

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ W ŁODZI
z dnia**

**w sprawie przyjęcia
„Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Łodzi”.**

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994 i 1000) oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771 i 858), Rada Miejska w Łodzi

uchwala, co następuje:

§ 1. 1. Przyjmuje się do realizacji w 2018 r., z możliwością przedłużenia na lata kolejne „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Łodzi”, zwany dalej Programem, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

2. Program finansowany będzie ze środków budżetu miasta Łodzi.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Łodzi.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Przewodniczący
Rady Miejskiej w Łodzi**

Tomasz KACPRZAK

AKCEPTUJE
PREZYDENT MIASTA ŁODZI

Jolanta Zdanowska
Projektodawcą jest
Prezydent Miasta Łodzi

Projekt zgodny z przepisami prawa,
opiniuję pozytywnie
pod względem formalno-prawnym

Radca Prawny

mgr Wiesław Rymiszewski

PODINSPEKTOR

Agnieszka Domańska

p.o. KIEROWNIKA
Oddziału
Organizacyjno-Inwestycyjnego

Elżbieta Łukowicz

ZASTĘPCA DYREKTORA
Wydziału Zdrowia
i Spraw Społecznych
dr Iwona Iwanicka

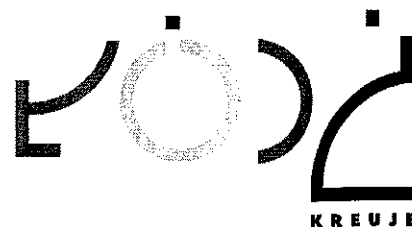
p.o. DYREKTORA
Departamentu Prezydenta

Tomasz Piotrowski

GLÓWNY SPECJALISTA

Marta Uściwiak

Załącznik
do uchwały Nr
Rady Miejskiej w Łodzi
z dnia



AKCEPTUJE
PRzewodnicząca Rady Miejskiej Łodzi
Anna Zdanowska
Anna Zdanowska

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Łodzi

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217, 2361 i 2434
oraz z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771 i 858)

Opracowanie:
Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Departament Prezydenta
Urząd Miasta Łodzi

Łódź, 2018

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Streptococcus pneumoniae (pneumokok) to bakteria zwana dwoinką zapalenia płuc należąca do paciorkowców alfa-hemolizujących. Została wykryta przez Ludwika Pasteura pod koniec XIX w. Bakteria ta powoduje wysoką zachorowalność i śmiertelność na świecie, zwłaszcza u małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku. O zjadliwości tej bakterii decydują niektóre elementy jej budowy, a zwłaszcza otoczka polisacharydowa o właściwościach antyfazagocytarnych, a także wytwarzana przez bakterię IgA proteaza, która inaktywuje sekrecyjne przeciwciała IgA. Ponadto drobnoustrój ten cechuje się dużą różnorodnością, gdyż z uwagi na strukturę otoczki polisacharydowej wyróżniono 93 serotypy pneumokoków. Skala zagrożenia wynika z faktu, że w ostatnim czasie bakteria zwiększa oporność na różne grupy antybiotyków, dając zdolność do infekcji większości tkanek ciała. Stąd ponad 30 różnych jednostek chorobowych może być związanych z chorobą pneumokokową. *Streptococcus pneumoniae* jest odpowiedzialny za zakażenia nieinwazyjne, związane z błonami śluzowymi, tj. zapalenie zatok obocznych nosa, zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, jak również jest głównym czynnikiem etiologicznym poważnych inwazyjnych chorób, zaliczanych do Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (IChP), jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz bakteriemia/sepsa. Zapalenie płuc, mimo że nie jest chorobą inwazyjną, gdy w 40-50% przypadków przebiega z bakteremią jest raportowane jako IChP. Zapalenie ucha środkowego oraz zatok, chociaż nie zagrażają bezpośrednio życiu, mogą powodować ciężkie i chroniczne powikłania, stanowiąc jeden z głównych problemów zdrowia publicznego na świecie.

Głównym naturalnym rezerwuarem *Streptococcus pneumoniae* jest człowiek. Bakterie przenoszą się za pośrednictwem kontaktu bezpośredniego oraz drogą powietrzno-kropelkową. Za czynniki, które warunkują częstość nosicielstwa można wymienić, między innymi: wiek, częstość kontaktów z nosicielami, warunki socjoekonomiczne, działanie czynników uszkadzających nabłonek dróg oddechowych (czynne i bierne palenie, przebyte infekcje wirusowe), jak również pora roku. Najwyższą częstość kolonizacji pneumokokami można zaobserwować u dzieci do lat 5 (35-60%), która maleje z wiekiem, osiągając u dzieci ze szkół podstawowych poziom 29-35%, a u młodzieży i dorosłych od 9-25%. Częstość nosicielstwa może być wyższa w sytuacji przebywania na stosunkowo małej powierzchni w dużych skupiskach ludzkich, np. żłobki,

przedszkola, domy pomocy społecznej, zakłady karne, która sprzyja rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów.

Skolonizowanie nosogardzieli jest koniecznym warunkiem i pierwszym etapem wystąpienia choroby. Rozwój choroby jest najczęściej wynikiem rozprzestrzeniania się pneumokoka drogą ciągłości tkanek z nosogardzieli do zatok czy ucha środkowego, jak również aspiracji pneumokoków z górnych dróg oddechowych do płuc. Możliwe jest także rozsiewanie się komórek bakterii z nosogardzieli drogą krwi.

Pneumokoki mogą wywołać zakażenia inwazyjne, charakteryzujące się obecnością bakterii w krwi oraz zakażenia zlokalizowane – bez uogólnionego zakażenia.

Do głównych zakażeń zlokalizowanych można zaliczyć:

- zapalenie ucha środkowego – uważa się, że prawie każde dziecko do 5 roku życia ma za sobą przebyte zapalenie wywołane przez pneumokoki;
- zapalenie zatok obocznych nosa;
- zapalenie płuc – czynnikami sprzyjającymi są przewlekłe choroby płuc, palenie papierosów oraz jako powikłanie grypy;
- zapalenie spojówek.

