorzystanie mediów lokalnych (radio, prasa, portale informacyjne). Informacja o Programie będzie dostępna również na stronie internetowej Gminy Kleszczów.

Realizowane w ramach interwencji działania edukacyjne:

- obejmują kampanię informacyjną przedstawiającą mieszkańcom podstawowe założenia programu polityki zdrowotnej,
- obejmują kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej oraz rodziców/opiekunów dzieci nt. czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki chorób zakaźnych, którym zapobiega szczepionka „6 w 1”, w tym m.in. o:

- a) ochronie, jaką zapewnia szczepienie oraz skuteczności preparatów wysokoskojarzonych,
 - b) bezpieczeństwie szczepionek i częstości występowania działań niepożądanych,
 - c) epidemiologii błonicy, tężca, krztuśca, WZW typu B, poliomyelitis i zakażeń Hib,
 - d) odmiennościach między szczepionkami pełnokomórkowymi i bezkomórkowymi,
 - e) znaczeniu terminowości szczepień oraz ryzykach wynikających z odroczeń lub odmów,
 - f) miejscach, godzinach i zasadach realizacji szczepień w ramach programu;
- realizowane będą za pomocą metod podających (ulotki, broszury, plakaty, infografiki, ogłoszenia w mediach społecznościowych i na stronie internetowej Realizatora oraz JST),
 - mogą wykorzystywać materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (NIZP PZH-PIB, Ministerstwo Zdrowia, GIS, Konsultanci krajowi i wojewódzcy),
 - będą przygotowane w języku zrozumiałym dla odbiorców i z dostosowaniem zakresu treści do potrzeb rodziców/opiekunów niemowląt.

Forma realizacji działań edukacyjnych

Działania edukacyjne będą prowadzone przede wszystkim w formie indywidualnej - podczas wizyty kwalifikacyjnej do szczepienia. Rodzice/opiekunowie otrzymają materiały informacyjne, będą mogli zadawać pytania oraz uzyskać wyjaśnienia od personelu medycznego.

Celem działań edukacyjnych jest nie tylko przekaz wiedzy, ale również:

- zwiększenie akceptacji szczepień wysokoskojarzonych,
- ograniczenie obaw dotyczących bezpieczeństwa szczepień,
- zwiększenie zgłaszalności do programu,
- wsparcie rodziców w podejmowaniu świadomych decyzji zdrowotnych.

Zakres merytoryczny działań edukacyjnych obejmuje:

- etiologię i epidemiologię chorób zakaźnych zapobieganych szczepionką „6 w 1”,
- drogi szerzenia i grupy ryzyka,
- przebieg kliniczny i powikłania (np. krztusiec u niemowląt, ostre zakażenia Hib, ostre porażenia wiotkie),
- porównanie dostępnych schematów szczepień (PSO vs. szczepionki wysokoskojarzone),
- zasady bezpieczeństwa szczepień, kwalifikacji medycznej i postępowania po szczepieniu,
- zasady zgłaszania i postępowania w przypadku wystąpienia NOP,
- obowiązujące wytyczne PSO 2026 i zapisy ChPL preparatów „5 w 1” i „6 w 1”,
- korzyści z ograniczenia liczby iniekcji (komfort, tolerancja, mniejsza liczba wizyt).

Dostępność działań

Materiały edukacyjne będą przygotowane w wersji przyjaznej dla osób z niepełnosprawnościami:

- czytelna, duża czcionka,

- odpowiedni kontrast,
- możliwość przekazania materiałów w formie papierowej podczas wizyty,
- dostęp do materiałów w punktach realizacji programu.

Testy wiedzy (pre- i post-test)

W ramach działań edukacyjnych Realizator przeprowadzi anonimowy pre-test i post-test wiedzy wśród uczestników. Testy pozwolą ocenić efektywność edukacji i realizację mierników celów (wzrost wiedzy o minimum 30%). Wyniki zostaną zestawione w sprawozdaniach częściowych oraz w raporcie końcowym.

Znaczenie działań edukacyjnych

Działania edukacyjne stanowią kluczowy element programu - wspierają zwiększenie świadomości zdrowotnej wśród mieszkańców i promują profilaktykę chorób zakaźnych. Ich ciągłość przez cały okres realizacji programu umożliwi utrzymanie wysokiego poziomu zainteresowania szczepieniami oraz zapobieganie odroczeniom i odmowom.

Ad. 4. Badanie kwalifikacyjne i podanie szczepionki zgodnie z ChPL

Wizyta kwalifikacyjna będzie realizowana przed każdym szczepieniem, zgodnie z obowiązującymi przepisami, Programem Szczepień Ochronnych 2026 oraz Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) szczepionek wysokoskojarzonych „6 w 1”. Badanie kwalifikacyjne może zostać przeprowadzone przez lekarza lub pielęgniarkę posiadającą kwalifikacje określone w obowiązujących przepisach dotyczących wykonywania szczepień ochronnych.

Celem wizyty kwalifikacyjnej jest wykluczenie przeciwwskazań stałych i czasowych, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka oraz przekazanie rodzicom/opiekunom kluczowych informacji dotyczących szczepienia, jego bezpieczeństwa oraz profilaktyki chorób zakaźnych.

1. Szczegółowy wywiad medyczny

Wywiad obejmuje w szczególności:

- historię chorób przewlekłych i stanów wymagających szczególnej ostrożności,
- przebyte ostatnio infekcje, gorączkę lub objawy ostrej choroby,
- reakcje alergiczne i nadwrażliwości,
- dotychczasowe szczepienia, w tym NOP po wcześniejszych dawkach,
- wcześniactwo lub czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu zakażeń,
- stosowane leki i terapie mogące wpływać na odporność.

2. Badanie przedmiotowe

Badanie obejmuje ocenę:

- ogólnego stanu zdrowia,
- parametrów życiowych (w tym pomiar temperatury),
- układu oddechowego, krążenia i neurologicznego,
- objawów infekcji lub choroby stanowiących przeciwwskazanie czasowe.

W przypadku stwierdzenia przeciwwskazań czasowych ustalany jest nowy termin wizyty.

3. Ocena przeciwwskazań (zgodnie z ChPL)

Kwalifikacja obejmuje analizę przeciwwskazań stałych i czasowych, w tym m.in.:

- encefalopatię o nieznanej etiologii w ciągu 7 dni od wcześniejszego szczepienia z komponentem krztuśca,
- niekontrolowaną padaczkę lub zaburzenia neurologiczne - do czasu stabilizacji,
- ciężką reakcję alergiczną na składnik szczepionki,
- ostrą chorobę przebiegającą z gorączką.

Decyzję o dopuszczeniu do szczepienia podejmuje osoba kwalifikująca.

