

UCHWAŁA NR XVIII/37/16
RADY GMINY GARBATKA-LETNISKO
z dnia 13 października 2016 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji profilaktycznego programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej”

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 446 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.) Rada Gminy Garbatka-Letnisko uchwala, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się do realizacji profilaktyczny program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej”.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

§ 3

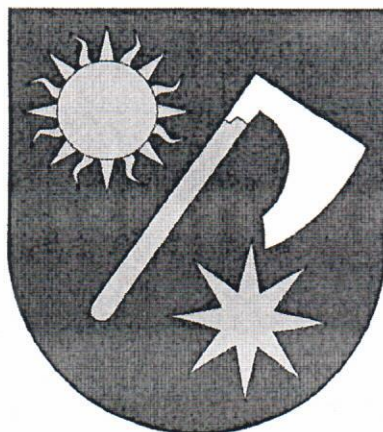
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY RADY

Włodzisław Mazur

Załącznik do Uchwały Nr XVIII/37/16
Rady Gminy Garbatka-Letnisko
z dnia 13 października 2016 r.

GMINA GARBATKA-LETNISKO



**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do
2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom
w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019
z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej**

okres realizacji Programu: 2017-2019

Autor Programu:
Urząd Gminy Garbatka-Letnisko
ul. Skrzyńskich 1
26-930 Garbatka-Letnisko
woj. mazowieckie

1. Opis problemu zdrowotnego – zakażenia pneumokokowe u dzieci do lat 5.

a) Problem zdrowotny – *Streptococcus pneumoniae* – zjadliwość i rozpowszechnianie

Streptococcus pneumoniae, czyli pneumokok jest baterią o wysokiej zjadliwości, która w ostatnim czasie zwiększa oporność na różne grupy antybiotyków¹. *Streptococcus pneumoniae* jest jedną z głównych przyczyn umieralności przede wszystkim u dzieci najmłodszych. Dzieci te, ze względu na niedojrzały układ immunologiczny, są szczególnie narażone na zachorowania wywołane *Streptococcus pneumoniae*, a uczęszczanie do żłobka lub przedszkola potęguje to zagrożenie¹.

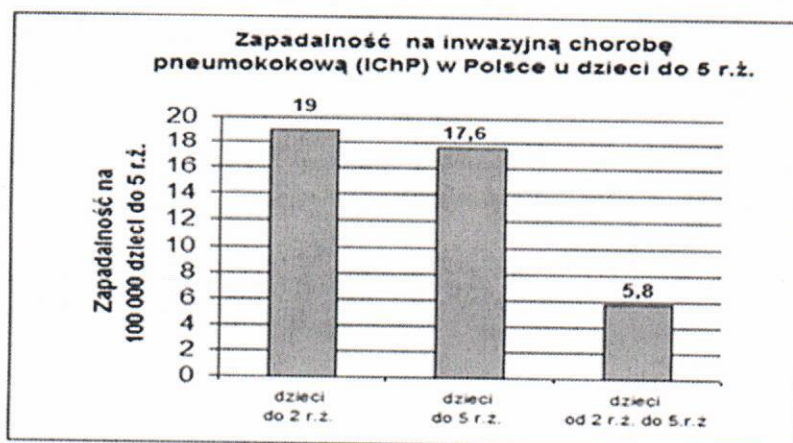
W Polsce nosicielstwo *Streptococcus pneumoniae* u dzieci w wieku 6 m.ż. – 5 r.ż. występuje u 80-98% dzieci².

Zakażenia pneumokokami wywołują inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP), która może mieć szczególnie ciężki przebieg u dzieci poniżej 5 r.ż¹.

Inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP) ma charakter uogólniony, będący najczęściej następstwem rozsiewu krwiopochodnego, stanowi zagrożenie życia i może mieć trudne leczenia postacie posocznicy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, inwazyjnego zapalenia płuc z bakteriecią, stawów, kości, wsierdzia lub otrzewnej³.

Pneumokokowe zakażenia inwazyjne charakteryzują się występowaniem poważnych powikłań i wysoką śmiertelnością. 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 powodu⁴.

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 tym przedziale wiekowym od 0 do 5 r.ż. wynosi 17,6/100 tys⁵.



Ryc. 1. Zapadalność na IChP w Polsce

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

- PHiD-CV-10, 10 walentna, skoniugowana, adsorbowana szczepionka – zawierająca serotypy: 1,4,5,6B, 7F, 9V,14,18C, 19F i 23F³.
- PCV13 – skoniugowana, 13 walentna, adsorbowana, zawierająca antygeny wszystkich wymienionych wyżej serotypów (1,3,4,5,6A,6B,7F,9V,14,18C,19A, 19F i 23F). Szacuje się, że PCV13 zabezpieczać będzie, w większości regionów świata, przed ponad 80% inwazyjnych serotypów pneumokoka³. PCV13 zawiera siedem serotypów *Streptococcus pneumoniae* obecnych w szczepionce PCV7 i 6 dodatkowych serotypów 1, 3, 5, 6A, 7F oraz 19 A, który jest przyczyną zwiększających się zachorowań na inwazyjne choroby pneumokokowe⁷.

Serotyp 19A bardzo często wywołuje ciężką inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP), jest także odpowiedzialny za ostre zapalenie ucha środkowego (OZUŚ) i nosicielstwo⁷.

b) Epidemiologia zakażeń pneumokokowych na świecie i w Polsce

W Stanach Zjednoczonych jeszcze przed wprowadzeniem w 2000 r. obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom zapadalność na inwazyjne choroby pneumokokowe (IChP) w 1998 r. wynosiła dla dzieci poniżej 12 m.ż. – 165,3/100 tys. i dla dzieci od 12 do 23 m.ż. – 202,5/100 tys⁸.