Do zakażeń inwazyjnych zalicza się:

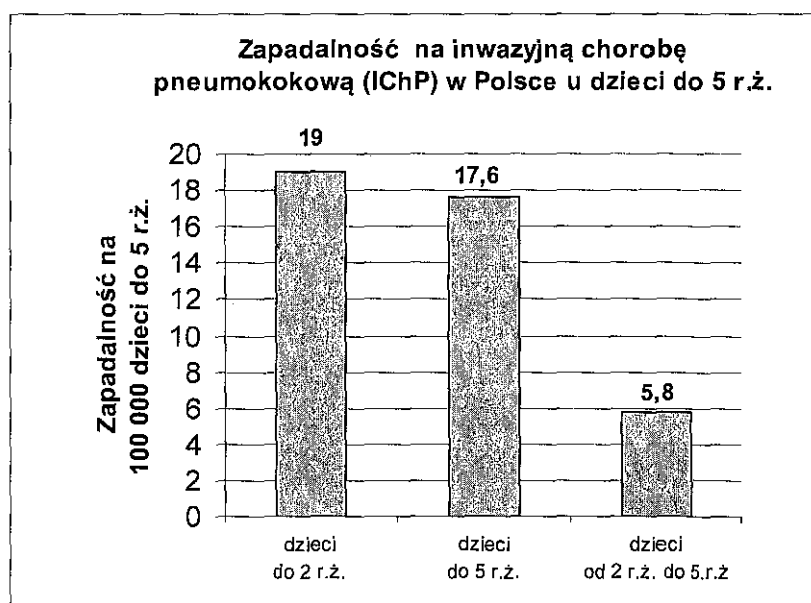
- zapalenie płuc z bakteriami (obecność bakterii w krwi) – w ok. 25-30% przypadków zapalenia płuc występuje bakteremia;
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – pneumokokowe zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych dużo częściej powodują trwałe powikłania i częściej obserwuje się nawrotowe zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych;
- posocznica (sepsa) – większości jest następstwem ciężkiego zapalenia płuc; jednak może rozwinąć się jako choroba podstawowa bez wcześniejszego ogniska zapalenia w określonej lokalizacji; śmiertelność w posocznicy pneumokokowej wynosi 17-25%;
- zapalenie wsierdza;
- zapalenie otrzewnej;
- zapalenie kości i szpiku;
- zapalenie stawów.

Jeśli chory pokona zakażenie, obserwuje się wiele powikłań, takich jak niedosłuch lub głuchota (po zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych), objawy neurologiczne (np. padaczka), trudności w koncentracji i nauce, a nawet głębokie upośledzenie - dziecko po przebytej inwazyjnej chorobie pneumokokowej może nie chodzić, nie mówić, nie kontaktować się ze światem.

I.2. Dane epidemiologiczne

W Polsce nosicielami *Streptococcus pneumoniae* jest 80-98% dzieci w wieku od 6 miesiąca życia (dalej m.ż.) do 5 roku życia (dalej r.ż.). Według danych Światowej Organizacji Zdrowia około 14,5 mln dzieci poniżej 5 r.ż. choruje rocznie na świecie na inwazyjne choroby pneumokokowe (IChP), a blisko 1 mln dzieci w wieku od 1 do 59 m.ż. rocznie umiera z ich powodu. *S. Pneumoniae* jest przyczyną 11% zgonów wśród dzieci w wieku od 1 m.ż. do 5 r.ż. (wyłączając dzieci HIV dodatnie). Dzieci te, ze względu na niedojrzały układ immunologiczny, są szczególnie narażone na zachorowanie wywołane *Streptococcus pneumoniae*, a uczęszczanie do żłobka lub przebywanie w domu dziecka potęguje to zagrożenie.

Największa zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP) u dzieci występuje w wieku 0-2 r.ż. i w Polsce wynosi ona 19/100 tys., a w przedziale wiekowym od 0 do 5 r.ż. wynosi 17,6/100 tys.



Ryc 1. Zapadalność na IChP w Polsce

Według danych WHO wskaźniki te mogą być nawet 25-krotnie wyższe.

Zakażenia wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* są także wiodącą przyczyną zgonów u dzieci poniżej 5 r.ż. wśród infekcji, którym można zapobiegać przez szczepienia.

Podstawowym badaniem pozwalającym postawić rozpoznanie zakażenia pneumokokowego jest badanie bakteriologiczne. Wyhodowanie pneumokoków z krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego czy wydzieliny z dolnych dróg oddechowych daje podstawę do ustalenia rozpoznania. Natomiast często wykonywane badania, jakim są wymazy z nosa czy gardła pozwalają na określenie ewentualnego nosicielstwa pneumokoków lub w przypadku obecności objawów klinicznych, mogą pośrednio sugerować udział pneumokoków w zakażeniu.

Wykonanie badania mikrobiologicznego jest bardzo istotne, gdyż pozwala określić wrażliwość pneumokoków na antybiotyki.

Terapia zakażeń wywołanych przez pneumokoki opiera się głównie na leczeniu antybiotykami. Do podstawowych antybiotyków stosowanych w terapii należą: pochodne penicylin, cefalosporyn, makrolidy oraz fluorchinolony.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) umieściła infekcje pneumokokowe, obok malarii, na pierwszym miejscu listy chorób zakaźnych, których zwalczaniu oraz zapobieganiu należy nadać najwyższy priorytet.

Wg danych publikowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie w roku 2012 odnotowano na terenie Polski 441 przypadków inwazyjnej choroby pneumokokowej, z czego hospitalizowano 438 pacjentów (99,3%). Zapadalność na tę chorobę wynosiła w roku 2012 1,14/100 tys. W 2013 roku odnotowano 548 przypadków a hospitalizowano 542 pacjentów (98,9%). Zapadalność w 2013 roku wynosiła 1,42/100 tys.

Zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową ogółem w Polsce w roku 2014 wynosiła 1,82/100 tys. i była wyższa niż w roku 2013 o 0,40/100 tys. Najwyższą zapadalność odnotowano w województwie pomorskim (5/100 tys.), zachodniopomorskim (2,62/100 tys.) i mazowieckim (2,37/100 tys.). Najniższą zapadalność odnotowano w województwie podlaskim (0,84/100 tys.).

Dzieci w przedziale wiekowym 0-5 lat, które zachorowały na inwazyjną chorobę pneumokokową to 10,5%.

Zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową ogółem w Polsce w roku 2015 wynosiła aż 2,54/100 tys. i była wyższa niż w roku 2014 o 0,71/100 tys. Najwyższą zapadalność odnotowano w województwie pomorskim (7,25/100 tys.), zachodniopomorskim (4,26/100 tys.) i kujawsko-pomorskim (3,74/100 tys.). Najniższą zapadalność odnotowano w województwie lubelskim (0,70/100 tys.).

W grupie osób, które zachorowały na inwazyjną chorobę pneumokokową (zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu) w roku 2015 aż 20% stanowiły osoby w grupie wiekowej 65+ zaś w przedziale 0–5 to 13,2%.