4. Edukacja zdrowotna przekazywana podczas kwalifikacji

Podczas wizyty rodzice/opiekunowie otrzymują szczegółowe informacje dotyczące:

- chorób zakaźnych, którym zapobiega szczepionka „6 w 1” (błonica, tężec, krztusiec, WZW B, polio, Hib),
- dróg szerzenia patogenów i ryzyka powikłań,
- znaczenia szczepień jako kluczowej formy profilaktyki,
- bezpieczeństwa szczepionek wysokoskojarzonych oraz możliwych reakcji niepożądanych,
- zasad postępowania po szczepieniu i obserwacji dziecka,
- miejsc udzielania świadczeń medycznych w ramach NFZ w przypadku wystąpienia działań niepożądanych,
- konsekwencji opóźnień i przerwania schematu szczepienia.

Edukacja obejmuje także informację, że szczepionki „6 w 1” nie zawierają tiomersalu oraz redukują liczbę wkłuć i wizyt.

5. Uzyskanie świadomej zgody

Przed podaniem szczepionki rodzic/opiekun podpisuje:

- zgodę na udział dziecka w programie,
- zgodę na wykonanie szczepienia,
- zgodę na przetwarzanie danych zgodnie z RODO.

Formularze stanowią załączniki do programu i są przechowywane zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

6. Dokumentacja z kwalifikacji

Realizator ma obowiązek:

- wypełnienia karty badania kwalifikacyjnego,
- odnotowania decyzji (dopuszczony/odroczonej/wyłączony),
- poinformowania rodzica o dalszym postępowaniu,
- odnotowania szczepienia w dokumentacji i systemie P1,
- zgłoszenia NOP do PSSE zgodnie z przepisami.

7. Informacja o schemacie szczepień

Osoba kwalifikująca informuje rodzica o:

- schemacie szczepień wynikającym z ChPL (2+1 lub 3+1),
- wymaganych odstępach między dawkami,
- konieczności wykonania całego schematu dla uzyskania pełnej ochrony,
- konieczności obserwacji dziecka po szczepieniu.

Podanie szczepionki zgodnie z ChPL

Wizyta szczepienna rozpoczyna się ponowną oceną stanu zdrowia dziecka przez lekarza lub pielęgniarkę. W przypadku infekcji, gorączki lub innych przeciwwskazań czasowych wyznaczany jest nowy termin wizyty oraz przeprowadzana ponowna kwalifikacja.

Warunkiem wykonania szczepienia jest podpisanie przez rodzica/opiekuna świadomej zgody.

Przed podaniem szczepionki rodzic/opiekun otrzymuje krótką edukację dotyczącą:

- zasad higieny i profilaktyki zakażeń,
- przebiegu chorób, którym zapobiega szczepionka,
- objawów niepokojących po szczepieniu,
- zasad zgłaszania działań niepożądanych.

Preparaty stosowane w programie

Szczepienia będą wykonywane wyłącznie preparatami dopuszczonymi do obrotu w Polsce:

- Infanrix hexa (GSK) - do końca 3. roku życia,
- Hexacima (Sanofi Pasteur) - do końca 2. roku życia.

Preparaty podawane są domięśniowo, zgodnie z rekomendowanym miejscem wstrzyknięcia. Realizator stosuje preparaty zgodnie z ChPL oraz zaleceniami PSO 2026, uwzględniając wiek dziecka i schemat szczepień.

Obserwacja po szczepieniu

Po wykonaniu szczepienia dziecko pozostaje pod obserwacją przez minimum 15 minut. Wszystkie objawy oraz ewentualne odczyny niepożądane są odnotowywane w dokumentacji medycznej.

W przypadku wystąpienia NOP realizator niezwłocznie zgłasza zdarzenie do właściwej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze

Ad. 5. Monitorowanie działań w ramach programu

Monitoring realizacji programu jest kluczowym elementem zapewniającym prawidłową realizację interwencji oraz ocenę jej przebiegu i zgodności z założeniami. Monitoring będzie prowadzony przez cały okres realizacji programu i obejmuje następujące obszary:

1. Weryfikacja zgłaszalności uczestników

Realizator prowadzi bieżącą ewidencję liczby:

- dzieci zgłoszonych do programu,
- dzieci zakwalifikowanych,
- dzieci zaszczepionych pierwszą i kolejnymi dawkami,
- dzieci odroczonego z powodu przeciwwskazań czasowych,
- dzieci wyłączonych z powodu przeciwwskazań stałych.

Dane te będą porównywane z założonymi wartościami populacji docelowej oraz z limitem finansowym określonym przez Gminę Kleszczów.

2. Ocena jakości świadczeń

Realizator jest zobowiązany do stałej kontroli:

- zgodności udzielanych świadczeń z założeniami programu,
- poprawności kwalifikacji medycznych,
- kompletności i jakości dokumentacji medycznej,
- zgodności z ChPL szczepionek wysokoskojarzonych oraz PSO 2026,
- zachowania wymaganych odstępów między dawkami.

Koordynator medyczny nadzoruje terminowość szczepień, jakość edukacji oraz poprawność ewidencji.

3. Monitorowanie działań edukacyjnych

Realizator prowadzi:

- listy obecności na spotkaniach edukacyjnych,
- zestawienia liczby osób objętych edukacją indywidualną (wizyta kwalifikacyjna),
- dokumentację pre-testów i post-testów wiedzy,
- zestawienie liczby materiałów edukacyjnych dystrybuowanych w ramach programu.

4. Monitorowanie bezpieczeństwa szczepień

W ramach monitoringu jakości i bezpieczeństwa realizator prowadzi bieżącą analizę:

- liczby zgłoszonych NOP,
- charakteru zgłoszonych reakcji,
- terminowości przekazywania zgłoszeń do właściwej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej,
- ewentualnych działań naprawczych.

Informacje te są ujmowane w sprawozdaniach okresowych oraz w raporcie końcowym.

5. Dokumentacja i raportowanie

Realizator prowadzi comiesięczne zestawienia obejmujące:

- liczby zgłoszeń, kwalifikacji, szczepień,
- liczbę działań edukacyjnych i testów wiedzy,
- liczbę szczepień wykonanych pierwszą i kolejnymi dawkami.

Zestawienia te stanowią podstawę przygotowania raportu rocznego i końcowego dla Gminy Kleszczów.

Ad. 6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość

Celem ewaluacji jest ocena skuteczności, jakości, adekwatności i efektywności kosztowej programu w odniesieniu do założonych celów oraz mierników określonych w rozdziale II.

Ewaluacja będzie przeprowadzana w dwóch wymiarach: ilościowym i jakościowym.

1. Ewaluacja ilościowa

Obejmuje analizę:

- liczby dzieci zgłoszonych, zakwalifikowanych i zaszczepionych pełnym schematem,
- liczby wykonanych kwalifikacji medycznych,
- liczby odroczeń i wyłączeń,
- wyników pre-testów i post-testów wiedzy wśród rodziców/opiekunów,
- udziału w działaniach edukacyjnych,
- wskaźników realizacji celów programu (m.in. odsetek dzieci zaszczepionych w stosunku do liczby zakwalifikowanych).

