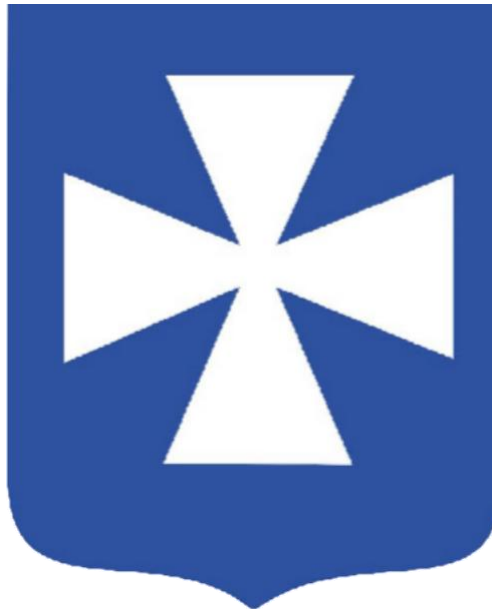


Załącznik Nr 5 do umowy Nr
zawartej w dniu pomiędzy
Gminą Miasto Rzeszów a

Program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń meningokokowych na lata 2025-2030”

Załącznik do Uchwały Nr XXXII/590/2025 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 30 września 2025 r. w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń meningokokowych na lata 2025-2030”.



Program profilaktyki zakażeń meningokokowych na lata 2025-2030

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

Rzeszów, 2025

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne.....	6
3. Opis obecnego postępowania	7
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	8
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	10
1. Cel główny	10
2. Cele szczegółowe.....	10
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	10
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	11
1. Populacja docelowa	11
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	12
3. Planowane interwencje.....	13
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	17
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	17
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	17
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne.....	17
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	18
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	19
1. Monitorowanie	19
2. Ewaluacja.....	20
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	21
1. Koszty jednostkowe	21
2. Planowane koszty całkowite	22
3. Źródło finansowania	25
Bibliografia	26
Załączniki	27

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Meningokoki (łac. *Neisseria meningitidis*) są to gram-ujemne bakterie (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych), chorobotwórcze drobnoustroje, wywołujące inwazyjną chorobę meningokokową (ICHM), objawiającą się najczęściej jako meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub posocznica (sepsa) meningokokowa. Sepsa meningokokowa to uogólnione zakażenie krwi bakteriami, które powoduje bardzo ciężkie objawy ze strony wielu narządów. Bakterie krążą wraz z krwią w organizmie chorego i mogą zakażać cały organizm. Stan ten charakteryzuje się znaczną śmiertelnością (od 20 do nawet 70%). Dwoinka zapalenia opon mózgowych może również wywoływać inne krwiopochodne infekcje, takie jak ropne zapalenie stawów, zapalenie płuc, zapalenie osierdzia i wsierdzia, szpiku kostnego, zapalenie spojówek, ucha środkowego, gardła, zakażenia w obrębie układu moczowo-płciowego i miednicy małej. Zakażenia mogą występować nie tylko w postaci zachorowań sporadycznych, endemicznych, hiperendemicznych, ale również epidemicznych i pandemicznych.

Okres wylegania choroby wynosi od 2 do 10 dni, przeciętnie 3-4 dni. W jej przebiegu najczęściej obserwuje się zagrażające życiu ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, rzadziej sepsę, natomiast bardzo rzadko meningokoki są przyczyną zakażeń o łagodniejszym przebiegu, takich jak zapalenie płuc czy zapalenie gardła. Na zakażenie meningokokami narażeni są wszyscy, niezależnie od płci czy wieku, najczęściej jednak chorują dzieci w wieku od 3 miesięcy do 1 roku życia, następnie dzieci w wieku do 5 lat oraz nastolatki i młodzi dorośli w wieku 16-21 lat.

Ze względu na różnice antygenowe wielocukrów otoczkowych szczepy *Neisseria meningitidis* podzielono na dwanaście grup serologicznych: A, B, C, X, Y, Z, W-135, 29E, H, I, K i L, z których A, B, C, Y i W-135 odpowiadają za ponad 90% zakażeń na całym świecie. W Polsce, podobnie jak w pozostałych krajach Europy, większość zachorowań wywoływanych jest przez meningokoki z grup B i C, rzadziej W-135 i Y.

Źródłem zakażenia meningokokami są nosiciele tych bakterii oraz osoby chore. Nosicielami meningokoków są często rodzice, czy starsze rodzeństwo dziecka, u których brak jest objawów choroby. Odsetek bezobjawowych nosicieli jest największy wśród osób w wieku 15-24 lat. Meningokokami zarazić się można poprzez bezpośredni kontakt z wydzieliną z dróg oddechowych chorego lub drogą kropelkową. Oznacza to, iż do zakażenia może dojść poprzez pocałunek w usta, czy stosowanie tych samych naczyń, sztućców, itp. Nosicielstwo w obrębie jamy nosowo-gardłowej dotyczy od 2-25% populacji, jednak w środowiskach zamkniętych odsetek ten może się zwiększać do 40-80%. Zakażenie meningokokami najczęściej przebiega jako nosicielstwo, czyli nie daje objawów chorobowych. Jest to szczególnie charakterystyczne dla młodzieży i młodych dorosłych.