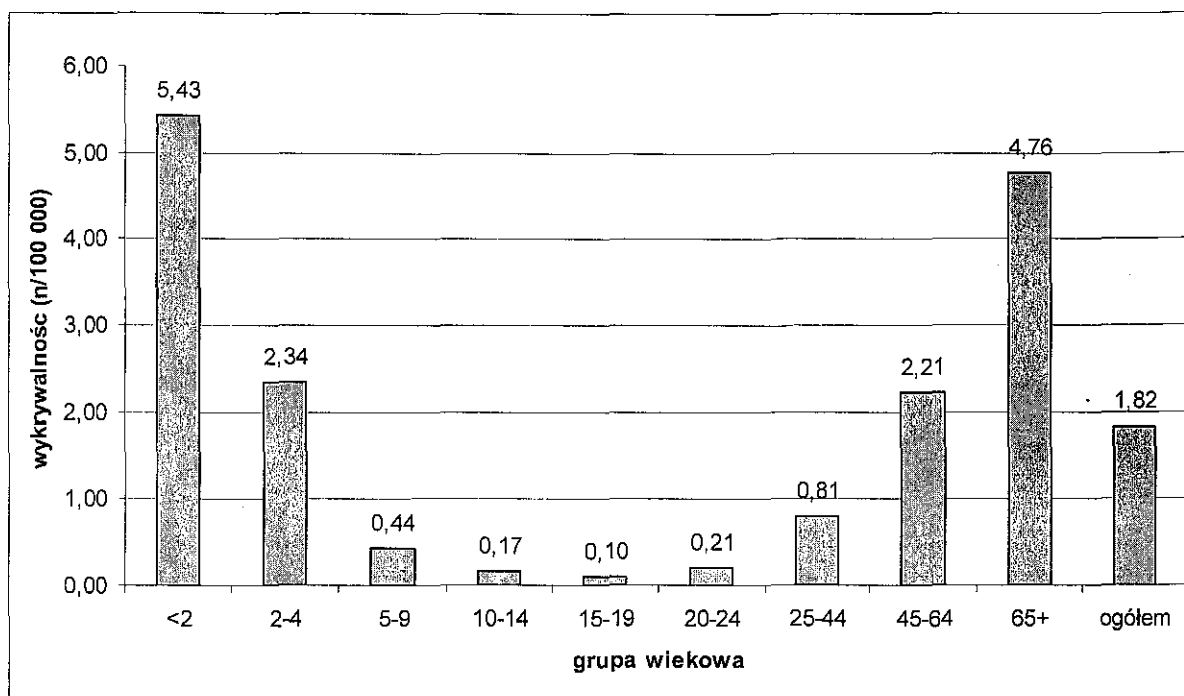
Liczbę zachorowań na IChP w latach 2012-2015 z woj. łódzkiego wg danych NIZP-PZH w Warszawie obrazuje Tabela 1.

Rok	Choroba wywołana przez streptococcus pneumoniae, inwazyjna: ogółem dla województwa łódzkiego	Zapadalność na 100 tys.	Choroba wywołana przez streptococcus pneumoniae, inwazyjna: zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	Zapadalność na 100 tys.	Choroba wywołana przez streptococcus pneumoniae, inwazyjna: posocznica	Zapadalność na 100 tys.
2012	16	0,63	10	0,40	7	0,28
2013	25	0,99	19	0,75	7	0,28
2014	28	1,12	21	0,84	10	0,40
2015	15	0,60	9	0,36	9	0,36
średnio	21	0,84	14,75	0,59	8,25	0,33

Należy jednak podkreślić, że liczba zakażeń w naszym kraju jest bardzo poważnie niedoszacowana. Wpływa na to wiele czynników, ale przede wszystkim rzadkie wykonywanie posiewów krwi w Polsce, a jeśli już to często dopiero wtedy, gdy antybiotykoterapia pacjenta nie przynosi spodziewanych efektów. Ponadto, u znacznego odsetka pacjentów, zakażenie inwazyjne poprzedzone jest zlokalizowanym zakażeniem, np. w obrębie dróg oddechowych, które jest leczone antybiotykami. W obu opisanych sytuacjach posiew materiału od chorego, w większości przypadków, nie pozwala na wyhodowanie czynnika etiologicznego zakażenia. Dlatego w przypadku zakażeń pneumokokowych należy w obecnej polskiej sytuacji mówić o wykrywalności IChP, a nie o zapadalności na IChP.

W Polsce w latach 2011-2013 potwierdzono laboratoryjnie w KOROUN (Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego) 1190, a w 2014 roku 555 przypadków IChP. W 2016 roku było to 700 przypadków.

Wykrywalność na IChP u dzieci poniżej 2 roku życia w 2016 roku wyniosła 5,43/100 000. U dzieci poniżej 5 roku życia ogółem 7,77/100 000. U dorosłych powyżej 65 r.ż. osiągnęła 4,76/100 000 (Ryc.2).



Ryc. 2. Wykrywalność inwazyjnej choroby pneumokokowej w Polsce w 2016 roku (wg KOROUN 2017)

Dane WHO są jednak alarmujące, wg szacunkowych danych z 2010 r. rocznie w Polsce zapada na inwazyjną chorobę pneumokokową 25 razy więcej dzieci w porównaniu z danymi z badania przeprowadzonego w latach 2001-2004, tj. od 11 666 do 14 565 dzieci, z których od 28 do 71 dzieci umiera.

Jedną z przyczyn tak dużych różnic pomiędzy danymi statystycznymi, a szacunkowymi może być fakt, że wcześniej w Polsce nie pobierano materiału do badań bakteriologicznych.

I.3. Opis obecnego postępowania

Od 1 stycznia 2017 r. szczepienia przeciwko pneumokokom zostały zawarte w Programie Szczepień Ochronnych jako refundowane, obowiązkowe i obejmują dzieci w 2 miesiącu życia (po ukończeniu 6 tygodnia życia).

W omawianym problemie zdrowotnym również dzieci, które należą do niżej wymienionych grup ryzyka mają zagwarantowaną możliwość otrzymania bezpłatnej szczepionki finansowanej ze środków publicznych.

1. dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia:
 - po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowodzeniowego,
 - zakażone HIV,
 - po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych lub przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego,
2. dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia chorujące na:
 - przewlekłe choroby serca,
 - schorzenia immunologiczno-hematologiczne, w tym małopłytkowość idiopatyczną, ostrą białaczkę, chłoniaki, sferocytozę wrodzoną,
 - asplenię wrodzoną, dysfunkcje śledziony, po splenektomii lub po leczeniu immunosupresyjnym,
 - przewlekła niewydolność nerek i nawracający zespół nerczycowy,
 - pierwotne zaburzenia odporności,
 - choroby metaboliczne, w tym cukrzycę,
 - przewlekłe choroby płuc, w tym astmę.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Obniżenie ryzyka ciężkiego przebiegu zakażeń pneumokokowych, nosicielstwa bakterii, powikłań po zakażeniu, a także kosztów związanych z leczeniem ww. schorzeń u dzieci 4-letnich zamieszkałych na terenie Miasta Łodzi poprzez przeprowadzenie szczepień przeciwko pneumokokom.