Jeśli dane będą dostępne, w ewaluacji zostaną uwzględnione również wskaźniki epidemiologiczne (zapadalność, chorobowość dla chorób objętych szczepieniem), zgodnie z praktyką stosowaną w analogicznych programach.

2. Ewaluacja jakościowa

Obejmuje analizę:

- opinii rodziców dotyczących organizacji i jakości programu,
- ocen jakości pracy personelu medycznego,
- ocen użyteczności materiałów edukacyjnych,
- subiektywnego poczucia zwiększenia wiedzy - na podstawie testów wiedzy i ankiet satysfakcji.

Ankieta satysfakcji oraz test wiedzy będą przeprowadzane zgodnie z ujednoliconymi formularzami opracowanymi przez realizatora.

3. Ocena trwałości rezultatów

W miarę możliwości realizator podejmie próbę uzyskania danych dotyczących:

- realizacji kontynuacji szczepień poza programem (jeśli zostały opóźnione),
- zachowania terminów kolejnych wizyt szczepiennych,
- długoterminowej akceptacji rodziców dla szczepień ochronnych,
- wiedzy rodziców po 6-12 miesiącach od udziału w programie (jeśli dostępne).

4. Koszty i efektywność kosztowa

W ramach raportu końcowego realizator przeprowadzi analizę kosztów jednostkowych:

- koszt jednej osoby objętej edukacją,
- koszt jednej osoby zaszczepionej (każdą dawką i pełnym schematem).

Analiza ta pozwoli ocenić efektywność kosztową interwencji i będzie podstawą do ewentualnej kontynuacji lub modyfikacji programu.

5. Raporty roczne i raport końcowy

Realizator sporządza:

- raport roczny (za każdy rok realizacji),
- raport końcowy - do 3 miesięcy po zakończeniu programu.

Raport końcowy obejmuje:

- liczbę uczestników na każdym etapie,
- liczbę przeprowadzonych działań edukacyjnych,
- liczbę wykonanych szczepień pierwszą i kolejnymi dawkami,
- zestawienie NOP,
- analizę zgodności celów z miernikami,
- analizę kosztów,
- rekomendacje na kolejne edycje programu.

Wszystkie dane z procesu monitoringu i ewaluacji są przetwarzane zgodnie z RODO oraz przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

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

Uczestnicy programu będą przyjmowani w całym okresie jego realizacji. Aby zapewnić możliwie najwyższą dostępność świadczeń, Realizator jest zobowiązany do zagwarantowania dywersyfikacji godzin przyjęć, w tym dostępności w godzinach popołudniowych. Informacje o harmonogramie szczepień oraz zasadach uczestnictwa będą rozpowszechniane przy użyciu wszystkich dostępnych kanałów komunikacji, w szczególności strony internetowej JST, materiałów drukowanych oraz komunikacji prowadzonej przez Realizatora.

Świadczenia będą udzielane w cyklu ciągłym, zgodnie z kolejnością zgłoszeń i do momentu wyczerpania limitu finansowego programu. Wszystkie interwencje medyczne będą realizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami wynikającymi z Programu Szczepień Ochronnych 2026 i Charakterystyki Produktu Leczniczego preparatów „6 w 1”.

Świadczenia udzielane w ramach niniejszego programu nie będą u danego uczestnika powielały świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych, w szczególności świadczeń realizowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, Programu Szczepień Ochronnych oraz umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zakres programu obejmuje wyłącznie działania wykraczające poza świadczenia gwarantowane oraz poza finansowanie centralne PSO.

Szczepionki wysokoskojarzone (DTaP-IPV-Hib-HBV) nie są szczepieniami finansowanymi w ramach szczepień obowiązkowych, co uzasadnia realizację programu na poziomie JST.

Świadczenia będą udzielane w warunkach ambulatoryjnych, w gabinecie szczepień wyposażonym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowego wyposażenia gabinetu profilaktyki i szczepień ochronnych. Realizator zapewni dostęp do zestawu przeciwwstrząsowego, zestawu reanimacyjnego oraz lodówki ze stałym monitoringiem i rejestracją temperatury.

Każde dziecko będzie pozostawało pod obserwacją co najmniej 15 minut po podaniu szczepionki. Wszelkie działania niepożądane będą odnotowywane w dokumentacji medycznej oraz zgłaszane do właściwej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Realizator będzie prowadził pełną ewidencję wszystkich udzielonych świadczeń, w tym kwalifikacji, podania dawek szczepionki, działań edukacyjnych oraz obserwacji powikłań. Dokumentacja medyczna będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych.

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie działania zaplanowane w programie są zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej, wytycznymi krajowymi i europejskimi oraz rekomendacjami ekspertów ds. wakcynologii. Szczepionki wysokoskojarzone typu „6 w 1” są rekomendowane przez WHO, ECDC, CDC oraz Polskie Towarzystwo Wakcynologii jako optymalna forma profilaktyki chorób zakaźnych w populacji niemowląt.

Skuteczność kliniczna szczepionek „6 w 1” jest wielokrotnie potwierdzona w badaniach naukowych - preparaty te cechują się wysoką immunogennością, dobrą tolerancją, mniejszą liczbą wkłuć, wyższą terminowością szczepień oraz ograniczeniem ryzyka opóźnień w realizacji obowiązkowego kalendarza szczepień.

Włączenie szczepień „6 w 1” w programach zdrowotnych JST znajduje uzasadnienie epidemiologiczne i zdrowotne, a interwencje te oceniane są jako efektywne kosztowo (m.in. poprzez redukcję liczby wizyt, zmniejszenie częstości odroczeń oraz wyrównywanie szans populacyjnych).

Świadczenia udzielane w ramach programu:

- nie wpływają na świadczenia finansowane przez NFZ,
- stanowią uzupełnienie obowiązkowego PSO 2026,
- zwiększają terminowość immunizacji i kompletność schematów szczepień,
- są zgodne z ocenami technologii medycznych przedstawianymi w opiniach AOTMiT dotyczących programów szczepień JST.

Zasady realizacji świadczeń

Realizator zapewni:

- możliwość przyjęć co najmniej 5 dni w tygodniu,
- dostęp do personelu posiadającego kwalifikacje ustawowe do wykonywania szczepień,

- ciągłość realizacji programu w całym okresie 2026-2028,
- prowadzenie dokumentacji zgodnie z prawem,
- szkolenie personelu w zakresie kwalifikacji, podawania szczepionek oraz zasad bezpieczeństwa,
- pełną informację dla rodziców i opiekunów o zasadach programu, źródłach finansowania oraz prawach uczestników.

Działania edukacyjne mogą obejmować również rodziców i opiekunów, jako grupę kluczową z punktu widzenia skuteczności interwencji.

Ryzyka i ograniczenia realizacji programu

Realizacja programu może być ograniczona przez:

- przeciwwskazania zdrowotne dziecka,
- czasowe odroczenia spowodowane infekcjami,
- brak zgody rodzica/opiekuna,
- zmienność liczby nowo urodzonych dzieci,
- czynniki społeczno-ekonomiczne wpływające na zgłaszalność.

