

WZÓR UMOWY

Umowa Nr. /2014

zawarta dnia pomiędzy Gminą Trzebnica pl. Piłsudskiego 1, 55-100 Trzebnica
NIP 915-16-03-770

reprezentowaną przez:

Zastępcę Burmistrza Gminy Trzebnica – Jadwigę Janiszewską
przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Trzebnica - Barbary Krokowskiej
zwanym w dalszej treści umowy „Zamawiającym”

a

.....z siedzibą w
.....wpisaną do rejestru

KRS nr. dnia

NIP

Regon.....

reprezentowana przez:

.....

.....

zwanym w dalszej treści umowy „Oferentem”,

następującej treści:

§1

1. Zamawiający, na podstawie art.7, ust. 1 pkt. 1 i art.48 ust.1 i ust.3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r., poz. 1027 ze zm.), Uchwały Nr XLVII/551/14 z dnia 18 czerwca 2014 r. i Uchwały Nr XLVII/552/14 z dnia 18 czerwca 2014 r. Rady Miejskiej w Trzebnicy w sprawie przyjęcia Programów profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom i meningokokom dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica na lata 2014-2016 w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+” oraz z pominięciem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień Publicznych(Dz.U. z 2014r. poz. 423) zgodnie z Art 4 pkt. 8 tej ustawy zleca, a Oferent przyjmuje do realizacji wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

a/. **„Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica na lata 2014-2016 w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+”**,

b/. **„Programu profilaktycznych szczepień przeciwko meningokokom grupy C dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica na lata 2014-2016 w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+”**zgodnie z ofertą stanowiącą integralną część umowy

2. Sposób organizacji udzielania świadczenia, tj. naboru, rejestracji, dni, godzin i udzielania informacji świadczenia zawiera załącznik Nr. 2 – wybrana oferta.

3. Przedmiot zamówienia dotyczy:

1/ zakup szczepionek przeciwko pneumokokom i meningokokom oraz innych

materiałów niezbędnych do realizacji zadania zgodnie z programami ust. 1 punkty a) i b),

2/ przeprowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnej adresowanej do rodziców / prawnych opiekunów dzieci,

3/ wykonanie kwalifikacyjnego badania lekarskiego przed szczepieniem,

4/ podanie szczepionki przeciw bakteriom zgodnie z programami ust. 1 punkty a) i b) :

a) pneumokokom - 4 (cztery) dawki szczepionki,

b) meningokokom - 2(dwie)dawki szczepionki dla dzieci od 2 m-ca do 12 m-ca życia,

1(jedna) dawka szczepionki dla dzieci od 12 m..ż. do 24 m-ca życia.

5/ zebranie wszelkich dokumentów w tym zgody rodziców/opiekunów prawnych dzieci na wykonanie szczepienia oraz stwierdzenie faktu posiadania i zarejestrowania Nr. karty „Trzebnickiej Rodziny 3+” szczepionego dziecka i danych osobowych,

6/ utylizacja zużytych do szczepienia materiałów.

§2

Okres rozliczeniowy realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w §1 p.1 ustala się od dnia podpisania umowy w okresach kwartalnych nie później niż do 10 dnia miesiąca następującego po zakończonym kwartale i do dnia 15 grudnia w każdym roku obowiązywania umowy. Ostateczny termin zakończenia umowy – 15 grudnia 2016 r..

§3

1. Ustala się umowną wartość wynagrodzenia brutto $d = (a + b) \times c$ gdzie:

a – wartość jednostkowa w wysokościzł brutto, tj. skalkulowany koszt szczepienia 1- go dziecka przeciwko pneumokokom przy 4 (czterech) iniekcjach szczepionki i przy opłacie 50% wartości szczepienia przez rodziców/prawnych opiekunów dziecka,

b - jednostkową w wysokościzł brutto, tj. skalkulowany koszt szczepienia 1-go dziecka przeciwko meningokokom przy 2(dwóch) dawkach szczepionki dla dzieci od 2 m-ca do 12 m-ca życia, 1(jednej) dawce szczepionki dla dzieci od 12 m..ż. do 24 m-ca, życia i przy opłacie 50% wartości szczepienia przez rodziców/prawnych opiekunów dziecka,

c – szacunkowa ilość szczepionych dzieci - 90,

d - całkowita łączna umowna wartość szczepienia 90-u dzieci brutto.

2. Ustalone wynagrodzenie obejmuje wszelkie narzuty i dodatki dla Oferenta i nie podlega zmianie w trakcie realizowania niniejszej umowy, jedynie w przypadku konieczności zaszczepienia większej niż przewidywana ilości dzieci po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym co wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§4

1. Płatność za wykonanie świadczenia zdrowotnego nastąpi przelewem na podstawie faktury VAT wystawionej na adres: Gmina Trzebnica pl. Piłsudskiego 1, 55-100 Trzebnica w terminie 14 dni od dnia prawidłowo złożonej faktury VAT,

2. Do rozliczenia faktury VAT z Zamawiającym należy dołączyć szczegółową informację z wykonania świadczenia zdrowotnego, zgodnie z załącznikiem Nr. 1 do umowy,

3. Za datę zapłaty uważa się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.

§5

Prawa i obowiązki stron nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez pisemnej zgody Zleceniodawcy.

§6

Oferent zobowiązuje się do:

1. Prowadzenia dokumentacji w sposób umożliwiający ocenę wykonania zadania pod względem rzeczowym;

2. Przekazywania – na życzenie Zamawiającego w terminie 7 dni informacji o zakresie i sposobie realizacji umowy;

3. Stosowania przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, poz.654);

4. Poddania się kontroli w zakresie prawidłowości wykonywania zadań określonych w przyjętej ofercie.

§7

W razie niedotrzymania warunków umowy, a w szczególności naruszenia postanowień §1 i §2, Zamawiający może wypowiedzieć niniejszą umowę z 30 dniowym wyprzedzeniem.