II.2. Cele szczegółowe

1. Zmniejszenie zachorowań na infekcje pneumokokowe w grupie docelowej.
2. Zmniejszenie zachorowań na IChP u osób szczepionych.
3. Zmniejszenie ilości hospitalizacji z powodu chorób wywołanych pneumokokami.
4. Zaszczepienie rocznie ok. 700 dzieci 4-letnich zamieszkałych na terenie miasta Łodzi.
5. Zwiększenie wiedzy personelu medycznego dotyczącej zakażeń pneumokokowych.

6. Zwiększenie wiedzy rodziców/opiekunów prawnych dzieci 4-letnich uczęszczających do przedszkoli w zakresie problematyki pneumokokowej.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Liczba osób zgłaszających się do programu.
2. Liczba dzieci zaszczepionych w programie.
3. Procent personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach w zakresie zakażeń pneumokokowych, który zadeklarował wzrost wiedzy na ten temat.
4. Procent rodziców/opiekunów prawnych dzieci 4-letnich uczęszczających do przedszkoli, którzy zadeklarowali wzrost wiedzy na temat zakażeń pneumokokowych.
5. Współczynnik zachorowań na infekcje pneumokokowe wśród dzieci do 5 roku życia.

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

III.1. Populacja docelowa

Do programu włączone zostaną 4-letnie dzieci zamieszkałe na terenie miasta Łodzi.

Biorąc pod uwagę dane Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby urodzeń w Łodzi w latach 2014, 2015, 2016 szacuje się, że dzieci 4-letnich w roku 2018 będzie 5935, w roku 2019 – 5771 a w 2020 – 6143.

Programem szacuje się objąć rocznie ok. 700 dzieci. Zaplanowana liczba szczepień wynika z wysokości dostępnych środków finansowych.

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

Do programu będą kwalifikowane dzieci, które w danym roku jego realizacji kończą 4 lata.

Z programu wyłączone będą dzieci z grup ryzyka narażonych w sposób szczególny na zakażenia pneumokokami z racji przysługujących im uprawnień do otrzymania bezpłatnej szczepionki przeciwko pneumokokom, których szczepienia finansowane są ze środków publicznych, o których mowa w pkt. I.3.

Dzieci, które wcześniej zostały zaszczepione również będą wyłączone z programu.

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Łodzi

Kwalifikacji do projektu będą dokonywali pracownicy opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę powyższe kryteria.

Informacja o programie docierać będzie do potencjalnych uczestników za pośrednictwem:

1. strony internetowej Urzędu Miasta Łodzi,
2. mediów lokalnych – kampanii informacyjnej, audycji radiowych/telewizyjnych, artykułów w lokalnej prasie,
3. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarek,
4. przedszkoli miejskich.

III.3. Planowane interwencje

W ramach realizacji programu planuje się przeprowadzić następujące działania:

- a) Dotarcie do rodziców/opiekunów dzieci 4-letnich z informacją o programie i możliwości zaszczepienia dziecka.
- b) Przekazanie materiałów edukacyjnych na temat zagrożenia IChP oraz korzyści wynikających ze szczepienia.
- c) Przyjmowanie zgłoszeń dzieci przez placówki realizujące szczepienia i kwalifikacja do szczepienia (sprawdzenie formalnych warunków kwalifikujących dziecko do programu) – będzie obowiązywała zasada pierwszeństwa zgłoszeń.
- d) Uzyskanie pisemnej zgody rodzica na wykonanie szczepienia u dziecka.
- e) Wyznaczenie terminu badania kwalifikującego do szczepienia.
- f) Przeprowadzenie badania kwalifikującego do szczepienia i wykonanie szczepienia.

Przy realizacji programu nie będzie obowiązywała rejonizacja – szczepienie będzie można wykonać w wybranym zakładzie opieki zdrowotnej realizującym program, bez względu na zadeklarowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Aktualnie w Polsce są dostępne:

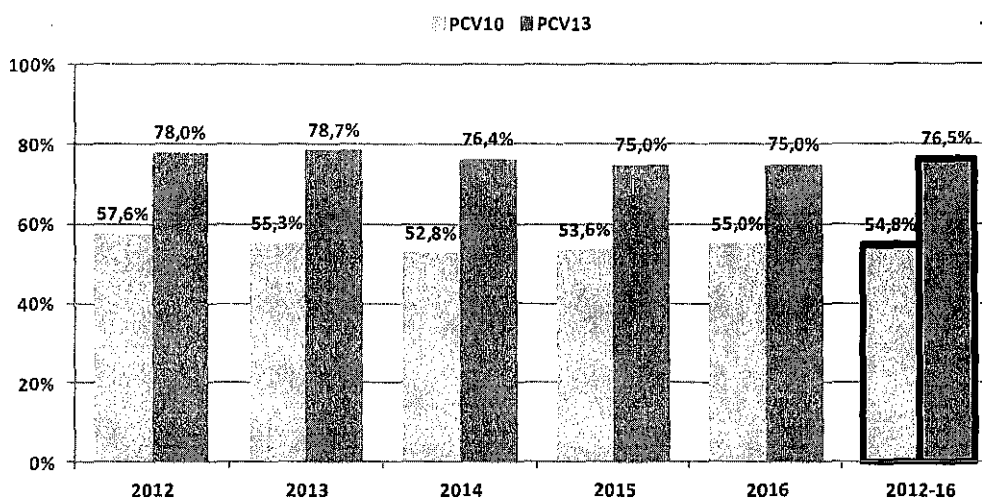
- 2 szczepionki skoniugowane: 13-walentna (PCV13) i 10-walentna (PCV10),
- Szczepionka polisacharydowa PPV23.

W ramach programu osoby spełniające kryteria włączenia będą szczepione przeciwko pneumokokom szczepionką 13-walentną, która daje najszerszą ochronę.

Zgodnie z Rekomendacjami ekspertów z KOROUN i Ministerstwo Zdrowia dot. postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego szczepionka polisacharydowa PCV23 ma u dzieci <5 r.ż. jedynie znaczenie uzupełniające.

Wybór szczepionki podyktowany jest optymalizacją organizacji procedury szczepień. Wybrana szczepionka w przypadku dzieci czteroletnich to szczepienie jedną dawką, co jest rozwiązaniem bardzo dogodnym dla rodziców – jedna wizyta, brak konieczności stawienia się na kolejne szczepienie w konkretnym terminie.