Dla porównania te same współczynniki dla wszystkich grup wiekowych i osób powyżej 65 r.ż. wynosiły odpowiednio 24,1 i 60,5/100 tys⁸.

W kolejnych latach 1999-2000 zapadalność na IChP wynosiła dla dzieci między 0 a 5 m.ż. – 73,4/100 tys., między 6 a 11 m.ż. – 227,8/100 tys, oraz między 12 a 23 m.ż. – 184,2/100 tys⁹.

Dane z 2007 roku (w kilka lat po wprowadzeniu szczepień przeciwko pneumokokom) prezentują już zdecydowanie niższą zapadalność na IChP tj. 40,5/100 tys. (w tym 27,2/100 tys., wywołanych serotypem występującym w szczepionce PCV13) dla dzieci <12 m.ż. oraz 31,2/100 tys. (w tym 18,4/100 tys. wywołanych serotypem występującym w szczepionce PCV13) dla dzieci między 12 a 23 m.ż¹⁰.

Śmiertelność z powodu IChP wynosi w USA 1,4% w wieku poniżej 2 r.ż. i 20,6% w wieku powyżej 80 r.ż¹¹.

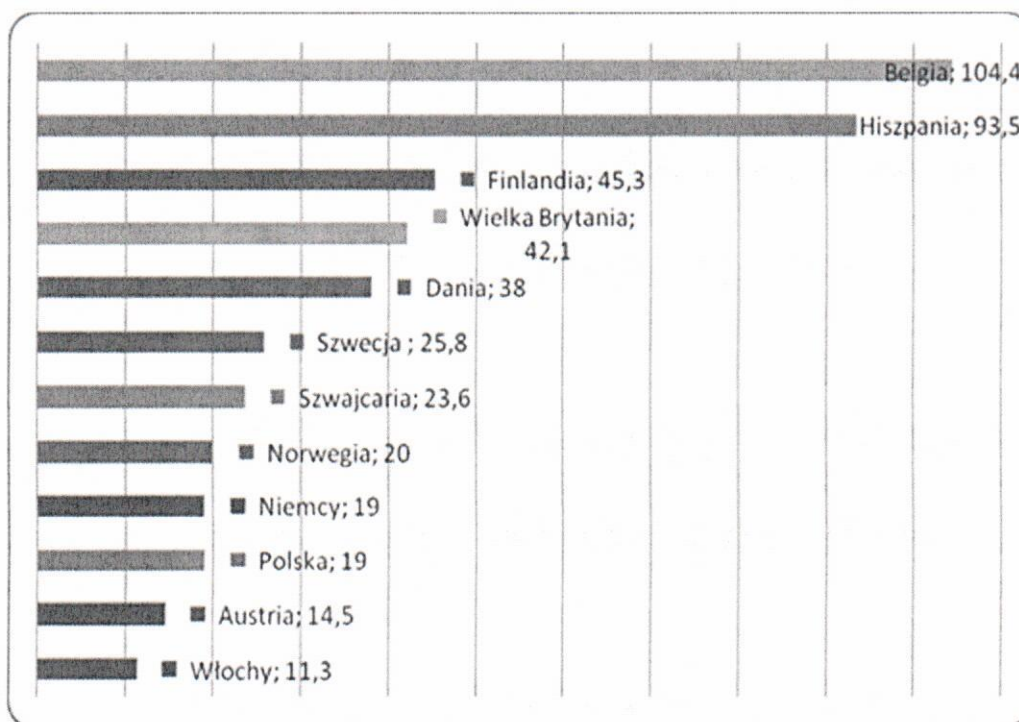
Według danych WHO zapadalność na choroby pneumokokowe wśród dzieci poniżej 5 r.ż. zróżnicowana jest pod względem kraju i regionu świata i występuje na poziomie od 188 do 6387/100 tys⁴.

Najwyższa zapadalność występuje w krajach Afryki (średnio – 3627/100 tys.), a najniższa w Europie (średnio 504/100 tys.)⁴.

Umieralność z powodu chorób pneumokokowych wynosi średnio 133/100 tys., przy czym najwyższa jest w Afryce (399/100 tys.), a najniższa w Europie (29/100 tys.)⁴.

Na rycinie nr 2. zaprezentowana została zapadalność na IChP wśród dzieci od 0 do 23 m.ż. w wybranych krajach europejskich przed wprowadzeniem masowych szczepień.

Najwyższą zapadalność w Europie odnotowano w Belgii (104,4/100 tys./rok), co prawdopodobnie związane było z aktywnym sposobem poszukiwania i rejestrowania zachorowań na IChP, zbliżonym do amerykańskiego¹².



Ryc. 2. Zapadalność wśród dzieci od 0 do 23 m.ż. (na 100 tysięcy) na IChP w krajach Europejskich w okresie 1990-2003 r.

W Polsce ogólna częstotliwość występowania inwazyjnej choroby pneumokokowej (IChP) u dzieci wyniosła⁵:

- w wieku 0-59 m.ż. – 17,6/100 tys./rok
- w wieku 0-23 m.ż. – 19/100 tys./rok
- w wieku 24 a 59 m.ż. – 5,8/100 tys./rok

Średnia częstość pneumokokowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w tym czasie wyniosła 3,8/100 tys./rok u dzieci do 59 m.ż., w tym 4,1/100 tys./rok u dzieci w wieku 0-23 m.ż. oraz 1,2/100 tys./rok u dzieci w wieku 24-59 m.ż.⁵.

