

Projekt

z dnia 16 stycznia 2026 r.
Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY PILCHOWICE**

z dnia 2026 r.

w sprawie przyjęcia Programów Polityki Zdrowotnej na lata 2026-2030

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461). Po uzyskaniu pozytywnej opinii oraz bazując na rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

RADA GMINY PILCHOWICE uchwala:

§ 1. Przyjąć Programy Polityki Zdrowotnej na lata 2026 – 2030, stanowiące załączniki do niniejszej uchwały:

- 1. Program profilaktyki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Pilchowice na lata 2026-2030 - kontynuacja, załącznik nr 1
- 2. Program edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców na terenie Gminy Pilchowice na lata 2026-2030 - kontynuacja, załącznik nr 2

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Pilchowice

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

§ 4. Uchwała podlega ogłoszeniu na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Gminy oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Pilchowice

GŁÓWNY SPECJALISTA

Gliklich
Agnieszka Gliklich

OPINIJE SIĘ
POD WZGLĘDEM
FORMALNOPRAWNYM
ADWOKAT

Szewc
Adam Szewc

SKARBNIK

Tkocz
Mateusz Tkocz

SEKRETARZ GMINY

Dzida
Dagmara Dzida

WÓJT

Gogulla
Maciej Gogulla

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr

Rady Gminy Pilchowice

z dnia 2026 r.



GMINA PILCHOWICE



**GMINNY PROGRAM
POLITYKI ZDROWOTNEJ
w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym
w Gminie Pilchowice na lata 2026-2030
kontynuacja**

Okres realizacji Programu: 2026r. - 2030r.

Podstawa prawna opracowania programu polityki zdrowotnej: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2025r. poz. 1461 z późn. zm.)

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	
3	
I.1 Opis problemu zdrowotnego.....	3
I.2 Dane epidemiologiczne	4
I.3 Opis obecnego postępowania	8
II. Cele programu	10
II.1 Cel główny	10
II.2 Cele szczegółowe.....	11
II.4 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	111
III.1 Populacja docelowa.....	11
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	12
III.3 Planowane interwencje	12
III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	12
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	13
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	13
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach poszczególnych etapów	13
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	13
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	14
V1. Monitorowanie	14
V.2 Ewaluacja	14
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	14
VI.2 Koszty całkowite.....	15
VI.3 Źródła finansowania.....	15
Załącznik nr 1 do Programu Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Pilchowice” (wzór)	16
Załącznik nr 2 do Programu	
Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Pilchowice” (wzór).....	17
VII. Bibliografia	18

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Bakterie dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (z łac. *Neisseria meningitidis*) nazywane są meningokokami i wywołują zakażenie meningokokowe. Bakterie te występują u zdrowych osób nazywanych nosicielami w ich jamie nosowo-gardłowej, nie powodując żadnych dolegliwości ani objawów. Meningokoki wykrywa się u około 10 – 25% zdrowych osób (tzw. nosiciele). Natomiast do samego zakażenia dochodzi na skutek kontaktu osoby podatnej na zakażenie z bezobjawowym nosicielem lub osobą chorą. Meningokoki przenoszone są drogą kropelkową podczas kaszlu/kichania lub poprzez bezpośredni kontakt. Okres wylęgania choroby wynosi od 2 do 10 dni, przeciętnie są to 3-4 dni. Zakażenia meningokokowe stanowią zagrożenie zdrowotne dla wszystkich grup wiekowych. Najczęściej jednak chorują dzieci w wieku od 3 miesięcy do 1 roku życia. Liczne przypadki zachorowania występują też u dzieci w wieku do 5 lat oraz wśród nastolatków i młodych dorosłych w wieku od 16 do 21 r.ż. Zakażenia meningokokowe występują na ogół sporadycznie, jednak niekiedy bakterie dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych mogą wywoływać ogniska epidemiczne lub epidemie.

Meningokoki najczęściej wywołują zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub krwiopochodne zakażenie uogólnione nazywane także posocnicą, które wspólnie określane są mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (IChM). Meningokoki mogą również, chociaż nieporównywalnie rzadziej wywoływać izolowane zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, zapalenie osierdzia, zapalenie wsierdzia, zapalenie stawów i inne schorzenia.

Meningokoki dzieli się na 12 grup serologicznych, ale zakażenia w Polsce wywołują najczęściej meningokoki serogrupy B, C, W oraz Y. IChM w ok. 65% wywoływana jest przez meningokoki serogrupy B oraz w ponad 20% przez meningokoki serogrupy C i w około 10% przez serogrupę W. Zakażenia wywołane meningokokami serogrupy Y występują bardzo rzadko.

IChM stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia. Chory z podejrzeniem takiego zakażenia powinien w trybie pilnym trafić do szpitala. W praktyce diagnoza zakażenia meningokokowego może być niezwykle trudna. Dodatkowo, choroba może rozwijać się bardzo szybko, a jej przebieg jest zwykle bardzo ciężki. Objawy nie występują w określonej kolejności, a część z nich może nie wystąpić w ogóle. W wielu przypadkach IChM diagnozowana jest bardzo późno, ponieważ w początkowej fazie zakażenia chorzy zgłaszają objawy niespecyficzne, podobne do przeziębienia takie jak: osłabienie, gorączka, bóle stawowe i mięśniowe i ogólne, złe samopoczucie. Natomiast w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych występują objawy tzw. oponowe jak: silny ból głowy, nudności, wymioty, sztywność karku, drgawki, światłowstręt, senność.

W przypadku posocznicy (zwanej sepsą) objawy są różne i zależą od jej ciężkości. Charakterystycznym, ale jednak nie zawsze obecnym objawem w postępującej sepsie meningokokowej jest wysypka wybroczynowa. Są to plamki na skórze całego ciała w postaci drobnych czerwonych punkcików zlewających się w późniejszym okresie w duże plamy, które nie bledną pod naciskiem. U dzieci poniżej 2 roku życia objawy w przebiegu choroby różnią się od objawów u dorosłych. Najczęściej obserwuje się: gorączkę, zimne dłonie i stopy, brak apetytu, wymioty, biegunkę, rozpaczliwy płacz lub kwilenie, senność lub drażliwość, odchylenie głowy do tyłu, osłupienie, pulsujące ciemiączko u niemowląt, wybroczyny na skórze.