Schemat szczepień i sposób ich realizacji zgodny będzie z aktualnymi ChPL tych produktów leczniczych przy utrzymaniu indywidualnych wskazań.



* Przewidywane na podstawie antygenów zawartych w szczepionce i wyników serotypowania KOROUN

Ryc. 3. Przewidywane pokrycie szczepionkowe u dzieci <5 r.ż. (2012–2016) - Źródło danych: KOROUN, Warszawa, 05.04.2017

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

Świadczenia zdrowotne będą udzielane przez podmioty lecznicze wyłonione w drodze konkursu. Realizator będzie miał obowiązek dotarcia do rodziców/opiekunów dzieci 4-letnich z informacją o programie. Kwalifikację lekarską oraz wykonanie szczepienia przeciwko pneumokokom otrzyma każda osoba, która została zakwalifikowana do programu (tj. spełniająca kryterium wiekowe - 4 lata, zamieszkała na terenie miasta Łodzi, wcześniej niezaszczepiona przeciwko

pneumokokom oraz niekwalifikująca się do otrzymania bezpłatnego szczepienia, której stan zdrowia pozwala na zaszczepienie). Realizator przekaze osobom zainteresowanym materiały edukacyjne na temat zagrożenia IChP oraz korzyści wynikające ze szczepienia. Kampania informacyjna prowadzona będzie również przez Urząd Miasta Łodzi.

Szczepienie oraz konsultacja lekarska będzie świadczeniem zdrowotnym jednorazowym, na które będzie można zgłosić się po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym.

W przypadku braku kwalifikacji do szczepienia ze względów zdrowotnych istnieje możliwość wyznaczenia powtórnego terminu.

Szczepienie będzie przeprowadzone po uzyskaniu zgody rodziców/opiekunów dziecka na jego realizację.

Rodzice/opiekunowie dzieci uczestniczących w programie będą poinformowani przez lekarza kwalifikującego do szczepienia o możliwych odczynach poszczepiennych, sposobie postępowania oraz miejscu gdzie można się zgłosić w razie ewentualnych działań niepożądanych.

Ewentualne, niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) występujące po podaniu szczepionek w ramach programu zostaną zgłoszone odpowiednim organom nadzoru, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu szczepienia szczepionką przeciwko pneumokokom. Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie rodziców/opiekunów dziecka.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1. Wybór podmiotu leczniczego realizującego Program w drodze postępowania konkursowego prowadzonego w oparciu o przepisy ustawy dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138 i 650) i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771 i 858).

2. Działania edukacyjne:

- I. kampania edukacyjno-informacyjna adresowana do rodziców/opiekunów dzieci 4-letnich, informująca o możliwości skorzystania ze szczepień i zachęcająca do zaszczepienia dziecka;
- II. szkolenie personelu medycznego realizującego program.

Miejsca działań informacyjnych i edukacyjnych:

- środki masowego przekazu (prasa, telewizja, radio, Internet),
- komunikacja miejska,
- przedszkola,
- podmioty lecznicze.

Formy działań informacyjnych i edukacyjnych:

- plakaty i ulotki edukacyjne dla mieszkańców,
- audycje radiowe, telewizyjne w lokalnych mediach i artykuły w prasie,
- szkolenie dla personelu medycznego przeprowadzone przez lekarza specjalistę z dziedziny szczepień ochronnych lub chorób zakaźnych, obejmującego: epidemiologię zakażeń pneumokokowych, czynniki ryzyka, objawy choroby pneumokokowej, diagnostykę, sposoby leczenia oraz zasady szczepień przeciwko pneumokokom oraz korzyści z nich wynikające.

Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej będzie prowadzona bezpośrednia i pośrednia edukacja rodziców dzieci, które mogą skorzystać ze szczepienia. Edukacja bezpośrednia będzie realizowana poprzez rozmowę lekarza lub pielęgniarki z rodzicami/opiekunami dziecka. Edukacja pośrednia będzie oparta o ulotki informacyjne, plakaty i inne zaplanowane do wykorzystania materiały.

3. Realizacja programu:

- a) Dotarcie do rodziców/opiekunów dzieci 4-letnich z informacją o programie i możliwości zaszczepienia dziecka.
- b) Przekazanie materiałów edukacyjnych na temat zagrożenia IChP oraz korzyści wynikających ze szczepienia.
- c) Przyjmowanie zgłoszeń dzieci przez placówki realizujące szczepienia i kwalifikacja do szczepienia (sprawdzenie formalnych warunków kwalifikujących dziecko do programu) – będzie obowiązywała zasada pierwszeństwa zgłoszeń.

- d) Uzyskanie pisemnej zgody rodzica na wykonanie szczepienia u dziecka.
- e) Wyznaczenie terminu badania kwalifikującego do szczepienia.
- f) Przeprowadzenie badania kwalifikującego do szczepienia i wykonanie szczepienia.

Przy realizacji programu nie będzie obowiązywała rejonizacja – szczepienie będzie można wykonać w wybranym zakładzie opieki zdrowotnej realizującym program, bez względu na zadeklarowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Monitorowanie

Podmioty realizujące program zobowiązane będą do bieżącego monitorowania liczby dzieci zaszczepionych oraz sygnalizowania do Urzędu Miasta Łodzi wszelkich zagrożeń wynikających z podjętych przedsięwzięć, które mogą wpłynąć na prawidłowy jego przebieg. Ponadto realizatorzy winni zbierać wszystkie dane określone w punkcie V.2. niniejszego programu. Rodzice/opiekunowie dzieci zaszczepionych oraz przeszkolony personel medyczny poproszeni zostaną o wypełnienie anonimowych ankiet, z których wnioski posłużą do usprawnienia programu w następnych latach.

Wzory Anonimowej ankiety satysfakcji uczestnika Programu oraz Anonimowej ankiety dla personelu medycznego biorącego udział w Programie stanowią załączniki do niniejszego Programu, odpowiednio załącznik Nr 3 i 4 do Programu.

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

Warunkiem realizacji programu jest zabezpieczenie przez realizatora warunków lokalowych oraz dostępu sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach (ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211 oraz z 2018 r. poz. 650), a także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739) oraz posiadania ważnego ubezpieczenia OC w zakresie niezbędnym dla realizacji zadania.

Program szczepień będzie realizowany przez podmioty lecznicze, które zostaną wybrane do realizacji programu w drodze konkursu. Szczepienie będzie przeprowadzone w punkcie szczepień placówki medycznej.

Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie charakterystyki produktu dostarczonej przez lekarza specjalistę (konsultanta w zakresie szczepień).