Dane te zbliżone są do danych europejskich i są znacznie niższe od amerykańskich prawdopodobnie z powodu częstszego pobierania posiewów krwi przy wysokiej gorączce w USA niż w Europie³.

Dane WHO są jednak alarmujące, wg szacunkowych danych (2010), 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 umiera¹.

Jedną z przyczyn tak dużych różnic pomiędzy danymi statystycznymi, a szacunkowymi może być fakt, że w Polsce nie pobierano materiału do badań bakteriologicznych¹.

Aktualne informacje Państwowego Zakładu Higieny wskazują, że w 2014 r. odnotowano 715 zachorowań na Inwazyjną Chorobę Pneumokokową (ICH_P), natomiast współczynnik zapadalności na 100 000 ludności Unii Europejskiej oszacowano na 1,86. Z kolei zgodnie z danymi Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN, marzec 2014) opracowano charakterystykę inwazyjnej choroby pneumokokowej w Polsce w latach 2009-2013. Badaniem objęto wszystkie inwazyjne izolaty *Streptococcus pneumoniae* zebrane przez KOROUN do 2013 roku. Izolaty identyfikowano i serotypowano rutynowymi metodami. Na podstawie zbadanych 300 próbek najwyższą zapadalność na ICH_P zanotowano u dzieci poniżej 1 roku życia, która wynosiła 4,65/100 000. U dzieci 0-23 miesiąca zapadalność wynosiła 3,85/100 000, a u dzieci 0-59 miesięcy – 2,99/100 000.

Na podstawie obserwacji własnych (lekarzy pracujących w miejscowej przychodni), wśród pacjentów z terenu Garbatki Letnisko, obserwujemy ciągle utrzymywanie się nosicielstwa bakterii *Streptococcus pneumoniae*, potwierdzone badaniami bakteriologicznymi.

Szacowany odsetek nosicielstwa wśród dzieci naszej gminy to około 50-60% dzieci w wieku do lat 5.

Na podstawie obrazu klinicznego zachorowań szacowany odsetek zgłaszających się z powodu zachorowania wywołanego przez *Streptococcus pneumoniae* sięga 30% w okresach zwiększonej zachorowalności, z czego zdecydowana większość to zachorowania powikłane. Najczęściej obserwowaliśmy zapalenie płuc (kilkanaście przypadków w okresie wrzesień 2015 - marzec 2016), z czego kilka zostało zakończone hospitalizacją.

c) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.

Populacja dzieci – mieszkańców Gminy Garbatka-Letnisko zameldowanych na pobyt stały, do których adresowany jest program tj. w wieku 0-2 r.ż. wynosi około 47 dzieci w każdym roku.

Wg danych z Ewidencji Ludności Urzędu Gminy Garbatka-Letnisko, liczba urodzeń dzieci w okresie trzech lat, tj. w latach 2013-2015 wyniosła 141 urodzeń, co daje średnioroczną liczbę 47, na podstawie, której ustalono wyjściową liczbę dzieci kwalifikujących się rocznie do programu.

W pierwszym roku wdrażania programu (rok 2017) szczepieniem objęte zostaną dzieci z trzech roczników tj. rocznik 2015 i 2016 oraz sukcesywnie dzieci urodzone w roku 2017. Zakładając, że około 5% dzieci zostało zaszczepionych z grup wysokiego ryzyka i ok. 5% dzieci zostało zaszczepionych indywidualnie przez rodziców w okresie wcześniejszym programem szczepień w roku 2017 zostanie objętych ok. 85 dzieci z roczników 2015 i 2016 oraz ok. 45 dzieci urodzonych w roku 2017 (na podstawie urodzeń w okresie ostatnich trzech lat), zakładając, że ok. 5% dzieci nie będzie się kwalifikowało do programu ze

względu na obecność w grupie ryzyka. W kolejnych latach realizacji Programu planuje się zaszczepienie ok. 45 dzieci nowonarodzonych z każdego kolejnego rocznika.

d) Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W Polsce od marca 2006 r. szczepienia przeciwko pneumokokom wpisane są do Programu Szczepień Ochronnych (PSO), jako zalecane dla wszystkich dzieci poniżej 2 r.ż. oraz dzieci w grupie 2 do 5 r.ż. z grup wysokiego ryzyka, w tym dzieci chodzące do żłobka lub przedszkola¹³.

Od 1 października 2011 r. szczepionka przeciwko pneumokokom znajduje się w obowiązkowym Programie Szczepień Ochronnych dla dzieci od 2 m.ż. do 5 r.ż., o podwyższonym ryzyku zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową, określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. (IChP)¹⁴.

