

z dnia 13 lutego 2018 r.

**UCHWAŁA NR
RADY MIASTA USTROŃ**

z dnia 2018 r.

w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw meningokokom dla dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Ustroń będących pod opieką żłobków na lata 2018-2023.

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1875 z późn. zm.) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.),

Rada Miasta Ustroń uchwala:

§ 1.

Przyjąć Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw meningokokom dla dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Ustroń będących pod opieką żłobków na lata 2018-2023.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza Burmistrzowi Miasta Ustroń.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do Uchwały

Rady Miasta Ustroń

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
W ZAKRESIE BADAŃ KRWI POD KĄTEM BORELIOZY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY USTRÓŃ
NA LATA 2018-2023**

I. Opis problemu zdrowotnego.

1. PROBLEM ZDROWOTNY

Meningokoki (*Neisseria meningitidis*, dwuinka zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) to chorobotwórcze gram-ujemne bakterie. Wyodrębnia się 13 grup serologicznych tych bakterii. W zależności od położenia geograficznego, najczęstszym powodem zachorowań są serotypy: A, B, C, Y i W135. W Polsce większość zakażeń wywołują szczepy typu B oraz C [1,2].

Rezerwuarem bakterii *Neisseria meningitidis* jest jama nosowo-gardłowa człowieka. Ocenia się, że ok. 10% populacji jest bezobjawowymi nosicielami bakterii *Neisseria meningitidis*. Zakażenie odbywa się drogą kropelkową lub przez kontakt bezpośredni z osobą chorą lub zdrowym nosicielem [1,2].

Czynniki ryzyka wystąpienia inwazyjnej choroby meningokokowej to m.in. wiek (od 3 miesięcy do 5 roku życia oraz od 15 do 24 roku życia), przebywanie w środowiskach zamkniętych (żłobki, przedszkola, domy dziecka), zachorowania w najbliższym otoczeniu, osłabiona odporność, złe warunki socjalne oraz czynnościowy lub anatomiczny brak śledziony [2]. Okres wylegania zakażenia wynosi 2-10 dni. U osób z grup wysokiego ryzyka choroba może mieć przebieg piorunujący i prowadzić do śmierci, w przeciągu kilku godzin [3].

Zakażenie meningokokowe może przyjmować formę inwazyjnej choroby meningokokowej oraz zakażeń nieinwazyjnych. Inwazyjną chorobę meningokokową nazywa się zakażenie ogólnoustrojowe, obejmujące: zapalenie opon-mózgowo-rdzeniowych, sepsę (posocznicę), zespół Waterhouse-Friderichsen. Zakażenia nieinwazyjne obejmują: zapalenie płuc, zapalenie mięśnia sercowego, wsierdza lub osierdza, septyczne zapalenie stawów, szpiku kostnego, spojówek, ucha środkowego, gardła, czy zakażenia w obrębie układu moczowo-płciowego i miednicy małej [3,4].

Pierwsze objawy zakażenia meningokokami są nieswoiste. Zwykle są to: złe samopoczucie, gorączka, bóle mięśni i stawów, brak apetytu, wymioty czy senność. Następnie pojawiają się wysypki krwotoczne, nienaturalny kolor skóry, biegunka, sztywność karku i trudności w oddychaniu. Choroba ma gwałtowny przebieg i wymaga natychmiastowego wdrożenia leczenia [6,7].

Objawy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych pojawiają się w miarę postępowania zakażenia i są to: silny ból głowy, sztywność karku, przeculica (nadwrażliwość na dotyk, dźwięk i bodźce wzrokowe), objawy oponowe. Typowymi objawami oponowymi są:

- a) Objaw Kerniga – mimowolne zgięcie kończyny dolnej podczas biernego unoszenia.
- b) Objaw Brudzńskiego – mimowolne zginanie kończyn dolnych w stawie biodrowym i kolanowym podczas biernego ruchu głową, u chorego leżącego na wznak.
- c) Objaw Flatau – rozszerzanie źrenic podczas przyciągania głowy do klatki piersiowej. W późniejszym stadium pojawiają się drgawki, zaburzenia świadomości i ogniskowe objawy neurologiczne.