Szczepienia wykonywane w ramach Programu wykonywane będą z wykorzystaniem szczepionek dopuszczonych do stosowania w Polsce, w sposób i wg schematów zgodnych z Charakterystykami Produktów Leczniczych (ChPL) stosowanych szczepionek. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu będą realizowane w placówkach, spełniających warunki wykonywania szczepień ochronnych, w tym:

- szczepienia będą przeprowadzone przez wyspecjalizowane pielęgniarki pod nadzorem lekarskim,
- posiadających punkt szczepień oraz lodówkę do przechowywania szczepionek.

Zasady prowadzenia dokumentacji określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753) wydane na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U z 2018 r. poz. 151).

- Informacje na temat przeprowadzonych szczepień należy umieścić w karcie uodpornienia oraz książeczce szczepień.
- Na karcie uodpornienia, w karcie programu lekarz powinien umieścić zapis o powiadomieniu osoby uprawnionej o obowiązku poddania się wybranym szczepieniom ochronnym oraz poinformowaniu o szczepieniach zalecanych.
- Do karty uodpornienia, karty programu należy dołączyć pisemną deklarację osoby uprawnionej (np. rodzica, prawnego opiekuna dziecka) dotyczącą decyzji w sprawie wykonania szczepienia obowiązkowego (zgoda lub odmowa).
- Jeśli szczepienie obowiązkowe lub zalecane wykonane zostało w innej placówce, należy odnotować ten fakt w karcie uodpornienia (podstawą jest zaświadczenie lekarskie o wykonaniu szczepień, które dołączyć należy do karty uodpornienia, karty programu).
- W karcie uodpornienia, karcie programu odnotowywane są: data i godzina wykonania szczepienia, miejsce podania szczepionki, nazwa szczepionki, nr serii szczepionki, podpis osoby wykonującej szczepienie. W książeczce szczepień odnotowywane są: data i godzina wykonania szczepienia, nazwa szczepionki, nr serii szczepionki, podpis osoby wykonującej szczepienie. W zaświadczeniu udziału w programie odnotowywane są: data i godzina wykonania szczepienia, nazwa szczepionki, nr serii szczepionki, podpis osoby wykonującej szczepienie.

- Wpisy w karcie uodpornienia oraz książeczce szczepień, powinny być prowadzone czytelnym pismem odręcznym, a jeśli to możliwe, uzupełnione etykietą z opakowania bezpośredniego szczepionki z nazwą handlową i numerem serii.
- Wpisy w karcie uodpornienia oraz książeczce szczepień/wpisy w karcie programu oraz zaświadczeniu udziału w programie powinny być ze sobą zgodne.
- Karty uodpornienia, karty programu są przechowywane w kartotece placówki zdrowotnej w sposób umożliwiający łatwe odnalezienie. Książeczka szczepień jest częścią książeczki zdrowia.

Prawidłowa dokumentacja zaszczepienia pacjenta szczepionkami obowiązkowymi i zalecanymi jest podstawowym dowodem odbytych szczepień i stanu uodpornienia pacjenta. W przypadku zagubienia, zniszczenia książeczki szczepień możliwe jest wydanie jej duplikatu na podstawie karty uodpornienia.

Wzory Karty udziału w Programie oraz Zaświadczenia udziału w Programie stanowią załączniki do niniejszego programu, odpowiednio załącznik Nr 1 i 2 do Programu.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

- Monitorowanie składać się będzie ze zgłaszalności do programu, która zostanie oceniona na podstawie listy osób, które były zainteresowane szczepieniem swoich dzieci.
- Realizator programu będzie odpowiedzialny za monitorowanie podjętych działań i zgłaszanie wszelkich nieprawidłowości.
- Informacja o wysokości frekwencji będzie oszacowana w trakcie trwania programu (próba ponowienia zaproszeń w razie niskiej frekwencji) oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa. Podjęcie szerokich akcji informacyjnych oraz indywidualnych zaproszeń do uczestnictwa w programie może wpłynąć na podniesienie frekwencji do 60-70%, co by świadczyło o wysokiej efektywności programu.
- Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie analizy ankiet przeprowadzonych wśród rodziców/opiekunów dzieci, które zostały zaszczepione w ramach programu. Anonimowe ankiety wypełniane będą bezpośrednio po wykonaniu szczepienia. Ankiety będą anonimowe i pozwolą na ocenę stopnia zadowolenia rodziców z przebiegu programu.

- Ocena funkcjonowania programu będzie również dokonana na podstawie analizy ankiet przeprowadzonych wśród personelu medycznego.
- Efektywność programu szczepień przeciw-pneumokokowych zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej literaturze naukowej.
- Skuteczność programu zostanie oceniona na podstawie obserwacji trendów rutynowo zbieranych statystyk zapadalności na inwazyjne choroby pneumokokowe (statystyki NIZP).

V.2. Ewaluacja

Analiza pozyskanych informacji pozwoli ocenić dostosowanie skali programu do potrzeb odbiorców. Analizowane będą następujące dane:

- Liczba osób (dzieci) zgłaszających się do programu.
- Liczba dzieci kwalifikujących się do szczepienia zgodnie z przyjętymi kryteriami formalnymi.
- Liczba dzieci zakwalifikowanych do szczepień przez lekarza.
- Liczba dzieci zaszczepionych.
- Poziom wiedzy personelu medycznego dotyczącej problematyki pneumokokowej.
- Liczba rodziców/opiekunów dzieci, którzy zostali poinformowani o problematyce pneumokokowej.
- Zmiany współczynnika zachorowań na infekcje pneumokokowe w stosunku do okresu przed wprowadzeniem szczepień.
- Zmiany współczynnika chorobowości ogólnej w stosunku do okresu przed wprowadzeniem szczepień.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

- Szczepienie wykonane w podmiocie leczniczym – 275,00 zł/dziecko (zakup szczepionki, lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz wykonanie szczepienia koniugowaną szczepionką 13-walentną + działania informacyjno edukacyjne wykonane przez wybranego realizatora programu +koszty materiałowe).
 - Koszty opracowania materiałów edukacyjnych dla rodziców/opiekunów – 1 000,00 zł.
 - Koszty druku materiałów edukacyjnych (ulotki, plakaty) - 2 500,00 zł.
 - Koszty szkolenia personelu medycznego dla potrzeb realizacji programu – 1 000,00 zł.
 - Koszty systemu rozpowszechniania informacji o prowadzonym programie przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych w Departamencie Prezydenta Urzędu Miasta Łodzi – 3 000,00 zł.
 - Monitorowanie i ewaluacja będzie prowadzona w ramach bieżących działań Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych w Departamencie Prezydenta Urzędu Miasta Łodzi.
- Liczba dzieci zaszczepionych w danym roku realizacji programu - 700 dzieci.