Realizator będzie minimalizował ryzyka poprzez:

- przypomnienia o terminach szczepień (np. SMS/telefon),
- elastyczne godziny przyjęć,
- edukację rodziców/opiekunów,
- analizę przyczyn rezygnacji i nieukończenia schematu,
- bieżący monitoring zgłaszalności i terminu podawania kolejnych dawek.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie oznacza zrealizowanie przez dziecko pełnego, zgodnego z Charakterystyką Produktu Leczniczego, schematu szczepienia preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1”, tj. przyjęcie wszystkich dawek przewidzianych dla wieku dziecka.

Udział w programie ma charakter ciągły i trwa do momentu:

- wykonania pełnego schematu szczepienia w ramach PPZ,
- decyzji rodzica/opiekuna o rezygnacji z dalszego udziału,
- zakończenia realizacji PPZ przez Gminę Kleszczów,
- wystąpienia przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających dalsze szczepienia,
- braku możliwości kontynuacji szczepienia (np. zmiana miejsca zamieszkania poza teren gminy).

Zakończenie udziału w programie zostanie każdorazowo odnotowane w dokumentacji medycznej, z podaniem daty i zakresu wykonanych świadczeń. Realizator potwierdzi wykonanie każdej dawki poprzez wpis w dokumentacji medycznej oraz w systemie e-zdrowie (P1), zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Procedura zakończenia udziału - informacje dla rodziców/opiekunów

Po wykonaniu poszczególnych dawek szczepienia rodzic/opiekun otrzyma:

- informację o możliwych reakcjach niepożądanych i sposobie postępowania,
- instrukcję monitorowania stanu zdrowia dziecka po szczepieniu,
- informację o terminie kolejnej dawki (zgodnie z ChPL),

- wskazówki dotyczące kontaktu z lekarzem POZ w razie wystąpienia niepokojących objawów,
- informację o możliwości kontynuacji szczepień poza PPZ w przypadku braku dostępności terminów lub rezygnacji.

W przypadku stwierdzenia objawów wymagających diagnostyki lub dodatkowej konsultacji rodzic zostanie poinformowany o konieczności zgłoszenia się do właściwego podmiotu leczniczego w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ.

Przerwanie udziału w programie

Rodzic/opiekun może przerwać udział dziecka w programie na każdym etapie.

W takim przypadku:

- decyzja musi być potwierdzona pisemnie,
- oświadczenie zostanie dołączone do dokumentacji medycznej,
- rodzic zostanie poinformowany o konsekwencjach zdrowotnych przerwania schematu szczepienia,
- realizator odnotuje w dokumentacji, czy dziecko przyjęło pierwszą dawkę, drugą, trzecią, czwartą lub żadnej.

Jeżeli przerwanie udziału nastąpi po podaniu pierwszej dawki szczepionki, realizator przekaze rodzicowi informację o konieczności kontynuacji szczepień poza programem, zgodnie z PSO i ChPL, aby zapewnić dziecku pełną ochronę immunologiczną.

Usunięcie uczestnika z programu przez realizatora

Realizator może wykluczyć uczestnika w przypadku:

- niespełnienia kryteriów kwalifikacji,
- ujawnienia przeciwwskazań medycznych stałych,
- braku możliwości podjęcia szczepienia w okresie realizacji PPZ,
- utraty statusu mieszkańca gminy,
- nieprzestrzegania procedur lub odmowy podpisania wymaganych dokumentów.

Decyzja o wyłączeniu z programu musi zostać odnotowana w dokumentacji wraz z uzasadnieniem.

W sytuacjach losowych (np. hospitalizacja, zmiana miejsca zamieszkania, przeciągająca się choroba) realizator może zakończyć udział dziecka z przyczyn niezależnych od rodzica - z odpowiednim odnotowaniem w dokumentacji.

Prawo do informacji

Po zakończeniu udziału w programie (niezależnie od przyczyny) rodzic/opiekun ma prawo otrzymać:

- informacje o zrealizowanych dawkach szczepienia,
- informacje o terminach rekomendowanych dalszych szczepień,
- kopię dokumentacji dotyczącej udziału w programie,
- wskazówki dotyczące dalszej profilaktyki zgodnej z PSO i świadczeniami gwarantowanymi NFZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Sugerowane etapy PPZ oraz działania podejmowane w ramach poszczególnych etapów przedstawiono poniżej. Struktura procesu jest zgodna z obowiązującymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zaleceniami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

1. Opracowanie programu - przygotowanie dokumentu uwzględniającego wszystkie elementy wymagane przez przepisy prawa oraz zgodnego z wytycznymi AOTMiT dotyczącymi programów polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych.
2. Uzyskanie pozytywnej opinii Prezesa AOTMiT - po jej otrzymaniu Gmina Kleszczów podejmie uchwałę o wdrożeniu programu do realizacji.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru realizatora PPZ - zgodnie z art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Wybór podmiotu realizującego program - dokonany na podstawie wyników konkursu oraz zgodnie z określonymi procedurami.
5. Działania organizacyjne - etap I.1. I.2
6. Działania edukacyjne i interwencje medyczne - etap II.3, II.4
7. Monitorowanie działań - etap III.5.
8. Ewaluacja programu i sprawozdawczość - etap III.6.

Dla zapewnienia ciągłości, bezpieczeństwa i wysokiej jakości realizacji programu zaleca się wyznaczenie koordynatora PPZ, odpowiedzialnego m.in. za:

- nadzór merytoryczny i organizacyjny nad realizacją programu,
- bieżący kontakt z Gminą Kleszczów,
- sprawozdawczość i monitorowanie realizacji wskaźników,
- koordynację pracy personelu oraz przepływu informacji,
- zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń.

W ramach programu realizator przeprowadzi następujące działania:

Etap I - Działania organizacyjne

1. Kampania informacyjna

Przekazanie informacji o programie mieszkańcom Gminy Kleszczów za pomocą dostępnych kanałów komunikacji (strona internetowa realizatora, media społecznościowe, plakaty, ulotki, ogłoszenia w instytucjach publicznych, placówkach medycznych itp.).

Kampania obejmuje również przedstawienie zasad uczestnictwa, kryteriów kwalifikacji, miejsc i terminów realizacji interwencji oraz zasad bezpieczeństwa szczepień.

2. Rekrutacja uczestników

Przyjmowanie zgłoszeń od rodziców/opiekunów dzieci spełniających kryteria kwalifikacyjne, weryfikacja dokumentów formalnych, prowadzenie listy zgłoszeń i listy rezerwowej oraz ustalanie harmonogramu wizyt kwalifikacyjnych.