Objawy alarmujące w sepsie meningokokowej to: ból mięśni i stawów, zimne dłonie i stopy, blade, marmurkowe lub sine zabarwienie skóry. Innymi objawami klinicznymi są: gorączka, tachykardia, duszność, wzmożone pranie, wysypka, bóle brzucha, ze współwystępującymi biegunkami, niedociśnienie, a w późniejszych etapach również zaburzenia świadomości [7].

Zespół Waterhouse-Friderichsen jest to meningokokowe krwotoczne zapalenie nadnerczy, występujące w przebiegu posocznicy meningokokowej. Wylewy krwotoczne w nadnerczach objawiają się rozległymi wylewami krwi, widocznymi na skórze chorego. Krwawe wylewy do nadnerczy są częstą przyczyną szybkiej śmierci w przebiegu wstrząsowej postaci zakażenia [8].

W leczeniu zakażenia meningokokami niezwykle ważne jest wczesne rozpoznanie. W postępowaniu leczniczym stosuje się dożylną antybiotykoterapię oraz stałe monitorowanie stanu chorego. U osób z podejrzeniem wstrząsu septycznego konieczne staje się przetaczanie płynów oraz wentylacja mechaniczna. Leczenie takie odbywa się na oddziałach intensywnej terapii [5]. Powikłania po zakażeniu meningokokami obejmują m.in.: uszkodzenia mózgu, padaczkę, niedowłady lub porażenia, ubytki skóry i tkanki podskórnej, z koniecznymi częściowymi amputacjami. Śmiertelność w zakażeniach meningokokowych oscyluje na poziomie ok. 10%. Zakażenia przebiegające pod postacią sepsy wykazują się znacznie wyższą śmiertelnością, na poziomie 20 – 70% [9]. Profilaktyka zakażeń meningokokowych obejmuje szczepienie ochronne. Późna

profilaktyka zakażeń meningokokowych polega na profilaktycznej antybiotykoterapii osób z bliskiego otoczenia chorego. Taka chemioprophylaktyka nie gwarantuje 100 procentowej ochrony przed zachorowaniem [4].

W Polsce stosuje się 3 rodzaje szczepionek przeciw meningokokom [9]:

- a) Szczepionki polisacharydowe – przeciw meningokokom serogrupy A i C lub A, C, W135 i Y, stosowane u osób powyżej 2. roku życia.
- b) Szczepionki koniugowane – przeciw meningokokom serogrupy C oraz A, C, W135 i Y, stosowane u osób powyżej 2. miesiąca życia.
- c) Szczepionka białkowa – przeciw meningokokom serogrupy B, stosowana u osób powyżej 2. miesiąca życia.

2. EPIDEMIOLOGIA

Inwazyjna choroba meningokokowa występuje endemicznie na całym świecie. Za epidemie odpowiadają najczęściej szczepy serogrupy A i C. Co roku na całym świecie 500 000 osób choruje na inwazyjną chorobę meningokokową. Szacuje się, że choroba ta powoduje około 50 000 zgonów rocznie.

W Europie, Australii oraz Nowej Zelandii większość przypadków zachorowań, wywoływana jest przez meningokoki grupy serologicznej B. W Stanach Zjednoczonych większość przypadków wywołują serogrupy B, C i Y. W Ameryce Południowej dominują grupy serologicznie B i C. W Afryce najwięcej przypadków powodują szczepy A oraz C [10].

Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w Europie wynosi średnio 1/100 000. Niemowlęta i małe dzieci są dominującą grupą chorych, nie odnotowano znaczącej przewagi wśród płci. Choroba cechuje się sezonowością i częściej występuje w miesiącach zimowych. Z 2760 przypadków odnotowanych w Europie w 2014 roku, 64% zachorowań wywołał szczep serogrupy B., a 16% szczep serogrupy C. Meningokoki serogrupy B odpowiadały za 80% zachorowań wśród dzieci poniżej 5. roku życia. Zapalenie opon mózgowych odnotowano w 41% przypadków, sepsę w 34%, w 17% przypadków stwierdzono zarówno zapalenie opon mózgowych jak i sepsę [11].