Rozwijająca się sepsa meningokokowa może prowadzić do niewydolności wielonarządowej i zgonu. Śmiertelność związana z zakażeniami meningokokami wynosi około 10%, ale w przypadkach przebiegających pod postacią sepsy jest znacznie wyższa i może sięgać od 20% do nawet 70%. Dodatkowo, w sepsie meningokokowej aż 50% zgonów ma miejsce w ciągu pierwszej doby od

momentu pojawienia się objawów choroby. Meningokoki należące do serogrupy C częściej wywołują epidemie i częściej powodują sepsę, obarczoną wyższą śmiertelnością. W ostatnich latach wzrasta zachorowalność w Europie, ale również i w Polsce na zakażenia wywołane przez serogrupę W. Zakażenia wywołane przez serogrupę W często są późno diagnozowane ze względu na nietypowe objawy kliniczne, przebieg choroby jest z reguły ciężki i często kończy się śmiercią. Najwyższy współczynnik śmiertelności odnotowuje się dla serogrupy W. Ponadto u części osób, które przebyły zakażenie meningokokowe pozostają trwałe lub czasowe powikłania takie jak różnego stopnia niedosłuch czy uszkodzenia mózgu, padaczka, amputacje palców lub części kończyn, ubytki skóry i tkanki podskórnej wymagające przeszczepów oraz zaburzenia emocjonalne [1].

I.2 Dane epidemiologiczne

Z danych Europejskiego Centrum Kontroli Chorób ECDC wynika, że w roku 2017 zanotowano 3 221 potwierdzonych przypadków IChM łącznie w 30 krajach Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Zachorowania w 4 spośród 30 analizowanych krajów, tj. we Francji, Niemczech, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii stanowiły 58% wszystkich potwierdzonych przypadków. Przeciętny wskaźnik zachorowań wynosił 0.6 na 100 000 tysięcy mieszkańców. Najwyższy wskaźnik zachorowalności występował na Litwie (2,4/100 000 mieszkańców), w Irlandii (1,5/100 000 mieszkańców), w Holandii (1,2/100 000 mieszkańców) i w Wielkiej Brytanii (1,2/100 000 mieszkańców). W Polsce współczynnik zachorowalności na IChM w 2017 roku kształtował się na poziomie średniej europejskiej, tj. 0.6/100 000 mieszkańców [2].

Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce jest na średnim poziomie europejskim, ale może podlegać okresowym wahaniom. Zakażenia meningokokowe występują we wszystkich grupach wiekowych. Wyższą zapadalność odnotowuje się wśród dzieci do 5 roku życia oraz wśród nastolatków w wieku 15-19 lat. U niemowląt i małych dzieci głównie do 1 roku życia blisko 70% przypadków zachorowań wywołują meningokoki serogrupy B. Jednak już od 2 roku życia w zachorowaniach zwiększa się udział meningokoków serogrupy C i W, która dominuje u osób w wieku od 10 do 24 r.ż. W latach 2006 i 2007, na niespotykaną dotychczas skalę wystąpiły w Polsce epidemie wywołane właśnie przez meningokoki serogrupy C [3].

Z danych Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP-PZH oraz Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi GIS dotyczących zachorowań na wybrane choroby zakaźne w Polsce w 2019 r. zanotowano łącznie 95 przypadków zachorowań na zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu, w roku 2018 zanotowano 102 przypadki. Zmniejszyła się również ilość zachorowań na posocznicę z 140 w 2018 roku do 126 w 2019 r. W 2019 r. wystąpiło również 5 przypadków innej określonej i nieokreślonej choroby meningokokowej co stanowiło mniejszą ilość niż w poprzednim roku w którym zachorowało 8 osób [4].

Dane Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakład Higieny oraz Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi Głównego Inspektoratu Sanitarnego opublikowane w biuletynie „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2019 roku” obrazuje Ryc. 1. Z przedstawionych danych wynika, że liczba zachorowań na IChM w roku 2019 wynosiła 193 przypadków, co stanowiło o 7 przypadków mniej niż w roku 2018. Współczynnik zapadalności na IChM na 100 000 mieszkańców w roku 2019 wyniósł 0.50 i był niższy niż rok wcześniej, kiedy to wynosił 0,52.

W województwie śląskim liczba zachorowań w roku 2019 wyniosła w I kwartale 9, w II kwartale 4, w III kwartale 2, w IV kwartale 6, co łącznie wyniosło 21 przypadków. Współczynnik zapadalności na

IChM dla województwa śląskiego w roku 2019 wyniósł 0,46 na 100 000 mieszkańców i był niższy od wskaźnika dla Polski.

Ryc. 1 Liczba zachorowań (w kwartałach i ogółem), zapadalność oraz liczba i procent hospitalizacji według województw w roku 2019 [5].

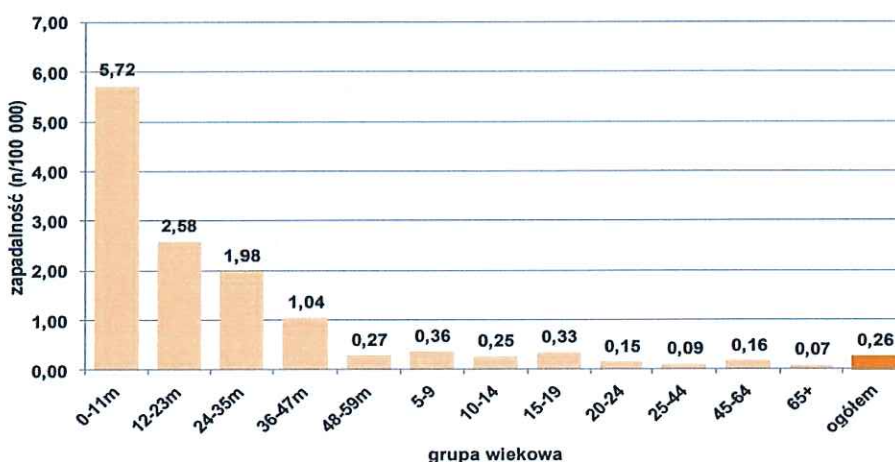
CHOROBA MENINGOKOKOWA: OGÓŁEM (A39)

