

UCHWAŁA NR
RADY MIASTA GDYNI

z dnia 2024 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń
pneumokokowych dla mieszkańców Gdyni w wieku od 55 roku życia na lata 2024 - 2025”**

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2024 r. poz. 609 z późn. zm.¹⁾) oraz art. 48 ust. 1 i ust. 3 pkt 2 w zw. z art. 48a ust. 5 pkt 1 lit. a oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla mieszkańców Gdyni w wieku od 55 roku życia na lata 2024 - 2025”, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta
Gdyni

Tadeusz Szemiot

¹⁾Dz. U. z 2024 r. poz. 721.

AKCEPTUJĘ

.....

data, oznaczenie oraz podpis osoby
zatwierdzającej program polityki
zdrowotnej do realizacji oraz wskazanie
podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy



**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych
dla mieszkańców Gdyni w wieku od 55 roku życia
na lata 2024 - 2025**

Podstawa prawna realizacji programu

Program polityki zdrowotnej opracowany na podstawie art. 48a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia
2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 146)

Gmina Miasta Gdyni

Gdyńskie Centrum Zdrowia

Gdynia, luty 2024 r.

Opracowanie schematu:

1. Anna Dusza-Ciechanowska, Kierownik Referatu Promocji Zdrowia i Profilaktyki Wydziału Edukacji, Kultury i Sportu Urzędu Miasta Kielce.
2. Dr hab. n. med. Marcin Pasiarski prof. UJK, specjalista chorób wewnętrznych, hematolog, kierownik Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku w Świętokrzyskim Centrum Onkologii.

Program polityki zdrowotnej opracowany przez Gdyńskie Centrum Zdrowia.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
I.1. Opis problemu zdrowotnego - Streptococcus pneumoniae – zjadliwość i rozpowszechnienie	3
I.2. Dane epidemiologiczne - epidemiologia zakażeń pneumokokowych na świecie i w Polsce	7
I.3. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	14
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności	16
II.1. Cel główny	16
II.2. Cele szczegółowe	16
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	17
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	17
III.1. Populacja docelowa	17
III.2. Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	18
III.3. Planowane interwencje	19
III.4. Sposób udzielania świadczeń	21
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	22
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	22
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	22
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	23
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	24
V.1. Monitorowanie	24
V.2. Ewaluacja	25
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	25
VI.1. Koszty jednostkowe	25
VI.2. Planowane koszty całkowite	26
VI.3. Źródło finansowania	26
VII. Bibliografia	26
Załączniki	28

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego - *Streptococcus pneumoniae* – zjadliwość i rozpowszechnienie

Streptococcus pneumoniae, czyli pneumokok zwany dwóinką zapalenia płuc, jest bakterią o wysokiej zjadliwości, która w ostatnim czasie zwiększa oporność na różne grupy antybiotyków. Dwóinka zapalenia płuc została wykryta po raz pierwszy przez Ludwika Pasteura pod koniec XIX wieku. Pneumokoki są najczęstszą przyczyną pozaszpitalnych, bakteryjnych zakażeń układu oddechowego (zapalenia ucha środkowego, zapalenia zatok oraz zaostrzenia przewlekłego zapalenia oskrzeli). Są też najczęstszą przyczyną pozaszpitalnego zapalenia płuc (PZP).

Streptococcus pneumoniae są najczęstszą zakaźną przyczyną zachorowalności i umieralności w skali świata powodując około 3,5 mln zgonów rocznie, z czego 1 mln z powodu zapalenia płuc. Choroby wywołane przez pneumokoki mogą przybierać postać inwazyjną lub nieinwazyjną. Do najczęstszych chorób inwazyjnych wywołanych przez pneumokoki należą: zapalenie płuc z bakteriecią, sepsa i Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych (ZOMR), określane mianem Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (ICH_P). Drobnoustrój ten odpowiada również za zakażenia nieinwazyjne. Najczęstsze to: ostre zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, zapalenie zatok, zaostrzenia m. in. w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc oraz zapalenie spojówek.

Najwięcej inwazyjnych zachorowań występuje w dwóch skrajnych grupach wiekowych, tj. u dzieci do 2 r.ż., u których układ odpornościowy jest jeszcze niedojrzały oraz u osób powyżej 65 r.ż, kiedy często występują liczne czynniki ryzyka. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania zakażeniom pneumokokowym są szczepienia. Bakterie *Streptococcus pneumoniae* bytują najczęściej w jamie nosowej i gardle. Szacuje się, że ok.15% dorosłych lub nawet 90% dzieci może być bezobjawowymi nosicielami pneumokoka. Do infekcji dochodzi drogą kropelkową lub poprzez kontakt bezpośredni. Nie u każdego nosiciela występują objawy chorobowe. Pneumokoki mogą zainfekować nosiciela z opóźnieniem, w momencie osłabienia układu odpornościowego, np. w trakcie lub po przejściu grypy. Bezobjawowi nosiciele mogą zarażać również osoby ze swojego otoczenia. Pneumokoki są poważnym czynnikiem wywołującym bakteryjne zapalenie płuc u dorosłych, które w 5-10% przypadków kończy się śmiercią. Szacuje się, że bakterie te odpowiedzialne są też za 50% bakteryjnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w grupie osób dorosłych, ze śmiertelnością wynoszącą 30%, a w populacji osób w wieku podeszłym – nawet 80%.

Pneumokoki odpowiadają za około 35% przypadków pozaszpitalnego zapalenia płuc (PZP) i 50% przypadków szpitalnego zapalenia płuc u dorosłych. Czynniki ryzyka stanowią przewlekłe choroby płuc oraz infekcje grypowe. Około 25–30% przypadków zapalenia płuc przebiega z bakteriecią.

Dokładne oszacowanie odsetka przypadków PZP o etiologii pneumokokowej jest trudne ze względu na brak rutynowych badań mikrobiologicznych, różnice w czułości i swoistości testów diagnostycznych oraz powszechne stosowanie antybiotyków. W związku z tym raportowany w badaniach odsetek przypadków PZP spowodowanych przez *S. pneumoniae* jest zróżnicowany i waha się od kilku do kilkudziesięciu procent. Średni odsetek PZP u dorosłych spowodowanych przez *S. pneumoniae* wynosi od 17,3% do 35%. Szacuje się, że ok. 25% pneumokokowych PZP stanowią przypadki z bakteriami. Udział etiologii pneumokokowej w zapaleniach płuc leczonych w warunkach ambulatoryjnych raportowany jest przez nielicznych autorów. Szacuje się, że w Europie pneumokoki są przyczyną ok. 19,3% zapaleń płuc leczonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Szczegółowe dane dotyczące etiologii PZP w Polsce są bardzo ograniczone.

Harat i wsp. (2016) w badaniu przeprowadzonym w gminie Chrzanów w latach 2010–2012 wykazali, że zapalenia płuc o etiologii pneumokokowej w populacji w wieku ≥ 65 lat stanowiły 11–12%. Badaniem objęto osoby leczone w ramach POZ oraz w szpitalu. Jak wskazują autorzy, odsetek przypadków o etiologii pneumokokowej był prawdopodobnie zaniżony ze względu na stosowanie antybiotyków na krótko przed włączeniem do badania u 25% pacjentów. Dostępne dane dotyczące występowania PZP u dorosłych w Polsce przedstawiono w poniższej tabeli.

Pozaszpitalne zapalenie płuc (PZP) u dorosłych w Polsce w 2019 r.

Parametr	Grupa wiekowa				
Wiek (lata)	≥ 18	18–49	50–64	65–74	≥ 75
PZP leczone ambulatoryjnie (tys.)	384,4	108,1	98,7	85,4	92,1
PZP wymagające hospitalizacji (tys.)	54,9	6,2	10,5	13,4	24,8
Zapadalność na PZP wymagające hospitalizacji (na 100 tys.)	174,6	36,2	141,3	318,7	908,1

Opracowano na podstawie: Jaśkowiak K, Dudzisz A, Golicki D. Zapalenia płuc u osób dorosłych w Polsce – pneumokokowe zapalenia płuc i ich profilaktyka. Lekarz POZ. 2021;7(2)).

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), każdego roku na zakażenia wywołane przez pneumokoki umiera 1,5 mln osób. Leczenie tych zakażeń utrudnia narastająca oporność pneumokoków na antybiotyki. W populacji dorosłych szczególnie narażona na zakażenia jest populacja ludzi starszych (po 65 r.ż.), z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP)), z chorobami układu krążenia, ze schorzeniami metabolicznymi jak np. cukrzyca, u których również stwierdza się deficyty odporności oraz dorosłych i dzieci cierpiących na choroby przewlekłe (tj. cukrzycę, choroby sercowo-naczyniowe, choroby układu oddechowego, w tym astmę lub zaburzenia immunologiczne). Wśród osób dorosłych powyżej 65 r.ż. chorujących przewlekłe odnotowuje się pięć razy wyższą zapadalność na inwazyjne choroby pneumokokowe w porównaniu z grupą zdrowych dorosłych. Również picie alkoholu oraz palenie tytoniu podnoszą ryzyko ciężkiego przebiegu zakażeń pneumokokowych.

Ze względu na odrębności antygenowe wyróżniono już ponad 100 serotypów pneumokokowych, ale liczba ta ciągle się powiększa. Otoczka stanowi jeden z najważniejszych czynników zjadliwości pneumokoków, a przeciwciała przeciwko wielocukrom (polisacharydom) otoczkowym są przeciwciałami ochronnymi powstającymi m.in. po szczepieniu przeciwko pneumokokom. Udział poszczególnych serotypów w zakażeniach jest zróżnicowany między grupami wiekowymi pacjentów, jednostkami chorobowymi i kontynentami, a także krajami.