W Polsce rocznie około 200 osób choruje na inwazyjną chorobę meningokokową. Wartości te wahają się od 296 zachorowań w 2011 roku, po 165 zachorowań w roku 2016 [12]. Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce, w 2016 roku była najwyższa wśród dzieci do 11. miesiąca życia i wynosiła 11,6/100 000. W wieku od roku do 2 lat zapadalność wyniosła 5,34/100 000. Między 2. a 3. rokiem życia 3,79/100 000. Między 3. a 4. rokiem życia 1,03/100 000, a między 4. a 5. rokiem życia 0,76/100 000 [12].

Współczynnik śmiertelności związany z zakażeniami meningokokowymi w 2016 roku w Polsce wyniósł ogółem 19%. U dzieci między poniżej 11. miesiąca życia współczynnik ten wynosił 5,9%, między 1. a 2. rokiem życia aż 37,5%, między 2. a 3. rokiem życia 9,1% i między 3. a 4. rokiem życia 33,3%. Najwyższy współczynnik śmiertelności, aż 75% dotyczył osób powyżej 65. roku życia.

Analizując dystrybucję serogrup wśród meningokoków odpowiedzialnych za inwazyjną chorobę meningokokową największym udziałem w zachorowaniach w Polsce charakteryzuje się serogrupa B. W 2016 roku 68% zachorowań wywołały meningokoki grupy B, następnie 27% meningokoki serogrupy C, serogrupa W wywołała 4%, a serogrupa Y 1% zachorowań. Wśród niemowląt i małych dzieci do 2 roku życia, aż 70% zakażeń wywołują meningokoki serogrupy B [9].

W województwie śląskim w 2016 roku ogólna zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową wyniosła 0,33/100 000. Na tym terenie zachorowania występowały u pacjentów w każdym wieku, jednak najczęściej w grupie wiekowej do lat 4, było to 58,4% wszystkich zachorowań. Na przestrzeni ostatnich 8 lat, 99,1% chorych było hospitalizowanych, śmiertelność wyniosła średnio 11,4%. W pierwszym półroczu 2017 roku w województwie śląskim zachorowało 11 osób. 63,9% spośród wszystkich zachorowań wywołała serogrupa B [13].

2. POPULACJA PODLEGAJĄCA I KWALIFIKUJĄCA SIĘ

Program polityki zdrowotnej planuje objąć dzieci od 2. miesiąca życia, będące pod opieką żłobków, zamieszkałe na terenie gminy Ustroń.

Według danych Urzędu Statystycznego w Katowicach w żłobku, w ciągu jednego roku przebywa 92 dzieci. Ze względu na brak statystycznych danych dotyczących populacji dzieci już zaszczepionych, populację kwalifikujących się do wzięcia udziału w programie szacuje się na 92 osoby.

3. OBECNE POSTĘPOWANIE

Szczepienie przeciw inwazyjnym zakażeniom *Neisseria meningitidis* jest szczepieniem zalecanym w Programie Szczepień Ochronnych Ministerstwa Zdrowia, ze szczególnym wskazaniem osób z grup podwyższonego ryzyka, w tym populacji omawianej w programie: niemowlętom od ukończenia 2. miesiąca życia i dzieciom przebywającym w żłobkach [14].

4. UZASADNIENIE POTRZEBY WDROŻENIA PROGRAMU

Inwazyjne zakażenia wywołane przez *Neisseria meningitidis* są bezpośrednim zagrożeniem dla zdrowia i życia. Postępująca choroba bardzo szybko prowadzi do śmierci (24 – 48 godzin). Ponadto pierwsze objawy choroby są nieswoiste i trudne do zdiagnozowania. Wszystkie przypadki zachorowań wymagają hospitalizacji. W przypadku sepsy pacjenci przebywają na oddziałach intensywnej terapii. Długotrwała hospitalizacja oraz leczenie powikłań po przebytych zakażeniach meningokokowych charakteryzują się wysokimi kosztami, względem kosztu szczepień ochronnych.

Potrzeba wdrożenia programu szczepień ochronnych przeciw meningokokom wynika z zaleceń ekspertów w dziedzinie zdrowia publicznego. Szczepienia ochronne pozostają najlepszą metodą profilaktyki zakażeń. Populacja osób objętych programem stanowi grupę szczególnie narażoną na zakażenia, zarówno ze względu na wiek, jak i przebywanie w żłobku. Ze względu na grupę wiekową populacji kwalifikującej się do wzięcia udziału w programie zdecydowano szczepienie przeciw meningokokom serogrupy B.