§8

Umowa może być rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku nieterminowego lub nienależytego jej wykonania, a w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania.

§9

Oferent zapłaci karę umowną Zamawiającemu za każdy dzień zwłoki, w stosunku do ustalonego w §2 terminu wykonania przedmiotu umowy, w wysokości 0,1 % wartości umownej brutto, o której mowa w §3 ust.1 pkt. d. umowy.

§10

1. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim przypadku Oferent może żądać wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.

2. Odstąpienie od umowy może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej wraz z podaniem uzasadnienia.

3. W przypadku odstąpienia od umowy, strony sporządzają w terminie 5 dni od daty odstąpienia, protokół stopnia wykonania zadania, który stanowić będzie podstawę do ostatecznego rozliczenia umowy.

4. Za odstąpienie od umowy z winy leżącej po stronie Oferenta, Zamawiającemu przysługuje kara umowna w wysokości 5% wartości określonej w §3 ust.1 pkt. d umowy.

5. Zamawiający zobowiązany jest zapłacić Oferentowi karę umowną w wysokości 0,1% wynagrodzenia umownego (brutto) wartości określonej w §3 ust. 1 pkt. d umowy, w przypadku odstąpienia od umowy z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność, z przyczyn innych aniżeli wymienione w §9 umowy.

§11

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, poz. 654) oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.

§12

Nadzór nad realizacją zadania sprawowany będzie przez Urząd Miejski w Trzebnicy pl. Piłsudskiego 1, 55-100 Trzebnica

§13

Ewentualne spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo ze względu na siedzibę Zamawiającego.

§14

Integralną część umowy stanowi:

- załącznik Nr 1 - informacja z wykonania świadczenia zdrowotnego,
- załącznik Nr 2 - wybrana oferta Oferenta,
- załącznik Nr 3 - Programu zdrowotny profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom,
- załącznik Nr 4 - Programu zdrowotny profilaktycznych szczepień przeciwko meningokokom.

§15

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

ZAMAWIAJĄCY

WYKONAWCA

Załącznik Nr. 1 do umowy Nr. z dnia

Informacja z wykonania świadczenia zdrowotnego pn.:

1. „Program profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica na lata 2014-2016 w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+””,
2. Program profilaktycznych szczepień przeciwko meningokokom grupy C dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica na lata 2014-2016 w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+”

l.p.	Imię i nazwisko osoby szczepionej	Pesel	Data urodzenia	Adres	Nr. karty „T. R. 3+”	badanie lekarskie	rodzaj szczepionki dawka I/II/III	data szczepienia	podpis rodzica/opiekuna
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

.....
data i podpis osoby upoważnionej

Załącznik nr 3 do umowy nr z dnia.....

PROGRAM ZDROWOTNY

**PROGRAM PROFILAKTYCZNYCH SZCZEPIEŃ PRZECIWKO
PNEUMOKOKOM DZIECI ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY TRZEBNICA NA
LATA 2014-2016 W RAMACH PROGRAMU
„TRZEBNICKA RODZINA 3+”**

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1.1 Problem zdrowotny- Streptococcus pneumoniae – zjadliwość i rozpowszechnienie

Streptococcus pneumoniae, czyli pneumokok jest bakterią o wysokiej zjadliwości, która w ostatnim czasie zwiększa oporność na różne grupy antybiotyków (Bernatowska, 2010)¹ *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 zachorowanie wywołane *Streptococcus pneumoniae*, a uczęszczanie do żłobka lub przedszkola potęguje to zagrożenie (Bernatowska, 2010)¹

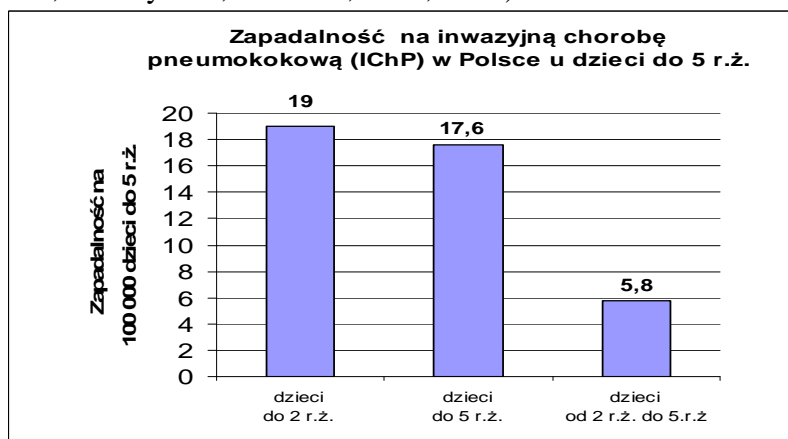
W Polsce, nosicielstwo *Streptococcus pneumoniae* u dzieci w wieku 6 m.ż. - 5 r.ż. występuje u 80-98% dzieci (Bernatowska et al., 2009; <http://www.nowamedycyna.pl/snm.php>)²

Zakażenia pneumokokami wywołują inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP), która może mieć szczególnie ciężki przebieg u dzieci poniżej 5 r.ż. (Bernatowska, 2010)¹.

Inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP) ma charakter uogólniony, będący najczęściej następstwem rozsiewu krwiopochodnego, stanowi zagrożenie życia i może mieć trudne do leczenia postaci posocznicy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, inwazyjnego zapalenie płuc z bakteriami stawów, kości, wsierdzia lub otrzewnej (Albrecht et al., 2009)³

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 powodu (O'Brien, Wolfson, Watt, et al., 2009)⁴

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. (Grzesiowski, Skoczynska, Albrecht, et al., 2008)⁵



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 przez szczepienia (Hryniewicz, 2010)⁶

Wśród szczepionek dostępne są :

- PHiD-CV-10, 10 walentna, skoniugowana, adsorbowana szczepionka- zawierająca

serotypy: 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F i 23F (Albrecht et al., 2009)³

- PCV13 - skoniugowana, 13 walentna, adsorbowana, zawierająca antygeny wszystkich wymienionych wyżej serotypów (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F i 23 F) (Albrecht et al., 2009)³. Szacuje się, że PCV13 zabezpieczać będzie, w większości regionów świata, ponad 80 % inwazyjnych serotypów pneumokoka (Albrecht et al., 2009)³.