Etap II - Działania edukacyjne i interwencje medyczne

3. Działania edukacyjne

Przekazanie rodzicom/opiekunom wiedzy dotyczącej chorób zakaźnych, przeciwko którym działa szczepionka „6 w 1”, zasad profilaktyki, bezpieczeństwa szczepień, schematów immunizacji oraz znaczenia terminowości szczepień w okresie niemowlęcym. Działania edukacyjne realizowane są podczas wizyt indywidualnych oraz - w miarę potrzeb - w ramach dodatkowych spotkań informacyjnych.

4. Interwencje medyczne (kwalifikacja + szczepienia)

a) Wizyty kwalifikacyjne - pełny wywiad, badanie fizykalne, ocena przeciwwskazań zgodnie z ChPL, edukacja zdrowotna, wydanie zaleceń.

b) Szczepienia preparatem „6 w 1” - wykonane zgodnie z obowiązującą Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz PSO 2026, z zachowaniem odstępów między dawkami i pełną dokumentacją medyczną w systemie e-zdrowie (P1).

Etap III - Działania kontrolne i sprawozdawcze

5. Monitorowanie działań w ramach programu

Bieżąca kontrola liczby uczestników, jakości świadczeń, terminowości szczepień i zgodności realizacji z założeniami PPZ. Monitorowanie obejmuje także analizę zgłaszalności, liczby NOP, przebiegu działań edukacyjnych oraz realizacji wskaźników określonych w rozdziale II programu.

6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość

Ocena skuteczności programu w ujęciu ilościowym i jakościowym, porównanie z miernikami celu, analiza efektywności kosztowej, opracowanie raportów rocznych oraz raportu końcowego po zakończeniu programu.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą realizowane przez podmiot wybrany w drodze konkursu ofert, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Działania będą prowadzone na terenie Gminy Kleszczów, w lokalizacjach wskazanych przez realizatora. Informacje o miejscach i terminach realizacji zostaną upowszechnione poprzez dostępne kanały komunikacji. W oparciu o dane organizacyjne (m.in. listę uczestników, frekwencję z lat ubiegłych - jeżeli dotyczy) zostaną zabezpieczone wymagane materiały i sprzęt, w tym wyroby medyczne jednorazowego użytku.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne muszą być prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, standardami bezpieczeństwa i obowiązującymi warunkami sanitarnymi.

Realizator zobowiązany jest do zapewnienia pomieszczeń spełniających wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a w szczególności do wyposażenia gabinetu szczepień w: lodówkę z termometrem i rejestracją temperatury, zestaw przeciwwstrząsowy, apteczkę, środki do dezynfekcji, pojemniki na odpady medyczne oraz miejsce do obserwacji pacjenta po szczepieniu.

Warunki lokalowe

Pomieszczenia do prowadzenia interwencji muszą:

- być dostępne dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- posiadać pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami,

- spełniać wymogi przepisów BHP oraz innych przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy,
- być wyposażone w sprzęt i urządzenia adekwatne do planowanych działań.

Wskazane jest, aby w miejscu realizacji programu zapewniono wydzieloną przestrzeń do edukacji zdrowotnej uczestników oraz bezpieczne miejsce przechowywania dokumentacji medycznej.

Sprzęt i materiały

W programie wykorzystane zostaną wyłącznie preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny:

- zarejestrowane i dopuszczone do obrotu w Polsce,
- rekomendowane w krajowych wytycznych i zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe.

Wykorzystywane szczepionki muszą posiadać aktualne pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez Europejską Agencję Leków (EMA) lub Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL). Ich przechowywanie i transport muszą odbywać się w warunkach tzw. „zimnego łańcucha” - od +2°C do +8°C - zgodnie z wytycznymi producenta i przepisami prawa farmaceutycznego.

Realizator musi posiadać zaplecze techniczne umożliwiające realizację działań edukacyjnych i informacyjnych, a także zapewnić ciągłość programu w warunkach podwyższonego reżimu sanitarnego (np. w stanie zagrożenia epidemicznego).

Dokumentacja i bezpieczeństwo prawne

Dokumentacja medyczna będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych, w szczególności:

- ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).

Realizator musi posiadać polisę OC i NNW obejmującą czas i zakres realizacji zadań w ramach programu, zabezpieczającą roszczenia wynikające ze zdarzeń medycznych. Ponadto realizator zapewni zgodność działań z zasadami bezpieczeństwa farmakoterapii, w tym zgłaszanie niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Wymagania wobec realizatora i personelu

Świadczenia medyczne w ramach programu mogą realizować wyłącznie podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 i art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej), posiadające w strukturze komórki organizacyjne uprawnione do udzielania świadczeń z zakresu profilaktyki i szczepień ochronnych.

Każda z osób realizujących program powinna posiadać minimum 3-letnie doświadczenie zawodowe.

Personel realizujący program obejmuje:

- lekarza posiadającego uprawnienia do kwalifikowania do szczepień ochronnych,

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

- pielęgniarkę lub położną posiadającą aktualne uprawnienia do wykonywania szczepień ochronnych oraz - w przypadku ukończenia kursu specjalistycznego - uprawnienia do kwalifikowania do szczepień,
- pracownika administracyjnego odpowiedzialnego za ewidencję uczestników i obsługę dokumentacji,
- koordynatora programu nadzorującego organizację, monitoring i sprawozdawczość działań.

Wszyscy członkowie personelu będą zobowiązani do ukończenia szkolenia wewnętrznego z zakresu procedur medycznych, bezpieczeństwa pacjenta, raportowania NOP oraz zasad ochrony danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitoring i ewaluacja programu będą realizowane w sposób ciągły przez cały okres jego obowiązywania, a ich celem będzie zapewnienie wysokiej jakości świadczeń, ocena skuteczności interwencji oraz uzyskanie wiarygodnych danych do ewentualnej kontynuacji programu w kolejnych latach.

Ewaluacja oparta będzie na analizie trzech głównych obszarów:

1. Zgłaszalność uczestników do programu - podstawowe kryterium bieżącej oceny skuteczności działań informacyjnych, edukacyjnych i rekrutacyjnych.
2. Ocena jakości realizowanych świadczeń - dokonywana przez uczestników za pomocą ankiety.
3. Analiza efektywności i trwałości realizacji programu - w oparciu o wskaźniki produktu, rezultatu i oddziaływania, z wykorzystaniem mierników epidemiologicznych stosowanych w podobnych interwencjach.

Cele monitoringu i ewaluacji

- zapewnienie zgodności realizacji programu z przyjętymi założeniami,
- weryfikacja skuteczności działań edukacyjnych, diagnostycznych i terapeutycznych,
- ocena dostępności i jakości świadczeń dla populacji docelowej,
- identyfikacja barier udziału i przyczyn rezygnacji uczestników,
- wykazanie efektów zdrowotnych oraz społecznych programu,
- uzyskanie informacji o poziomie wyszczepienia populacji docelowej oraz ocena wpływu programu na poprawę terminowości i kompletności szczepień niemowląt w Gminie Kleszczów.