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

1. Choroby pneumokokowe są jedną z przyczyn groźnych zachorowań i zgonów wśród noworodków i dzieci młodszych¹⁵.
2. W Polsce brak jest masowych refundowanych szczepień przeciwko pneumokokom w powszechnym kalendarzu szczepień ochronnych.
3. Wprowadzenie ww. programu szczepień przeciwko pneumokokom zwiększy dostępność do skutecznej szczepionki i w ten sposób przyczyni się do poprawy zdrowia lokalnej społeczności. Potencjalnie jak wykazały badania ww. program może przyczynić się do:
 - a. ponad 95% redukcji zapadalności na IChP u dzieci do 2 r.ż.³
 - b. 65% redukcji hospitalizacji z powodu zapalenia płuc u dzieci do 1 r.ż.¹⁶
 - c. ponad 40% zmniejszenia częstości występowania zapaleń płuc leczonych ambulatoryjnie^{3, 16}
 - d. ponad 40% redukcji liczby wizyt ambulatoryjnych i kursów antybiotykowych z powodu OZUŚ (ostre zapalenie ucha środkowego) u dzieci do 2 r.ż.³
 - e. redukcji zachorowalności na IChP wśród młodszego i starszego rodzeństwa¹
4. Szczepienia ochronne przeciwko pneumokokom, ze względu na swoją skuteczność zostały już włączone do narodowego programu szczepień dla dzieci nowonarodzonych w ponad 45 krajach¹⁶.
5. Podobnie WHO zaleca wprowadzenie skoniugowanej szczepionki przeciwko pneumokokom do narodowych programów szczepień ochronnych, jako działanie priorytetowe we wszystkich krajach¹⁵ i PCV7 włączono do narodowych programów szczepień ochronnych w ponad 45 państwach¹⁶.
6. W Polsce dnia 21 sierpnia 2009 roku Minister Zdrowia wydał rozporządzenie, w którym określił aktualne priorytety zdrowotne. Należą do nich m.in.:
 - zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom w szczególności poprzez szczepienia ochronne,
 - zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego,

- poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do 3 r.ż.¹⁷

7. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 15 maja 2007 r. określał w Celu strategicznym nr 7 priorytet w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, polegającym na zmniejszeniu zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia. Doświadczenie i potrzeby Gminy Garbatka-Letnisko stanowią podstawę do kontynuacji w/w Celu strategicznego poprzez uchwalenie „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej”. Obecnie trwają prace nad projektem rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

W Polsce Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych rekomenduje, jako najpilniejsze wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom dla wszystkich dzieci do 2 r.ż.¹⁹. wprowadzenie ww. programu szczepień zwiększy dostępność do skutecznej szczepionki i w ten sposób może przyczynić się do poprawy zdrowia lokalnej społeczności wyrażonej w spadku zapadalności na choroby pneumokokowe, liczby hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych oraz liczby stosowanych kuracji antybiotykowych.

2. Cele programu

a) Cel główny

Celami głównymi programu są: zapobieganie inwazyjnej chorobie pneumokokowej oraz poprawa stanu zdrowia dzieci poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko zakażeniom pneumokokowym w Gminie Garbatka-Letnisko.

b) Cele szczegółowe: operacyjne i zdrowotne programu

1. objęcie programem możliwie dużej liczby dzieci;
2. uzyskanie możliwie dużej frekwencji;
3. redukcja nosicielstwa, zmniejszenie zapadalności i umieralności na inwazyjne choroby pneumokokowe wśród dzieci;
4. zmniejszenie zapadalności na nieinwazyjne choroby pneumokokowe wśród dzieci;
5. zmniejszenie ilości hospitalizacji dzieci młodszych z powodu chorób wywołanych pneumokokami, podniesienie odporności populacyjnej;
6. zwiększenie świadomości wśród rodziców nad konsekwencjami zakażeń pneumokokowych i możliwymi drogami szerzenia się tego zakażenia;
7. zwrócenia społecznej uwagi na znaczenie i efekty szczepień ochronnych.

c) Oczekiwane efekty

Coroczne szczepienia kolejnych roczników nowonarodzonych dzieci skutkować będzie w długoterminowym horyzoncie czasowym zmniejszeniem ilości zachorowań na inwazyjne i nieinwazyjne choroby pneumokokowe wśród dzieci oraz zwiększeniem odporności populacyjnej społeczeństwa gminy Garbatka-Letnisko.

Według literatury polskiej i światowej program szczepień przeciwko pneumokokom może przyczynić się do:

1. ponad 95% spadku częstości występowania IChP u dzieci szczepionych³.
2. 65% redukcji hospitalizacji spowodowanych potwierdzonym radiologicznie zapaleniem płuc u dzieci w wieku 0-1 r.ż. i 23% u dzieci w wieku 2-4 r.ż.¹⁶
3. ponad 40% redukcji częstości wizyt ambulatoryjnych oraz zalecanych antybiotykoterapii spowodowanych ostrym zapaleniem ucha ośrodkowego (OZUŚ)³.

d) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1. Liczba dzieci uczestniczących w Programie.
2. Stały monitoring wskaźników zdrowotnych:
 - współczynników zachorowań na infekcje pneumokokowe,
 - współczynników hospitalizacji dzieci młodszych z powodu chorób wywołanych pneumokokami,
 - współczynników chorobowości ogólnej.
3. Zwiększenie świadomości wśród rodziców na temat znaczenia szczepień ochronnych dla zdrowia ich dzieci (anonimowe ankiety wypełniane przez rodziców w gabinetach pediatrów-wzór ankiety w Załączniku Nr 2 do Programu).
4. Liczba działań niepożądanych występujących w wyniku zaszczepienia

e) Monitoring wskaźników zdrowotnych w czasie trwania programu dokonywany będzie przez realizatora programu i dot.:

1. Współczynników zachorowań na choroby pneumokokowe;
2. Współczynnik hospitalizacji dzieci młodszych z powodu chorób wywołanych pneumokokami;
3. Współczynnik chorobowości ogólnej.

3. Adresaci programu

a) Oszacowanie populacji, w której włączenie do programu jest możliwe

Program jest adresowany do grupy dzieci urodzonych w latach 2015-2019 zamieszkających na terenie gminy Garbatka-Letnisko, nie należących do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową, które dotąd nie zostały uodpornione

przeciw pneumokokom. Szacuje się, że szczepieniami w ramach programu objętych będzie ok. 45 dzieci rocznie, tj. cała populacja kwalifikująca się do programu.