Serotyp 19A bardzo często wywołuje ciężką inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP), jest także odpowiedzialny za ostre zapalenie ucha środkowego (OZUŚ) i nosicielstwo (Dinleici & Abidin, 2009)⁷

1.2. 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 tys. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1998)⁸.

Dla porównania te same współczynniki dla wszystkich grup wiekowych i osób powyżej 65 r.ż. wynosiły odpowiednio 24,1 i 60,5/100 tys. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1998)⁸.

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 tys. (Overturf, 2000)⁹.

Najnowsze 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.ż. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2010)¹⁰

Śmiertelność z powodu IChP wynosi w USA 1,4% w wieku poniżej 2 r.ż. i 20,6% w wieku powyżej 80 r.ż. (Robinson, Baughman, et al., 2001)¹¹.

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 tys. (O'Brien, Wolfson, Watt, & al, 2009)⁴.

Najwyższa zapadalność występuje w krajach Afryki (średnio– 3627/100 tys.), a najniższa w Europie (średnio 504/100 tys.) (O'Brien, Wolfson, Watt, et al., 2009)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.) (O'Brien, Wolfson, Watt, et al., 2009)⁴.

W Polsce ogólna częstość występowania inwazyjnej choroby pneumokokowej (IChP) u dzieci wyniosła (Grzesiowski, Skoczynska, Albrecht, & al, 2008)⁵:

- 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. (Grzesiowski, Skoczynska, Albrecht, & al, 2008)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 Europie (Albrecht, Patrzalek, Kotowska, & Radzikowski, 2009)³.

Dane WHO są jednak alarmujące, wg najnowszych 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 umiera (Bernatowska, 2010)¹.

Jedną z przyczyn tak dużych różnic pomiędzy danymi statystycznymi, a szacunkowymi może być

fakt, że w Polsce nie pobierano materiału do badań bakteriologicznych (Bernatowska, 2010)¹.

1.3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu szczepień w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+”

Populacja dzieci – mieszkańców Gminy Trzebnica do których adresowany jest program tj. w wieku 2 m.życia – 2 r.życia. Populacja podlegająca bezpośredniej kwalifikacji do szczepień to ok. 30 dzieci corocznie nowo narodzonych.

1.4. 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 przedszkola (Inspektorat Sanitarny, 2006)¹².

Od października 2008 r. szczepionka przeciwko pneumokokom znajduje się w obowiązkowym Programie Szczepień Ochronnych dla dzieci do 5 r.ż., o podwyższonym ryzyku zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP) (Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2008)¹³.

1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Choroby pneumokokowe są jedną z głównych przyczyn groźnych zachorowań i zgonów wśród noworodków i dzieci młodszych (stanowisko WHO, 2007)¹⁴.

W Polsce brak jest masowych refundowanych szczepień przeciwko pneumokokom w powszechnym kalendarzu szczepień ochronnych.

Wprowadzenie ww. programu szczepień przeciwko pneumokokom zwiększy dostępność do skutecznej szczepionki i w ten sposób może przyczynić się do poprawy zdrowia lokalnej społeczności w rodzinach o liczebności dzieci 3 i więcej.

Szczepienia ochronne przeciwko pneumokokom, ze względu na swoją skuteczność zostały już włączone do narodowego programu szczepień dla dzieci nowonarodzonych w ponad 45 krajach (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)¹⁹.

Podobnie WHO zaleca wprowadzenie skoniugowanej szczepionki przeciwko pneumokokom do narodowych programów szczepień ochronnych, jako działanie priorytetowe we wszystkich krajach (World Health Organization, 2007)¹⁴ i PCV7 włączono do narodowych programów szczepień ochronnych w ponad 45 państwach (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)¹⁹.

Amerykański Komitet ds. Chorób Zakaźnych wydał rekomendację, w której zaleca stosowanie szczepionki PCV13 wszystkim dzieciom w wieku od 2 do 59 m.ż. oraz dzieciom w wieku do 71 m.ż. z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na choroby pneumokokowe (Committee on Infectious Diseases, 2010)¹⁵.

W Polsce dnia 12 sierpnia 2009 roku Minister Zdrowia wydał rozporządzenie, w którym określił aktualne priorytety zdrowotne. Należą do nich między innymi:

- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w szczególności poprzez szczepienia ochronne
- poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do 3 r.ż. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2009)¹⁶.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia z 15 maja 2007 r. określa w Celu strategicznym nr 7 priorytet w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, polegający na zmniejszeniu zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia¹⁷

Biorąc pod uwagę, że zagrożone są głównie dzieci przebywające w zbiorowiskach: żłobki,

przedszkola (62% dzieci uczęszczających do żłobka jest nosicielami S. pneumonie) oraz mając na uwadze osiągnięcie jak najlepszego efektu przy najniższych kosztach należy uznać zaszczepienie dzieci powyżej 2 r.życia (wcześniej nie szczepionych) jedną dawką skoniugowanej szczepionki PCV-13 oraz na bieżąco dzieci nowo narodzone dwoma dawkami szczepionki,

2. CELE PROGRAMU

2.1. Cel główny

Poprawa stanu zdrowia dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko zakażeniom pneumokokowym w ramach Programu „Trzebnicka Rodzina 3+”

2.2. Cele szczegółowe: operacyjne i zdrowotne programu

- objęcie programem rodzin z liczebnością dzieci 3 i więcej w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3+”
- uzyskanie możliwie dużej frekwencji,
- zmniejszenie zapadalności i umieralności na inwazyjne choroby pneumokokowe wśród dzieci,
- zmniejszenie zapadalności na nieinwazyjne choroby pneumokokowe wśród dzieci,
- podniesienie odporności populacyjnej.