Kontynuacja/trwałość programu

Program zaplanowany jest na lata 2026-2028, z możliwością kontynuacji w kolejnych latach w zależności od decyzji Rady Gminy, posiadanych zasobów finansowych oraz wyników ewaluacji.

Rekomendacje dotyczące ewentualnej kontynuacji zostaną opracowane na podstawie:

- poziomu zgłaszalności,
- jakości realizowanych świadczeń,
- osiągniętych efektów zdrowotnych i społecznych,
- kosztów realizacji per uczestnik,
- zmian w wytycznych krajowych (PSO 2026, ChPL preparatów) i międzynarodowych dotyczących szczepień wysokoskojarzonych.

V.1. Monitorowanie

Bieżąca ocena realizacji programu będzie oparta na analizie:

- liczby uczestników zgłaszających się do programu,
- stopnia realizacji harmonogramu działań,
- zgodności działań z planem interwencji,
- jakości dokumentacji medycznej i sprawozdawczej.

Realizator będzie prowadził bieżącą sprawozdawczość dotyczącą liczby osób zakwalifikowanych, zaszczepionych, odroczonych oraz występowania ewentualnych NOP - zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami raportowania do Gminy Kleszczów.

Zakres gromadzonych danych

- data wyrażenia zgody na udział w programie,
- dane identyfikacyjne uczestnika (w tym PESEL - z odrębną zgodą na przetwarzanie),
- informacja o udzielonych świadczeniach (rodzaj, liczba, daty wykonania),
- data i powód zakończenia udziału w programie,
- data podania każdej dawki szczepionki i numer serii preparatu,
- informacja o wystąpieniu ewentualnych niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

Wskaźniki monitorowania i ewaluacji

1. Wskaźniki produktu (realizacyjne)

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w PPZ,
- liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych,
- liczba dzieci zaszczepionych pierwszą-czwartą dawką,
- liczba osób niezakwalifikowanych (z podaniem przyczyny),
- liczba rezygnacji (z podaniem przyczyny),
- liczba przeprowadzonych wizyt kwalifikacyjnych,
- liczba zgłoszonych NOP.

2. Wskaźniki oddziaływania (efekty długoterminowe)

- wzrost poziomu wiedzy rodziców w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych (pre/post testy),
- wzrost odsetka dzieci realizujących pełny schemat szczepień wysokoskojarzonych w Gminie Kleszczów,
- poprawa terminowości szczepień w populacji niemowląt,
- redukcja liczby przypadków opóźnień w realizacji kalendarza szczepień.

Źródła danych

- dokumentacja medyczna uczestników,
- elektroniczna baza danych programu,
- ankiety ewaluacyjne rodziców,
- sprawozdania okresowe i końcowe realizatora.

Ocena jakości świadczeń

Ocena jakości obejmuje:

- ankiety satysfakcji rodziców/opiekunów,
- analizę kompletności dokumentacji,
- ocenę terminowości szczepień,
- zgodność przeprowadzonych działań z harmonogramem programu.

Analiza przyczyn rezygnacji z programu

Realizator będzie identyfikował przyczyny rezygnacji, takie jak:

- bariery logistyczne,
- zmiany stanu zdrowia,
- obawy dotyczące szczepień,
- brak motywacji.

Wnioski z analizy zostaną uwzględnione w rekomendacjach na kolejne lata.

Raport końcowy

Po zakończeniu każdego roku realizator przygotowuje raport obejmujący:

- realizację wskaźników produktu i oddziaływania,
- analizę zgłaszalności i przyczyn rezygnacji,
- ocenę jakości świadczeń (opinie uczestników),
- analizę kosztów jednostkowych,
- rekomendacje dot. kontynuacji, modyfikacji lub zakończenia programu.

Raport końcowy po 2028 r. zostanie przekazany Gminie Kleszczów i udostępniony publicznie zgodnie z zasadą transparentności.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu zostanie przeprowadzona po zakończeniu jego realizacji w latach 2026-2028, a jej wyniki zostaną przedstawione w raporcie końcowym składanym przez Realizatora do Gminy Kleszczów. Celem ewaluacji jest ocena skuteczności interwencji, jakości udzielanych świadczeń oraz stopnia osiągnięcia celów programu określonych w rozdziale II.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie następujących mierników:

- odsetek dzieci, u których odnotowano pełną realizację schematu szczepienia „6 w 1” względem wszystkich dzieci zakwalifikowanych do programu i spełniających kryteria włączenia;
- odsetek rodziców/opiekunów, którzy uzyskali wysoki poziom wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) w teście wiedzy dotyczącym chorób zakaźnych, którym zapobiega szczepionka „6 w 1”, zasad jej działania oraz bezpieczeństwa szczepień - względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych i wypełniających test;
- odsetek dzieci zakwalifikowanych, ale niezaszczepionych z powodu przeciwwskazań medycznych lub rezygnacji - jako wskaźnik identyfikujący bariery udziału i wymagający omówienia w raporcie końcowym;
- liczba zgłoszonych NOP w stosunku do liczby wykonanych szczepień - analiza bezpieczeństwa interwencji;
- zgodność realizacji programu z harmonogramem, w tym terminowość podawania dawek zgodnie z ChPL i PSO 2026.

Wskaźniki te zostaną porównane z wartościami bazowymi określonymi na etapie planowania programu, co umożliwi ocenę realnego wpływu interwencji na poprawę kompletności i terminowości szczepień w populacji najmłodszych mieszkańców Gminy Kleszczów.

Ewaluacja jakościowa

W ramach ewaluacji zostanie przeprowadzona pogłębiona ocena jakościowa, obejmująca:

- ocenę satysfakcji rodziców/opiekunów z udziału w programie, dostępności świadczeń i organizacji procesu szczepień (ankiety ewaluacyjne),
- analizę skuteczności działań edukacyjnych (m.in. deklarowana zmiana poziomu wiedzy, postaw i rozumienia korzyści ze szczepień),
- ocenę organizacyjną programu - terminowość świadczeń, komunikacja z uczestnikami, jakość prowadzonej dokumentacji,

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

- analizę przyczyn rezygnacji lub niewykonania pełnego schematu szczepień - w celu wypracowania rekomendacji i minimalizacji barier w przyszłych latach,
- analizę kosztów jednostkowych realizacji programu (koszt uczestnika działań edukacyjnych oraz koszt dziecka zaszczepionego pełnym schematem).

Wyniki ewaluacji

Wyniki ewaluacji będą zawierać:

- zestawienie osiągniętych wskaźników produktu, rezultatu i oddziaływania,
- analizę stopnia realizacji celów programu,
- ocenę bezpieczeństwa interwencji,
- opis barier i czynników sprzyjających uczestnictwu,
- rekomendacje dotyczące kontynuacji programu, jego modyfikacji lub rozszerzenia.