II. CELE PROGRAMU

1. CEL GŁÓWNY

Zwiększenie skuteczności zapobiegania zakażeniom meningokokowym, dzięki uodpornieniu dzieci powyżej 2. miesiąca życia, będących pod opieką żłobków, w trakcie 6 lat trwania programu.

2. CELE SZCZEGÓŁOWE

- a) Redukcja hospitalizacji, wynikających z zakażeń meningokokowych;
- b) Zwiększenie dostępności do bezpłatnych szczepień ochronnych przeciw meningokokom;
- c) Popularyzowanie wiedzy dotyczącej możliwych działań profilaktycznych.

3. OCZEKIWANE EFEKTY

- a) Wysoka frekwencja w programie;
- b) Uzyskanie odporności na zakażenia meningokokowe typu B, wśród jak największej ilości dzieci powyżej 2. miesiąca życia, przebywających pod opieką żłobków.
- c) Zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu zakażeń meningokokowych;
- d) Zmniejszenie liczby odnotowywanych zakażeń oraz nosicielstwa.

4. MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI

- a) Liczba dzieci zaszczepionych w ramach programu, u których wystąpi infekcja;
- b) Stosunek liczby dzieci zaszczepionych do liczby dzieci niezaszczepionych, u których wystąpi infekcja.
- c) Liczba rozdyskrebowanych materiałów informacyjnych (ulotek, biuletynów, plakatów).

III. ADRESACI PROGRAMU

1. OSZACOWANIE POPULACJI

Program adresowany jest do dzieci powyżej 2. miesiąca życia do 3. roku życia, będących pod opieką żłobków, które dotąd nie zostały uodpornione przeciw zakażeniom meningokokowym. Na podstawie danych meldunkowych populacja ta liczy 92 osoby [13]. W kolejnych latach trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby, spełniające kryteria uczestnictwa (wiek, uczęszczanie do żłobka). Na podstawie programów

realizowanych oraz zakończonych w gminie Ustroń, zakłada się zgłaszalność na poziomie 75%, co daje 69 dzieci, kwalifikujących się do szczepienia.

2. TRYB ZAPRASZANIA DO PROGRAMU

Działania promocyjno-informacyjne prowadzone przez Urząd Miasta oraz realizatora programu:

- a) Informacje przekazywane rodzicom i opiekunom prawnym dzieci uczęszczających do żłobków,
- b) Plakaty, ulotki, biuletyny w placówkach ochrony zdrowia,
- c) Informacje na stronach internetowych i tablicach informacyjnych Urzędu Miasta,
- d) Informacje w lokalnej prasie,
- e) Informacje przekazywane mieszkańcom przez pracowników placówek ochrony zdrowia.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. CZĘŚCI SKŁADOWE, ETAPY I DZIAŁANIA ORGANIZACYJNE

- a) Opracowanie programu.
- b) Wybór podmiotów leczniczych realizujących program.
- c) Realizacja programu:
 - Działania promocyjno-informacyjne.
 - Realizacja świadczeń:
 - Przeprowadzenie kwalifikacyjnego badania przez lekarza placówki.
 - Wykonanie szczepienia zgodnie ze wskazaniami producenta szczepionki.
 - Systematyczny monitoring realizacji programu.

2. PLANOWANE INTERWENCJE

W ramach programu dzieci zamieszkałe na terenie gminy Ustroń, które spełniły kryteria uczestnictwa zostaną zaszczepione preparatem Bexsero przeciw meningokokom serogrupy B, w jednym z możliwych schematów [15]:

Wiek	Liczba dawek	Odstępy między dawkami	Dawka przypominająca
2–5 miesiąc życia	3	Nie mniej niż 1 miesiąc	1 dawka (12–15 miesiąc życia)
6–11 miesiąc życia	2	Nie mniej niż 2 miesiące	1 dawka (2 rok życia)
12–23 miesiąc życia			1 dawka (12–23 miesięcy po szczepieniu pierwotnym)
2–3 rok życia			Nie określono

Program realizowany będzie z udziałem podmiotów leczniczych wyłonionych w drodze konkursu ofert.

3. KRYTERIA I SPOSÓB KWALIFIKACJI UCZESTNIKÓW

- a) Wiek powyżej 2 miesięcy.
- b) Uczęszczanie do żłobka.