2.3. Oczekiwane efekty

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

- Ponad 95% spadek częstości występowania IChP u dzieci szczepionych (Albrecht, Patrzalek, Kotowska, & Radzikowski, 2009)³.
- 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. (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)¹⁹.
- Ponad 40% redukcji częstości wizyt ambulatoryjnych oraz zalecanych antybiotykoterapii spowodowanych ostrym zapaleniem ucha środkowego (OZUS), (Albrecht, Patrzalek, Kotowska, & Radzikowski, 2009)³.

W związku z postępowaniem według wytycznych i udowodnionych w badaniach efektywności procedurach podawania szczepionki w planowanym programie profilaktycznym oczekuje się podobnych efektów szczepień ochronnych.

2.4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba dzieci uczestniczących w programie,
- odsetek dzieci uczestniczących w programie,
- liczba dzieci zaszczepionych w programie,

3. ADRESACI PROGRAMU

3.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program jest adresowany do grupy dzieci z rodzin objętych Programem Trzebnicka Rodzina 3+, w wieku od 2 m.ż – 2 r.ż życia zamieszkałych na terenie Gminy Trzebnica, nie należących do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową, które dotąd nie zostały uodpornione przeciw pneumokokom. Co roku będzie szczepiona grupa dzieci w tym samym przedziale wiekowym (2 m.ż. – 2 r.ż) objęta Programem Trzebnicka Rodzina 3+.

Wg. danych z Wydziału Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Trzebnica, populacja dzieci kwalifikujących się do szczepień w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3 +” to około 30 dzieci rocznie.

3.2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest odpowiedni dostęp do pełnej informacji o jego realizacji.

Dlatego też organizator oraz realizator/realizatorzy programu przeprowadzą kampanię informacyjno-edukacyjną motywującą do aktywnego udziału w szczepieniach:

- organizator programu (Urząd Miasta Trzebnica)
 - informacja o programie na stronie internetowej, tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta,
 - w prasie lokalnej – „ Panorama Trzebnicka”
 - ulotki informacyjne skierowane do rodzin w programie „Trzebnicka Rodzina 3+”
- realizator programu (podmioty lecznicze wyłonione w drodze konkursu ofert)
 - informacje na stronie internetowej oraz siedzibie realizatora
 - potwierdzanie telefoniczne udziału w programie.

4. ORGANIZACJA PROGRAMU

4.1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

1. Wybór jednostek realizujących program .
2. Kampania promocyjno-edukacyjna
3. Rekrutacja dzieci do programu
4. Realizacja programu
 - badanie dzieci/kwalifikacja
 - uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na szczepienie
 - przeprowadzenie szczepień

4.2. Planowane interwencje

W ramach programu dzieci spełniające kryteria będą szczepione przeciwko pneumokokom szczepionką skoniugowaną PCV 13 zawierającą 13 serotypów bakterii *Streptococcus pneumoniae*, przeznaczoną dla dzieci **od 6 tygodnia życia do 2 roku życia**.

4.3 Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

1. Przynależność do programu Trzebnicka Rodzina 3+.
2. Wiek dziecka – 6 tyg. ż – 2 r.ż (w danym roku realizacji programu).
3. Brak przeciwwskazań lekarskich do zaszczepienia.
4. Pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych dziecka na szczepienie.

4.4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenie w postaci wykonania szczepienia przeciwko pneumokokom otrzyma każde dziecko spełniające kryteria programu i zostanie zakwalifikowane do programu.

4.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Szczepienia przeciwko pneumokokom finansowane ze środków publicznych Ministerstwa Zdrowia dostępne są tylko dla dzieci do 5 r.ż., o podwyższonym ryzyku zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową tj.:

- a) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia:
 - po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego,
 - przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego,
 - zakażone HIV,
 - po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów

- wewnętrznych lub przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego,
- b) 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, dysfunkcję śledziony, po splenektomii lub po leczeniu immunosupresyjnym,
 - przewlekłą niewydolność nerek i nawracający zespół nerczycowy,
 - pierwotne zaburzenia odporności,
 - choroby metaboliczne, w tym cukrzycę,
 - przewlekłe choroby płuc, w tym astmę,
- c) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia urodzone przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzone z masą urodzenia poniżej 2500 g

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

4.6 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 2 m.ż - 2 r życia)

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

4.7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program szczepień będzie realizowany przez podmiot leczniczy/podmioty lecznicze, które będą wyłonione w drodze konkursu ofert. Szczepienia dzieci będą przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia.

W programie będzie stosowana szczepionka przeciwko pneumokokom PCV 13 (wiek: 2 m.ż -2 r.ż.) / zawiera 13 serotypów bakterii *Streptococcus pneumoniae*, zarejestrowana i dopuszczona do obrotu w Polsce.

Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie charakterystyki produktu.

4.8. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Szczepienia będą realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Szczepienia będą przeprowadzone przez personel medyczny – pielęgniarki posiadające ukończony kurs w zakresie wykonywania szczepień ochronnych 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 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739).

4.9. Dowody skuteczności planowanych działań

4.9.1. Opinie ekspertów klinicznych

- jak w publikacjach naukowych (m.in. Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)¹⁹.