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	2018 r.	67	54	19	60	200	0,52	199	99,5
	2019 r.	65	53	26	49	193	0,50	192	99,5
1.	Dołnośląskie	6	1	2	2	11	0,38	11	100,0
2.	Kujawsko-Pomorskie	3	5	2	2	12	0,58	12	100,0
3.	Lubelskie	2	6	1	-	9	0,43	9	100,0
4.	Lubuskie	3	2	-	-	5	0,49	5	100,0
5.	Łódzkie	5	2	1	1	9	0,37	9	100,0
6.	Małopolskie	4	3	1	5	13	0,38	13	100,0
7.	Mazowieckie	6	7	7	10	30	0,55	30	100,0
8.	Opolskie	1	1	1	-	3	0,30	3	100,0
9.	Podkarpackie	4	-	2	1	7	0,33	7	100,0
10.	Podlaskie	4	-	-	-	4	0,34	4	100,0
11.	Pomorskie	4	2	2	5	13	0,56	13	100,0
12.	Śląskie	9	4	2	6	21	0,46	21	100,0
13.	Świętokrzyskie	-	3	2	1	6	0,48	6	100,0
14.	Warmińsko-Mazurskie	4	3	1	3	11	0,77	11	100,0
15.	Wielkopolskie	9	9	2	7	27	0,77	26	96,3
16.	Zachodniopomorskie	1	5	-	6	12	0,71	12	100,0

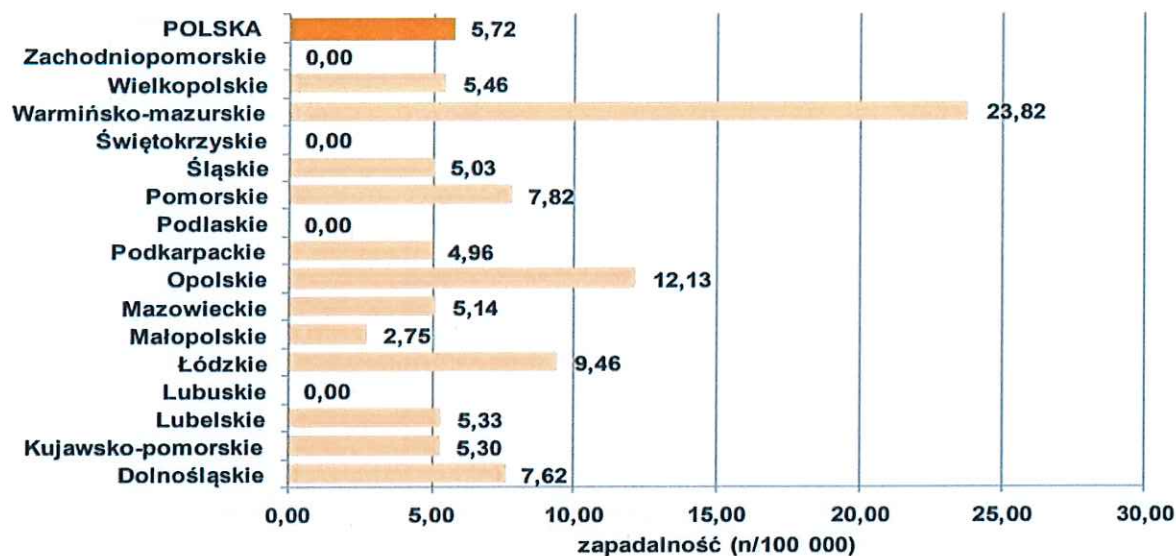
Z danych Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN) wynika, że w roku 2020 meningokoki stanowią istotny czynnik etiologiczny pozaszpitalnych zakażeń inwazyjnych. Rycina 2 przedstawia współczynnik zapadalności na inwazyjną chorobę meningokokową w poszczególnych grupach wiekowych w 2020 roku. Najwięcej zakażeń występuje wśród niemowląt.

Ryc. 2. Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w grupach wiekowych, 2020



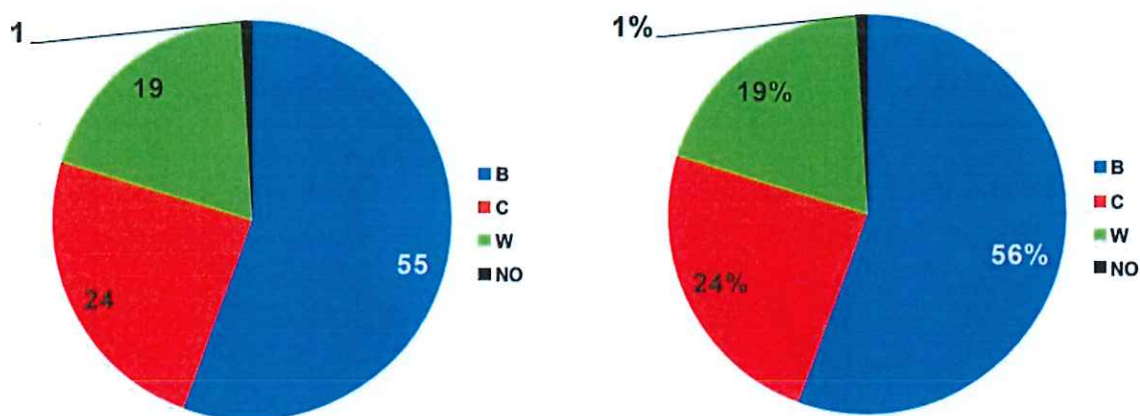
Rycina 3 przedstawia rozkład współczynnika zapadalności na 100 000 mieszkańców na IChM w populacji dzieci <1r.ż. w poszczególnych województwach Polski w roku 2020. W województwie śląskim można zaobserwować niższą od ogólnopolskiej wartość współczynnika zapadalności na IChM u dzieci poniżej 1 r.ż, która wynosi 5,03 na 100 000 mieszkańców.

Ryc. 3. Zapadalność (n/100000) na IChM u dzieci <1r.ż. w województwach Polski, 2020



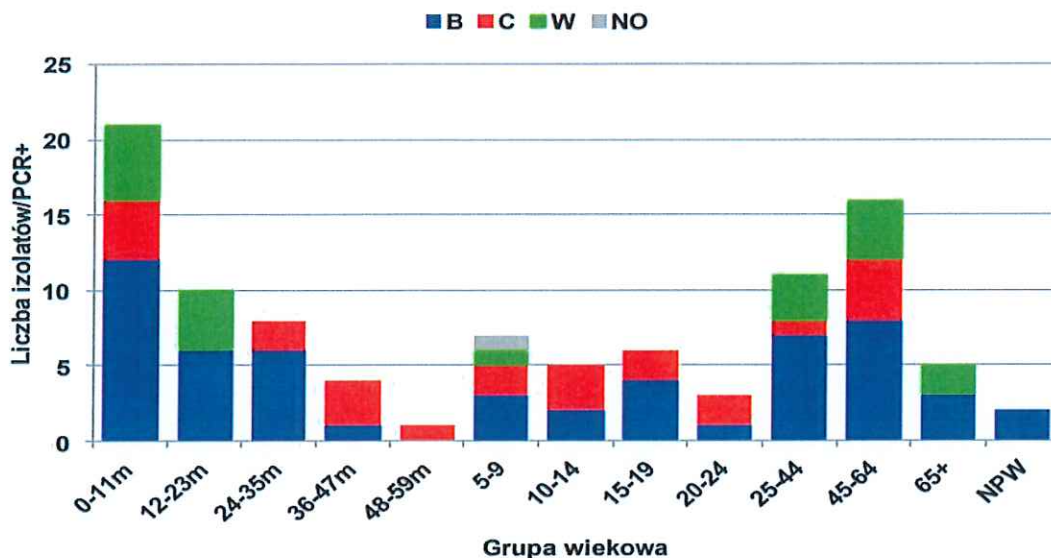
Rycina 4 przedstawia dystrybucję serogrup wśród inwazyjnych meningokoków w Polsce w roku 2020. Meningokoki serogrupy B odpowiadają za największą liczbę zakażeń, co jest zjawiskiem obserwowanym od wielu lat.