Choroba diagnozowana jest w wielu przypadkach bardzo późno, ponieważ w fazie początkowej manifestuje się objawami podobnymi do przeziębienia, np. osłabieniem, gorączką, bólami stawowymi i mięśniowymi, czy ogólnym złym samopoczuciem. W przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych występują objawy tzw. oponowe, takie jak: silny ból głowy, nudności, wymioty, sztywność karku, drgawki, światłowstręt, senność. Posocznice często poprzedzają objawy zakażenia układu oddechowego, gorączka, bóle głowy i wymioty. Sepsa ma zazwyczaj błyskawiczny przebieg, zwykle towarzyszy jej wysypka krwotoczna (krwawe wybroczyny, które pojawiają się na ciele chorego).

Leczenie IChM polega na odpowiednio dobranej antybiotykoterapii i musi być wdrożone jak najszybciej, najlepiej już w pierwszej dobie od rozpoznania choroby, najpierw jako leczenie empiryczne (powinno być podane w ciągu pierwszej godziny, a w przypadku podejrzenia etiologii meningokokowej w ciągu 30 min.), następnie jako terapia celowana (po uzyskaniu wyniku badania mikrobiologicznego). W leczeniu zakażeń meningokokowych stosuje się ampicylinę, penicylinę, chloramfenikol, a także ceftriakson. W przypadku ciężkiego zakażenia konieczna może być hospitalizacja, przy czym izolacja pacjenta nie jest wymagana. Dodatkowo stosuje się chemioprophylaktykę, polegającą na profilaktycznym podaniu antybiotyku osobom z bliskiego otoczenia chorego (w pewnych przypadkach także samemu choremu), co ma za zadanie likwidację potencjalnego nosicielstwa nosogardłowego *Neisseria meningitidis* w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia wtórnych przypadków zakażeń. Ze względu na fakt, że zakażenia meningokokowe stanowią zagrożenie nie tylko dla samego chorego, ale również dla innych, chemioprophylaktykę u osób

z najbliższego otoczenia należy wdrożyć jak najszybciej od momentu wystąpienia zachorowania, najlepiej w ciągu pierwszych 24 godzin. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 5-15% dzieci i młodych dorosłych jest nosicielami meningokoków w nosie i gardle, więc chemioprophylaktyka ma niewielką wartość dla kontroli większości chorób endemicznych i epidemicznych. Immunizacja poprzez szczepienia ochronne jest jedynym racjonalnym podejściem do kontroli choroby meningokokowej.

2. Dane epidemiologiczne

Zakażenia meningokokowe występują na całym świecie. Każdego roku odnotowuje się około 1,2 mln przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej, w tym 135 000 przypadków śmiertelnych. Częstość występowania inwazyjnej choroby meningokokowej jest bardzo zróżnicowana i zależy m. in. od położenia geograficznego. Ponad 90% wszystkich zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową wywołują meningokoki należące do 5 serogrup, tj. A, B, C, Y oraz W-135. Najwięcej zakażeń meningokokami serogrupy A występuje w Afryce Subsaharyjskiej (80-85%), gdzie odnotowywana jest zachorowalność na poziomie 1200/100 tys. ludności, a duże epidemie występują co 5-10 lat, rzadziej w Azji, Ameryce Południowej, najrzadziej w Stanach Zjednoczonych i sporadycznie w Europie. U niemowląt i małych dzieci (głównie do 1 roku życia) nawet ponad 70% przypadków zachorowań wywołują meningokoki serogrupy B, jednak już od 2 roku życia znacząco zwiększa się udział meningokoków serogrupy C, która dominuje u osób w wieku 4-24 lat.

Zgodnie z najnowszymi publikowanymi danymi, w 2022 r. w 30 krajach Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG) zgłoszono 1 149 potwierdzonych przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej. Całkowita liczba potwierdzonych przypadków IChM podwoiła się w porównaniu z rokiem poprzednim (2021). Cztery kraje (Francja, Niemcy, Polska i Hiszpania) odpowiadały za 60% wszystkich potwierdzonych przypadków. Ogólny średni wskaźnik rozpowszechnienia omawianego problemu zdrowotnego na terenie UE/EOG wyniósł 0,3/100 tys. mieszkańców (w Polsce odnotowano dokładnie taką samą wartość). W 2022 r. odsetek zgłoszeń w różnych grupach wiekowych był podobny do obserwowanego w poprzednich latach. Najwyższe rozpowszechnienie obserwowano u niemowląt, a następnie małych dzieci i nastolatków. Meningokoki

serogrupy B stanowiły 62% wszystkich zakażeń meningokokowych w analizowanym okresie. Za pozostałe odpowiadały: serogrupa Y (16%), serogrupa W (10%), serogrupa C (6%) oraz inne serogrupy (6%). Należy jednak podkreślić, że u noworodków, niemowląt i małych dzieci serogrupa B odpowiada za nawet 80% wszystkich zakażeń. W 2022 r. objawy kliniczne zgłoszono w 624 potwierdzonych przypadkach IChM (54%). Najczęstszymi zgłaszanymi objawami były: zapalenie opon mózgowych (46%), posocznica (26%), zapalenie opon mózgowych w przebiegu z posocznicą (16%), zapalenie płuc (2%). Zdecydowaną większość zgłoszonych przypadków IChM stanowiły osoby nieszczepione (93%).

Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce jest na średnim poziomie europejskim, ale może podlegać okresowym wahaniom. Najwyższa była w 2007 r. (1,03/100 tys. ludności), nieco niższa w 2009 r. (0,8/100 tys.), a w 2023 r. osiągnęła poziom 0,41/100 tys. W Polsce co roku zgłaszanych jest ok. 150-200 zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (w 2023 r. potwierdzono 154 przypadki, w 2024 r. – 158 przypadków). Wśród zgłoszonych i potwierdzonych przypadków najwięcej dotyczy meningokoków serogrupy B (65%) oraz serogrupy C (20%). Zakażenia meningokokami serogrupy W dotyczą ok. 11% zgłoszonych przypadków. Zakażenia serogrupami Y, X oraz innych występują bardzo rzadko. W grupie wieku do 11 m. ż. najczęściej występują meningokoki serogrupy B stanowiąc ok. 70% wszystkich zachorowań. Pozostałe 30% w tej grupie wywoływane są przez inne serotypy, głównie C i W. W województwie podkarpackim w 2024 roku odnotowano prawie dwukrotny spadek liczby zarejestrowanych zachorowań w porównaniu z rokiem 2023 (w roku 2024 było to 7 zachorowań, zapadalność - 0,3; w roku 2023 było to 12 przypadków, zapadalność - 0,6).

3. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych (PSO) na rok 2025 szczepienia przeciwko meningokokom nie są finansowane ze środków publicznych, ale są zalecane:

- niemowlętom od ukończenia 6 tygodnia życia lub 8 tygodnia życia w zależności od rodzaju szczepionki;

- dzieciom i osobom dorosłym narażonym na ryzyko inwazyjnej choroby meningokokowej: z bliskim kontaktem z chorym lub materiałem zakaźnym (personel medyczny, pracownicy laboratorium), przebywającym w zbiorowiskach (przedszkolach, żłobkach, domach studenckich, internatach, koszarach), osobom z zachowaniem sprzyjającym zakażeniu (intymne kontakty z nosicielem lub osobą chorą, np. głęboki pocałunek), osobom podróżującym;
- dzieciom i osobom dorosłym z niedoborami odporności: z anatomiczną lub czynnościową asplenią, zakażonym wirusem HIV, z nowotworem złośliwym, chorobą reumatyczną, przewlekłą chorobą nerek i wątroby, leczonym ekulizumabem z powodu napadowej nocnej hemoglobinurii lub atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego, przed i po przeszczepieniu szpiku, osobom leczonym immunosupresyjnie;
- dzieciom w wieku od ukończenia 2 miesiąca życia z grup ryzyka zaburzeń odporności oraz szczególnie narażonym na zachorowanie nastolatkom i osobom powyżej 65 roku życia.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Program pozwoli na zwiększenie skuteczności zapobiegania inwazyjnym zakażeniom *Neisseria meningitidis* na terenie miasta Rzeszowa. Obecnie najlepszą metodą zapobiegania zakażeniom meningokokowym jest immunizacja czynna. Proponowane w interwencjach szczepienia ochronne są zalecanymi w odniesieniu do wybranej grupy docelowej, natomiast nie są finansowane ze środków publicznych. W związku z powyższym uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do szczepień przeciwko meningokokom pozwoli na zwiększenie wskaźnika wyszczepialności w populacji docelowej. Ponadto istnieje szansa na zwiększenie tego wskaźnika w odniesieniu do całej populacji miasta Rzeszowa, w efekcie realizacji akcji informacyjno-edukacyjnej. Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej może zatem stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Ponadto, działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.: Obszar Pacjent, Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych (Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych oraz Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia);
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025: Cel operacyjny 4: zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026 – choroby zakaźne uwzględniono wśród trzech głównych grup problemów zdrowotnych w Polsce;
4. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa podkarpackiego: Zwiększenie liczby uczestników Programów Polityki Zdrowotnej realizowanych przez JST województwa.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie, w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie zakażeń meningokokowych, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych.

2. Cele szczegółowe

1) Zmniejszenie o co najmniej 5%* w okresie trwania całego programu, liczby zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową wśród osób z terenu realizacji PPZ.

2) Zwiększenie o 9% odsetka osób z populacji docelowej programu zaszczepionych przeciwko meningokokom.