Wśród szczepionek, które są wskazane do stosowania u osób dorosłych, w Polsce zarejestrowane są następujące szczepionki przeciw pneumokokom:

- **13-walentna (PCV13)** - adsorbowana, skoniugowana, zawierająca antygeny wszystkich wymienionych wyżej serotypów oraz 3 dodatkowe (1, **3**, 4, 5, **6A**, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, **19A**, 19F i 23),
- **15-walentna (PCV15)** - szczepionka przeciw pneumokokom, polisacharydowa, skoniugowana (15-walentna, adsorbowana), zawierająca antygeny wszystkich wymienionych wyżej serotypów oraz 2 dodatkowe (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F, **22F** i **33F**). (Szczepionka 15-walentna PCV15 jest obecnie w Polsce niedostępna),
- **20-walentna (PCV20)** – skoniugowana, adsorbowana szczepionka, zawierająca antygeny wszystkich serotypów, które zawiera szczepionka PCV13 oraz 7 dodatkowych (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, **8**, 9V, **10A**, **11A**, **12F**, 14, **15B**, 18C, 19A, 19F, **22F**, 23F i **33F**),
- **Szczepionka polisacharydowa (PPSV23)** - szczepionka przeciw pneumokokom, polisacharydowa zawierająca oczyszczony polisacharyd 23 serotypów *S. pneumoniae* : 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F.

Serotypy pneumokokowe występujące w produkcie Prevenar 13 mogą odpowiadać za od 50% do 76% (w zależności od kraju) przypadków wystąpienia Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej u osób dorosłych.

Zgodnie z danymi Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN) za 2022 r., wśród 621 wykrytych przypadków IChP u osób dorosłych powyżej 65 r.ż., większość - 335 przypadków, wywołanych zostało przez serotypy zawarte w szczepionce PCV13. W odniesieniu do szczepionki PCV20, było to 463 przypadków. Teoretyczne pokrycie szczepionkowe dla PCV13 serotypów odpowiedzialnych za IChP w Polsce wyniosło 53,95% dla populacji powyżej 65 r.ż. w 2022 r. Analogicznie, dla szczepionki PCV20, pokrycie szczepionkowe wynosi 74,55%, co stanowi 20,6% więcej niż, gdy porównamy obie szczepionki

Dane KOROUN za rok 2022, *Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2022 roku*

Dystrybucja serotypów inwazyjnych pneumokoków w grupach wiekowych, 2022

Serotyp	<2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-64	65+	NPW	Ogółem
1									1		1
4			1		1	7	31	36	21	2	99
5											
6B	1		1				1	3	7	1	14
7F					1			2			3
9V		1					1	1	2		5
14		1				1		1	9		12
18C				1			1	1	3		6
19F	1	2	1				5	8	14	1	32
23F	1							2	7		10
3	7	10	4	1			19	81	197	7	326
6A		1					1	6	13		21
19A	13	16	6				9	30	61	1	136
22F		2	5	2			8	23	47	3	90
33F								3	3		6
8							10	25	39		74
10A	2						2	4	7		15
11A		2	2				4	12	24		44
12F								5	4		9
15B	1	3	1				3	3	4		15
9N	1						7	13	28	1	50
6C	2	3					3	10	19	1	38
23A	2	1					5	6	19		33
23B	1		1		1		7	9	10		29
15A		2		1			3	7	15		28
35F	1						3	5	8	1	18
31							1	2	7	2	12
20								5	5		10
16F							1	3	4		8
35B		1						3	4		8
24F							2	2	3		7
15C			1					1	3	1	6
7C		1					1	2	2		6
29	1	1						1	2		5
34								3	2		5
17A							1	1	3		5
38	1	2									3
17F							1	1	1		3
NG							2		3		5
Inne*			1					7	9	1	18
Nie określono**	3	1		1			8	13	11		37
Ogółem	38	50	24	6	3	8	140	340	621	22	1252

Źródło: Skoczyńska A, Gołębiewska A, Wróbel-Pawelczyk I, Kiedrowska M, Ronkiewicz P, Błaszczak K, Kuch A, Hryniewicz W. Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2022 roku (dane KOROUN 2023 r.).

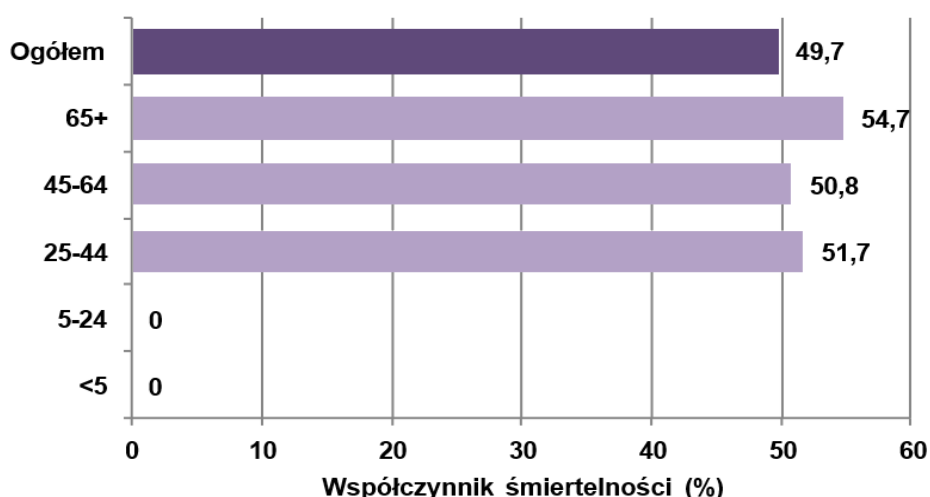
Według danych KOROUN 2022, serotyp 3 jest najczęstszą (prawie 1/4 przypadków) przyczyną IChP w Polsce oraz najczęstszą przyczyną śmierci z powodu IChP. Serotyp 19A stanowi największy problem epidemiologiczny w Polsce. Za 12% zakażeń w całej populacji odpowiadały pneumokoki wielolekooporne (MDR), niewrażliwe na co najmniej trzy klasy antybiotyków, a aż połowa z nich należała do serotypu 19A. Następnymi w kolejności, pod względem lekooporności, są serotypy: 19F, 6B, 14, 15B i 23A. W 2022 r. Serotypy 3, 6B, 14, 15B, 19F i 19A zawarte są w szczepionkach PCV13, PCV20 oraz PPSV23.

I.2. Dane epidemiologiczne - epidemiologia zakażeń pneumokokowych na świecie i w Polsce

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) umieściła infekcje pneumokokowe, obok malarii, na pierwszym miejscu listy chorób zakaźnych, których zwalczaniu oraz zapobieganiu należy nadać najwyższy priorytet. Zakażenia dwóinką zapalenia płuc występują we wszystkich regionach świata, jednak najczęściej w krajach rozwijających się, ze względu na nieodpowiednie warunki higieniczne, ubóstwo, brak dostępu do nowoczesnej medycyny oraz szczepionek i antybiotyków. Niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia ze strony pneumokoków wynika między innymi z ich wyjątkowej zjadliwości, powszechności ich występowania, a także rosnących w ostatnich dekadach: zapadalności na choroby pneumokokowe oraz oporności bakterii na antybiotyki. Zapadalność na IChP w Europie waha się od 10 do 100 przypadków na 100 tys. mieszkańców, w zależności od wieku pacjenta.

W populacji dorosłych szczególnie narażona na zakażenia jest populacja ludzi starszych (po 65 r.ż.), u których również stwierdza się deficyty odporności czy współwystępowanie chorób przewlekłych. W grupie osób dorosłych zarówno zapadalność, jak i śmiertelność z powodu inwazyjnej choroby pneumokokowej rośnie wraz z wiekiem. Wg danych KOROUN, w roku 2022 współczynnik śmiertelności we wszystkich grupach wiekowych wynosił 49,7%, a najwyższy był u pacjentów 65+ i wynosił 54,7%, a to oznacza, że co drugi senior umiera w wyniku IChP.

Rys.1. Współczynnik śmiertelności związany z inwazyjną chorobą pneumokokową w grupach wiekowych, 2022
(zakażenia ze znanym zejściem, n=503/1252; 40,2%) dane KOROUN



Źródło: Skoczyńska A, Gołębiowska A, Wróbel-Pawelczyk I, Kiedrowska M, Ronkiewicz P, Błaszczak K, Kuch A, Hryniewicz W. Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2022 roku (dane KOROUN 2023 r.).

Pomimo, że IChP dotyczy głównie małych dzieci (<2 lat) i osób w starszym wieku (>65 r.ż.), to badania wskazują, że największą śmiertelnością z powodu IChP obarczeni są właśnie chorzy w starszym wieku. Trzeba podkreślić, że śmiertelność chorych w wieku ≥ 65 r.ż. z PZP ma bezpośredni związek z liczbą chorób

towarzyszących. Obecność nawet pojedynczego dodatkowego czynnika ryzyka obciążającego rokowanie znacznie zwiększa prawdopodobieństwo zajęcia zakażenia pneumokokowego. W Szkocji np. częstość IChP przed erą szczepionkową dla dorosłych ≥ 65 r.ż. wynosiła 45/100 000 przy śmiertelności sięgającej 11%. Dla porównania w Stanach Zjednoczonych zapadalność na IChP w tej samej grupie wiekowej przed erą szczepionkową wynosiła 176/100 000, osiągając u osób ze znaczną immunosupresją wartości 562–2031/100 000. Chorzy z dodatkowymi schorzeniami obarczeni byli śmiertelnością od 3% w przypadku dychawicy oskrzelowej do 13% z marskością wątroby lub jej niewydolnością.