- c) Zamieszkanie na terenie gminy Ustroń.
- d) Dotychczasowy brak szczepienia przeciw meningokokom serogrupy B.
- e) Kwalifikacyjna wizyta lekarska, wykluczająca przeciwwskazania do wykonania szczepienia.
- f) Uzyskanie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych.

4. ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Świadczenie w postaci szczepienia (2 lub 3 dawki podstawowe i 1 dawka przypominająca) otrzyma każda osoba, która spełnia kryteria kwalifikacyjne programu. Szczepienia będą realizowane przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej wyłonione w drodze konkursu ofert.

5. SPOSÓB POWIĄZANIA DZIAŁAŃ PROGRAMU ZE ŚWIADCZENIAMI ZDROWOTNYMI FINANSOWANYMI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Szczepienia przeciw zakażeniom meningokokowym nie są finansowane z środków publicznych Ministerstwa Zdrowia, znajdują się natomiast w spisie szczepień zalecanych w Programie Szczepień Ochronnych [14].

6. SPÓJNOŚĆ MERYTORYCZNA I ORGANIZACYJNA

Zakres merytoryczny programu oparty jest na aktualnych danych i dowodach naukowych, a organizacja i zaplanowany przebieg programu nie budzi zastrzeżeń. Niniejszy program dotyczy zagadnienia zdrowotnego, który dotychczas nie został objęty analogicznym programem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwa właściwego do spraw zdrowia, określonych w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

7. SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE I MOŻLIWOŚCI KONTYNUACJI OTRZYMYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ UCZESTNIKÓW PROGRAMU

Udział w programie kończy się z chwilą zrealizowania ostatniego szczepienia przewidzianego w harmonogramie szczepień i uzyskaniu odporności przeciw meningokokom. W przypadku niezrealizowania wszystkich niezbędnych dawek szczepień w trakcie trwania programu, uczestnik kontynuuje dawkę szczepienia uwzględnioną w harmonogramie we własnym zakresie. Zakończenie udziału w programie będzie możliwe także na każdym etapie na życzenie osoby odpowiedzialnej.

8. BEZPIECZEŃSTWO PLANOWANYCH INTERWENCJI

Program będzie realizowany przez placówki wyłonione w drodze konkursu ofert, z zachowaniem wszelkich warunków określonych dla prawidłowego szczepienia. Szczepienia objęte programem wykonywane będą z wykorzystaniem szczepionek dopuszczonych do stosowania na terenie Polski, w sposób wskazany przez producenta produktu. Każdorazowo, szczepienia poprzedzone będą kwalifikującym badaniem lekarskim i wykonywane przez personel, posiadający stosowne uprawnienia zawodowe.

W programie stosowana będzie szczepionka przeciw meningokokom typu B, zarejestrowana i dopuszczona do obrotu na terenie Polski. Przeciwwskazania do podjęcia szczepień obejmują [15]:

- ·nadwrażliwość na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą,
- ·choroba z współwystępującą gorączką,
- ·zaburzenia krzepliwości krwi.

Przeciwwskazaniem do kontynuacji szczepień określonych w harmonogramie programu będzie reakcja anafilaktyczna lub inna niepożądana, która wystąpiła po wcześniejszej dawce szczepionki.

Badania nad produktem Bexsero wykazały, że preparat ten ma dobry profil bezpieczeństwa [16]. Komisja Europejska w 2013 roku wydała pozwolenie na powszechne stosowanie, oparte na korzyściach względem wysokiego bezpieczeństwa. Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (Committee on Medicinal Products for Human Use) uznał, że ryzyko związane ze stosowaniem szczepionki przeciw meningokokom typu B jest dopuszczalne, względem korzyści ze stosowania tego produktu [17].

9. KOMPETENCJE/WARUNKI NIEZBĘDNE DO REALIZACJI PROGRAMU

Realizacja programu odbędzie się w placówkach, wykonujących działalność leczniczą, spełniających wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Kwalifikacja do szczepienia będzie odbywać się u lekarza rodzinnego. Szczepienia będą przeprowadzane przez wykwalifikowany personel medyczny – pielęgniarki posiadające ukończony kurs w zakresie wykonywania szczepień ochronnych.