Wg danych z Ewidencji Ludności Urzędu Gminy Garbatka-Letnisko, liczba urodzeń dzieci w okresie trzech lat, tj. w latach 2013-2015 wyniosła 141 urodzeń, co daje średnioroczną liczbę 47, na podstawie, której ustalono wyjściową liczbę dzieci kwalifikujących się rocznie do programu.

W pierwszym roku wdrażania programu (rok 2017) szczepieniem objęte zostaną dzieci z trzech roczników tj. rocznik 2015 i 2016 oraz sukcesywnie dzieci urodzone w roku 2017. Zakładając, że około 5% dzieci zostało zaszczepionych z grup wysokiego ryzyka i ok. 5% dzieci zostało zaszczepionych indywidualnie przez rodziców w okresie wcześniejszym programem szczepień w roku 2017 zostanie objętych ok. 85 dzieci z roczników 2015 i 2016 oraz ok. 45 dzieci urodzonych w roku 2017 (na podstawie urodzeń w okresie ostatnich trzech lat) zakładając, że ok. 5% dzieci nie będzie się kwalifikowało do programu ze względu na obecność w grupie ryzyka, łącznie ok. 130 dzieci.

Do programu włączone zostaną wszystkie dzieci urodzone w latach obowiązywania programu, zameldowane na terenie Gminy Garbatka-Letnisko.

b) Tryb zapraszania do programu

1. Informacje od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarek środowiskowych.
2. Informacje na tablicach ogłoszeń realizatora zadania.
3. Informacje o programie na stronie internetowej Gminy Garbatka-Letnisko.
4. Indywidualne zaproszenia do uczestnictwa w Programie.
5. Plakaty informujące o programie.

4. Organizacja programu

a) Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

1. Opracowanie programu.
2. Wyłonienie realizatora programu w drodze konkursu ofert.
3. Realizacja programu:
 - 1) Dotarcie z informacją o programie do rodziców dzieci spełniających kryteria włączenia (działania edukacyjne)
 - 2) Rekrutacja dzieci do programu:
 - uzyskanie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział dziecka w programie (wzór zgody w załączniku nr 1).
 - 3) Badanie dzieci przez lekarza (przed podaniem szczepionki).
 - 4) Szczepienia według przyjętego schematu, zgodnego ze wskazaniami producenta szczepionki oraz wymaganą wiedzą medyczną.

b) Planowane interwencje

W ramach programu dzieci spełniające kryteria będą szczepione przeciwko pneumokokom szczepionką skoniugowaną Prevenar 13 zawierającą 13 serotypów bakterii *Streptococcus pneumoniae* przeznaczoną dla dzieci od 6 tygodnia życia do 5 roku życia.

c) Kryteria i sposób klasyfikacji uczestników

1. Wiek dziecka – 0- 2 r.ż. (w danym roku realizacji programu) oraz w pierwszym roku funkcjonowania programu dzieci z roczników 2015-2016, dotychczas nie zaszczepione i spełniające pozostałe kryteria kwalifikacji, zameldowane na pobyt stały w Gminie Garbatka-Letnisko.
2. Brak przeciwwskazań lekarskich do zaszczepienia.
3. Pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na szczepienie.

Z programu wyłączone będą grupy dzieci, których szczepienia finansowane są ze środków publicznych Ministerstwa Zdrowia bądź zaszczepione wcześniej indywidualnie przez rodziców. Kwalifikacji do programu będą dokonywali pracownicy opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę powyższe kryteria i po uzyskaniu zgody rodziców (opiekunów prawnych) dziecka na udział w programie.

d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia w postaci wykonania szczepienia przeciwko pneumokokom otrzyma każde dziecko, które zostało zakwalifikowane do programu i przynajmniej jedno z rodziców (opiekunów prawnych) wyraziło pisemną zgodę na udział w programie.

e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 18.08.2011 r. obowiązkowe szczepienia ochronne przeciwko pneumokokom finansowane ze środków publicznych Ministerstwa Zdrowia obejmują następujące grupy:

1. dzieci od 2 m.ż do ukończenia 5 roku życia:
 - 1) po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo rdzeniowego,
 - 2) zakażone HIV,
 - 3) po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych lub przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego.
2. dzieci od 2 m.ż. do ukończenia 5 roku życia chorujące na:
 - 1) przewlekłe choroby serca,
 - 2) schorzenia immunologiczne – hematologiczne, w tym małopłytkowość idiopatyczną, ostrą białaczkę, chłoniaki, sferocytozę wrodzoną,
 - 3) asplenię wrodzoną, dysfunkcję śledziony, po splenektomii lub po leczeniu

- immunosupresyjnym,
- 4) przewlekłą niewydolność nerek i nawracający zespół nerczycowy,
 - 5) pierwotne zaburzenia odporności,
 - 6) choroby metaboliczne, w tym cukrzycę,
 - 7) przewlekłe choroby płuc, w tym astmę
3. dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia urodzone przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzone z masą urodzeniową poniżej 2500 g,

Szczepienia dzieci niespełniających ww. kryteriów nie są finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Proponowany program obejmie dzieci z grup opisanych w punkcie 4 c), które nie należą do grupy ryzyka zachorowania na IChP.

f) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania

Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu szczepień szczepionką przeciwko pneumokokom (w przyjętym schemacie szczepień dla szczepień populacyjnych pomiędzy 0 a 2 rokiem życia). Przyjmuje się, iż kwalifikacja do programu, tj. przyjęcie pierwszej dawki ma mieć miejsce przed ukończeniem 24 miesiąca życia (najpóźniej w 23 miesiącu życia). Dziecko będzie objęte programem do momentu zakończenia cyklu szczepień.

Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie rodziców dziecka.

g) Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program szczepień będzie realizowany przez podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert na realizatora programu. Szczepienia dzieci będą przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia.

W programie będzie stosowana szczepionka przeciwko pneumokokom Prevenar 13 (wiek: 6 tydzień – 5 r.ż.), która zawiera 13 serotypów bakterii *Streptococcus pneumoniae*, zarejestrowana i dopuszczona do obrotu w Polsce.

Zastosowana w programie szczepionka jest bezpieczna i nie powoduje poważnych reakcji niepożądanych. U niektórych dzieci może wywołać odczyny poszczepienne (obrzęk, stwardnienie w miejscu wstrzyknięcia), zmniejszenie apetytu, gorączka, zaburzenia snu.

O sposobie postępowania w tym zakresie rodzice/opiekunowie prawni zostaną poinformowani przez personel medyczny.

h) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Szczepienia będą realizowane w placówce opieki zdrowotnej na terenie Gminy Garbatka-Letnisko, spełniających warunki wykonywania szczepień ochronnych, w tym:

- Szczepienia będą przeprowadzone przez personel medyczny – wyspecjalizowane pielęgniarki pod nadzorem lekarskim;
- Szczepienia będą realizowane w pomieszczeniach, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

i) Dowody skuteczności planowanych działań:

1. Zalecenia, wytyczne, standardy

Stosowanie szczepień ochronnych zalecają instytucje polskie i międzynarodowe, m.in.:

- a) Wytyczne Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych²⁰.
- b) W Polsce od marca 2006 r. szczepienia przeciwko pneumokokom wpisane są do Programu Szczepień Ochronnych (PSO), jako zalecane dla wszystkich dzieci w przedziale wiekowym od 2 m.ż. do 2 r.ż. oraz dzieci w przedziale wiekowym od 2 r.ż. do 5 r.ż. w grupach wysokiego ryzyka, np. żłobki, przedszkola i choroby przewlekłe, w tym zaburzenia odporności¹³.
- c) Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej ds. Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (ICHp)¹³.
- d) Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia¹⁵.
- e) Advisory Committee on Immunization Practices PCV13²¹.

2. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej:

- 1) Wytyczne Polskiego Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych potwierdzają skuteczność szczepień przeciwko pneumokokom²¹.
- 2) Skuteczność szczepień przeciwko pneumokokom została potwierdzona w wielu pracach naukowych:
 - a) Od 89% do 98,8% redukcja zapadalności na inwazyjną chorobę pneumokokową dzieci w wieku od 0 do 5 r.ż. (Pavia, Bianco, Nobile, & al, 2009)²², (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2008)²³, (Whithey, Pilishvili, & Farley, 2006)²⁴, (Black, Shinefield, & Baxter, 2004)²⁵.
 - b) Od 65% do 84% redukcja zapaleń płuc o etiologii pneumokokowej u dzieci w wieku od 0 do 2 r.ż. (Grijalva, Nuorti, & Arbogast, 2007)²⁶, (Black, Shinefield, & Baxter, 2004)²⁶.
 - c) Od 41,1% do 85% redukcja liczby leczonych ambulatoryjnie dzieci poniżej 2 r.ż. z powodu zapalenia płuc (Zhou, Kyaw, Shefer, & al., 2007)²⁷, (Grijalva, Poehling, Nuorti, & al., 2006)²⁸.
 - d) Od 55% do 64,7% redukcja ostrych zapaleń ucha środkowego (OZUŚ) u dzieci poniżej 2 r.ż. (Pavia, Bianco, Nobile, & al, 2009)²⁹, (Eskola, Kilpi, Palmy, & al., 2001)²⁹.

- e) Ponad 40% redukcja liczby wizyt ambulatoryjnych związanych z OZUŚ (Ostre Zapalenie Ucha Środkowego) i kursów antybiotykowych z powodu OZUŚ u dzieci poniżej 2 r.ż. (Zhou, Szefer, Kong, et al., 2008)³⁰, (Grijalva, Poehling, Nuorti, & al., 2006)²⁴.
- f) Redukcja zapadalności na IChP wśród młodszego i starszego rodzeństwa (Bernatowska, 2010)¹.
- g) 31% redukcja zapadalności na IChP u osób powyżej 65 r.ż., 20% w grupie osób w wieku 40-64 lat oraz 41% w grupie osób w wieku 20-39 r.ż. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2008)²⁴.
- h) 45% redukcja kosztów związanych z diagnostyką i leczeniem zapalenia płuc oraz 32 % redukcja kosztów leczenia ostrego stanu zapalnego ucha środkowego (Zhou, Kyaw, Shefer, & al., 2007)²⁸, (Zhou, Szefer, Kong, & al., 2008)³¹.