Ryc. 4. Dystrybucja serogrup wśród inwazyjnych meningokoków, 2020 (n=99). NO – nieokreślona serogrupa lub izolat niegrupowalny



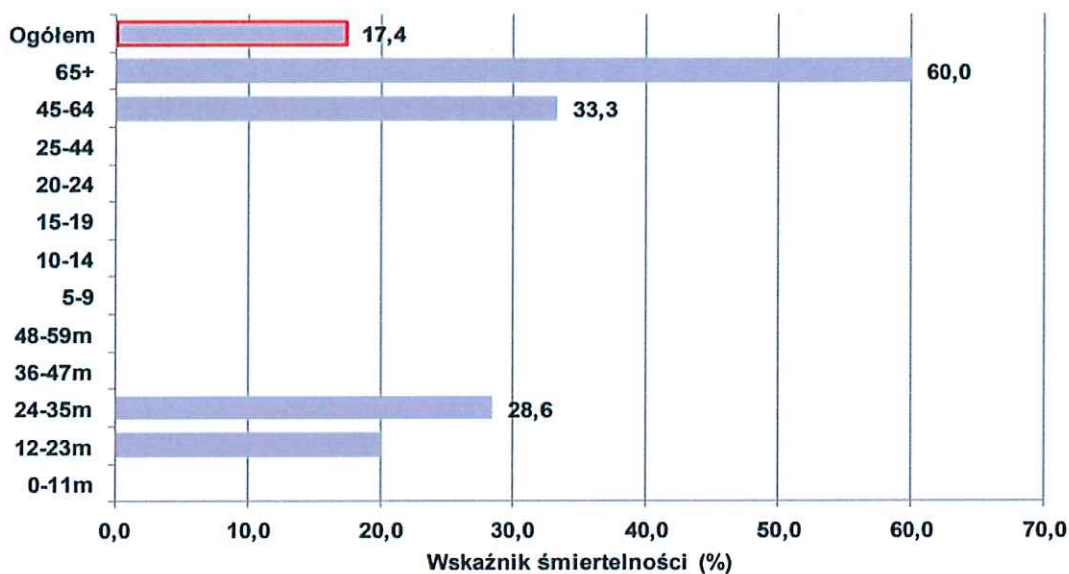
Rycina 5 przedstawia dystrybucję grup serologicznych meningokoków w poszczególnych grupach wiekowych w roku 2020. W zdecydowanej większości grup wiekowych dominują zakażenia inwazyjnymi meningokokami serogrupy B.

Ryc. 5. Dystrybucja grup serologicznych meningokoków w grupach wiekowych, 2020



Rycina 6 obrazuje współczynnik śmiertelności (CFR, %) związany z IChM w roku 2020. Z przedstawionych danych wynika, że IChM w roku 2020 charakteryzowała się dużym współczynnikiem śmiertelności dla przypadków ze znanym zejściem zakażenia zwłaszcza w grupie wiekowej dzieci od 36 do 47 miesięcy oraz w grupie wiekowej od 15 do 19 r. ż. (50%) [6].

Ryc. 6. Współczynnik śmiertelności (CFR, %) związany z IChM, 2020



I.3 Opis obecnego postępowania

W przypadku zapobiegania zakażeniom meningokokowym zaleca się prowadzenie szczepień ochronnych. Obecnie dostępne są szczepionki przeciw serogrupom C, przeciw serogrupom A i C, przeciw serogrupom A, C, W-135 i Y oraz przeciw serogrupie B. Szczepionki polisacharydowe skuteczne wobec meningokoków serogrupy A i C lub A, C, W135 i Y, przeznaczone dla osób powyżej drugiego roku życia, młodzieży i dorosłych. Zaszczepienie taką szczepionką daje ochronę na okres ok. 3 – 5 lat. Nie zaleca się podawania dawek przypominających. Znaczenie szczepionek polisacharydowych jest coraz mniejsze ze względu na dostępność szczepionek skoniugowanych. Szczepionki polisacharydowe są wciąż zalecane osobom wyjeżdżającym w rejony endemicznego i epidemicznego występowania meningokoków serogrupy A, B, W-135 i Y.

Szczepionki skoniugowane to szczepionki nowszej generacji (w Polsce dostępne przeciw meningokokom serogrupy C oraz A, C, W135 i Y). W skład szczepionek skoniugowanych wchodzi oczyszczone polisacharydy otoczkowe meningokoka połączone z białkiem nośnikowym. Połączenie takie sprawia, że szczepionki te są skuteczne u wszystkich osób powyżej drugiego miesiąca życia oraz zapewniają długotrwałą ochronę przed zakażeniem. Tylko szczepionki skoniugowane zmniejszają w populacji liczbę bezobjawowych nosicieli meningokoków danej grupy serologicznej. Skoniugowane szczepionki przeciw meningokokom serogrupy C są przeznaczone do uodparniania dzieci po ukończeniu 2 m.ż. oraz młodzieży i dorosłych, którym należy podać pojedynczą dawkę.

Schemat dawkowania: niemowlęta w wieku po ukończeniu 2. miesiąca życia do ukończenia 4 miesiąca życia: dwie dawki szczepienia podstawowego plus jedna dawka szczepienia przypominającego podana w wieku około 12-13 miesiąca życia. Niemowlęta po ukończeniu 4 miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia jedna dawka szczepienia podstawowego plus jedna dawka szczepienia przypominającego podana w wieku około 12-13 miesiąca życia. Dzieci starsze, młodzież i dorośli otrzymują jedną dawkę.