4.9.2. Zalecenia, wytyczne, standardy

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

- Wytyczne Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych¹⁸.
- 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 odporności (Inspektorat Sanitarny, 2006)¹²
- Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej ds. Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (IchP)¹⁶
- Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia¹⁴
- Advisory Committee on Immunization Practices **PCV13**²⁰

4.9.3. 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:
 - 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)²⁵ (Whitney, Pilishvili, & Farley, 2006)²³ (Black, Shinefield, & Baxter, 2004)²⁴.
 - Od 55% do 64,7% redukcja ostrych zapaleń ucha środkowego (OZUŚ) u dzieci poniżej 2 r.ż. (Pavia, Bianco, Nobile, & al, 2009)²² (Eskola, Kilpi, Palmy, & al., 2001)²⁶
 - Redukcja zapadalności na IchP wśród młodszego i starszego rodzeństwa (Bernatowska, 2010)¹
 - 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)²⁵
 - 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)²⁷, (Zhou, Szefer, Kong, & al., 2008)²⁸

4.9.4. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego

Samorząd trzebnicki nie realizował programu w zakresie profilaktyki szczepień przeciwko pneumokokom.

W Polsce szczepienia przeciwko pneumokokom realizuje ponad 30 jednostek samorządu terytorialnego, m.in. Warszawa, Katowice, Płock, Police, Poznań, Kielce, Kalisz, Brzeg Dolny, Jelenia Góra, Bogatynia, Kraków, Bochnia, Tarnów, Lublin, Puławy, Chełm, Rejowiec, Dębica, Kolbuszowa, Brzesk, Bogoria, Polanica Zdrój, Biała Piska, Legionowo, Otwock, Piaseczno, Suchedniów, Kozienice, Grębocicach, Dobrze Miasto, Kwilcz i Milanówek.

5. KOSZT REALIZACJI

5.1. Koszty jednostkowe

Koszt szczepienia 1 dziecka, na który składa się koszt szczepionki (**Synflorix**), koszt kwalifikacji do szczepienia, koszt podania szczepienia oraz akcja promocyjno-edukacyjna wyniesie około 800

zł.

5.2. Planowane koszty całkowite

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu w roku:

- 2014 to 15.000 zł,
- 2015 to 20.000 zł
- 2016 to 20.000

Budżety na realizację programu w latach następnych będą ustalane z końcem każdego roku kalendarzowego.

5.3. Źródła finansowania, partnerstwo

Program w 50% będzie finansowany z budżetu Gminy Trzebnica, a w pozostałych 50 % przez rodziców.

5.4. 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. (Bernatowska, 2010)¹
2. W oparciu o przytoczone liczne dowody naukowe można stwierdzić, że zgonom wywołanym przez bakterie *Streptococcus pneumoniae* (pneumokoki) można skutecznie zapobiegać poprzez szczepienia (Hryniewicz, 2010)⁶
3. Jak wskazują liczne zalecenia dla tej grupy wiekowej dzieci zapobieganie zakażeniom pneumokokowym jest jednym z głównych priorytetów prowadzenia interwencji zdrowotnej (Bernatowska, 2010)¹, (World Health Organization, 2007)¹⁴

6. MONITOROWANIE I EWALUACJA

6.1. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana w trakcie trwania programu oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa.

Realizator programu zobowiązany będzie do składania 1 x na kwartale sprawozdania z realizacji programu zawierającego następujące dane:

- populacja dzieci kwalifikujących się do szczepienia, zgodnie z przyjętymi kryteriami w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3 +”
- liczba dzieci zakwalifikowanych do szczepień,
- liczba wykonanych szczepień.

6.2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator programu wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Ponadto każdy uczestnik programu tj. rodzic/opiekun prawny dziecka będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

6.3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu dokonana zostanie na podstawie:

- poziomu frekwencji (efektywność programu szczepień przeciw pneumokokowym zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej literaturze naukowej),

7. OKRES REALIZACJI PROGRAMU

Program zaplanowano na lata: 2014 -2016.

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; <http://www.nowamedycyna.pl/snm.php?ktory=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. *Pediatrics Pol*, 84 (1), strony 3-12; 2009
4. O'Brien, K., Wolfson, L., Watt, J., et al., Burden of disease caused by Streptococcus pneumonia 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 pneumococcal 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 pneumonia, 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 Bernatowska, E., *Szczepienia Ochronne*. Warszawa; 2010
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 pneumonia infections in the United States, 1995-1998: Opportunities for prevention in the conjugate vaccine era. *JAMA*, 285 (13), strony 1729-1735; 2001
12. Inspektorat Sanitarny, Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektoratu Sanitarnego; 2006
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień *Dz. U.z 2008 r. Nr 122 poz. 795*;
14. World Health Organization, Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization, position paper. *Weekly Epidemiological Record* (82), strony 93-104; 2007
15. 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
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych *Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz 1126*,
17. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia z dnia 15 maja 2007 r. - www.mz.gov.pl .
18. Pediatriczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych. Wytyczne Pediatricznego

Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych dotyczące stosowania 13-waletniej koniugowanej polisacharydowej szczepionki przeciwko pneumokokom–PCV13. *Pediatrics*, T.7, strony 10-12; 2010

19. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia z dnia 15 maja 2007r. - - www.mz.gov.pl .
20. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), <http://www.cdc.gov/>; 2010
21. Pediatriczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych. Wytyczne Pediatricznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych dotyczące stosowania 13-waletniej koniugowanej polisacharydowej szczepionki przeciwko pneumokokom–PCV13. *Pediatrics*, T.7, strony 10-12; 2010
22. Pavia, M., Bianco, A., Nobile, C., et al., e., Efficacy of Pneumococcal Vaccination in Children Younger Than 24 Months: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 123 (6), strony 1103-1110; 2009
23. Whitley, C., Pilishvili, T., & Farley, M. e., Effectiveness of seven-valent pneumococcal conjugate vaccine against invasive pneumococcal disease: a matched case-control study. *The Lancet*, 368 (9546), strony 1495-1502; 2006
24. Black, S., Shinefield, H., & Baxter, R.e., Postlicensure Surveillance for Pneumococcal Invasive Disease After Use of Heptavalent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Northern California Kaiser Permanente. *Pediatr Infect Dis J.*, 23 (6), strony 485-489; 2004
25. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Invasive pneumococcal disease in children 5 years after conjugate vaccine introduction-eight states. 1998-2005. *Morb Mortal Wkly Rep.*, 57 (6), strony 144-148; 2008
26. Eskola, J., Kilpi, T., Palmy, A., et al., e., Finnish Otitis Media Study Group.: Efficacy of a pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media. *N Engl J Med.*, 344 (6), strony 403-409; 2001
27. Zhou, F., Kyaw, M., Shefer, A., et al., e., Health care utilization for pneumonia in young children after routine pneumococcal conjugate vaccine use in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 161 (12), strony 1162-1168; 2007
28. Zhou, F., Szefer, A., Kong, Y., et al., e., Trends in acute otitis media-related Health care utilization by privately insured young children in the USA, 1997-2004. *Pediatrics* (121), strony 253-260; 2008