Według danych publikowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, w Polsce w 2023 roku zarejestrowano 2911 przypadków IChP, co daje zapadalność ogólną 7,72/100 000 mieszkańców. Tabela poniżej przedstawia porównanie z rokiem 2022.

		2023		2022	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Choroba wywołana przez <i>Streptococcus pneumoniae</i> , inwazyjna ^{UE}	ogółem	2 911	7,72	2 216	5,86
	zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	270	0,72	208	0,55
	posocznica	1 898	5,03	1 459	3,86
	inna określona i nie określona	1 212	3,21	853	2,25

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie szczegółowe z podziałem na województwa.

Dane NIZP-PZH za rok 2022, CHOROBY ZAKAŻNE I ZATRUCIA W POLSCE W 2022 ROKU

CHOROBA WYWOŁANA PRZES *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*, INWAZYJNA: OGÓŁEM (B95.3; A40.3; J13)

Liczba zachorowań (w kwartałach i ogółem), zapadalność oraz liczba i procent hospitalizowanych wg województw

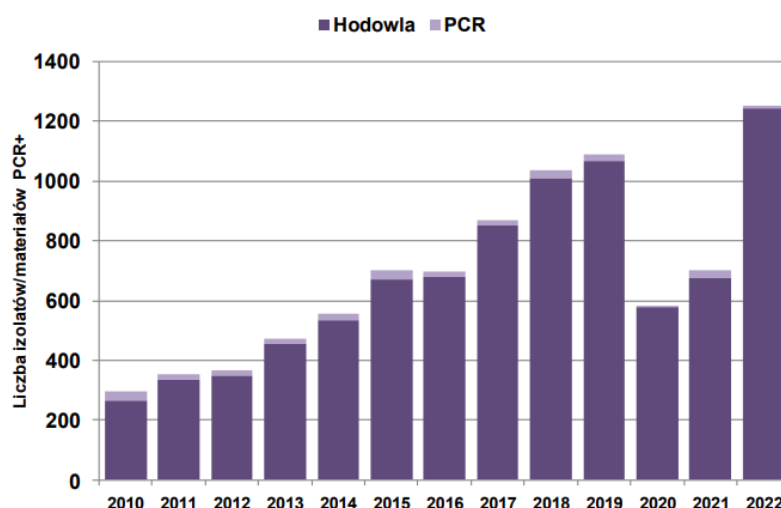
Województwo		Liczba zachorowań w kwartałach				Liczba zachorowań w roku	Zapadalność na 100 tys.	Hospitalizacja	
		I	II	III	IV			Liczba	%
POLSKA	2021 r.	71	164	323	404	962	2,52	951	98,9
	2022 r.	363	607	542	704	2216	5,86	2196	99,1
1. Dolnośląskie		16	30	38	54	138	4,77	134	97,1
2. Kujawsko-Pomorskie		16	39	24	47	126	6,26	124	98,4
3. Lubelskie		6	17	8	23	54	2,66	54	100,0
4. Lubuskie		9	20	27	23	79	8,04	76	96,2
5. Łódzkie		14	44	19	43	120	5,03	120	100,0
6. Małopolskie		12	46	47	54	159	4,64	158	99,4
7. Mazowieckie		77	74	87	106	344	6,24	342	99,4
8. Opolskie		9	11	20	12	52	5,50	50	96,2
9. Podkarpackie		15	28	24	28	95	4,56	95	100,0
10. Podlaskie		18	24	11	26	79	6,89	79	100,0
11. Pomorskie		27	59	48	56	190	8,06	190	100,0
12. Śląskie		37	68	61	60	226	5,18	226	100,0
13. Świętokrzyskie		9	16	13	15	53	4,48	52	98,1
14. Warmińsko-Mazurskie		9	14	15	19	57	4,16	57	100,0
15. Wielkopolskie		47	71	48	77	243	6,95	242	99,6
16. Zachodniopomorskie		42	46	52	61	201	12,22	197	98,0

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2022/Ch_2022.pdf

Warto pamiętać, że liczba przypadków IChP jest w Polsce niedoszacowana, właśnie dlatego, w przypadku zakażeń potwierdzonych laboratoryjnie w KOROUN, często zamiast zapadalności posługujemy się terminem „wykrywalność IChP”.

Z danych opublikowanych przez KOROUN za rok 2022 liczba potwierdzonych przypadków IChP wyniosła 1243. Liczba ta jest większa niż w roku 2021 (o 544 przypadki) i zdecydowanie wyższa niż w latach 2015-2019 (o ok. 15% wyższa w porównaniu z 2019 r.). Niższa wykrywalność była prawdopodobnie spowodowana sytuacją pandemiczną wirusa SARS-CoV-2. W 2022 roku liczba przypadków IChP była wyższa do czasu sprzed pandemii, na co wskazują informacje z meldunków epidemiologicznych PZH. Szczegóły przedstawiono na rysunku 2.

Rys. 2. Liczba potwierdzonych przypadków IChP w latach 2010-2022 (dane KOROUN)

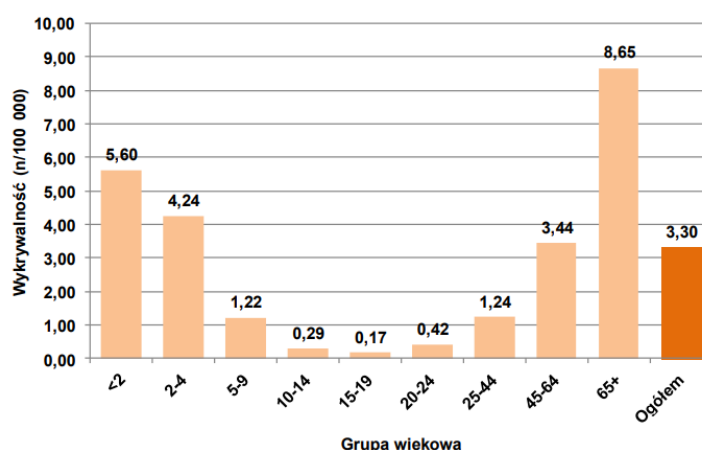


Źródło: Skoczyńska A, Gołębiowska A, Wróbel-Pawelczyk I, Kiedrowska M, Ronkiewicz P, Błaszczak K, Kuch A, Hryniewicz W. Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2022 roku (dane KOROUN 2023 r.).

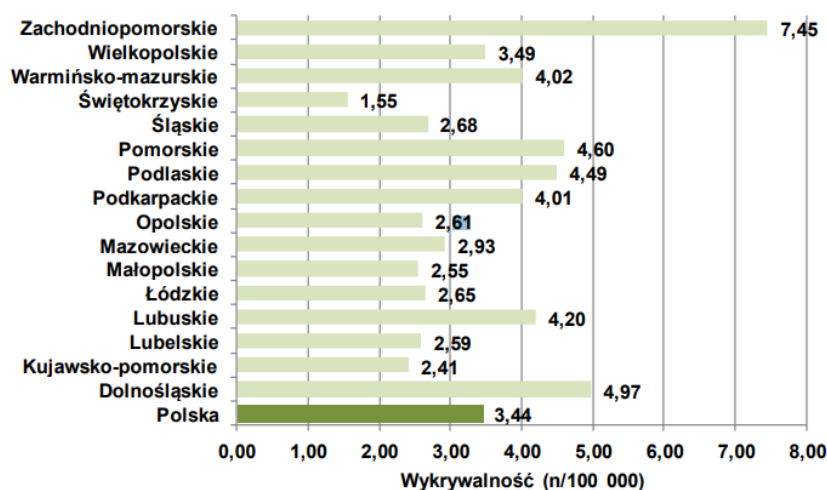
Dane KOROUN oraz NIZP-PZH (dotyczące lat 2010-2019) wskazują jednoznacznie na roczny wzrost zapadalności oraz rozpoznawalności inwazyjnej choroby pneumokokowej w Polsce. Sytuacja związana z pandemią koronawirusa spowodowała, że wykrywalność IChP w latach 2020-2021 spadła, lecz w roku 2021 widoczna jest już tendencja wzrostowa.