Wraz ze wzrostem zachorowań wywołanych przez serogrupę W oraz rozwojem turystyki wzrasta znaczenie szczepionek 4-walentnych (przeciw serogrupie A, C, W-135 i Y), które mogą być podawane niemowlętom w wieku od 6 miesięcy, dzieciom, młodzieży i dorosłym). Jedną z szczepionek białkowych przeciw meningokokom serogrupy B została opracowana z wykorzystaniem technologii odwrotnej wakcynologii, gdzie na bazie znanej sekwencji całego genomu meningokoka serogrupy B zidentyfikowano białka, które okazały się dobrymi antygenami w szczepionce tj. czynnik H, adhezynę A i antygen wiążący heparynę; w skład szczepionki wchodzi również białko powierzchniowe przygotowane metodą tradycyjną. Szczepionka białkowa jest przeznaczona do szczepienia osób w wieku od 2 miesięcy i starszych, których chroni przed inwazyjną chorobą meningokokową wywołaną przez meningokoki serogrupy B. Druga szczepionka białkowa została opracowana klasyczną metodą rekombinacji genetycznej, zawiera białko powierzchniowe fHbp, tj. białko wiążące czynnik H. Może być podawana dzieciom powyżej 10 lat i dorosłym jako ochrona przed inwazyjną chorobą meningokokową wywołaną przez serogrupę B.

Należy pamiętać, że szczepienia nie zabezpieczają przed zakażeniem wywołanym przez meningokoki należące do innych grup serologicznych niż te, wobec których skierowana jest szczepionka. Szczepienia przeciw meningokokom zalecane są osobom narażonym na przebywanie w dużych skupiskach tj.:

- niemowlęta i dzieci, szczególnie chodzące do żłobka, przedszkola lub szkoły, wyjeżdżające na kolonie lub ich starsze rodzeństwo uczęszczające do przedszkola lub szkoły,

- młodzież i młodzi dorośli do 21 lat, w tym szczególnie uczniowie, studenci i poborowi mieszkający w internacie, akademiku lub koszarach,
- dzieci i dorośli z grupy zwiększonego ryzyka zakażenia, np. z usuniętą śledzioną lub zaburzeniami jej funkcjonowania lub z poważnymi zaburzeniami układu odpornościowego,
- personel medyczny narażony na zachorowanie w wyniku kontaktu z chorym,
- podróżujący na tereny endemicznego i epidemicznego występowania zakażeń meningokokowych,
- podróżujący służbowo do Arabii Saudyjskiej,
- studenci i uczniowie udający się na studia zagranicę (np. do Stanów Zjednoczonych),
- żołnierze biorących udział w akcjach międzynarodowych,
- w przypadku zagrożenia epidemią.

Dzieci do 1 roku życia najlepiej zaszczepić przeciw meningokokom serogrupy B, ponieważ w tej grupie wywołują one najwięcej zakażeń. Następnie powinno się je zaszczepić przeciw meningokokom serogrupy C lub A, C, W135 i Y. Wraz z rosnącym udziałem zakażeń wywołanych serotypem W, w celu szerszej ochrony, zamiast szczepienia przeciw meningokokom serogrupy C, najlepiej podać szczepionkę chroniącą przeciw czterem serotypom meningokoków – A, C, W135 oraz Y.

Jeżeli planowane są podróże zagraniczne najlepiej podać szczepionkę chroniącą przeciw serotypom meningokoków – A, C, W135 oraz Y oraz szczepionkę przeciw serogrupie B.

Szczepionki 4-walentne (przeciw serogrupie A, C, W-135, Y) zalecane są szczególnie osobom podróżującym. Mogą być stosowane u osób wcześniej szczepionych szczepionką polisacharydową przeciwko serogrupom A i C lub monowalentną szczepionką skoniugowaną przeciw serogrupie C.

W niektórych sytuacjach (np. zagrożenia epidemią) władze sanitarno-epidemiologiczne podejmują decyzje o wprowadzeniu bezpłatnych szczepień osób zamieszkujących teren gdzie wystąpiło ognisko epidemiczne/epidemia z określonych grup wiekowych, najbardziej narażonych na zakażenie (w zależności od sytuacji epidemiologicznej). Użycie w takich sytuacjach szczepionki skoniugowanej skutecznej wobec grupy meningokoków, które wywołały w danym miejscu zachorowania zmniejsza również nosicielstwo i pozwala wygasić ognisko epidemiczne.

Szczepionki przeciw meningokokom są bezpieczne. Jednak jak po każdym szczepieniu mogą wystąpić niepożądane odczyny poszczepienne od najprostszyc, miejscowych do bardziej poważnych. Do częstych odczynów poszczepiennych zalicza się: zaczerwienienie, wrażliwość na dotyk, ból i obrzęk w miejscu wstrzyknięcia, bóle kończyn u starszych dzieci, ból głowy, płacz i drażliwość u niemowląt i dzieci raczkujących, wymioty, nudności, biegunkę i utratę apetytu u niemowląt. Rzadziej występują: gorączka, utrata apetytu, wymioty, nudności, biegunka u dzieci, bóle mięśni u dzieci starszych i dorosłych, bóle kończyn u małych dzieci. Bardzo rzadko pojawiają się: zaburzenia ze strony układu immunologicznego, uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, reakcja anafilaktyczna, reakcje nadwrażliwości (skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy, obrzęk naczynioruchowy), zaburzenia ze strony układu nerwowego: zawroty głowy, drgawki, w tym gorączkowe, omdlenia, niedoczulica lub parestezja oraz hipotonia u niemowląt; zaburzenia ze strony układu pokarmowego: wymioty i nudności oraz zaburzenia skórne w postaci wysypki lub pokrzywki.

Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia wskazują na konieczność włączenia szczepień p/meningokokom do powszechnych programów szczepień, szczególnie w krajach o wysokiej częstości występowania zakażeń meningokokowych (>2-10 przypadków/100 tys. osób rocznie) i w grupach podwyższonego ryzyka wystąpienia inwazyjnej choroby meningokokowej. Zarówno szczepionkę

skoniugowaną p/MenC, jak i szczepionkę białkową p/MenB zaleca się osobom powyżej 2. m. ż., natomiast szczepionkę polisacharydową w populacji powyżej 2 roku życia i wśród osób dorosłych. Stosowanie szczepionki czterowalentnej MCV4 nadal zaleca się: osobom, które podróżują do krajów, w których częste jest występowanie meningokoków grup A, Y oraz W135 oraz osobom, które miały bliski kontakt z przypadkami zakażenia meningokokami grup A, Y oraz W135 powyżej 2 roku życia. Wprowadzenie rutynowych szczepień p/MenC w Wielkiej Brytanii, w przedziale czasu 1998-2008 zredukowano liczbę zachorowań na IChM o blisko 97%. Szacowana efektywność szczepionek wahała się w granicach 93-100%. Udowodniono również wpływ szczepionek na zmniejszenie nosicielstwa meningokoków grupy C. Skuteczność szczepionki przeciwko nosicielstwu oszacowano na 75% (95% CI, 23–92%). [8].