* Wartości docelowe przyjęto biorąc pod uwagę ograniczenia finansowe, profil populacji docelowej oraz doświadczenia z realizacji PPZ w obszarze profilaktyki zakażeń meningokokowych przez inne samorządy.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tabela I. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności (%)
Główny	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie zakażeń meningokokowych, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do wszystkich uczestników wypełniających pre-test)
Szczegółowy 1	Odsetek zachorowań na IChM w populacji osób z terenu realizacji PPZ w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu (Iloraz wszystkich zachorowań z terenu realizacji PPZ w przeciągu trwania programu w stosunku do liczby zachorowań sprzed wprowadzenia realizacji programu)
Szczegółowy 2	Odsetek uczestników zaszczepionych przeciwko N. meningitidis w okresie trwania całego programu w stosunku do liczebności populacji docelowej (Iloraz uczestników zaszczepionych przeciwko N. meningitidis w programie w stosunku do liczby osób z populacji docelowej)

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

1. Populacja docelowa

Program w zakresie działań edukacyjnych kierowany będzie do populacji dzieci i młodzieży, zamieszkujących miasto Rzeszów, a także ich rodziców/opiekunów prawnych oraz kadry zatrudnionej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (żłobkach), sprawującej opiekę nad dziećmi kwalifikującymi się do szczepień ochronnych. W zakresie szczepień ochronnych program będzie kierowany do uczęszczających do żłobka niemowląt w wieku od 6 do 11 miesięcy oraz dzieci w wieku od 12 do 23 miesięcy (na dzień przyjęcia pierwszej dawki szczepienia). Niemowlęta i dzieci będą szczepione przeciwko meningokokom typu B. Populacja została dobrana zgodnie z zaleceniami Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025 oraz Rekomendacją nr 9/2024 z dnia 31 grudnia 2024 r. Prezesa AOTMiT.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w Rzeszowie w roku 2024 odnotowano 1 918 żywych urodzeń, rok wcześniej – 1 722. Nie wszystkie niemowlęta i dzieci do lat 2 korzystają jednak z opieki instytucjonalnej w żłobkach. Według danych Urzędu Miasta Rzeszowa w roku 2024 do żłobków publicznych i prywatnych uczęszczało 2 484 dzieci w wieku do lat 2, w tym 1 196 dziewczynek (48,1%) oraz 1 288 chłopców (51,9%). Powyższe dane pozwalają szacować, że liczba dzieci w wieku do lat 2, uczęszczających do żłobków w okresie realizacji szczepień w programie (2026-2030) wyniesie ok. 8 700 osób. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi miasta, obejmie łącznie:

- ok. 500 osób (ok. 5,75% populacji docelowej) – w I wariantcie budżetu,
- ok. 1 000 osób (ok. 11,5% populacji docelowej) – w II wariantcie budżetu,
- ok. 1 500 osób (ok. 17,25% populacji docelowej) – w III wariantcie budżetu.

Miasto Rzeszów zastrzega sobie możliwość ograniczenia grupy docelowej w ostatnim roku realizacji programu celem zapewnienia pełnego schematu szczepień dzieciom, które rozpoczęły szczepienie w latach poprzednich. W ramach programu zapewnia się szczepienie przeciwko meningokokom grupy B, zgodnie ze schematem szczepień wynikającym z Charakterystyki Produktu Leczniczego zastosowanej szczepionki (maksymalnie do ukończenia przez dziecko 5 r. ż.), jednak nie później niż do końca realizacji programu w 2030 r. Dzieci, które z różnych powodów nie zdążą skorzystać w trakcie realizacji programu z pełnego schematu szczepień

(tj. przyjąć wszystkich dawek), nie będą mogły po roku 2030 skorzystać ze szczepień finansowanych przez miasto Rzeszów – ich koszt będą pokrywać rodzice/opiekunowie prawni we własnym zakresie.

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

1) Działania edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- dziecko/nastolatek, zamieszkujący na terenie miasta Rzeszowa,
- rodzic/opiekun prawny dziecka/nastolatka, zamieszkujący na terenie miasta Rzeszowa i posiadający Rzeszowską Kartę Mieszkańca lub Rzeszowską Kartę Rodziny,
- osoba zatrudniona w placówce opiekuńczo-wychowawczej, sprawującej opiekę nad dziećmi spełniającymi kryteria włączenia do szczepień ochronnych,
- dobrowolna zgoda na udział w Programie,

b) Kryteria wyłączenia:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat (oświadczenie uczestnika);

2) Szczepienia ochronne

a) Kryteria włączenia:

- wiek: od 6 do 23 miesięcy (na dzień przyjęcia pierwszej dawki szczepionki),
- zamieszkiwanie na terenie miasta Rzeszowa,
- uczęszczanie do żłobka publicznego lub prywatnego,
- dobrowolna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział w Programie,

b) Kryteria wyłączenia:

- indywidualne przeciwwskazania zdrowotne do wykonania szczepienia, stwierdzone podczas badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia,
- wcześniejsze zaszczepienie przeciwko meningokokom typu B.