W 2022 r. najwyższa wykrywalność IChP była w grupie wiekowej 65+ i wynosiła wg danych KOROUN – 8,65/100 000. Szczegóły dotyczące częstości wykrywania IChP w poszczególnych grupach wiekowych oraz w poszczególnych województwach, przedstawiono na poniższych rysunkach:

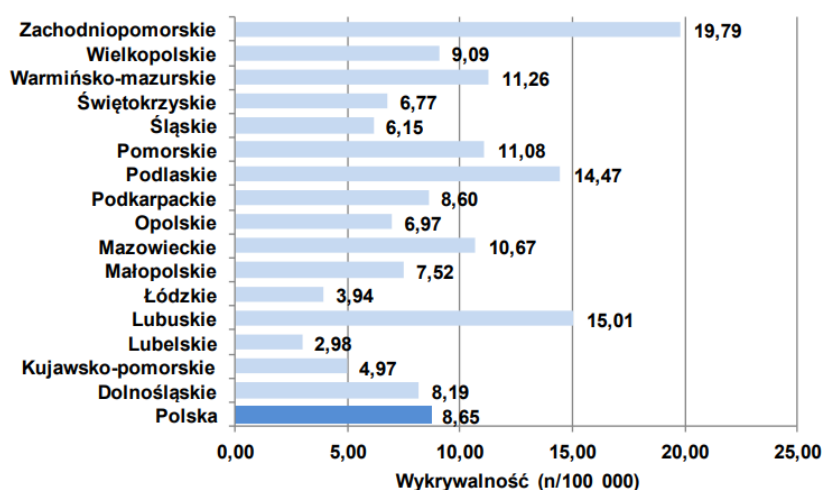
Rys. 3. Wykrywalność IChP w poszczególnych wiekowych w roku 2022 (dane KOROUN)



Rys. 4. Wykrywalność IChP w grupie wiekowej 45 - 64 w województwach w roku 2022 (dane KOROUN)



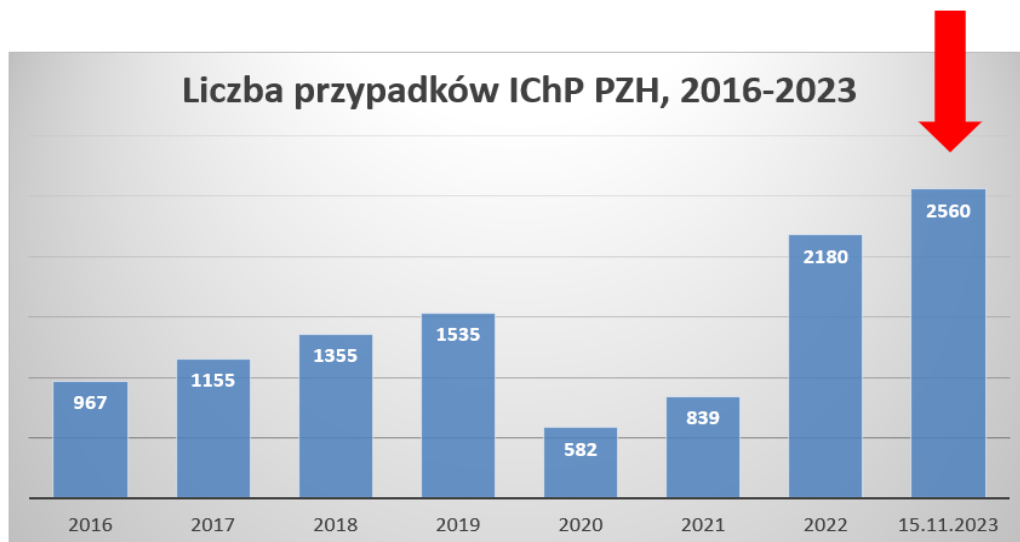
Rys. 5. Wykrywalność IChP w grupie wiekowej 65+ w województwach w roku 2022 (dane KOROUN)



Źródło: Skocznińska A, Gołębiewska A, Wróbel-Pawelczyk I, Kiedrowska M, Ronkiewicz P, Błaszczyk K, Kuch A, Hryniewicz W. Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2022 roku (dane KOROUN 2023r.).

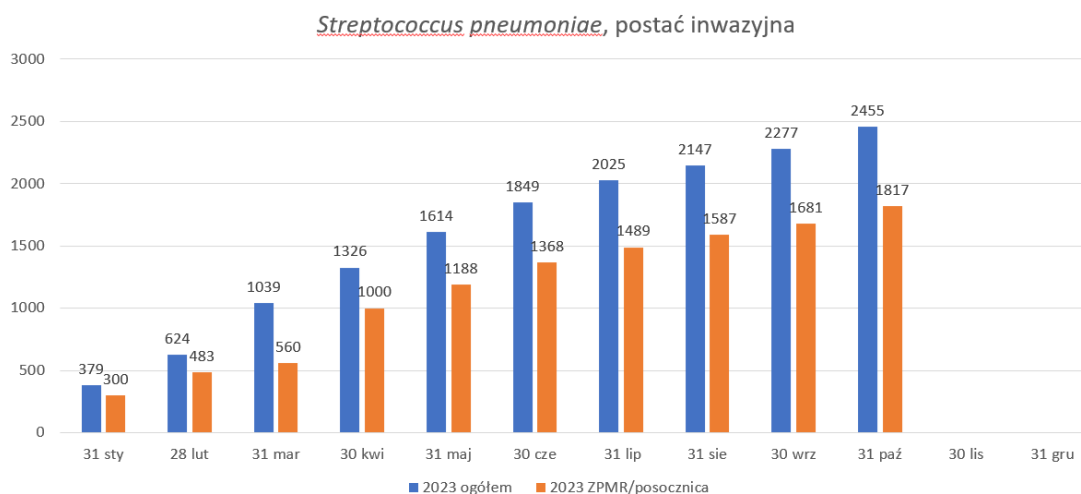
Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny wskazują na wzrost wykrytych przypadków chorób wywołanych pneumokokami, od 364 przypadków w 2010 r. do 1612 przypadków w 2019 r. oraz 576 przypadków w roku 2020 (współczynnik zapadalności na choroby związane z *Streptococcus pneumoniae* wzrósł natomiast z 0,95 w 2010 r. do 4,2 w 2019 r. oraz 1,5 w 2020 r.).

Od początku roku 2023 obserwujemy wzrost zachorowania na IChP. Wg danych PZH do 15 listopada 2023 r. mamy już zareportowanych więcej przypadków niż w całym 2022 r., a liczba przypadków IChP na przestrzeni lat stale rośnie.



Źródło: Państwowy Zakład Higieny Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Meldunki epidemiologiczne: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html (dostęp: 06.02.2023)

Liczba zareportowanych przypadków *Streptococcus pneumoniae*, postać inwazyjna w Polsce, wg PZH, rok 2023

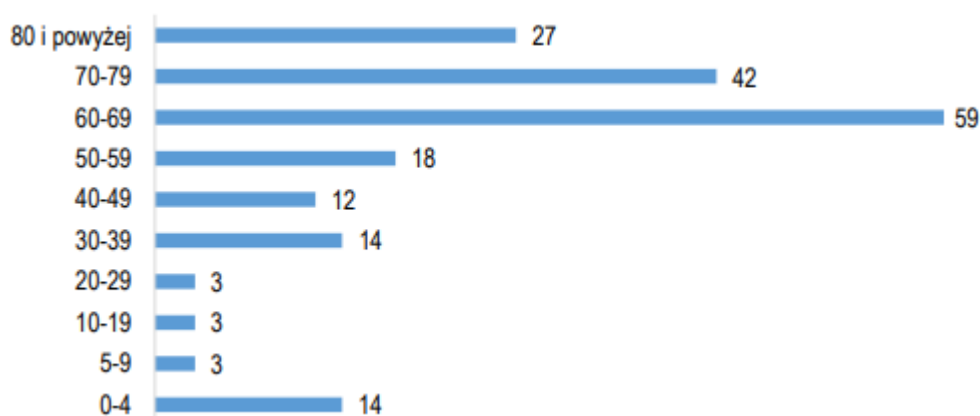


Źródło: Państwowy Zakład Higieny Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Meldunki epidemiologiczne: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html (dostęp: 06.02.2023)

Dane regionalne

Według Państwowego Zakładu Higieny Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, liczba zachorowań wywołanych *Streptococcus pneumoniae* w woj. pomorskim, na terenie którego znajduje się miasto Gdynia, wyniosła w roku 2022 r. 190 przypadków, zaś zapadalność była wyższa od krajowej (5,86/100 tys. osób) i wynosiła 8,06/100 tys. osób.

Według „Raportu o stanie sanitarnym województwa pomorskiego w 2022 roku” w województwie pomorskim zgłoszono 195 zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową, z czego rozkład wiekowy chorych wyglądał następująco:



Zachorowania miały ciężki przebieg kliniczny, w 63 przypadkach zakończyły się zgonem. Śmiertelność była największa w starszych grupach wiekowych.

Zgodnie z danymi otrzymanymi z POW NFZ dotyczącymi chorobowości związanej z chorobami wywołanymi przez *Streptococcus pneumoniae* w populacji osób powyżej 55 roku życia, hospitalizacja z powodu zapaleń płuc w województwie pomorskim znacznie wzrosła w roku 2023 w stosunku do roku poprzedniego. Liczba hospitalizacji wśród mieszkańców Gdyni pozostawała na tym samym poziomie. Hospitalizacja z powodu zapalenia opon mózgowych pozostawała na tym samym poziomie (w woj. pomorskim oraz w Gdyni).

Liczba osób 55+ leczona ambulatoryjnie z powodu zapalenia płuc wzrosła w roku 2023 w stosunku do roku poprzedniego, w całym województwie pomorskim oraz wśród mieszkańców Gdyni. Liczba osób 55+ leczona ambulatoryjnie z powodu zapalenia ucha środkowego pozostawała na tym samym poziomie.

Szczegóły przedstawia rys.6. oraz rys.7.