Załącznik nr 4 do umowy nr z dnia.....

PROGRAM ZDROWOTNY

**PROGRAM PROFILAKTYCZNYCH SZCZEPIEŃ
PRZECIWKO MENINGOKOKOM GRUPY C
DZIECI
ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY TRZEBNICA
NA LATA 2014-2016
W RAMACH PROGRAMU „TRZEBNICKA RODZINA 3+”**

PROGRAM ZDROWOTNY

Do zadań własnych gminy należą m.in. zadania w zakresie ochrony zdrowia, a w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych dla jej mieszkańców, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz.1027 z późn.zmianami).

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1.1 Zakażenia meningokokowe wywoływane są przez bakterię *Neisseria meningitidis* zwane meningokokami, które mogą spowodować zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Mogą również wywołać posocznicę (sepsę) czyli uogólnioną odpowiedź organizmu na zakażenie, określane wspólnie mianem **inwazyjnej choroby meningokokowej**. U około 20 - 40% zdrowych ludzi (nosicieli) meningokoki występują w jamie nosowo-gardłowej nie powodując żadnych dolegliwości ani objawów.

1.2. OSOBY NARAŻONE NA ZACHOROWANIE

- a) najczęściej dotyczą małych dzieci do 5. roku życia i młodzieży w wieku 16–20 lat, ale mogą występować w każdej grupie wiekowej;
- b) w Polsce rocznie notuje się około 400 zachorowań – ryzyko zakażenia u dzieci do 5. roku życia nie jest wprawdzie duże (poza obszarami epidemii), ale jego skutki są poważne;
- c) w Polsce od kilku lat zachorowania występują w postaci ognisk epidemicznych (zjawisko nienotowane wcześniej) – wywołują je niezwykle zjadliwe meningokoki grupy C, zazwyczaj w zamkniętych środowiskach (takich jak domy dziecka, akademiki, koszary, internaty itp.), często prowadząc do zgonu;
- d) znacznie częściej występują u dzieci i dorosłych, którzy mieli bliski kontakt z osobą chorą na inwazyjną chorobę meningokokową (np. ryzyko zakażenia dziecka, którego współdomownik zachorował, jest aż 500–800 razy większe niż przeciętne [p. niżej]).

1.3. ZAKAŻENIU SPRZYJA

Dziecko może się zarazić w wyniku kontaktu z bezobjawowym nosicielem meningokoków (2–25% populacji; najczęściej jest nim rodzic, starsze rodzeństwo lub krewny), rzadziej z osobą chorą. Zakażenie przenosi się poprzez bliski, bezpośredni kontakt z wydzieliną z górnych dróg oddechowych nosiciela lub chorego (np. pocałunek w usta, oblizywanie smoczka, wspólne naczynie do picia, sztućce itp.). Bezobjawowych nosicieli jest najwięcej wśród osób w wieku 15–24 lat, a w niektórych zamkniętych środowiskach (akademiki, internaty, koszary, domy dziecka) wynosi nawet 40–80%.

Meningokoki nie przeżywają długo poza organizmem człowieka. Giną bardzo szybko pod wpływem powszechnie używanych do mycia detergentów (mydło, płyn do mycia naczyń, itp.).

1.4. OBJAWY ZAKAŻEŃ MENINGOKOWYCH

1. Ogólne

W początkowej fazie podobne są do przeziębienia (gorączka, bóle stawowe, mięśniowe, ogólne złe samopoczucie).

Mogą dołączyć się: bóle głowy, nudności, biegunka, wymioty, sztywność karku,

drgawki często świadczące o zapaleniu opon mózgowo - rdzeniowych. Charakterystycznym objawem w postępującym zakażeniu jest wysypka wybroczynowa -plamki na skórze całego ciała w postaci drobnych czerwonych punkcików zlewających się w późniejszym okresie w duże plamy, które nie bledną pod naciskiem. Wysypka może być jednym z ostatnich objawów.

2. U dzieci poniżej 2 roku życia

Powyższe objawy mogą być mniej widoczne, a dominują takie jak brak apetytu, biegunka, wymioty, spowolnienie, rozdrażnienie, rozpaczliwy płacz, senność lub drażliwość, odchylenie głowy do tyłu, pulsujące ciemiączko u niemowląt, wybroczyny na skórze.

Choroba rozwija się bardzo szybko. Aby skutecznie leczyć zakażenie meningokokowe, należy po wystąpieniu pierwszych objawów natychmiast zgłosić się do lekarza lub wezwać Pogotowie Ratunkowe, dokładnie opisując objawy.

1.5. ZAPOBIEGANIE:

W roku 2012 na meningokowe zapalenie opon mózgowo rdzeniowych w powiecie trzebnickim odnotowano 4 przypadki (Informacja PSSE Trzebnica).

W każdym przypadku wystąpienia choroby meningokokowej - osoby z najbliższego otoczenia są obejmowane nadzorem epidemiologiczno-lekarskim .