Raport końcowy zostanie przedstawiony w terminie 3 miesięcy od zakończenia programu i będzie stanowił podstawę do ewentualnej decyzji Gminy Kleszczów o kontynuacji programu w kolejnych latach, jego aktualizacji lub wprowadzenia nowych działań profilaktycznych.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” w latach 2026-2028 przeznaczona jest kwota około 330 000 zł na cały okres realizacji, co odpowiada około 110 000 zł rocznie.

Wycenienia mają charakter symulacyjny - ostateczne koszty będą zależały od ofert złożonych w konkursie. Poszczególne podmioty mogą zaproponować zróżnicowane koszty realizacji, w zależności od zaplecza organizacyjnego oraz kosztów zakupu preparatu. W przypadku zmian cen szczepionek lub kosztów organizacyjnych w latach 2026-2028 dostępne środki będą miały bezpośredni wpływ na liczbę dzieci, które będzie można objąć programem.

VI.1. Koszty jednostkowe

Na potrzeby symulacji przyjęto aktualne ceny rynkowe obowiązujące w listopadzie 2025 r., uwzględniające dostępność obu preparatów wysokoskojarzonych:

- Infanrix hexa (GSK): 245-265 zł/dawkę - przyjęto 260 zł
- Hexacima (Sanofi): 210-235 zł/dawkę - przyjęto 220 zł

(ceny z hurtowni farmaceutycznych + marża apteczna + średnia cena w zakupach JST w 2024-2025).

Schemat szczepienia obejmuje szczepienie pierwotne w układzie 2- lub 3-dawkowym, a następnie dawkę uzupełniającą (odpowiednio schemat 2+1 lub 3+1), zgodnie z Charakterystyką Produktu Lekczniczego.

Tabela 1. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ - dzieci z 2+1 dawkami szczepionki

Nazwa interwencji	Koszt interwencji GSK (zł)	Koszt interwencji Sanofi (zł)
1. Szczepienia pierwszą dawką - wizyta kwalifikacyjna wraz z edukacją zdrowotną rodzica/opiekuna, podanie szczepionki	240	240
2. Szczepienia drugą dawką - wizyta kwalifikacyjna, podanie szczepionki	140	140
3. Szczepienia trzecią dawką „booster” - wizyta kwalifikacyjna, podanie szczepionki	140	140
4. Zakup szczepionki (x 3 dawki)	780	660
Razem koszt szczepień	1 300	1 180
koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów - ryczałt - 10% kosztów	130	118
Całkowity koszt interwencji	1 430	1 298

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ - dzieci z 3+1 dawkami szczepionki

Nazwa interwencji	Koszt interwencji GSK (zł)	Koszt interwencji Sanofi (zł)
1. Szczepienia pierwszą dawką - wizyta kwalifikacyjna wraz z edukacją zdrowotną rodzica/opiekuna, podanie szczepionki	240	240
2. Szczepienia drugą dawką - wizyta kwalifikacyjna, podanie szczepionki	140	140
3. Szczepienia trzecią dawką - wizyta kwalifikacyjna, podanie szczepionki	140	140
4. Szczepienia czwartą dawką „booster” - wizyta kwalifikacyjna, podanie szczepionki	140	140
5. Zakup szczepionki (x 4 dawki)	1 040	880
Razem koszt szczepień	1 700	1 540
koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów - ryczałt - 10% kosztów	170	154
Całkowity koszt interwencji	1 870	1 694

Źródło: opracowanie własne

VI.2. Koszty całkowite

Na całkowity budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowe, wskazane poniżej w ujęciu rocznym.

1. Koszty organizacyjne

Koszty roczne organizacyjne szacuje się na poziomie 8 000 zł, w tym:

- koszty ewaluacji i monitoringu - ok. 2 000 zł rocznie,
- koszty obsługi ogólnej (zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, obsługa administracyjna) - ok. 1 000 zł rocznie,
- koszty informacyjno-promocyjne kampanii lub innych działań zwiększających skuteczność interwencji - ok. 1 000 zł rocznie,
- koszty zarządzania programem (przygotowanie raportów, wydruki, usługi kurierskie, transport materiałów) - ok. 1 000 zł rocznie,
- rezerwa - ok. 3 000 zł rocznie - może być przeznaczona na zwiększenie liczby uczestników programu lub rozszerzenie działań edukacyjnych.

Tabela 3. Rodzaje rocznych kosztów organizacyjnych

Rodzaj kosztu	wartość
ewaluacja i monitorowanie	2 000 zł
obsługa ogólna	1 000 zł
koszty informacyjno-promocyjne	1 000 zł
koszty zarządzania	1 000 zł
rezerwa	3 000 zł
Razem koszty organizacyjne	8 000 zł

Źródło: opracowanie własne

2. Koszty interwencji

Koszty roczne interwencji obejmują:

- badanie kwalifikacyjne, w tym działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów,
- cykl szczepień profilaktycznych,
- koszty sprzętu, materiałów jednorazowych oraz utylizacji.

Przyjęto maksymalne stawki mieszczące się w średnich kosztach rynkowych. Koszty roczne interwencji oszacowano na poziomie 95 000 zł.

W 2023 r. w Gminie Kleszczów urodziło się 54 dzieci, co daje średnio 50-55 dzieci rocznie w wieku, który wchodzi do PSO (2-18 miesięcy).

Dodatkowo przyjęto strategię, że program ma objąć 120% rocznej kohorty, aby:

- zaszczepić wszystkie nowo urodzone dzieci,
- zabezpieczyć szczepienia dzieci, które wcześniej opuściły PSO lub wymagają nadrobienia schematu.

$$120\% \times 55 \text{ dzieci} \approx 66 \text{ dzieci rocznie.}$$

Przyjęto kosztorys odzwierciedlający maksymalne możliwe obciążenie budżetu Gminy, tj. sytuację, w której wszystkie osoby zakwalifikowane wymagają finansowania kosztu 3+1 dawek szczepionki.

Takie podejście zapewnia możliwość pokrycia kosztów szczepień niezależnie od struktury klinicznej populacji uczestników oraz pozwala na płynne rozliczenie świadczeń przez realizatora programu. Ewentualne różnice wynikające z refundacji częściowej lub pełnej zostaną uwzględnione na etapie rozliczeń rocznych.

Przyjęto, że pełny cykl szczepienia może zostać zrealizowany przez mniejszą liczbę uczestników niż liczba osób zgłaszających się do programu, założono 80% dzieci z populacji docelowej, co wynika z:

- czynników zdrowotnych,
- ograniczeń czasowych,
- rezygnacji uczestników.

Dlatego liczba dawek w kosztorysie została oszacowana z uwzględnieniem przewidywanej liczby osób kończących cykl oraz możliwej rotacji uczestników.

Na podstawie przyjętych kosztów jednostkowych:

- schemat 2+1-dawkowy: 1 298-1 430 zł / dziecko,
- schemat 3+1-dawkowy: 1 694-1 870 zł / dziecko,

oraz rocznego budżetu interwencji medycznej ~95 000 zł, można zaszczepić do:

- 65-73 dzieci rocznie, w schemacie 2+1-dawkowym
- 50-56 dzieci rocznie, w schemacie 3+1-dawkowym

co odpowiada co najmniej 100% całkowitej rocznej kohorty urodzeń, przy założeniu maksymalnych kosztów szczepień, pełnego schematu 3+1-dawkowego oraz 80% ukończenia cyklu przez uczestników zamieszkujących Gminę Kleszczów.