Rys. 6. Liczba hospitalizacji z powodu zapaleń płuc, opon mózgowych i posocznicy w woj. pomorskim oraz w Gdyni u osób 55+ (dane NFZ)

Rozpoznanie	Liczba hospitalizacji			
	2022		2023	
	woj. pomorskie	Gdynia	woj. pomorskie	Gdynia
zapalenie płuc (J13,J14,J15,J16,J18)	206	17	316	19
w tym wywołane przez Streptococcus pneumoniae (J13)	104	16	206	15
zapalenie opon mózgowych (G00.0, G00.1, G00.2, G00.9)	29	3	21	2
w tym zapalenie opon mózgowych pneumokokowe (G00.1)	7	0	8	1
posocznica (A40, A40.3, A41)	10	0	5	0
w tym wywołana przez Streptococcus pneumoniae	0	0	0	0
ŁĄCZNIE	245	20	342	21

Rys. 7. Liczba osób 55+ leczonych ambulatoryjnie z powodu zapaleń płuc i ucha środkowego w woj. pomorskim oraz w Gdyni (dane NFZ)

Rozpoznanie	Liczba osób leczonych ambulatoryjnie			
	2022		2023	
	woj. pomorskie	Gdynia	woj. pomorskie	Gdynia
zapalenie płuc (J13,J14,J15,J16,J18)	6 660	645	7 215	728
zapalenie ucha środkowego (H65, H66)	4 023	421	3 989	462

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

I.3. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

1) Realizacja szczepień przeciw pneumokokom u osób dorosłych w Europie i na świecie

Według danych ze stycznia 2020 r. refundację (finansowanie) szczepienia przeciw pneumokokom w populacji dorosłych i/lub osób z grup podwyższonego ryzyka zakażenia *S. pneumoniae* wprowadziło 45 państw na świecie, z czego 21 w Europie.

W większości krajów refundowane są równolegle obie szczepionki przeciw pneumokokom – PPSV23 i PCV13. W Europie tylko w 6 państwach refundację ograniczono do jednej szczepionki: w Holandii, Irlandii i Słowenii do PPSV23, natomiast w Czechach, Litwie i Słowacji do PCV13. Zakres refundacji szczepionki PCV13 jest zróżnicowany pomiędzy poszczególnymi państwami, niemniej jednak dotyczy trzech grup pacjentów: w zaawansowanym wieku (≥ 65 lat) i/lub z umiarkowanym lub wysokim ryzykiem zakażenia *S. pneumoniae* (ryc. 8). W większości krajów szczepionka PPSV23 jest refundowana w podobnej populacji co szczepionka PCV13. W krajach, w których szczepionka 23-walentna jest jedyną refundowaną w profilaktyce zakażeń *S. pneumoniae*, szczepieniami objęte są osoby w wieku ≥ 65 lat z co najmniej umiarkowanym ryzykiem zakażenia pneumokokami (Irlandia) oraz osoby z grupy wysokiego ryzyka (Holandia i Słowenia).

2) Realizacja szczepień przeciw pneumokokom u osób dorosłych w Polsce

Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ) nie obejmują omawianego problemu zdrowotnego.

Program Szczepień Ochronnych na rok 2024 definiuje populacje, w których jest zalecane, niefinansowane z budżetu państwa, szczepienie przeciw pneumokokom:

- 1) dzieciom zdrowym, które nie były wcześniej szczepione;
- 2) dorosłym >50 . roku życia (szczególnie >65 . r.);
- 3) dzieciom i osobom dorosłym z przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, przewlekłą chorobą wątroby, w tym z marskością wątroby, przewlekłą chorobą nerek i zespołem nerczycowym, z cukrzycą;
- 4) dzieciom i osobom dorosłym z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego, implantem ślimakowym;
- 5) dzieciom i osobom dorosłym z anatomiczną lub czynnościową asplenią: sferocytozą i innymi hemoglobinopatiami, z wrodzoną i nabytą asplenią;
- 6) dzieciom i osobom dorosłym z zaburzeniami odporności: wrodzonymi i nabytymi niedoborami odporności, zakażeniem HIV, białaczką, chorobą Hodgkina, uogólnioną chorobą nowotworową związaną z leczeniem immunosupresyjnym, w tym przewlekłą steroidoterapią i radioterapią, szpiczakiem mnogim;
- 7) osobom uzależnionym od alkoholu, palącym papierosy.

Podczas trwania pandemii COVID-19 (coronavirus disease 2019), wywołanej wirusem SARS-CoV-2, Ministerstwo Zdrowia wraz z Głównym Inspektoratem Sanitarnym wydały komunikat dotyczący szczepień w populacji dorosłych, w tym osób powyżej 60. roku życia z chorobami przewlekłymi (choroby płuc, układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, niewydolność nerek) oraz zaburzeniami odporności. Rekomendacje dotyczyły upowszechnienia szczepień przeciw pneumokokom i grypie u osób z grup ryzyka, ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia zapalenia płuc w tej populacji. Komunikat ten był spójny z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) wydanymi dla Europy, które zalecały priorytetową realizację szczepień przeciw pneumokokom i grypie sezonowej w populacjach osób szczególnie narażonych na zachorowanie w okresie pandemii COVID-19.

Od 1 września 2023 roku w Polsce na liście leków refundowanych (refundacja 100%) znalazła się 13-walentna szczepionka przeciw pneumokokom – Prevenar 13. Refundacja jest dedykowana osobom w wieku powyżej 65 lat w następujących grupach ryzyka wystąpienia choroby pneumokokowej z:

- przewlekłą chorobą serca,
- przewlekłą chorobą wątroby,
- przewlekłą chorobą płuc,
- cukrzycą,
- implantem ślimakowym,
- wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego,
- wrodzoną lub nabytą asplenią,
- niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami,
- przewlekłą niewydolnością nerek,
- wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności,
- uogólnioną chorobą nowotworową,
- zakażeniem wirusem HIV,
- chorobą Hodgkina,
- jatrogenną immunosupresją,
- białaczką,
- szpiczakiem mnogim,
- przeszczepem narządu litego.

W obecnym systemie opieki zdrowotnej szczepienia dla grupy wiekowej 55 - 64 nie są finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z powyższym szczepienie tych osób może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, ponieważ szczepienia dla tej grupy osób nie są refundowane, a są zalecane w Programie Szczepień Ochronnych.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności

II.1. Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie o min. 5% liczby zachorowań na choroby wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* (w tym na inwazyjną chorobę pneumokokową) w populacji osób powyżej 55 r.ż., objętych programem, zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Gdyni, poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko pneumokokom u minimum 600 osób po 55+ r.ż. w latach 2024 - 2025.

Przy szacowaniu wartości docelowej uwzględniono wartości liczbowe zachorowań na choroby pneumokowe w latach 2022 i 2023 oraz pojawiający się trend wzrostowy liczby ww. zachorowań, średnio wzrastających ok. 10 % w skali roku. Celem Programu jest spowolnienie tego trendu i stąd też zapis o zmniejszeniu liczby zachorowań o min. 5%.

Oszacowanie liczby osób, które zostaną objęte szczepieniami jest wynikiem możliwości finansowych samorządu.

II.2. Cele szczegółowe

1. Zmniejszenie liczby hospitalizacji o min. 5% z powodu choroby pneumokokowej wśród osób w wieku 55+ będących mieszkańcami Gdyni, poprzez realizację szczepień przeciwko pneumokokom do roku 2025.

Przy szacowaniu wartości docelowej uwzględniono wartości liczbowe hospitalizacji z powodu chorób pneumokowych w latach 2022 i 2023 oraz pojawiający się trend wzrostowy liczby ww. hospitalizacji, średnio wzrastających ok. 10 % w skali roku. Celem Programu jest spowolnienie tego trendu i stąd też zapis o zmniejszeniu liczby hospitalizacji o min. 5%.

2. Zmniejszenie liczby wizyt ambulatoryjnych o min. 5% z powodu zapalenia ucha środkowego oraz zapalenia płuc wśród osób w wieku 55+ będących mieszkańcami Gdyni, poprzez realizację szczepień przeciwko pneumokokom do roku 2025.

Przy szacowaniu wartości docelowej uwzględniono wartości liczbowe wizyt ambulatoryjnych z powodu chorób pneumokowych w latach 2022 i 2023 oraz pojawiający się trend wzrostowy liczby ww. wizyt ambulatoryjnych, średnio wzrastających ok. 10 % w skali roku. Celem Programu jest spowolnienie tego trendu i stąd też zapis o zmniejszeniu liczby hospitalizacji o min. 5%.

3. Uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) w zakresie zakażeń pneumokokowych, zapobiegania zakażeniom pneumokokowym i zachowań prozdrowotnych u co najmniej 50 % osób uczestniczących w Programie.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Liczba osób w wieku 55+, mieszkańców Gdyni leczonych w szpitalach oraz w opiece ambulatoryjnej z powodu zapaleń płuc (J13,J14,J15,J16,J18).

Dane wskazane w powyższym mierniku zostaną pozyskane z POW NFZ a dotyczyć będą liczby hospitalizacji oraz wizyt w opiece ambulatoryjnej osób 55+ mieszkańców Gdyni z powodu zapaleń płuc (J13,J14,J15,J16,J18).

2. Liczba osób w wieku 55+, mieszkańców Gdyni hospitalizowanych z powodu zapaleń płuc, posocznicy i zapalenia opon mózgowych.

Dane wskazane w powyższym mierniku zostaną pozyskane z POW NFZ a dotyczyć będą liczby hospitalizacji osób 55+ mieszkańców Gdyni z powodu zapaleń płuc (J13,J14,J15,J16,J18), opon mózgowych (G00.0, G00.1, G00.2, G00.9) i posocznicy (A40, A40.3, A41).