3. Podsumowanie oceny działań i skuteczności szczepień przeciwko pneumokokom podaje prof. Ewa Bernatowska w publikacji Szczepienia Ochronne, 2010¹:

- Masowe szczepienia szczepionką przeciwko pneumokokom zapoczątkowane w USA w 2000 r. wykazały wśród zaszczepionych dzieci olbrzymi spadek - 98% grupa wiekowa 0 do 2 r.ż. zachorowań na zakażenia wywołane przez serotypy zawarte w szczepionce, a także wyraźny spadek nosicielstwa bakterii.
- Powszechne szczepienia niemowląt wytworzyły tzw. odporność zbiorowiskową; nastąpił spadek zachorowań na IChP wśród młodszego i starszego rodzeństwa, natomiast wśród rodziców i dziadków obserwowano spadek liczby zapaleń płuc.
- Powszechne szczepienia niemowląt szczepionką przeciwko pneumokokom pozwoliły również na zmniejszenie częstości występowania pneumokoków opornych na penicylinę na rzecz pneumokoków wrażliwych na antybiotyki.
- Szczepienia niemowląt szczepionką przeciwko pneumokokom wpływają na zmniejszenie transmisji szczepów, w tym szczepów opornych na osoby nieszczepione. Wiąże się z tym znamienny spadek zachorowań na zakażenia pneumokokowe, w grupach przedwcześnie urodzonych i donoszonych nieszczepionych niemowląt, osób powyżej 60 r.ż. oraz zakażonych HIV.

W Polsce wprowadzenie szczepień przeciwko pneumokokom u wszystkich dzieci do 2 r.ż. w ramach szczepień obowiązkowych, refundowanych w Programie Szczepień Ochronnych (PSO) jest najpilniejszym priorytetem zmian, zgłoszonych przez Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych w Polsce²¹.

3. Informacja nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego

Gmina Garbatka-Letnisko nie realizowała programu w zakresie profilaktyki szczepień przeciwko pneumokokom.

W Polsce szczepienia przeciwko pneumokokom realizuje ponad 40 jednostek samorządu terytorialnego m.in.: Warszawa, Katowice, Płock, Poznań. Kozienice, Kielce, Kraków, Bogatynia, Chełm, Dobre Miasto, Suchedniów, Otwock, Legionowo, Brzesk, Polanica Zdrój, Kwilcz, Milanówek, Puławy, Jelenia Góra, Kalisz, Dębica, Rejowiec, Kolbuszowa, Lublin, Tarnów, Polanica Zdrój.

5. Koszt realizacji

a) Koszty jednostkowe

Roczny koszt szczepienia 1 dziecka, na który składa się koszt szczepionki (średnio 2 dawki + dawka przypominająca), koszt kwalifikacji do szczepienia, koszt podania szczepienia, monitorowanie programu, wydruk zgód na udział dziecka w Programie oraz akcja promocyjno-edukacyjna wynosi nie więcej niż 810,00 zł (koszt 1 dawki szacowany na poziomie 270,00 zł).

Szczegółowe koszty zostaną przedstawione przez podmioty lecznicze przystępujące do konkursu.

b) Planowane koszty całkowite

Wysokość środków przeznaczonych na realizację programu w 2017 roku wynosi 85 800,00 zł i obejmuje koszt zaszczepienia dzieci z roczników 2015-2017. W przypadku konieczności zwiększenia środków na realizację programu planuje się wystąpienie do Rady Gminy Garbatka-Letnisko z wnioskiem o zwiększenie środków budżetu gminy na ten cel.

Budżety na realizację programu w latach następnych będą ustalane z końcem każdego roku kalendarzowego, szacuje się w wysokości ok. 29 700,00 zł rocznie (koszt szczepienia średnio 45 dzieci rocznie dwie dawki szczepionki + dawka przypominająca dla średnio 45 dzieci zaszczepionych w roku poprzednim).

Całkowity koszt realizacji programu szczepień w latach 2017-2019 to ok. 178 200,00 zł w tym ok. 145 200,00 zł sfinansowane zostanie z budżetu Gminy Garbatka-Letnisko, a ok. pozostałą część kwoty tj. ok. 33 000,00 zł pokryją rodzice/opiekunowie prawni.

c) Źródła finansowania, partnerstwo

Przyjmuje się generalną zasadę odpłatności, że do każdej dawki szczepionki rodzice/opiekunowie prawni dopłacają 50,00 zł, a pozostały koszt szczepionki sfinansowany zostanie ze środków budżetu Gminy Garbatka-Letnisko.

d) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

1. Zakażenia wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* mogą mieć szczególnie ciężki przebieg u dzieci poniżej 5 r. ż.¹
2. Udowodniono, że grupa wiekowa od 0 do 2 r.ż. jest najbardziej zagrożona zachorowaniem i zgonem z powodu zakażeń pneumokokowych^{1, 15}.
3. W oparciu o przytoczone liczne dowody naukowe można stwierdzić, że zgonom wywołanym przez bakterie *Streptococcus pneumoniae* (pneumokoki) można skutecznie zapobiegać poprzez szczepienia⁶.
4. Jak wskazują liczne zalecenia dla tej grupy wiekowej dzieci zapobieganie zakażeniom pneumokokowym jest jednym z głównych priorytetów prowadzenia interwencji zdrowotnej^{1, 15}.

6. Monitorowanie i ewaluacja:

a) Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie listy osób, które zakończyły cykl szczepień.

Zgłaszalność do programów profilaktyki zdrowotnej związana jest ze specyfiką samego programu, najniższa jest w programach dotyczących dorosłej populacji tj. profilaktyka nowotworów piersi, szyjki macicy, czy jelita grubego i wynosi od 6% do 48%, a najwyższa w programach dotyczących zdrowia dzieci np. 99% frekwencja w programie szczepień przeciwko pneumokokom prowadzonym w Kielcach.

Podjęcie szerokich akcji informacyjnych oraz indywidualnych zaproszeń do uczestnictwa w programie może wpłynąć na podniesienie frekwencji, co by świadczyło o wysokiej efektywności programu.