Jak wynika z badań Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN) od 2002 roku w Polsce obserwuje się wzrost liczby izolowanych meningokoków grupy C. Serotypy te częściej wywołują epidemie i częściej odpowiedzialne są za ciężko przebiegające zachorowania.

Należy oczekiwać, że w przyszłości zakażenia wywoływane przez te drobnoustroje staną się ważnym problemem epidemiologicznym i zdrowotnym w Polsce.

Najważniejszymi sposobami zabezpieczenia się przed zachorowaniem są:

1.Uodpornienie się poprzez szczepienie

Należy jednak pamiętać, iż szczepionka zabezpiecza tylko przed zakażeniem meningokokami grupy C i nie zabezpiecza przed zakażeniem grupą B. Szczepionkę można podawać osobom od 2 miesiąca życia. Powyżej 12 miesiąca życia podaje się 1 dawkę szczepionki. O szczepieniu decyduje lekarz rodzinny, W 2012 roku w powiecie trzebnickim zaszczepiono przeciw zakażeniom meningokokowym 121 osób w wieku od 0-19 r.ż oraz 1 osobę powyżej 19.r.ż. Szczepienia te były wykonane w ramach szczepień zalecanych.

2. Zachowanie higieny osobistej

Bardzo duże znaczenie mają prawidłowe zachowania związane z higieną osobistą.

3. Unikanie wymienionych wyżej zachowań sprzyjających zakażeniu.

II. CELE PROGRAMU

a. Cel główny programu:

Zasadniczym celem programu jest zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych zmierzających do uzyskania odporności a tym samym do obniżenia liczby zachorowań na choroby wywołane bakterią z gatunku Neisseria meningitidis – meningokoki wśród mieszkańców Gminy Trzebnica.

b. Cele szczegółowe:

- edukacja rodziców w zakresie profilaktyki chorób wywołanych przez bakterie Neisseria Meningitidis typu C,
- zmniejszenie liczby zachorowań na choroby wywołane przez bakterie Neisseria

Meningitidis typu C,

- stwarzanie optymalnych warunków do wykonywania szczepień.

c. Oczekiwane efekty:

- zwiększenie świadomości rodziców na temat zagrożeń i dróg zakażenia bakteriami z gatunku *Neisseria meningitidis*,
- wzrost liczby wykonywanych szczepień ochronnych przeciw bakteriom *Neisseria Meningitidis* typu C,

d. Mierniki efektywności:

- liczba dzieci, które zostały zaszczepione - sprawozdanie realizatora programu,
- liczba wypełnionych ankiet

III. ADRESACI PROGRAMU (POPULACJA PROGRAMU) „RODZINA 3+”

Statystyka urodzeń dzieci w rodzinach 3+

- dzieci urodzone w roku 2010 - **14** (wg danych meldunkowych);
- dzieci urodzone w roku 2011 - **26** (wg danych meldunkowych);
- dzieci urodzone w roku 2012 - **22** (wg danych szacunkowych);
- dzieci urodzone w roku 2013 - **16** (wg danych szacunkowych)

Program skierowany jest do dzieci w wieku od urodzenia lub od 12 m ż do lat 2 zamieszkałych na terenie gminy Trzebnica w zależności od wyboru rodzaju szczepionki.

Planowana liczba dzieci objętych akcją szczepień - **w roku 2014 około 38 dzieci.**

W latach następnych po około 25 dzieci nowonarodzonych w roku.

Gmina Trzebnica pokrywa 50% wartości szczepionki. Warunkiem uczestnictwa w w/w programie jest złożenie przez rodziców dziecka (lub jego prawnych opiekunów) oświadczenia o wyrażeniu zgody na szczepienie. Druki oświadczeń dostępne będą w Urzędzie Gminy Trzebnica oraz placówce służby zdrowia realizującej szczepienia.

Realizatorem programu zdrowotnego dotyczącego szczepień profilaktycznych dzieci zamieszkałych na terenie gminy Trzebnica przeciwko bakteriom meningokokowym grypy C będzie placówka medyczna na terenie Gminy Trzebnica wyłoniona w drodze konkursu .

Mieszkańcy gminy o programie szczepień ochronnych będą mogli dowiedzieć się ze strony internetowej gminy oraz informacji udzielanych w placówkach medycznych.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU

Szczepienia dzieci prowadzone będą pod nadzorem lekarza pediatry i z udziałem rodziców, którzy wyrażą chęć zaszczepienia swojego dziecka objętego programem.

1 Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

przynależność do programu Trzebnicka Rodzina 3+.

wiek dziecka – ukończony 12 miesiąc życia do 2 roku życia (w danym roku realizacji programu).

brak przeciwwskazań lekarskich do zaszczepienia.

pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych dziecka na szczepienie.

Osoby objęte akcją szczepień przeciw meningokokom w Programie Gminy „**Rodzina 3+**”w momencie zgłoszenia się do szczepienia powinny posiadać ze sobą „Książeczkę zdrowia i szczepień” w celu odnotowania faktu oraz daty wykonania świadczenia.

2 Harmonogram działań:

- podjęcie działań informacyjnych związanych z rozpropagowaniem akcji promocji zdrowia

poprzez umieszczenie informacji o programie szczepieniach profilaktycznych w ramach programu „Rodzina 3 +” na stronach internetowych Gminy Trzebnica, ogłoszenia umieszczone na tablicach ogłoszeń w Urzędzie Gminy i i informacji w placówkach medycznych na terenie Gminy,

- rozdanie pakietów edukacyjnych z materiałami i ulotkami dotyczących zagrożeń związanych z inwazyjną chorobą meningokokową wśród rodziców populacji dzieci objętych programem;
- monitorowanie działań programowych,
- ocena przebiegu procesu działań edukacyjnych i poziomu szczepień.

W programie będą wykorzystane szczepionki koniugowane przeciw meningokokom grupy C, które mają zwiększoną skuteczność, zapewniają odporność poszczepienną poprzez stymulację długotrwałej pamięci immunologicznej.