VI.2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu w latach 2018-2020 wyniesie 597 000,00 zł.

- 200 000,00 zł w roku 2018, 199 000,00 zł w 2019 r. oraz 198 000,00 zł w roku 2020, w tym:

L.p.	Pozycja kosztorysu	2018 r.			2019 r.			2020 r.		
		Liczba osób	Koszt jednostkowy (zł)	Koszt całkowity (zł)	Liczba osób	Koszt jednostkowy (zł)	Koszt całkowity (zł)	Liczba osób	Koszt jednostkowy (zł)	Koszt całkowity (zł)
1.	Koszt szczepienia jednego dziecka (1 dawka - koszt szczepionki i obsługa realizatora)	700	275,00	192500,00	700	275,00	192500,00	700	275,00	192500,00
2.	Opracowanie materiałów edukacyjnych dla rodziców/opiekunów	1	1 000,00	1 000,00	0	0	0	0	0	0
	Druk materiałów edukacyjnych	1	2 500,00	2 500,00	1	2 500,00	2 500,00	1	2 500,00	2 500,00
3.	Szkolenie personelu medycznego	1	1 000,00	1 000,00	1	1 000,00	1 000,00	0	0	0

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Łodzi

4.	Kampania informacyjno- edukacyjna	1	3 000,00	3 000,00	1	3 000,00	3 000,00	1	3 000,00	3 000,00
	ŁĄCZNIE			200 000,00			199 000,00			198 000,00
Koszty całkowite realizacji programu w latach 2018 - 2020							597 000,00 zł			

VI.3. Źródła finansowania

Program w całości będzie finansowany z budżetu Miasta Łodzi. W 2018 r. środki finansowe zostały zabezpieczone w budżecie Miasta Łodzi. Realizacja programu w kolejnych latach będzie uzależniona od możliwości finansowych Miasta.

VII. Bibliografia

1. Bernatowska E., Szczepienia Ochronne. Warszawa; 2010.
2. CDC Pink Book. Pneumococcal Disease. Chapter 15, pp. 217-29.
3. Rückinger S et al. Association of Serotype of Streptococcus pneumoniae With Risk of Severe and Fatal Outcome. *Pediatr Infect Dis J.* 2009 Feb; 28(2): 118 –122.
4. Albrecht P., Hryniewicz W., Kuch A. i współ. Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego, W-wa 2011 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), <http://www.cdc.gov/>; 2010.
5. Albrecht P., Hryniewicz W., Kuch A. i współ. Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego, W-wa 2011, strona 13.
6. Dinleici E., & Abidin Z., Current knowledge regarding the investigational 13-valent pneumococcal conjugate vaccine. *Expert Rev. Vaccines.*, 8 (8), strony 977-986; 2009.
7. Raport Grupy na rzecz Programu Szczepień Ochronnych w Polsce www.parasoldlaczego.pl, 2016.
8. Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2016 roku – pierwsze dane, Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego, Warszawa 5.04.2017.
9. Bernatowska E., et al., Szczepionki swoiste w prewencji zakażeń dróg oddechowych, ©Borgis –Nowa Medycyna 2/2009, s. 84-89; <http://www.nowamedycyna.pl/snm.php?ktory=161>
10. Albrecht P., Patrzalek M., Kotowska M., & Radzikowski A., Kliniczne i praktyczne efekty szczepień koniugowaną szczepionką pneumokokową w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej, zapaleniom płuc i ucha środkowego u dzieci w świetle doświadczeń polskich i światowych. *Pediatrics Pol*, 84 (1), strony 3-12; 2009.
11. O'Brien K., Wolfson L., Watt J., et al., Burden of disease caused by Streptococcus pneumoniae in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet* (374), strony 893-902; 2009.
12. Hryniewicz W., Epidemiologia zakażeń pneumokokowych w Polsce i na świecie, Nowa, 13 walentna skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom w świetle aktualnej wiedzy na temat zakażeń Streptococcus pneumoniae, Elsevier Urban&Partner, strony 4-5; 2010.
13. Czajka H., Inwazyjne pneumokoki –zapobieganie zakażeniom, Zakażenia –Suplement. 2007, 3.

14. CDC, Epidemiology and prevention of vaccine - preventable diseases „The Pink Book” – 7th ed - 2002, p 205 - 217. 2. CDC Recommendation and Reports . Preventing pneumococcal disease:Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR April 4, 1997 /Vol.46/ No. RR-08.
15. Duszczyk, E., Talarek, E., Profilaktyka zakażeń pneumokokowych u osób starszych, *Zakażenia* 2008, 4.
16. Albrecht P., Hryniewicz M., Kuch A. i współ. „Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczno-profilaktyczne” Warszawa 2011 strona 74, 75 - http://www.koroun.edu.pl/pdf/rekomendacje-ukl-nerwowy_2011.pdf
17. Kwieciński A., Zakażenia *Streptococcus pneumoniae* – wybrane aspekty. Informator Lekarski, 2008.
18. Raport Grupy na rzecz Programu Szczepień Ochronnych w Polsce www.parasoldlaczycia.pl, 2016.
19. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w latach 2011 - 2014 – NIZP-PZH Warszawa 2016.
20. McIntosh E., Fritzell B., & Fletcher M., Burden of pediatric invasive pneumococcal disease in Europe, 2005. *Epidemiol. Infect.* (135), strony 644-656; 2007.
21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) Report, Emerging Infections Program Network (EIP), *Streptococcus pneumoniae*, 1998. W *US Department of Health and Human Services, CDC*. Atlanta, GA.; 1998.
22. Overturf G. A., Technical Report: Prevention of Pneumococcal Infections, Including the Use of Pneumococcal Conjugate and Polysaccharide Vaccines and Antibiotic Prophylaxis. *Pediatrics*. (106), strony 367-376; 2000.
23. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Invasive Pneumococcal Disease in Young Children Before Licensure of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine-United States, 2007. *Morb Mortal Wkly Rep.*, 59 (9), strony 253-257; 2010.
24. Kyaw M.H., Christie P., Clarke S.C. et al.: Invasive pneumococcal disease in Scotland, 1999-2001: use of record linkage to explore associations between patients and disease in relation to future vaccination policy. *Clin Infect Dis* 2003;37:1283–1291.
25. Active Bacterial Core Surveillance report. Dostępny pod: www.cdc.gov/abcs/reportsfindings/survreports/spneu08.pdf (accessed 31 March 2010).
26. Centers for Disease Control and Prevention. Dostępne pod: www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4608.pdf (accessed 31 March 2010).
27. Kaplan V., Clermont G., Griffin M.F. et al.: Pneumonia: still the old man's friend? *Arch Intern Med* 2003;163:317–323.
28. Robinson K.A., Baughman W., Rothrock G. et al.: Epidemiology of invasive *Streptococcus pneumoniae* infections in the United States, 1995-1998: Opportunities for prevention in the conjugate vaccine era. *JAMA*, 2001;285:1729–1735.
29. Read M., Lee C.: Age-related Differences in Immune Responses to the Pneumococcus and the Relation to Vaccination Development. *European Respiratory Disease?* 2010;6:54–61.
30. World Health Organization, Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization, position paper. *Weekly Epidemiological Record* (82), strony 93-104; 2007
31. Rok 2016 – Szczepienia ochronne przeciwko *streptococcus pneumoniae* u dzieci - raport grupy na rzecz programu szczepień ochronnych w Polsce, www.parasoldlaczycia.org
32. Patrzalek M., Albrecht P., & Sobczynski M., Significant decline In pneumonia admission rate after the introduction of routine 2+1 dose Schedule heptavalent pneumococcal conjugate vaccine (PCV7) In children under 5 years of age In Kielce, Poland. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*, 29 (7); 2010.
33. Committee on Infectious Diseases. Policy Statement Recommendations for the Prevention of *Streptococcus pneumoniae* Infections in Infants and Children: Use of 13-Valent

- Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV13) and Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (PPSV23). *Pediatrics*, 126 (1), strony 1-5; 2010.
34. NIZP. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2013 roku, W-wa, 2014. Dostępne na stronie: http://www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2013/Ch_2013.pdf.
 35. Albrecht P., Hryniewicz M., Kuch A. i współ. „Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczno-profilaktyczne” Warszawa 2011 - http://www.koroun.edu.pl/pdf/rekomendacje-ukl-nerwowy_2011.pdf
 36. Skoczyńska A., Kuch A., Gołębiwska A., Waśko I., Ronkiewicz P. „Markowska M., Hryniewicz W. „Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w roku 2010. Polski Mercuriusz Lekarski.”, (182),strony 80-85; 2011.
 37. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 4 stycznia 2017 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2017, na stronie: http://gis.gov.pl/images/ep/so/pso_2017_-_nowelizacja.pdf.
 38. World Health Organization, Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization, position paper. *Weekly Epidemiological Record* 2007, (82): 93-104.

KARTA UDZIAŁU W PROGRAMIE
w Programie profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Łodzi

Nazwisko i imię, PESEL	Nazwisko i imię PESEL	Data urodzenia dzień miesiąc rok -.....-.....
-------------------------------	---	--

Wykonane szczepienie

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Miejsce podania szczepionki	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie

Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce	
		nazwa	Data szczepienia

Pieczęć i podpis zakładającego kartę

Pieczęć i podpis przeprowadzającego szczepienie

.....

.....

Pieczęć i podpis kwalifikującego do szczepienia

.....

Łódź,

ZAŚWIADCZENIE UDZIAŁU W PROGRAMIE

w Programie profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Łodzi

Nazwisko i imię, nr PESEL	Nazwisko i imię PESEL	Data urodzenia dzień miesiąc rok
------------------------------	---	--

Wykonane szczepienie

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Miejsce podania szczepionki	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie

Pieczęć i podpis kwalifikującego do szczepienia

.....

Pieczęć i podpis przeprowadzającego szczepienie

.....

**Anonimowa ankieta satysfakcji uczestnika
Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Łodzi**

1. Jak oceniają Państwo dostęp do informacji o programie?

bardzo dobrze dobrze zadowolająco źle

2. Jak oceniają Państwo użyteczność informacji zawartych w broszurze informacyjno-edukacyjnej?

bardzo dobrze dobrze zadowolająco źle

3. Jak oceniają Państwo jakość obsługi w przychodni realizującej program?

bardzo dobrze dobrze zadowolająco źle

4. Jak oceniają Państwo jakość przeprowadzonej konsultacji lekarskiej?

bardzo dobrze dobrze zadowolająco źle

5. Jak oceniają Państwo organizację i realizację programu ?

bardzo dobrze dobrze zadowolająco źle

6. Jak oceniają Państwo stan swojej wiedzy na temat zakażeń pneumokokowych po zakończeniu udziału w programie?

wzrost wiedzy na temat zakażeń pneumokokowych bez zmian

7. Ogólna ocena Programu.

bardzo dobry dobry zadowolająco zły

Uwagi, spostrzeżenia.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

*Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Departament Prezydenta
Urząd Miasta Łodzi*

UZASADNIENIE

Pneumokoki to bakterie należące do najczęstszych przyczyn poważnych zakażeń bakteryjnych u dzieci. Najczęściej wywołują zapalenia górnych dróg oddechowych (ostre zapalenie ucha środkowego, zapalenie zatok przynosowych), ale mogą także powodować ciężkie, zagrażające życiu zakażenia inwazyjne (bakterie przełamują bariery ochronne i przedostają się do krwi), takie jak: zapalenie płuc, zapalenie stawów, zakażenie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, posocznica (sepsa).

W Polsce nosicielami tej bakterii jest ponad 80% dzieci w wieku od 6 m.ż. do 5 r.ż. i w tej grupie wiekowej obserwuje się największą zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową - 17,6 / 100 tys. Zakażenia pneumokokami są wiodącą przyczyną zgonów u dzieci poniżej 5 r.ż. wśród infekcji, którym można zapobiegać przez szczepienia.

Światowa Organizacja Zdrowia umieściła infekcje pneumokokowe, obok malarii, na pierwszym miejscu listy chorób zakaźnych, których zwalczaniu należy nadać najwyższy priorytet.

Od 1 stycznia 2017 r. szczepienia przeciwko pneumokokom zostały uwzględnione w Programie Szczepień Ochronnych Głównego Inspektora Sanitarnego jako refundowane i obowiązkowe dla dzieci w 2 miesiącu życia, a następne dawki podawane są w 4 miesiącu i 13-15 miesiącu roku życia.

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Łodzi adresowany jest do dzieci 4-letnich, urodzonych przed 2017 rokiem, będzie więc stanowił uzupełnienie świadczeń gwarantowanych. Proponowana szczepionka 13-walentna pozwala na szczepienie dawką jednorazową.

Program posiada pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 26 kwietnia 2018 r.

Środki finansowe na realizację Programu w roku 2018 w kwocie 200 000,00 zł zostały zabezpieczone w budżecie Miasta Łodzi w Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych. Realizacja programu w kolejnych latach będzie uzależniona od możliwości finansowych Miasta.

ZASTĘPCA DYREKTORA
Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych
1 Spraw
dr Iwona Łucnicka
dr Iwona Łucnicka