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miasta Rzeszowa (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne będą odbywać się także z uwzględnieniem lokalnych mediów (np. prasa, radio, tv, spoty w autobusach miejskich), publikacji w mediach społecznościowych, kolportażu ulotek i plakatów informacyjnych w siedzibie realizatora programu, w wybranych podmiotach leczniczych na terenie miasta Rzeszowa, siedzibach organizacji pozarządowych, jednostkach miejskich itp. Ponadto promocja programu będzie realizowana również poprzez akcje profilaktyczne, w tym realizowane z wykorzystaniem systemów reklamowych roll-up oraz gadżetów rozdawanych uczestnikom. Realizator będzie również zobowiązany do uczestnictwa w akcjach informacyjno-edukacyjnych oraz profilaktycznych organizowanych przez miasto Rzeszów (takich jak np. akcja pn. IGŁOwaSpokojna). Dodatkowo, promocja programu będzie także realizowana w trakcie działań edukacyjnych organizowanych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (żłobkach). Zakres tych działań wskazano w opisie działań edukacyjnych realizowanych w ramach programu. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

3.2. Profilaktyka zakażeń meningokokowych

1) Działania edukacyjne

- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie świadomości populacji ogólnej nt. profilaktyki zakażeń meningokokowych, w tym m.in. na temat:
 - charakteru zakażeń meningokokowych, przebiegu choroby (w tym nietypowego, jak to jest obecnie opisywane dla zakażeń MenW),

- zagrożeń wynikających z zakażenia N. meningitidis,
- wysokiej śmiertelności, trwałych następstw choroby, informacji o grupach osób o zwiększonym ryzyku,
- możliwości profilaktyki za pomocą szczepień ochronnych,
- ochrony, jaką zapewniają szczepionki oraz o szacowanym czasie jej trwania, a także o częstotliwości występowania ewentualnych niepożądanych odczynów poszczepiennych,
- wiedzy na temat korzyści i szkód wynikających z immunizacji,
- bezpieczeństwa dostępnych szczepionek,
- miejsc i godzin otwarcia punktu prowadzącego szczepienia w ramach programu;
- realizowane przez personel medyczny udzielający świadczeń w ramach PPZ, przekazujący rodzicom pacjentów informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim,
- realizowane za pomocą metod podających – materiałów edukacyjnych opracowanych w formie papierowej oraz elektronicznej (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Miasta Rzeszowa, realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne sporządzone Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne),
- realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu,
- realizowane podczas akcji informacyjno-edukacyjnych oraz profilaktycznych organizowanych przez miasto Rzeszów (takich jak np. akcja pn. IGŁOwaSpokojna), w tym z uwzględnieniem udziału realizatora w co najmniej dwóch akcjach po 3h w każdym roku realizacji programu,
- realizowane podczas spotkań w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, sprawujących opiekę nad dziećmi spełniającymi kryteria włączenia do szczepień ochronnych (tj. żłobkach) – corocznie odbędzie się jedno spotkanie zaplanowane i zorganizowane przez realizatora w formie

hybrydowej (stacjonarnie oraz online z wykorzystaniem platformy do organizacji wideokonferencji), trwające min. 2h, przeprowadzone z wykorzystaniem metody wykładu/prelekcji, kierowane do rodziców oraz kadry zatrudnionej w ww. podmiotach, zorganizowane w miejscu wskazanym przez Urząd Miasta Rzeszowa (w przypadku problemów z rekrutacją, realizator zobowiązany będzie do przeprowadzenia dodatkowych spotkań z przedstawicielami żłobków i rodzicami),

- realizowane podczas spotkań dla zatrudnionych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (żłobkach) pielęgniarek, higienistek i położnych – corocznie odbędzie się jedno spotkanie zaplanowane i zorganizowane przez realizatora w formie stacjonarnej, trwające min. 2h, zrealizowane z wykorzystaniem metody wykładu i dyskusji,
- realizowane w ramach indywidualnej edukacji zdrowotnej rodziców podczas lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej przed podaniem pierwszej dawki szczepionki.

2) Szczepienia ochronne przeciwko IChM

a) Lekarska wizyta kwalifikacyjna (przed podaniem każdej z dawek szczepionki)

- realizowana celem wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia określonych w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL) danego preparatu szczepionkowego,
- obejmująca udzielenie kluczowych informacji na temat szczepienia (m.in. zakres działania szczepionki oraz jej bezpieczeństwa), a także udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na wszelkie pytania rodzica/opiekuna prawnego związane ze szczepieniem oraz uzyskanie jego świadomej zgody na wykonanie szczepienia,
- obejmująca indywidualną edukację zdrowotną rodzica/opiekuna prawnego podczas lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki zakażeń meningokokowych wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór testu – załącznik 1).

b) Szczepienie przeciwko meningokokom grupy B (3 dawki), realizowane zgodnie z poniższymi założeniami:

- szczepienia należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego szczepionki dopuszczonej do obrotu na terenie Polski (np. Boxero) w populacji dzieci w wieku od 6 do 23 miesięcy w momencie przyjęcia pierwszej dawki,
- schemat szczepienia podstawowego w przypadku szczepionki Boxero składa się z dwóch dawek po 0,5 ml: dawki początkowej oraz drugiej dawki podanej co najmniej 2 miesiące później,
- w przypadku niemowląt rozpoczynających schemat szczepienia podstawowego od 6 do 11 miesiąca życia – należy podać jedną dawkę przypominającą w drugim roku życia, z zachowaniem odstępu co najmniej 2 miesięcy między serią szczepienia podstawowego a dawką przypominającą,
- w przypadku dzieci rozpoczynających schemat szczepienia podstawowego od 12 do 23 miesiąca życia – należy podać jedną dawkę przypominającą zachowaniem odstępu co najmniej 2 miesięcy między serią szczepienia podstawowego a dawką przypominającą (dawka ta może być przyjęta najpóźniej do ukończenia 5 r. ż.),
- rodzica/opiekuna prawnego należy uprzedzić o możliwym wystąpieniu niepożądanych odczynów poszczepiennych i sposobie postępowania w tym wypadku,
- należy stworzyć listę kontaktową do rodziców/opiekunów prawnych dzieci, które przyjęły pierwszą dawkę szczepionki, w celu prowadzenia przypomnień o terminie podania drugiej i kolejnych dawek szczepionki (kontakt telefoniczny lub powiadomienie SMS na 7 dni przed terminem kolejnego szczepienia).

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 2). W ostatnim dniu udzielania świadczeń w programie rodzicowi/opiekunowi prawnemu należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika (załącznik 4).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także

zgodne z Rekomendacją nr 9/2024 z dnia 31 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki zakażeń meningokokowych.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Rekrutacja do programu prowadzona będzie w punktach szczepień wskazanych przez realizatora. Dodatkowo, realizator będzie prowadził rekrutację również bezpośrednio w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (żłobkach) poprzez przedstawienie założeń programu dyrekcji tych placówek i rodzicom dzieci spełniających kryteria kwalifikacji do szczepień. Po podaniu szczepionki, zgodnie z ChPL danego preparatu, należy podjąć odpowiednie środki ostrożności w celu ochrony pacjenta przed ewentualnymi omdleniami czy utratą równowagi mogących prowadzić do wystąpienia urazów.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- zakończenie działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych – w przypadku rodziców/opiekunów prawnych dzieci, które podczas badań kwalifikacyjnych do szczepienia ochronnego nie zostaną zakwalifikowane,
- zrealizowanie przez uczestnika schematu szczepień przy użyciu wybranego preparatu,
- zgłoszenie przez rodzica/opiekuna prawnego chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2025 r.);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności PPZ z właściwą rekomendacją oraz zaopiniowanie PPZ przez Wojewodę Podkarpackiego (III kwartał 2025 r.);
- 3) podjęcie uchwały w sprawie programu polityki zdrowotnej przez Radę Miasta Rzeszowa (III lub IV kwartał 2025 r.);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 r. – I kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2025 r. – I kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030):
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki, media), opisana szczegółowo w punkcie 3.1. (Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej),
 - działania edukacyjne,
 - szczepienia ochronne przeciwko IChM,
 - analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2030):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestnika (załącznik 4),
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej i przekazanie go do AOTMiT (I kwartał 2031).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Rzeszowa. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie podmiotu leczniczego,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2025 r. poz. 450],
- zapewnienie realizacji wizyty kwalifikacyjnej oraz szczepień przeciwko meningokokom przez osoby uprawnione, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 924 z późn. zm.],
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodków, w których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 3). Realizator będzie zobowiązany do corocznego przekazywania koordynatorowi programu bazy uczestników, którzy nie zrealizowali pełnego schematu szczepień, obejmującej dane kontaktowe ich rodziców/opiekunów prawnych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 302], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie,
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym,
- liczba osób zaszczepionych pierwszą dawką szczepienia w ramach programu,
- liczba osób zaszczepionych dwiema dawkami szczepienia w ramach programu,
- liczba osób zaszczepionych pełnym schematem szczepień w ramach programu,
- liczba osób, które nie zostały zakwalifikowane do szczepienia,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn.

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 4),
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie zakażeń meningokokowych, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test,
- odsetek zachorowań na IChM w populacji osób z terenu realizacji PPZ w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu,
- odsetek uczestników zaszczepionych przeciwko N. meningitidis w okresie trwania całego programu w stosunku do liczebności populacji docelowej,
- odsetek hospitalizacji w związku z IChM w populacji dzieci w mieście Rzeszowie.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ przedstawione w projekcie są szacunkowe. Faktyczne koszty wynikały będą z ofert złożonych przez podmioty lecznicze, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. II. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna	100,00
2. Koszt szczepionki	400,00
3. Podanie szczepionki - iniekcja	50,00

Tab. III. Szacunkowe koszty jednostkowe udziału w PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna przed przyjęciem każdej dawki szczepionki (3 wizyty)	300,00
2. Koszt szczepionki (3 dawki)	1 200,00
3. Podanie szczepionki – iniekcja (3 dawki)	150,00
Suma	1 650,00

2. Planowane koszty całkowite

Wariant I – objęcie PPZ ok. 500 osób (ok. 5,75% populacji docelowej)

Tab. IV. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji (wariant I)

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	500	300,00	150 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	500	1 200,00	600 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	500	150,00	75 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	41 250,00	41 250,00
Razem			866 250,00

Tab. V. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji (wariant I)