3 Wykaz szczepionek przeciw Neisseria meningitidis:

NeisVac-C (monowalentna C), koniugat z toksoidem tężcowym, Baxter

Nimenrix - szczepionka skoniugowana przeciwko meningokokom **grupy A, C, W, Y**

– jedyne szczepionki, które można podawać dzieciom przed ukończeniem 2. roku życia (Nimenrix po 12. mż.). Są specjalnie przygotowane, aby stymulować niedojrzały jeszcze układ odpornościowy niemowlęcia i małego dziecka w celu uzyskania długotrwałej odporności nawet u najmłodszych dzieci.

Źródło: Państwowa Inspekcja Sanitarna

Niezależny przegląd systematyczny Cochrane prowadził do następujących wniosków: skonfiugowane szczepionki meningokokowe (MCC) są wysoce immunogenne i zdolne indukować tak odpowiedź pierwotną jak i długotrwałą pamięć immunologiczną u niemowląt, dzieci i młodzieży; są bardziej immunogenne niż szczepionki meningokokowe polisacharydowe; we wszystkich badaniach dotyczących MCC obserwowano indukcję przeciwciał w wysokim mianie.

W przeglądzie Cochrane odniesiono się także do zagadnień bezpieczeństwa. Stwierdzono, że szczepionki MCC są bezpieczne w stosowaniu u niemowląt. Działania niepożądane najczęściej zgłaszane po podaniu szczepionki niemowlętom to: gorączka (1-5%), drażliwość (38-67%), nadmierna płaczliwość (1-13%) oraz odczyny w miejscu podania: zaczerwienienie (6-97%), nadwrażliwość (11-13%) oraz obrzęk (6-42%). *Bezpieczeństwo planowanych interwencji:*

Szczepienie jest możliwe i celowe w każdym momencie życia.

Szczepienie może zlecić tylko lekarz. Lekarz przeprowadza także badanie kwalifikujące do szczepienia. Czasowym przeciwwskazaniem do jego wykonania jest ostra infekcja przebiegająca z gorączką lub zaostrzenie choroby przewlekłej. Stałym przeciwwskazaniem jest nadwrażliwość na którykolwiek ze składników szczepionki.

4 Dawkowanie w grupach wiekowych:

β) dzieci w wieku od 2 miesiąca życia do 12 miesięcy życia - dwie dawki w odstępie minimum 1 miesiąca w pierwszym roku życia + dawka uzupełniająca w drugim roku życia

χ) dzieci powyżej 12 miesiąca życia do 2 roku życia – jedna dawka .

Szczepionka przeciw meningokokom może być podana równocześnie (ale w inne, odległe miejsce) z innymi szczepionkami,

5 Warunki niezbędne do realizacji programu.

Zadanie będzie wykonywane przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych muszą być zgodne z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Koordynatorem całego programu będzie pracownik Urzędu Gminy Trzebnica.

Dowody skuteczności planowanych działań.

Udowodniono, że programy szczepień ochronnych prowadzone w różnych krajach Unii Europejskiej z użyciem szczepionek przeciw meningokokom grupy C są w stanie znacznie obniżyć śmiertelność i zachorowalność na choroby wywołane przez tę grupę bakterii. W Polsce od 2005 roku szczepienie przeciwko meningokokom grupy C jest szczepieniem **zalecanym** w Programie Szczepień Ochronnych.

Z epidemią Inwazyjnej Choroby Meningokokowej skutecznie uporała się Wielka Brytania, i to w skali całego kraju. Do jesieni 1999 r. zostało tam zgłoszonych 1530 przypadków zakażenia meningokokami grupy C, z których 150 zakończyło się śmiercią chorego. Od czasu wprowadzenia ogólnokrajowego programu szczepień przeciwko meningokokom grupy C we wrześniu feralnego roku, liczba przypadków Inwazyjnej Choroby Meningokokowej u zaszczepionych brytyjskich nastolatków spadła o 90 procent, a dzięki wytworzeniu odporności populacyjnej – niezaszczepionych o 70 procent. Odsetek przypadków Inwazyjnej Choroby Meningokokowej wywoływanej przez zjadliwą grupę C spadł z 40 do 10 procent.

źródło: www.meningokoki.pl

Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie :

Samorząd trzebnicki nie realizował programu w zakresie profilaktyki szczepień przeciwko meningokokom.

V. KOSZTY

1 Koszty jednostkowe

Koszt szczepienia 1 dziecka, na który składa się koszt szczepionki , koszt kwalifikacji do szczepienia, koszt podania szczepienia oraz akcja promocyjno-edukacyjna wynosi 800 PLN

2. Planowane koszty całkowite

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu w roku:

- a) 2014 to 7.600 zł,
- b) 2015 to 5.000 zł
- c) 2016 to 5.000

Gmina Trzebnica sfinansuje **50 %** kosztów zakupu szczepionek przeciw meningokokom dla dzieci objętych niniejszym programem w ramach programu „Rodzina 3 +,” a rodzice zobowiązani są do pokrycia pozostałej części.

VI. MONITOROWANIE I EWALUACJA

a. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana w trakcie trwania programu oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa.

Realizator programu zobowiązany będzie do składania 1 x w kwartale sprawozdania z realizacji programu zawierającego następujące dane:

- populacja dzieci kwalifikujących się do szczepienia, zgodnie z przyjętymi kryteriami w ramach programu „Trzebnicka Rodzina 3 +”
- liczba dzieci zakwalifikowanych do szczepień,
- liczba wykonanych szczepień.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator programu wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Ponadto każdy uczestnik programu tj. rodzic/opiekun prawny dziecka będzie

poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

c. Ocena efektywności programu dokonana zostanie na podstawie:

Poziomu frekwencji (efektywność programu szczepień przeciw meningokokom zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu.

VII. OKRES REALIZACJI PROGRAMU

Program realizowany będzie od 2014 roku.