3. Liczba osób w wieku 55+, mieszkańców Gdyni leczonych ambulatoryjnie z powodu zapaleń płuc oraz zapalenia ucha środkowego.

Dane wskazane w powyższym mierniku zostaną pozyskane z POW NFZ a dotyczyć będą liczby świadczeń udzielanych ambulatoryjnie osobom 55+ mieszkańcom Gdyni z powodu zapaleń płuc (J13,J14,J15,J16,J18), i zapalenie ucha środkowego (H65, H66).

4. Ocena wzrostu poziomu wiedzy na temat zakażeń pneumokokowych, zapobiegania zakażeniom pneumokokowym i zachowań prozdrowotnych na podstawie pre- i post- testu weryfikującego wzrost poziomu wiedzy – odsetek osób, u których odnotowano wzrost poziomu wiedzy po przeprowadzeniu działań edukacyjnych.

Test weryfikujący wiedzę stanowi załącznik do Programu.

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

III.1. Populacja docelowa

Beneficjentem programu jest populacja mieszkańców Gminy Miasta Gdyni w wieku od 55 r.ż. kwalifikująca się do włączenia do programu. Według danych z systemu ewidencji ludności Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 30.06.2023 r. w Gdyni mieszka łącznie 83 126 osób 55+, z czego 26 795 to osoby w wieku 55-64 lat.

Biorąc pod uwagę możliwości budżetowe samorządu i dostęp osób 65+ z określonymi schorzeniami do refundowanych szczepień przeciwko pneumokokom, jako odbiorcy w pierwszej kolejności będą wskazane osoby w wieku 55 – 64, z grupy ryzyka wystąpienia choroby pneumokokowej, które mają przynajmniej jedną

chorobę przewlekłą, zwiększającą ryzyko ciężkiego przebiegu tej infekcji i poważnych jej powikłań – wskazania chorobowe tożsame jak w przypadku refundacji dla osób 65+.

W trakcie trwania programu, w przypadku pozostania niewykorzystanych szczepionek do programu włączone zostaną wszystkie osoby w wieku 55+, bez konieczności wskazania obciążenia chorobami.

W ciągu dwóch lat trwania programu będzie mogło z niego skorzystać 600 osób co pozwoli na objęcie działaniami 2,24 % z populacji mieszkańców Gdyni w wieku 55 – 64 lat.

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

Program wraz z kampanią informacyjno-edukacyjną będzie finansowany z budżetu Gminy Miasta Gdyni i realizowany przez podmioty lecznicze wybrane w drodze konkursu ofert. Do programu zostaną zaproszone osoby w wieku 55+ zamieszkałe na terenie Gminy Miasta Gdyni, które nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom, nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do takiego szczepienia oraz wyrażą pisemną zgodę do udziału w programie.

Kryteria włączenia do programu:

I etap

1) Mieszkaniec miasta Gdyni w wieku 55 – 64 lat z grupy ryzyka wystąpienia choroby pneumokokowej z:

- przewlekłą chorobą serca,
- przewlekłą chorobą wątroby,
- przewlekłą chorobą płuc,
- cukrzycą,
- implantem ślimakowym,
- wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego,
- wrodzoną lub nabytą asplenią,
- niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami,
- przewlekłą niewydolnością nerek,
- wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności,
- uogólnioną chorobą nowotworową,
- zakażeniem wirusem HIV,
- chorobą Hodgkina,
- jatrogenną immunosupresją,
- białaczką,

- szpiczakiem mnogim,
- przeszczepem narządu łitego

Identyfikacja grupy ryzyka na podstawie pisemnego oświadczenia pacjenta oraz weryfikacji dokumentacji medycznej przez lekarza w trakcie badania kwalifikacyjnego

- 2) Brak wcześniejszego szczepienia przeciwko pneumokokom (na podstawie pisemnej deklaracji pacjenta).
- 3) Pozytywne badanie kwalifikujące do szczepienia, wyrażenie wcześniejszej pisemnej zgody na udział w Programie.

II etap

- 1) Mieszkaniec miasta Gdyni wiek >55 roku życia
- 2) Brak wcześniejszego szczepienia przeciwko pneumokokom (na podstawie pisemnej deklaracji pacjenta), w tym oświadczenie, że nie korzystał z możliwości bezpłatnego szczepienia wynikającego z refundacji dla osób 65+ z grup ryzyka.
- 3) Pozytywne badanie kwalifikujące do szczepienia, wyrażenie wcześniejszej pisemnej zgody na udział w programie

Kryteria wyłączenia z programu:

- 1) brak pisemnej zgody na udział w programie
- 2) brak zamieszkania na terenie miasta Gdyni
- 3) wiek poniżej 55 r.ż.
- 4) obecność przeciwwskazań zdrowotnych do podania szczepionki przeciwko pneumokokom
- 5) wcześniejsze szczepienia przeciwko pneumokokom

III.3. Planowane interwencje

Planowane w ramach programu interwencje są bezpłatne i otrzymają je osoby spełniające kryteria kwalifikacji. Realizator pozyska pisemne zgody od uczestników do udziału w programie oraz pisemne oświadczenie w zakresie spełnienia kryteriów kwalifikacji do programu, w tym oświadczenie o braku wcześniejszego szczepienia przeciwko pneumokokom oraz występowania chorób wskazujących na grupę ryzyka.

Planowane interwencje prowadzone przez Realizatora programu polityki zdrowotnej można podzielić na następujące grupy działań:

1. Działania informacyjno – promocyjne

Działania promocyjne kierowane będą przede wszystkim do osób w wieku 55+ poprzez przekazanie materiałów informacyjnych do środowiska lekarzy POZ, klubów seniora oraz uniwersytetów trzeciego

wieku. Materiały informacyjne (ulotki i plakaty) zostaną przygotowane z myślą o osobach 55+ - będą zawierały treść łatwą w odbiorze i czytelną, wskazującą na korzyści z wykonania szczepienia oraz będą zawierały informację o miejscach, w których oferowane są szczepienia. Dodatkowo informacje o programie szczepień zostaną zawarte na stronach internetowych Urzędu Miasta Gdyni, Gdyńskiego Centrum Zdrowia oraz jednostek podległych, a także poprzez odnośniki, na stronach podmiotów realizujących program. Ponadto planowane jest przekazywanie informacji o programie w postaci plakatów w komunikacji miejskiej.

2. Badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia

Szczepienie każdorazowo będzie poprzedzane kwalifikacją lekarską i przeprowadzone po uzyskaniu zgody uczestnika programu na jego realizację. Badanie lekarskie powinno składać się z ukierunkowanego wywiadu oraz badania, które obejmuje co najmniej ocenę stanu ogólnego pacjenta.

Uczestnicy programu będą poinformowani przez lekarza kwalifikującego do szczepienia o możliwych odczynach poszczepiennych, sposobie postępowania oraz miejscu, gdzie można zgłosić się w razie ewentualnych działań niepożądanych. Ewentualne niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) występujące po podaniu szczepionek w ramach programu zostaną zgłoszone odpowiednim organom nadzoru zgodnie z obowiązującymi przepisami.

3. Szczepienie przeciwko pneumokokom

Aktualnie w Polsce dostępne są 2 szczepionki polisacharydowe skoniugowane, które są wskazane do stosowania u osób dorosłych:

- Szczepionka przeciw pneumokokom polisacharydowa, skoniugowana (13-walentna, adsorbowana) (PCV13);
- Szczepionka przeciw pneumokokom polisacharydowa, skoniugowana (20-walentna, adsorbowana) (PCV20).

Schemat szczepienia i sposób ich realizacji zgodne będą z aktualną ChPL produktu leczniczego przy utrzymaniu indywidualnych wskazań.

Wśród dostępnych na polskim rynku skoniugowanych szczepionek przeciw pneumokokom tylko szczepionki PCV13 i PCV20 zawierają zjadliwe serotypy 3 i 19A, które odpowiedzialne są za około 36,7% przypadków IChP u osób 65+ w 2021 r. Serotyp 3 jest najczęstszą przyczyną IChP w Polsce wśród osób powyżej 65 roku życia oraz najczęstszą przyczyną śmierci z powodu IChP w całej populacji w 2021 r. Serotyp 19A stanowi poważny problem epidemiologiczny w Polsce w kontekście lekooporności – ok. 67% izolatów jest niewrażliwych na co najmniej trzy klasy antybiotyków.

Zgodnie z dostępną wiedzą oraz rekomendacjami, lokalne programy szczepień przeciwko pneumokokom skierowane dla osób starszych powinny być realizowane z zastosowaniem szczepionek skoniugowanych o możliwie jak najszerzej ochronie.

W ramach programu osoby spełniające kryteria włączenia będą szczepione przeciwko pneumokokom polisacharydową skoniugowaną szczepionką 20-walentną (PCV20), która daje najszerze pokrycie przed występującymi w Polsce serotypami pneumokoka. Użycie tych szczepionek ma uzasadnienie zarówno w rejestracji leków (zgodnie z Charakterystyką Produktu Lekniczego - ChPL), dostępności na polskim rynku oraz rekomendacjach ekspertów.

4. Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna będzie realizowana w formie rozmowy edukacyjnej indywidualnie dla każdego pacjenta przed wykonaniem szczepienia. Jako materiały edukacyjne można będzie również wykorzystać przygotowane przez Realizatora broszury/ulotki. Każdy uczestnik programu uzyska informację na temat:

- Zakażeń pneumokokowych,
- Czynniki ryzyka,
- Ochrony jaką zapewniają szczepienia oraz o korzyściach wynikających ze szczepień.