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.

b) Ocena jakości świadczeń w programie

Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

c) Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu dokonana zostanie na podstawie:

- liczby zakażeń pneumokokowych w populacji docelowej i w populacji osób dorosłych i odniesienie uzyskanych wyników do sytuacji przed szczepieniami
- oszacowania odsetka hospitalizacji spowodowanej ciężkimi przypadkami zakażeń
- oszacowania kosztów przeznaczonych na leczenie zakażeń w odniesieniu do sytuacji z lat ubiegłych.

Realizator programu będzie zobowiązany do prowadzenia dokumentacji z realizacji programu. Na zakończenie każdego roku kalendarzowego program szczepień zostanie podsumowany przez realizatora pisemną informacją o przebiegu szczepień oraz liczbie zaszczepionych dzieci.

7. Okres realizacji programu

Program zaplanowano na lata 2017-2019.

PRZEWODNICZĄCY RADY

Włodzisław Mazur

Cytowane prace

1. Bernatowska, E., Szczepienia Ochronne. Warszawa; 2010
2. Bernatowska, E., et al., Szczepionki swoiste w prewencji zakażeń dróg oddechowych, Borgis – Nowa medycyna 2/2009, s. 84 – 89; www.nowamedycyna.pl/snm.php?który=161
3. 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. *Pediatrica Pol*, 84 (1), strony 3-12; 2009
4. 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
5. Grzesiowski, P., Skoczynska, A., Albrecht, P., et al., Invasive pneumococcal disease in children up to 5 years of age in Poland. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (27), strony 883-885; 2008
6. Hryniewicz, W., Epidemiologia zakażeń pnemokokowych 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
7. Dinleici, E., & Abidin, Z., Current knowledge regarding the investigational 13-valent penumococcal conjugate vaccine. *Expert Rev. Vaccines.*, 8 (8), strony 977-986; 2009
8. 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
9. 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
10. 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
11. Robinson, K., Baughman, W., et al., Active Bacterial Core Surveillance (ABCs)/Emerging Infections Program Network.: Epidemiology of invasive *Streptococcus pneumoniae* infections in the United States, 1995-1998: Opportunities for prevention in the conjugate vaccine era. *JAMA*, 285 (13), strony 1729-1735; 2001
12. McIntosh, E., Fritzell, B., & Fletcher, M., Burden of pediatric invasive pneumococcal disease in Europe, 2005. *Epidemiol. Infect.* (135), strony 644-656; 2007
13. Inspektorat Sanitarny, Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektoratu Sanitarnego; 2006
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych *Dz.U.11.182.1068*;

31. Grijalva, C., Nuorti, J., & Arbogast, P. e., Decline In pneumonia admissions after routine childhood immunisation with pneumococcal conjugate vaccine In the USA: time-series analysis. *The Lancet*, 369 (9568), strony 1179-1186; 2007

ZGODA
NA UDZIAŁ OSOBY NIELETNIEJ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ
OBEJMUJĄCEJ PRZEPROWADZENIE SZCZEPIEŃ PRZECIWKO
PNEUMOKOKOM WYRAŻONA PRZEZ JEGO RODZICA/OPIEKUNA
PRAWNEGO

Ja,.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

zam.....
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w „Programie profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej”, obejmującego wykonanie u mojego dziecka cyklu szczepień 13-walentną szczepionką ochronną przez wykwalifikowaną pielęgniarkę; cykl szczepień zostanie poprzedzony badaniem lekarskim

.....
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL.....

Potwierdzam, iż zostałam/em poinformowany o celu prowadzenia szczepień.

Potwierdzam, iż zostałam/em poinformowany o możliwości rezygnacji z udziału w programie w każdym momencie jego realizacji, po złożeniu pisemnej rezygnacji z uczestnictwa.

Potwierdzam, iż zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia, postępowania po wykonaniu czynności leczniczej.

Poinformowano mnie również o odstępach czasowych, jakie muszą zostać zachowane między kolejnymi szczepieniami. Uzyskałem informację, że wykonanie kolejnego szczepienia bez zachowania prawidłowego odstępu czasowego może skutkować brakiem odpowiedniego poziomu odporności.

Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka szczepienia
szczepionką:.....

Ze względu na własne bezpieczeństwo Pacjent powinien pozostać na terenie Przychodni przez 30 min po wykonaniu szczepienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem tego programu.

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....

ANKIETA

dotycząca badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości udzielonych świadczeń

(badanie anonimowe)

1. Jak oceniasz swój poziom satysfakcji z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej”

a) poziom wiedzy o oczekiwanych efektach zdrowotnych po wykonaniu cyklu szczepień u dziecka

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

b) poziom wiedzy o możliwych zagrożeniach związanych z wykonaniem szczepienia u dziecka

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

c) poziom zadowolenia z uczestnictwa w programie i objęcia dziecka programem szczepień

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

2. Jak oceniasz jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

a) terminowość wykonania szczepień

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

b) poziom usług lekarskich (badania przed szczepieniem)

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

c) poziom usług pielęgniarских (podanie szczepienia)

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

3. Czy uważasz, że realizacja tego typu programu jest potrzebna

1	2	3	4	5	6
zdecydowanie nie					zdecydowanie tak

4. Czy w przyszłości wzięłbyś udział w tego typu programie zdrowotnym

1	2	3	4	5	6
zdecydowanie nie					zdecydowanie tak

5. Jakie są Twoje potrzeby w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej na terenie Gminy Garbatka-Letnisko

.....