Ponadto część rekomendacji zaleca szczepienia w populacji młodzieży w wieku 16-17 lat. [9].

Zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na 2020 rok (PSO), szczepienia przeciwko meningokokom należą do grupy szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków Ministra Zdrowia. Szczepienia przeciwko meningokokom są zalecane:

- niemowlętom powyżej 2. m.ż.
- 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 (przedszkola, żłobki, domy dziecka, domy studenckie, internaty, koszary),
- dzieciom i osobom dorosłym z wrodzonymi niedoborami odporności, z anatomiczną i czynnościową asplenią, zakażonym wirusem HIV, nowotworem złośliwym, chorobą reumatyczną, przewlekłą chorobą nerek i wątroby, leczonym ekulizumabem (napadowa nocna hemoglobinuria, atypowy zespół hemolityczno-mocznicy), osobom leczonym immunosupresyjnie,
- dzieciom w wieku od 2 mies. życia z grup ryzyka zaburzeń odporności oraz szczególnie narażonym na zachorowanie nastolatkom i osobom powyżej 65 roku życia.

Szczepienia przeciw meningokokom można realizować podając:

- szczepionkę skoniugowaną od ukończenia 2 miesiąca życia (monowalentna przeciw serogrupie C),
- szczepionkę białkową (rDNA) od ukończenia 2 miesiąca życia (przeciw serogrupie B),
- szczepionkę skoniugowaną czterowalentną przeciw serogrupom A, C, W-135, Y od 12 miesiąca życia,
- szczepionkę skoniugowaną monowalentną (przeciw serogrupie C) i czterowalentną (przeciw serogrupie A, C, W-135, Y) od ukończenia 2 miesiąca życia,
- szczepionkę polisacharydową przeciw serogrupom A i C dzieciom powyżej 2 lat i dorosłym [10].

II. Cele programu

II.1 Cel główny

Zmniejszenie liczby zakażeń *Neisseria meningitidis* typu A,C W135, Y w tym IChM oraz hospitalizacji wywołanych IChM wśród dzieci urodzonych w 2025 oraz w roku 2019 z gminy Pilchowice o 50% w okresie realizacji programu w latach 2026-2030 o około 500 osób.

Objęcie szczepieniem dzieci z rocznika 2019 stanowi kontynuację programu zdrowotnego obecnie realizowanego w Gminie Pilchowice, dotyczącego szczepienia przeciwko bakteriom meningokokowym grupy C.

II.2 Cele szczegółowe

Jako cele szczegółowe wyznaczono:

- zmniejszenie zachorowalności w wyniku szczepień o ilość około 500 osób;
- zwiększenie odsetka dzieci zaszczepionych przeciwko meningokokom w populacji gminy Pilchowice;
- zmniejszenie zachorowalności i liczby hospitalizacji w wyniku zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- zwiększenie poziomu świadomości mieszkańców (szczególnie rodziców). Rzetelna i skuteczna informacja do mieszkańców dotycząca prowadzonych szczepieniach ochronnych;
- zmniejszenie oraz zahamowanie nosicielstwa i liczby nowych rozpoznań zakażeń meningokokowych;

II.3 Oczekiwane efekty

- zaszczepienie min 80% grupy docelowej dzieci urodzonych roku 2025 oraz 2019;
- wysoka zgłaszalność do programu dzieci niezaszczepionych;
- edukacja w zakresie objawów Inwazyjnej Choroby Meningokokowej u niemowląt i małych dzieci;

II.4 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba hospitalizacji z powodu IChM odnotowanych wśród mieszkańców Pilchowice (na podstawie danych NFZ);
- liczba zgłoszonych i potwierdzonych zakażeń *N.meningitidis* wśród mieszkańców Pilchowice (dane GIS, KOROUN);
- liczba zaszczepionych dzieci porównana do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej (bieżący monitoring: raporty miesięczne oraz roczne);
- liczba zgód na udział w programie w porównaniu z liczebnością populacji docelowej;

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

III.1 Populacja docelowa

Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi szczepień ochronnych przeciw inwazyjnym zakażeniom *Neisseria meningitidis* ACW-135 Y . Do objęcia programem kwalifikują się:

- dzieci od 2 miesiąca życia,
- młodzież
- osoby dorosłe.

Program kierowany jest do dzieci urodzonych w 2025 r. oraz 2019 r., mających miejsce zamieszkania w Gminie Pilchowice. W kolejnych latach programu włączane będą kolejne roczniki.

Proponowany schemat szczepień to:

- dzieci powyżej 12 miesiąca życia – 1 dawka
- dzieci w wieku 7 lat – 1 dawka

Na podstawie danych demograficznych populacja dzieci urodzonych w 2025r. liczy 71 osoby, co stanowi przybliżoną liczbę osób kwalifikujących się do programu w 2026 roku. Na podstawie danych z jednostek oświatowych populacja dzieci które osiągną w roku 2025 wieku 7 lat wynosi 131 osób, co stanowi przybliżoną liczbę osób kwalifikujących się do programu w 2026 roku. Przewidywana ilość osób, które mogą wziąć udział realizacji programu w roku 2026 wynosi ok. 200 osób.

Natomiast w trakcie całego programu trwającego w latach 2026-2030 przybliżona ilość osób kwalifikująca się do realizacji programu 1000 osób.

Realizacja planu przewidziana jest na lata 2026-2030.

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

Kryteria kwalifikacji

- do programu zakwalifikowane będą osoby urodzone w 2025 roku oraz urodzone w 2019 roku
- zaszczepione zostaną osoby mające miejsce zamieszkania w Gminie Pilchowice. Dokumentem potwierdzającym miejsce zamieszkania będzie pisemne oświadczenie rodziców lub opiekunów
- do szczepienia bezwzględnie wymagana będzie pisemna zgoda rodziców lub opiekunów dziecka.
- zaszczepione zostaną osoby, które przejdą pozytywną kwalifikację lekarza.