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	100	300,00	30 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	100	1 200,00	120 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	100	150,00	15 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	8 250,00	8 250,00
Razem w roku 2026			173 250,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	100	300,00	30 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	100	1 200,00	120 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	100	150,00	15 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	8 250,00	8 250,00
Razem w roku 2027			173 250,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	100	300,00	30 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	100	1 200,00	120 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	100	150,00	15 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	8 250,00	8 250,00
Razem w roku 2028			173 250,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	100	300,00	30 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	100	1 200,00	120 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	100	150,00	15 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	8 250,00	8 250,00
Razem w roku 2029			173 250,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	100	300,00	30 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	100	1 200,00	120 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	100	150,00	15 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	8 250,00	8 250,00
Razem w roku 2030			173 250,00
Razem w latach 2026-2030			866 250,00

Wariant II – objęcie PPZ ok. 1 000 osób (ok. 11,5% populacji docelowej)

Tab. VI. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji (wariant II)

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	1 000	300,00	300 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	1 000	1 200,00	1 200 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	1 000	150,00	150 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	82 500,00	82 500,00
Razem			1 732 500,00

Tab. VII. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji (wariant II)

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	200	300,00	60 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	200	1 200,00	240 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	200	150,00	30 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	16 500,00	16 500,00
Razem w roku 2026			346 500,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	200	300,00	60 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	200	1 200,00	240 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	200	150,00	30 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	16 500,00	16 500,00
Razem w roku 2027			346 500,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	200	300,00	60 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	200	1 200,00	240 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	200	150,00	30 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	16 500,00	16 500,00
Razem w roku 2028			346 500,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	200	300,00	60 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	200	1 200,00	240 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	200	150,00	30 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	16 500,00	16 500,00
Razem w roku 2029			346 500,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	200	300,00	60 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	200	1 200,00	240 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	200	150,00	30 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	16 500,00	16 500,00
Razem w roku 2030			346 500,00
Razem w latach 2026-2030			1 732 500,00

Wariant III – objęcie PPZ ok. 1 500 osób (ok. 17,25% populacji docelowej)

Tab. VIII. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji (wariant III)

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	1 500	300,00	450 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	1 500	1 200,00	1 800 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	1 500	150,00	225 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	123 750,00	123 750,00
Razem			2 598 750,00

Tab. IX. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji (wariant III)

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	300	300,00	90 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	300	1 200,00	360 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	300	150,00	45 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	24 750,00	24 750,00
Razem w roku 2026			519 750,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	300	300,00	90 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	300	1 200,00	360 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	300	150,00	45 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	24 750,00	24 750,00
Razem w roku 2027			519 750,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	300	300,00	90 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	300	1 200,00	360 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	300	150,00	45 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	24 750,00	24 750,00
Razem w roku 2028			519 750,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	300	300,00	90 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	300	1 200,00	360 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	300	150,00	45 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	24 750,00	24 750,00
Razem w roku 2029			519 750,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	300	300,00	90 000,00
2. Koszt szczepionki (3 szczepionki)	300	1 200,00	360 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	300	150,00	45 000,00
4. Akcja informacyjna i działania edukacyjne	--	24 750,00	24 750,00
Razem w roku 2030			519 750,00
Razem w latach 2026-2030			2 598 750,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Miasta Rzeszowa. Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 866 250,00 zł (wariant I budżetu), 1 732 500,00 (wariant II budżetu) lub 2 598 750,00 (wariant III budżetu). Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Miasta Rzeszowa, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Miasta Rzeszowa. Miasto w latach 2026-2030 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów części działań realizowanych w programie przez Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9], oraz innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. Bank danych lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl>.
2. Charakterystyka produktu leczniczego Boxero - Szczepionka przeciw meningokokom grupy B, <https://ec.europa.eu/health>.
3. Charakterystyka produktu leczniczego Nimenrix - Szczepionka przeciw przeciw meningokokom grupy A, C, W135, Y, <https://www.ema.europa.eu>.
4. Czajka H., Stryczyńska-Kazubska J., Tarczoń I.: Choroby zakaźne i szczepienia ochronne., [w]: Pierwsze 2 lata życia dziecka. Przewodnik dla rodziców, pod red. Chybicka A., Dobrzańska A., Szczapa J., Wysocki J., wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2008:192-196.
5. Invasive meningococcal disease, Annual Epidemiological Report for 2022, www.ecdc.europa.eu.
6. Inwazyjna Choroba Meningokokowa, <https://www.gov.pl/web/wsse-szczecin>
7. Jackowska T, Wagiel E, Inwazyjna choroba meningokokowa – praktyczne wskazówki dla lekarzy, Postępy Nauk Medycznych, t. XXVII, nr 10B, 2014.
8. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2024 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025 [Dz. Urz. Min. Zdr. 2025.93].
9. Meningococcal Meningitis, WHO, www.who.int.
10. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2021.69].
11. Obwieszczenie Wojewody Podkarpackiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia pierwszego wojewódzkiego planu transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026.
12. Raport o stanie sanitarno-higienicznym województwa podkarpackiego za rok 2024, Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Rzeszowie, www.gov.pl/web/wsse-rzeszow.
13. Rekomendacja nr 9/2024 z dnia 31 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki zakażeń meningokokowych, <https://bip.aotm.gov.pl>.
14. Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczno-profilaktyczne, Wydawnictwo sfinansowane ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach programu zdrowotnego pn. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015, <http://www.antybiotyki.edu.pl>.
15. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
16. Szczepionka przeciw meningokokom, Dane PZH, szczepienia.pzh.gov.pl.
17. Ślusarczyk J., Charakterystyka Szczepionek, [w:] Wakcynologia, pod red. Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A., wyd. α-medica press, Bielsko Biała, 2009.
18. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [Dz. U. z 2021 poz. 1057] Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 31 grudnia 2023 r. oraz w porównywalnym okresie 2022 r., wwwold.pzh.gov.pl.