Przed przeprowadzeniem edukacji pacjent zostanie poproszony o wypełnienie:

- Zgody na udział w programie
- Oświadczenia o braku wcześniejszych szczepień przeciwko pneumokokom
- Oświadczenia o występowaniu chorób będących wskazaniem do kwalifikacji do szczepień
- Pre – testu wiedzy.

III.4. Sposób udzielania świadczeń

Świadczenia oferowane w ramach programu będą bezpłatne dla jego uczestników i przysługiwać im będą na zasadzie dobrowolności. Świadczenia udzielane będą przez podmioty wyłonione w drodze otwartego konkursu ofert, zgodnie z art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).

Program realizowany będzie w placówkach, spełniających warunki wykonywania szczepień ochronnych, w tym:

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

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu wszystkich zaplanowanych w programie interwencji: edukacji, kwalifikacji do szczepień oraz szczepienia. Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie uczestnika programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.

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

1. Opracowanie programu.
2. Przekazanie programu do opiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT).
3. Po uzyskaniu pozytywnej opinii AOTMiT przyjęcie uchwały przez Radę Miasta Gdyni o wdrożeniu programu do realizacji.
4. Rozpoczęcie realizacji programu na terenie Gminy Miasta Gdyni.
5. Wybór podmiotu/ów leczniczego/ych realizującego/ych program w drodze postępowania konkursowego prowadzonego w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
6. Działania edukacyjne - kampania edukacyjno-informacyjna.
 - a) Miejsca działań edukacyjnych:
 - środki masowego przekazu (prasa, telewizja, radio, Internet),
 - transport publiczny,
 - domy kultury, kluby seniora,
 - podmioty lecznicze.
 - b) Formy działań edukacyjnych:
 - plakaty i ulotki edukacyjne dla mieszkańców,
 - audycje radiowo-telewizyjne w lokalnych mediach i artykuły w prasie.

Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej będzie prowadzona bezpośrednia i pośrednia edukacja pacjenta. Edukacja bezpośrednia będzie realizowana poprzez rozmowę z personelem medycznym (pielęgniarką, lekarzem). Edukacja pośrednia będzie oparta o ulotki informacyjne, plakaty i inne zaplanowane do wykorzystania materiały.

7. Rekrutacja i rejestracja uczestników programu

Przed przystąpieniem do programu pacjent zostanie poproszony o wypełnienie:

- Oświadczenia o zamieszkaniu na terenie Gdyni, występowaniu chorób będących wskazaniem do kwalifikacji do szczepień, o braku wcześniejszych szczepień przeciwko pneumokokom

- Zgody na udział w programie
 - Pre - testu wiedzy
8. Badanie uczestników (kwalifikacja do szczepienia)
 9. Szczepienia według przyjętego schematu, zgodnego ze wskazaniami producenta szczepionki
 10. Wypełnienie przez uczestnika ankiety satysfakcji oraz Po - testu wiedzy
 11. Monitoring i nadzór nad realizacją programu
 12. Zakończenie i rozliczenie programu.
 13. Ewaluacja programu.

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

Program szczepień będzie realizowany przez podmioty lecznicze, które zostaną wybrane do realizacji programu w drodze konkursu. W zakresie zapewnienia bezpieczeństwa planowanych interwencji, będą one zobowiązane do zapewnienia organizacji Programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie. Realizatorzy powinni zapewnić odpowiednią kadrą i infrastrukturę umożliwiającą prawidłową realizację Programu.

Szczepienia objęte programem wykonywane będą z wykorzystaniem szczepionek dopuszczonych do stosowania w Polsce, w sposób i według schematów zgodnych z Charakterystykami Produktów Leczniczych (ChPL) stosowanych szczepionek.

Minimalne kwalifikacje zawodowe osób realizujących program:

- Kwalifikowanie do szczepień – lekarz posiadający niezbędną wiedzę z zakresu szczepień ochronnych, wskazań oraz przeciwwskazań do szczepień, a także niepożądanych odczynów poszczepiennych.
- Podanie szczepionki – osoba uprawniona do podania szczepionki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych stosuje się odpowiednio przepisy art. 17 ust. 2-6): lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne, higienistki szkolne i ratownicy medyczni, posiadający kwalifikacje, określone w § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych.
- Edukacja zdrowotna – osoba posiadająca doświadczenie dydaktyczne w pracy z grupą docelową oraz posiadająca wiedzę z zakresu profilaktyki zakażeń pneumokokowych na poziomie odpowiednim, aby przekazywać treści całkowicie merytorycznie spójne z materiałami informacyjno-edukacyjnymi (np. lekarz medycyny, pielęgniarka – edukację może przeprowadzić ta sama osoba, co przeprowadza kwalifikację do szczepienia bądź szczepienie).

Warunki dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych:

Pomieszczenia, w którym będzie realizowany Program muszą spełniać wymogi ogólne i powinny być dostosowane do przeprowadzenia interwencji w ramach Programu.

- Kwalifikacja i szczepienie - warunki takie jak dla gabinetu diagnostyczno-zabiegowego (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa), a także dostępność do urządzeń odpowiednich do przechowywania szczepionek w warunkach zalecanych przez producenta (w szczególności zapewniających nieprzerwany łańcuch chłodniczy), materiały niezbędne do wykonania szczepienia oraz rozwiązania zapewniające gotowość do podjęcia działań na wypadek wystąpienia działań niepożądanych lub innej sytuacji zagrożenia dla zdrowia lub życia.
- Edukacja zdrowotna – spełniające wymogi ogólne, adekwatne do zaplanowanych działań.

W formularzu zgody na wykonanie szczepienia pacjenci proszeni będą o dobrowolne przekazanie swoich danych osobowych i kontaktowych (e-mail, nr telefonu) oraz wyrażenie zgody na kontakt ze strony organizatora/ realizatora programu w celu oceny satysfakcji uczestników, a także na wykorzystanie danych w celach statystycznych i oceny efektywności programu w czasie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności uczestników programu będzie na bieżąco monitorowana przez Gdyńskie Centrum Zdrowia na podstawie sprawozdawczości raportowanej przez realizatorów programu. Wszystkich realizatorów obowiązywać będzie miesięczna sprawozdawczość.

W ramach monitorowania zgłaszalności do programu będą analizowane następujące parametry i konkretne wskaźniki:

1. Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w PPZ
2. Liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z przyczyn zdrowotnych
3. Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie
4. Liczba przekazanych i wypełnionych ankiet satysfakcji

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

Informacja o wysokości frekwencji będzie oszacowana w trakcie trwania programu oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa.

Ocena jakości świadczeń profilaktycznych w ramach programu będzie dokonywana na bieżąco na podstawie ankiety satysfakcji wypełnianej przez uczestników/ beneficjentów Programu, stanowiącej załącznik nr 2 do Programu. Wszystkie świadczenia realizowane będą przez podmioty lecznicze wyłonione w postępowaniu

konkursowym i podlegać będą ocenie ze strony Gdyńskiego Centrum Zdrowia jednostki budżetowej Gminy Miasta Gdyni finansującej program pod względem jakości, zgodności z zapisami Programu, efektywności i gospodarności.

Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do realizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń. Każdy z uczestników programu będzie mógł wyrazić swoją opinię na temat programu oraz jego prowadzenia.

V.2. Ewaluacja

Efektywność programu szczepień przeciw pneumokokom zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja, tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej literaturze naukowej. Przewidywana minimalna efektywność zgłoszeń do programu to 75 % zakładanej populacji.

Ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników szczegółowo opisanych w punkcie *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Szacunkowe koszty w skali roku prezentuje tabela poniżej.

Lp.	Pozycja kosztorysu	Liczba osób/ sztuk	Koszt jednostkowy (zł)	Koszt całkowity (zł)
1	Szczepienie (koszt zakupu szczepionki PCV20)	300	260	78 000,00
2	Badanie kwalifikacyjne + podanie szczepionki	300	50	15 000,00
3	Edukacja zdrowotna i rejestracja (zebranie oświadczeń, zgód, pre i po testów)	300	30	9 000,00
4	Działania informacyjno – promocyjne (wydruk plakatów, ulotek, artykuły w mediach)	1	5 000,00	5 000,00
5	Koordinacja i obsługa administracyjna	1	6 000,00	6 000,00
6	Monitoring i ewaluacja	1	7 000,00	7 000,00
ŁĄCZNIE				120 000,00

Koszty monitorowania i ewaluacji programu nie zostały uwzględnione w kosztorysie z uwagi na fakt, że system monitorowania i ewaluacji będzie oparty na danych raportowanych przez realizatora programu (w ramach obowiązków sprawozdawczych) oraz pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Analizę tychże danych prowadzić będzie Gdyńskie Centrum Zdrowia jednostka budżetowa Gminy Miasta Gdyni.

VI.2. Planowane koszty całkowite

Planowany koszt realizacji programu w roku **2024 to 120 000,00 zł.**

Przy założeniu utrzymania wysokości finansowania w kolejnym roku, całkowity koszt realizacji programu w latach **2024 – 2025 wyniesie 240 000,00 zł.**

VI.3. Źródło finansowania

Program finansowany będzie ze środków pochodzących z budżetu Gminy Miasta Gdyni zgodnie z umowami zawartymi z podmiotami medycznymi wybranymi do realizacji Programu.