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

Oznacza to, że planowany budżet umożliwia zabezpieczenie szczepień dla całej populacji dzieci urodzonych w latach 2026-2028, a także części populacji dzieci z 2024-2025 r., zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu.

Powyższa kwota obejmuje koszty:

- badania kwalifikacyjne wraz z działaniami edukacyjnymi i oceną stanu zdrowia uczestnika - do 13 200 zł rocznie,
- wizyta kontrolna przed drugą dawką szczepionki - do 7 700 zł rocznie,
- wizyta kontrolna przed trzecią dawką szczepionki - do 7 700 zł rocznie,
- wizyta kontrolna przed czwartą dawką szczepionki - do 7 700 zł rocznie,
- koszty sprzętu, materiałów jednorazowych oraz utylizacji - do 9 350 zł rocznie,
- koszty zakupu preparatu szczepionkowego - do 57 200 zł rocznie.

Tabela 4. Roczne koszty realizacji programu

pozycja	maksymalny koszt jednostkowy (zł)	liczba świadczeń/dawek	roczny koszt interwencji (zł)
Kwalifikacja i podanie I dawki szczepionki	240	55 wizyt kwalifikacyjno-szczepiennych	13 200
Szczepionka - I dawka	260	55 dawek	14 300
Kwalifikacja i podanie II dawki szczepionki	140	55 wizyt kwalifikacyjno-szczepiennych	7 700
Szczepionka - II dawka	260	55 dawek	14 300
Kwalifikacja i podanie III dawki szczepionki	140	55 wizyt kwalifikacyjno-szczepiennych	7 700
Szczepionka - III dawka	260	55 dawek	14 300
Kwalifikacja i podanie IV dawki szczepionki	140	55 wizyt kwalifikacyjno-szczepiennych	7 700
Szczepionka - IV dawka	260	55 dawek	14 300
RAZEM - koszty szczepień w ramach programu			93 500
koszty sprzętu, materiałów jednorazowych oraz utylizacji			9 350
RAZEM - koszty interwencji w ramach programu			102 850
Koszty administracyjne/organizacyjne			8 000
RAZEM - koszty programu			110 850

Źródło: opracowanie własne

Tabela 5. Całkowite koszty realizacji programu

pozycja	maksymalny koszt jednostkowy (zł)	liczba świadczeń/dawek	roczny koszt interwencji (zł)
Kwalifikacja i podanie I dawki szczepionki	240	165 wizyt kwalifikacyjno-szczepiennych	39 600
Szczepionka - I dawka	260	165 dawek	42 900

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

pozycja	maksymalny koszt jednostkowy (zł)	liczba świadczeń/dawek	roczny koszt interwencji (zł)
Kwalifikacja i podanie II dawki szczepionki	140	165 wizyt kwalifikacyjno-szczepiennych	23 100
Szczepionka - II dawka	260	165 dawek	42 900
Kwalifikacja i podanie III dawki szczepionki	140	165 wizyt kwalifikacyjno-szczepiennych	23 100
Szczepionka - III dawka	260	165 dawek	42 900
Kwalifikacja i podanie IV dawki szczepionki	140	165 wizyt kwalifikacyjno-szczepiennych	23 100
Szczepionka - IV dawka	260	165 dawek	42 900
RAZEM - koszty szczepień w ramach programu			280 500
koszty sprzętu, materiałów jednorazowych oraz utylizacji			28 050
RAZEM - koszty interwencji w ramach programu			308 550
Koszty administracyjne/organizacyjne			24 000
RAZEM - koszty programu			332 550

Źródło: opracowanie własne

3. Koszty całkowite programu

Zaplanowane przez realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny oferty przez komisję konkursową. Realizator, na etapie oferty na realizację programu, przygotowuje szczegółowy budżet zawierający podział kosztów na personel, materiały, świadczenia zdrowotne, ubezpieczenia i działania informacyjne.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą do 111 000 zł w roku 2026 i docelowo kwota ta będzie odnawiana corocznie przez cały okres trwania programu, co daje do 323 000 zł przez trzyletni okres trwania programu (2026-2028).

Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach jego realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Kleszczów, a także zmian cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu.

VI.3. Źródła finansowania

Niniejszy program polityki zdrowotnej finansowany będzie w 100% ze środków budżetu Gminy Kleszczów, określonych w uchwale budżetowej na każdy rok realizacji programu.

Gmina Kleszczów w okresie realizacji programu bierze pod uwagę możliwość ubiegania się o dofinansowanie do 40% kosztów działań realizowanych w ramach programu przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. z 2017 r. poz. 9).

VII. 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 wysoco-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. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2017 r. w sprawie programu polityki zdrowotnej oraz raportu końcowego z jego realizacji (Dz.U. z 2017 r. poz. 2476).
23. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.
24. 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.

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

Data wypełnienia ankiety:

Data wizyty:

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

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Empatia w trakcie rozmowy</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Kompetentna informacja</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Punktualność</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Udzielenie pełnej informacji o szczepieniu, możliwych działaniach niepożądanych oraz postępowaniu po szczepieniu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Inne uwagi

--

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom programu.

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór

WZÓR

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

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 pieczęć

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO), wyłącznie w celu realizacji, monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)
Uczestnika/Uczestniczki

.....
Data i czytelny podpis

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 pieczęć

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym: imienia, nazwiska, wieku, numeru PESEL, danych kontaktowych) przez

- (nazwa realizatora) jako Administratora danych, w celu:
- potwierdzenia mojego uczestnictwa w programie,
 - prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości,
 - realizacji obowiązków wynikających z przepisów o programach polityki zdrowotnej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w jasny, zrozumiały i jednoznaczny sposób.

Mam świadomość, że:

- przysługuje mi prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie,
- przysługuje mi prawo dostępu do moich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- dane będą przetwarzane wyłącznie w związku z realizacją programu i nie będą przekazywane osobom trzecim poza przypadkami przewidzianymi prawem.

.....
Data i czytelny podpis

Uczestnika/Uczestniczki programu

ORYGINAŁ/KOPIA

ZAŁĄCZNIK 3. 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 2026-2028*

1. Sprawozdanie

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

2. Liczba przyjętych osób (badania wstępne)

- ☐ dziewczęta
☐ chłopcy

3. Liczba zaszczepionych osób

- ☐ dziewczęta
☐ chłopcy

**4. Liczba zaobserwowanych podejrzeń
lub stwierdzeń niepożądanych odczynów
poszczepiennych**

5. Uwagi

.....
.....
.....

.....
Data

.....
Podpis

ZAŁĄCZNIK 4. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

- 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.*