10. DOWODY SKUTECZNOŚCI PLANOWANYCH DZIAŁAŃ

Wyniki badań nad skutecznością szczepionki przeciw meningokokom typu B wykazały, że szczepionka charakteryzuje się silną odpowiedzią immunologiczną wśród niemowląt, małych dzieci i młodzieży [18, 19, 20].

Badanie nad powszechnym szczepieniem niemowląt w Wielkiej Brytanii dowiodły, że po upływie 10 miesięcy od wprowadzenia programu przypadki zachorowań zmniejszyły się o połowę [21]. Na podstawie wyników badań skuteczność szczepień po dwóch dawkach została oszacowana na poziomie 83% [22].

Europejska Agencja Leków (European Medicines Agency) oceniała immunogenność szczepionki przeciw meningokokom typu B w dwóch badaniach. W pierwszym z badań wzięło udział 2627 dzieci, które w chwili pierwszego szczepienia miały 2 miesiące. W drugim badaniu wzięło udział 1631 nastolatków w wieku 11 – 17 lat. Badania te wykazały skuteczne pobudzenie odpowiedzi immunologicznej względem meningokoków grupy B [17].

V. KOSZTY

1. KOSZTY JEDNOSTKOWE

Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje:

- zakup szczepionki,
- kwalifikacyjne badanie lekarskie,
- podanie szczepionki zgodnie z zaleceniami producenta.

W chwili opracowywania programu na terenie gminy Ustroń do żłobków nie uczęszczały dzieci poniżej 6. miesiąca życia (wymagające trzech dawek podstawowych i jednej przypominającej) w kosztorysie założono więc szczepienie dwoma dawkami podstawowymi i jedną przypominającą, co jest rekomendowanym schematem dla dzieci powyżej 6. miesiąca życia. Jeśli w trakcie trwania programu do żłobków zostaną przyjęte dzieci poniżej 6. miesiąca życia, środki na czwartą dawkę szczepienia zostaną zabezpieczone.

Na podstawie programów realizowanych oraz zakończonych w gminie Ustroń, zakłada się zgłaszalność na poziomie 75%.

	I dawka	II dawka	III dawka
Zakup szczepionki (zł)	300	300	300
Badanie lekarskie (zł)	30	30	30
Razem (zł)	990		

2. PLANOWANE KOSZTY CAŁKOWITE

	2018 - 2020	2021 - 2023
	69 dzieci	69 dzieci
Zakup szczepionek (zł)	62 100	62 100
Badanie lekarskie (zł)	6 210	6 210
Akcja promocyjna (zł) 500 zł/rok	1 500	1 500
Razem (zł)	69 810	69 810
Razem/6 lat (zł)	139 620	

3. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Program będzie w całości finansowany z budżetu Miasta Ustroń.

4. ARGUMENTY PRZEMAWIAJĄCE ZA TYM, ŻE WYKORZYSTANIE DOSTĘPNYCH ZASOBÓW JEST OPTYMALNE

Eksperti w dziedzinie zdrowia publicznego zalecają szczepienie przeciw meningokokom grupy B. Ze względu na wysokie ryzyko powikłań oraz wysoką śmiertelność, profilaktyka jest niezwykle ważnym elementem zdrowia populacji. Wybrana grupa adresatów programu stanowi grupę wysokiego ryzyka, zarówno ze względu na wiek, jak i przebywanie w środowisku zamkniętym (żłobku). Poprzez szczepienie ochronne można w wieloletniej perspektywie spodziewać się zmniejszenia zachorowań na zakażenia meningokokowe, ale także zmniejszenia populacji nosicieli na terenie objętym programem.

VI. MONITOROWANIE I EWALUACJA

1. OCENA ZGŁASZALNOŚCI DO PROGRAMU

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana w trakcie jego realizacji oraz po jego zakończeniu na podstawie list uczestników. Realizator programu będzie zobowiązany do składania sprawozdań z realizacji programu. W ramach monitorowania programu określone zostaną następujące wskaźniki:

- Populacja osób kwalifikujących się do szczepienia;
- Liczba osób objętych programem, które otrzymały odpowiednie dla wieku dawki szczepionki i 1 dawkę przypominającą;
- Liczba osób objętych programem, które otrzymały 1 lub 2 lub 3 dawki szczepionki dawki przypominającej;
- Liczba osób, które nie zostały zaszczepione z powodu przeciwwskazań lekarskich.

2. OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ W PROGRAMIE

Organizator programu wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Ocena jakości świadczeń w programie dokonywana będzie także przez zgłaszanie uwag uczestników programu lub ich opiekunów do organizatora programu.

3. OCENA EFEKTYWNOŚCI PROGRAMU

Ocena efektywności programu będzie możliwa na podstawie obserwacji odsetka hospitalizacji zakażeń meningokokowych oraz oszacowania kosztów przeznaczonych na ich leczenie w gminie Ustroń, w zestawieniu z zachorowaniami w województwie śląskim oraz w całej Polsce zarówno w latach poprzedzających program, jak i po zakończeniu programu.

4. OKRES REALIZACJI PROGRAMU

Realizację programu zaplanowano na lata 2018 – 2023.

BIBLIOGRAFIA:

1. Kuchar E.: Zakażenia meningokokowe, sepsa meningokokowa. Klinika Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym WUM, 2017.
2. Cianciara J., Juszczak J.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. CZELEJ, Lublin, 2007.
3. Mola S., Nield L., Weisse M.: Treatment and Prevention of N. meningitidis Infection. Infections in Medicine, 2007.
4. Albrecht P., Hryniewicz W., Kuch A., Przyjałkowski W., Skoczyńska A., Szenborn L.: Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego. Narodowy Instytut Leków, Warszawa, 2011.
5. Pace D., Pollard A.: Meningococcal disease: clinical presentation and sequelae, Vaccine, 2012.
6. Skoczyńska A., Hryniewicz W. Zakażenia meningokokowe. Polski Mercuriusz Lekarski, 2012.
7. Jackowska T., Wagiel E.: Inwazyjna choroba meningokokowa - praktyczne wskazówki dla lekarzy. Postępy Nauk Medycznych, 2014.
8. Służewski W.: Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica meningokokowa. Przegląd Pediatriczny, 2009.
9. Skoczyńska A.: Czym jest zakażenie meningokokowe? <http://szczepienia.pzh.gov.pl/main.php?p=3&id=135> [dostęp uzyskano: 20.08.2017].
10. WHO: Health topic: Meningitis.
11. ECDC: Invasive meningococcal disease – Annual Epidemiological Report 2016.
12. KOROUN: Inwazyjna choroba meningokokowa w Polsce w 2016 roku, Warszawa, 2017.
13. Cieślak-Tarkota R.: Inwazyjna choroba meningokokowa w województwie śląskim w latach 2009-2016. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach. Katowice, 2017.
14. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 5 stycznia 2017 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2017. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia.
15. Charakterystyka produktu leczniczego Bexsero.
16. Bai X., Findlow J., Borrow R.: Recombinant protein meningococcal serogroup B vaccine combined with outer membrane vesicles. Expert Opinion on Biological Therapy, 2011.
17. European Medicines Agency: European public assessment report (EPAR) for Bexsero - meningococcal group-B vaccine (rDNA, component, adsorbed), 2013.
18. Gossger, N.: Immunogenicity and tolerability of recombinant serogroup B meningococcal vaccine administered with or without routine infant vaccinations according to different immunization schedules: a randomized controlled trial. JAMA, 2012.
19. Santolaya, M.E.: Immunogenicity and tolerability of a multicomponent meningococcal serogroup B (4CMenB) vaccine in healthy adolescents in Chile: a phase 2b/3 randomised, observer-blind, placebo-controlled study. Lancet, 2012.
20. Findlow, J.: Multicenter, open-label, randomized phase II controlled trial of an investigational recombinant Meningococcal serogroup B vaccine with and without outer membrane vesicles, administered in infancy. Clin Infect Dis, 2010.
21. Froisi G, et al., Bactericidal antibody against a representative epidemiological meningococcal serogroup B panel confirms that MATS underestimates 4CMenB vaccine strain coverage. Vaccine, 2013.
22. Parikh, S.R.: Effectiveness and impact of a reduced infant schedule of 4CMenB vaccine against group B meningococcal disease in England: a national observational cohort study. Lancet, 2016.
23. European Medicines Agency: EMA recommends approval of first vaccine for meningitis B, 2012.