W przypadku pozyskania dodatkowych środków finansowych (np. z NFZ), liczba osób zaszczepionych, koszt całkowity programu i koszty w poszczególnych latach mogą ulec zmianie.

VII. Bibliografia

1. Cartwright K. Pneumococcal disease in Western Europe: burden of disease, antibiotic resistance and management. Eur J Pediatr. 2002, 161:188–195.
2. CDC, Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases The Pink Book: Course Textbook - 14th Edition (2021), 255-274
3. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendation and Reports. Preventing pneumococcal disease: Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR April 4, 1997 /Vol.46/
4. Charakterystyka Produktu Leczniczego Prevenar 13. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/prevenar-13#product-information-section> (Dostęp: 2022.05.20).
5. Charakterystyka Produktu Leczniczego Apexxnar: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/apexxnar-epar-product-information_pl.pdf <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/apexxnar#product-information-section> (Dostęp: 2022.11.17).
6. Dinleici, E., & Abidin, Z., Current knowledge regarding the investigational 13-valent pneumococcal conjugate vaccine. Expert Rev. Vaccines., 2009, 8 (8), 977-986 –
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Invasive pneumococcal disease. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2020.:<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/invasive-pneumococcal-disease-annual-epidemiological-report-2018>
8. Harat R., Alexander R., Gray S., et al. Prospective, population-based surveillance of the burden of Streptococcus pneumoniae in community-acquired pneumonia in older adults, Chrzanów County, Poland, 2010 to 2012. Pneumonia Alergol Pol. 2016;84(2):95-103. doi:10.5603/PiAP.2016.0007
9. Jaśkowiak K., Dudzisz A., Golicki D., Zapalenia płuc u osób dorosłych w Polsce – pneumokokowe zapalenia płuc i ich profilaktyka.: <https://www.termedia.pl/Zapalenia-pluc-u-osob-doroslych-w-Polsce-pneumokokowe-zapalenia-pluc-i-ich-profilaktyka,98,44155,0,1.html>
10. Kaplan V., Clermont G., Griffin M.F. et al.: Pneumonia: still the old man's friend? Arch Intern Med 2003; 163:317–323.
11. Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN). Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2022 roku. Dane KOROUN. <http://koroun.nil.gov.pl/dane-epidemiologiczne/>
12. Kyaw M.H., Christie P., Clarke S.C. et al.: Invasive pneumococcal disease in Scotland, 1999-2001: use of record linkage to explore associations between patients and disease in relation to future vaccination policy. Clin Infect Dis 2003, 37:1283–1291.

13. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru; Główny Inspektorat Sanitarny, Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2022 roku.
14. Robinson K., A., Baughman W., Rothrock G. et al.: Epidemiology of invasive Streptococcus pneumoniae infections in the United States, 1995-1998: Opportunities for prevention in the conjugate vaccine era. JAMA, 2001, 285:1729–1735.
15. Rückinger S. et al. Association of Serotype of Streptococcus pneumoniae With Risk of Severe and Fatal Outcome. Pediatr Infect Dis J. 2009 Feb, 28(2), 118 –122.
16. Sadkowska-Tadys M. et al. Infectious diseases in Poland in 2015. PRZEGL. EPIDEMIOLOG., 2017, 71(3):295-309.
17. Streptococcus pneumoniae: Information for Clinicians | CDC
Dostępne pod: <https://www.cdc.gov/pneumococcal/clinicians/streptococcus-pneumoniae.html> (Accesed 8 July 2022)
18. Dane epidemiologiczne Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Instytut Badawczy: http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2022/Ch_2022.pdf
19. Raport Pneumokokowe zapalenie płuc u osób dorosłych – sytuacja w Polsce: https://prowly-uploads.s3.eu-west-1.amazonaws.com/uploads/landing_page_image/image/341692/5858ff54f8351b4cf0920a0d554614fd.pdf
20. Program Szczepień Ochronnych 2024: <https://www.gov.pl/web/psse-przasnysz/program-szczepien-ochronnych-na-rok-2024>
21. Informacje na temat szczepień przeciwko pneumokokom: <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/pneumokoki/>
22. Charakterystyka Produktu Leczniczego Vaxneuvance. Dokument dostępny pod linkiem: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxneuvance-epar-product-information_pl.pdf (dostęp 17.11.2022)
23. Charakterystyka Produktu Leczniczego Pneumovax 23 Dokument dostępny pod linkiem: <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/21888/characteristic> (dostęp 17.11.2022)
24. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 września 2023 r.

TEST WIEDZY

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla mieszkańców Gdyni w wieku od 55 roku życia
na lata 2024 - 2025

.....

data

PRE-TEST* **PO-TEST*** (*zaznacz właściwe)

1. Pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*) to:

- ☐ Bakterie
- ☐ Wirusy
- ☐ Grzyby
- ☐ Pasożyty

2. Pneumokoki wywołują (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):

- ☐ zapalenie ucha środkowego
- ☐ zawał serca
- ☐ zapalenie płuc
- ☐ sepsę (inaczej posocznicę)

3. Jakie osoby są najbardziej narażone na choroby wywołane przez pneumokoki (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)?

- ☐ dzieci do 2 r. ż.
- ☐ wiek nie ma znaczenia
- ☐ osoby po 65 r. ż.
- ☐ osoby z chorobami przewlekłymi

4. Jakie choroby mieszczą się w pojęciu inwazyjnej choroby pneumokokowej (ICH)?

- ☐ Zakażenie skóry, zapalenie ucha środkowego
- ☐ Zapalenie układu moczowego, zakażenie skóry
- ☐ Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie płuc
- ☐ Angina ropna, zapalenie płuc

5. Czy inwazyjna choroba pneumokokowa – IChP może być śmiertelna?

- ☐ tak
- ☐ nie

6. Czy pneumokoki przenoszą się drogą kropelkową?

- ☐ tak
- ☐ nie

7. Jakie mogą być powikłania choroby pneumokokowej (możliwa więcej niż jedna odpowiedź)?

- ☐ niedosłuch, głuchota
- ☐ brak powikłań
- ☐ zawał serca
- ☐ ryzyko zgonu

8. Do najczęstszych objawów pneumokokowego zapalenia płuc u dorosłych należą (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):

- ☐ Ból brzucha
- ☐ Wysoka gorączka (ponad 40°C)
- ☐ Dreszcze
- ☐ Trudności w oddychaniu
- ☐ Utrzymujący lub nasilający się kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny

9. Szczepienia przeciwko pneumokokom w największym stopniu obniżają ryzyko (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):

- ☐ Ciężkiego zapalenia płuc
- ☐ Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych
- ☐ Zapalenia ucha środkowego
- ☐ Anginy ropnej

10. Kiedy najlepiej zaszczepić się przeciw pneumokokom?

- ☐ W dowolnym czasie - każdy dzień jest dobry na szczepienie
- ☐ Od września do grudnia
- ☐ Od stycznia do marca

.....
Data

ANKIETA SATYSFAKCJI

Prosimy o wypełnienie krótkiego kwestionariusza. Przy każdym pytaniu proszę o zaznaczenie kwadratu, który najlepiej odpowiada Państwa opinii. Ankieta pozwoli na ulepszenie działań w kolejnych latach. Ankieta jest w pełni anonimowa i służy jedynie celom statystycznym.

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji?

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

2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie kwalifikacji i szczepienia?

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

3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie szczepienia?

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

4. Jak ocenia Pan(i) poziom edukacji w ramach programu?

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

5. Jak ocenia Pan(i) ogólnie realizację Programu?

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

6. Inne uwagi.

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 7 i 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych gminy należy opracowywanie i realizacja programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla mieszkańców Gdyni w wieku od 55 roku życia, w dniu 18 kwietnia 2024 r. otrzymał pozytywną opinię nr 27/2024 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów.

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), każdego roku na zakażenia wywołane przez pneumokoki umiera 1,5 mln osób. Leczenie tych zakażeń utrudnia narastająca oporność pneumokoków na antybiotyki. W populacji dorosłych szczególnie narażona na zakażenia jest populacja ludzi starszych (po 65 r.ż.), z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP)), z chorobami układu krążenia, ze schorzeniami metabolicznymi jak np. cukrzyca, u których również stwierdza się deficyty odporności oraz dorosłych i dzieci cierpiących na choroby przewlekłe (tj. cukrzycę, choroby sercowo-naczyniowe, choroby układu oddechowego, w tym astmę lub zaburzenia immunologiczne).

Od 1 września 2023 roku w Polsce na liście leków refundowanych (refundacja 100%) znalazła się 13-walentna szczepionka przeciw pneumokokom – Prevenar 13. Refundacja jest dedykowana osobom w wieku powyżej 65 lat w grupach ryzyka wystąpienia choroby pneumokokowej.

Szczepienia dla grupy wiekowej 55 - 64 nie są finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, pomimo że są zalecane w Programie Szczepień Ochronnych. Szczepienie osób z tej grupy wiekowej stanowi uzupełnienie obecnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej.

Planowany koszt realizacji programu w roku 2024 to 120 000,00 zł. Przy założeniu utrzymania wysokości finansowania w kolejnym roku, całkowity koszt realizacji programu w latach 2024 – 2025 wyniesie 240 000,00 zł.

Zgodnie z art. 90 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym przedmiotowa uchwała powinna zostać przedłożona Wojewodzie Pomorskiemu w terminie 7 dni od daty jej podjęcia.