Załączniki

Załącznik 1

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika PPZ „Program profilaktyki zakażeń meningokokowych na lata 2025-2030” (wzór)

1. Większość zakażeń meningokokowych wśród dzieci wywoływanych jest przez serogrupę:
a) A
b) B
c) C
d) Y
2. Zakażenia meningokokowe najczęściej występują:
a) w populacji kobiet ciężarnych
b) w populacji niemowląt i małych dzieci
c) w populacji młodych dorosłych
d) w populacji osób starszych
3. Główną drogą zakażenia w przypadku inwazyjnej choroby meningokokowej jest droga:
a) pokarmowa
b) kropelkowa
c) skórna
d) płciowa
4. Pełen schemat szczepienia niemowląt i małych dzieci (do 2 r. ż.) przeciwko meningokokom typu B obejmuje:
a) 1 dawkę szczepionki
b) 2 dawki szczepionki
c) 3 dawki szczepionki
d) 4 dawki szczepionki
5. Najczęstszym objawem klinicznym inwazyjnej choroby meningokokowej jest:
a) niewydolność nerek
b) niewydolność wątroby
c) zapalenie płuc
d) zapalenie opon mózgowych

Karta uczestnika PPZ „Program profilaktyki zakażeń meningokokowych na lata 2025-2030”**I. Dane osoby kierowanej do Programu**

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Tel. kontaktowy	
Nazwa i adres żłobka, do którego uczęszcza dziecko	
Nr Rzeszowskiej Karty Mieszkańca lub Rzeszowskiej Karty Rodziny	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

II. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(data i podpis uczestnika programu)

III. Pierwsza lekarska wizyta kwalifikacyjna oraz pierwsze szczepienie

(Data wizyty (dd/mm/rrrr):.....)

Działanie	Informacja dla celów monitoringu/ewaluacji
1. Kwalifikacja do szczepienia	tak nie
2. Edukacja zdrowotna rodzica/opiekuna prawnego	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Wzrost o co najmniej 20% lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi): tak nie

3. Wykonanie szczepienia	tak nie
--------------------------	---------

IV. Druga lekarska wizyta kwalifikacyjna oraz drugie szczepienie

(Data wizyty (dd/mm/rrrr):.....)

Działanie	Informacja dla celów monitoringu/ewaluacji
1. Kwalifikacja do szczepienia	tak nie
2. Wykonanie szczepienia	tak nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Trzecia lekarska wizyta kwalifikacyjna oraz trzecie szczepienie

(Data wizyty (dd/mm/rrrr):.....)

Działanie	Informacja dla celów monitoringu/ewaluacji
1. Kwalifikacja do szczepienia	tak nie
2. Wykonanie szczepienia	tak nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

VI. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis rodzica/opiekuna prawnego

VII. Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach PPZ „Program profilaktyki zakażeń meningokokowych na lata 2025-2030”

I. Dane realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjno-edukacyjnej	
Monitoring	
Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie	
Liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym	
Liczba osób zaszczepionych pierwszą dawką szczepienia w ramach programu	
Liczba osób zaszczepionych dwiema dawkami szczepienia w ramach programu	
Liczba osób zaszczepionych pełnym schematem szczepień w ramach programu	
Liczba osób, które nie zostały zakwalifikowane do szczepienia	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	

Wyniki ankiety satysfakcji* (krótki opis)	
---	--

Ewaluacja*	
Odsetek osób, u których w post-ćeście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie zakażeń meningokokowych, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test	
Odsetek uczestników zaszczepionych przeciwko N. meningitidis w okresie trwania całego programu w stosunku do liczebności populacji docelowej	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego uczestnika PPZ „Program profilaktyki zakażeń meningokokowych na lata 2025-2030” (wzór)

1. Czy udział w programie spełnił Pana/i oczekiwania?

(5 - zdecydowanie tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nie, 1 - zdecydowanie nie)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pan/i przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki choroby meningokokowej?

(5 - zdecydowanie przydatne, 4 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nieprzydatne, 1 - zdecydowanie nieprzydatne)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pan/i jakość usług otrzymanych w ramach programu?

(5 – bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - przeciętnie, 2 - źle, 1 - bardzo źle)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4. Jak ocenia Pan/Pani program od strony organizacyjnej?

(5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - raczej źle, 1 - źle)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Dodatkowe uwagi:

--

Dziękujemy za wypełnienie ankiety