Kryteria wyłączenia

- brak zgody rodziców/opiekunów
- brak kwalifikacji lekarskiej
- stałe lub czasowe przeciwwskazania do szczepień.
- brak miejsca zamieszkania na terenie Gminy Pilchowice

III.3 Planowane interwencje

- w ramach realizacji programu przewidziane jest wykonanie szczepień ochronnych przeciwko *n.meningitidis* serotypów **A,C,W-135,Y** skoniugowaną szczepionką dopuszczoną do użytkowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w liczbie 1 dawki na każdego uczestnika.
- szczepienia będą wykonywane zgodnie z zaleceniami kalendarza szczepień oraz charakterystyką produktu leczniczego dostępnych na rynku szczepionek u osób powyżej 12 m.ż. – w schemacie jednodawkowym.
- dodatkowo do wszystkich podmiotów realizujących szczepienia, podmiotów realizujących opiekę dzienną nad dziećmi w grupie docelowej oraz lokalnych mediów zostaną przekazane informacje o realizowanym programie oraz efektywności i celowości realizacji programu szczepień p/ko meningokokom.

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia udzielane będą przez podmioty lecznicze, 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 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.). Szczepienia dzieci zostaną przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia.

Cykl szczepień obejmuje:

- 1) badanie lekarskie poprzedzające podanie dawki szczepionki;
- 2) podanie szczepionki w zależności od schematu szczepienia;
- 3) dokumentację procedury;
- 4) postępowanie z odpadami;
- 5) edukację w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokami oraz postępowania w przypadku wystąpienia odczynu poszczepiennego.

Osoby zakwalifikowane do programu zostaną zaszczepione szczepionką bezpieczną i posiadającą rekomendację Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP), działającego przy Europejskiej Agencji ds. Leków. Szczepionka jest zarejestrowana i dopuszczona do obrotu w Polsce. Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie karty charakterystyki produktu.

Podanie szczepionki każdorazowo będzie poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym. Do szczepienia bezwzględnie wymagana będzie zgoda rodziców lub opiekunów dziecka w trakcie wizyty lekarskiej.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

- zakończenie udziału jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka.
- po wykonaniu szczepienia przyjmujący szczepionkę nie wymaga żadnych działań medycznych i może opuścić podmiot leczniczy po okresie min. 20 minut obserwacji. Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu szczepienia zgodnie z wytycznymi dotyczącymi dawkowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1.1 Przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej:

- a) ogłoszenie konkursu,
- b) wyłonienie realizatorów – podmioty lecznicze na terenie Gminy Pilchowice
- c) podpisanie umowy na realizację programu.

1.2. Prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej

- materiały informacyjne na stronach Gminy Pilchowice oraz jednostek podległych,
- informacje przekazywane rodzicom za pośrednictwem placówek dziennej opieki nad dziećmi oraz za pośrednictwem gabinetów POZ
- informacje medialne przekazywane do lokalnych i regionalnych mediów (prasa),

1.3. Realizacja programu przez podmioty wyłonione w drodze konkursu i zgodnie z zawartą umową:

a) szczepienia

- wypełnienie przez rodziców ankiety o stanie zdrowia dziecka, formularza zgody na wykonanie szczepienia oraz ankiety dotyczącej poziomu wiedzy odnośnie skutków zdrowotnych zakażenia *N. meningitidis*,
- badanie lekarskie poprzedzające podanie szczepionki;
- podanie szczepionki;
- dokumentacja procedury;
- postępowanie z odpadami;
- edukacja w zakresie wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego oraz objawów zakażenia inwazyjnego.

b) raportowanie na koniec oraz w połowie roku kalendarzowego – sprawozdanie z realizacji zadania za dany rok/półrocze.

1.4. Nadzór nad realizacją programu zgodnie z zawartymi umowami przez osoby wyznaczone przez organizatora.

1.5. Monitorowanie i ocena realizacji programu przez organizatora programu Gminę Pilchowice w trakcie i na zakończenie programu – zadanie realizowane w oparciu o dane przekazane przez realizatorów programu.

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

Koordynatorem programu będzie Gmina Pilchowice, Realizatorem zaś podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert, posiadający kompetencje, doświadczenie oraz warunki niezbędne do

prowadzenia szczepień ochronnych zgodnie z obowiązującymi wymogami prawnymi. Konkurs ofert będzie przeprowadzony 5 krotnie, na realizację Programu w 2026 r. oraz na realizację programu w kolejnych latach 2027, 2028, 2029, 2030.

Szczepienia będą wykonywane w pomieszczeniach i warunkach określonych dla tej procedury medycznej przez pielęgniarki mające uprawnienia do wykonywania szczepień. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie realizacji programu będzie się odbywało na bieżąco, m. in. poprzez ocenę:

- 1) zgłaszalności do programu, która zostanie oceniona na podstawie półrocznego sprawozdania realizatora na podstawie liczby wykonanych szczepień, tj. listy osób, które zostały zaszczepione (półroczna zakładana zgłaszalność do programu przewidziana jest na poziomie min. 45% populacji, natomiast całoroczna na poziomie 90% populacji).
- 2) liczby osób zakwalifikowanych do programu. Zaawansowanie realizacji zadania zostanie ocenione na podstawie półrocznego sprawozdania realizatora;
- 3) liczby osób, które nie zakwalifikowały się do programu z powodu przeciwwskazań lekarskich wraz z przyczynami niezakwalifikowania. Zaawansowanie realizacji zadania zostanie ocenione na podstawie sprawozdania realizatora;
- 4) liczby uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału wraz z powodami rezygnacji. Zaawansowanie realizacji zadania zostanie ocenione na podstawie sprawozdania realizatora;
- 5) jakości świadczeń w programie:
 - a) organizator programu wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie,
 - b) każdy uczestnik programu tj. rodzic/opiekun prawny dziecka będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń,
 - c) dokonana zostanie analiza ankiet satysfakcji przeprowadzonych wśród rodziców i opiekunów, zaszczepionych w ramach programu, anonimowe ankiety wypełniane będą bezpośrednio po wykonaniu szczepienia, co pozwoli na ocenę stopnia zadowolenia rodziców i opiekunów, wzór ankiety stanowi załącznik nr 1 do niniejszego programu,
 - d) sprawozdania z kwartalnej i rocznej realizacji programu będą poddane analizie i ocenie przez organizatora programu, wzór sprawozdania stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Programu.

V. 2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, ze stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem wybranych określonych mierników efektywności takich jak:

- poziom wyszczepienia populacji docelowej pełnym schematem, zostanie oceniona na podstawie liczby wykonanych szczepień,
- długofalowa zmiana w liczbie zachorowań i hospitalizacji wywołanych *N. meningitidis* zgodnie z danymi z rejestrów publicznych
- ocena jakości oraz edukacji udzielanych świadczeń wykonywana poprzez monitorowanie wyników anonimowych ankiet dla uczestników oraz prowadzenie nadzoru przez koordynatora programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu w roku 2026 planuje się przeznaczyć z budżetu Gminy Pilchowice kwotę 56.490,00 zł. W kolejnych latach przewidziano podobny koszt. Całościowy koszt realizacji programu wynosi 282.450,00 zł.

VI.1 Koszty jednostkowe

Jednorazowe szczepienie wykonane przez podmiot leczniczy kosztuje około 354,00zł i obejmuje:

- lekarskie badanie kwalifikacyjne,
- wykonanie szczepienia wybraną szczepionką,
- utylizację odpadów,
- przekazanie materiałów edukacyjnych, przeprowadzenie ankiety,
- prowadzenie i sprawozdanie dokumentacji w programie

VI.2 Koszty całkowite

Koszty administracyjne

- do powyższych kosztów należy doliczyć 1.750,00 złotych rocznie na prowadzenie działań informacyjnych – w tym głównie na przygotowanie, druk i dystrybucję materiałów informacyjnych oraz ankiet wstępnych i ewaluacyjnych,
- 4.500,00 złotych na realizację działań monitorowania i ewaluacji programu,
- łącznie koszty administracyjne to około 6.250 złotych rocznie.

Planowane koszty szczepień w latach 2026-2030

Rok	Liczba osób do zaszczepienia (80% populacji -2026, 2027, 2028, 2029, 2030; 2019, 2020, 2021, 2022, 2023)	Cena jednostkowa 1 szczepienia	Szacowana liczba dawek do podania w danym roku	Koszt szczepień	Koszt administracyjny	Koszt roczny programu
2026	160	354,00	160	50.240,00	6.250,00	56.490,00
2027	160	354,00	160	50.240,00	6.250,00	56.490,00
2028	160	354,00	160	50.240,00	6.250,00	56.490,00
2029	160	354,00	160	50.240,00	6.250,00	56.490,00
2030	160	354,00	160	50.240,00	6.250,00	56.490,00

VI.3 Źródła finansowania

Program szczepień finansowany będzie całkowicie z budżetu Gminy Pilchowice na podstawie umowy zawartej z realizatorami. Środki finansowe przeznaczone na realizację programu mogą ulec zmianie ze względu na możliwości budżetu Gminy i zmienną liczbę uczestników programu.

Załącznik nr 1 do Programu

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Pilchowice” (wzór)

I. Ocena sposobu umówienia terminu szczepienia

Jak Pani/Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Szybkość załatwienia formalności w czasie rejestracji?					
Uprzejmość osób rejestrujących?					
Dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena wizyty lekarskiej

Jak Pani/Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Uprzejmość i życzliwość lekarza?					
Staranność i dokładność wykonywanych badań kwalifikujących do szczepienia?					

III. Ocena wykonania szczepienia

Jak Pani/Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
Umiejętność wykonania szczepienia przez pielęgniarkę?					

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pani/Pan ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Czystość w poczekalni?					
Wyposażenie poczekalni?					
Dostęp i czystość toalet?					
Wyposażenie gabinetu?					

V. Dodatkowe uwagi, opinie:

.....

Załącznik nr 2 do Programu

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Pilchowice” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych lekarskich badaniach kwalifikujących, przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do.....	Adresat
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Etap I

Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych	Liczba osób uczestniczących w interwencjach edukacyjnych

Etap II

Liczba wykonanych badań kwalifikujących	Liczba osób zakwalifikowanych do szczepienia

Etap III

Liczba wykonanych szczepień

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis osoby działającej
w imieniu sprawozdawcy)

VII. Bibliografia

1. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/2/#o-chorobie>
2. https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2017-invasive-meningococcal-disease.pdf
3. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/4/#jak-wiele-zakazen-meningokokowych-wystepuje-w-polsce>
4. http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2019/INF_19_06A.pdf
5. http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2019/Ch_2019.pdf
6. <http://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICHM-w-Polsce-w-2020-roku.pdf>
7. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/5/#o-szczepionce>
8. <http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2019/OP-0061-2019.pdf>
9. <http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2019/OP-0005-2019.pdf>
10. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/7/#kalendarz-szczepien>

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr

Rady Gminy Pilchowice

z dnia 2026 r.



GMINA PILCHOWICE



**Program edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku
przedszkolnym oraz ich rodziców
na terenie Gminy Pilchowice na lata 2026 – 2030
kontynuacja.**

Pilchowice styczeń, 2026r.

Spis treści

Wstęp	3
Ogólne założenie programu	3
Cele szczegółowe wynikające z założenia programu	3
Opis problemów zdrowotnych	3
Otyłość	3
Wszawica	4
Próchnica.....	5
Stres i radzenie sobie w sytuacjach trudnych.....	5
Choroby „brudnych rąk”	5
Adresaci programu	7
Organizacja programu	7
Miejsce realizacji programy:.....	7
Okres realizacji programu	8
Koszty programu.....	8
Oczekiwane efekty	8

„ Wychowujemy zdrowe, aktywne fizycznie dzieci, odporne na stres i choroby” w myśl zasady - „DOBRE NAWYKI DAJA WYNIKI”

Wstęp

Założeniem programu jest propagowanie wśród dzieci przedszkolnych i ich rodziców zdrowego, aktywnego trybu życia poprzez kształtowanie prawidłowych nawyków i przyzwyczajęń. Ogromne znaczenie w tym procesie ma profilaktyka, która skutkuje w dorosłym życiu zmniejszeniem zachorowalności społeczeństwa na choroby będące plagą XXI wieku tj. otyłość, nadciśnienie, cukrzyca.

Istotą programu jest edukacja nie tylko dzieci, ale również ich rodziców.

Programem zdrowotnym objęte będą dzieci uczęszczające do przedszkoli na terenie Gminy Pilchowice wraz z ich rodzicami.

Ogólne założenie programu

Wychowanie zdrowych, aktywnych fizycznie dzieci, odpornych na stres i choroby.

Cele szczegółowe wynikające z założenia programu

1. Kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych.
2. Kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych.
3. Zapobieganie próchnicy.
4. Propagowanie aktywności fizycznej i ruchu na świeżym powietrzu.
5. Kształtowanie umiejętności wyrażania emocji, radzenia sobie w sytuacjach trudnych.
6. Eliminacja wszawicy.
7. Zapobieganie chorobom zakaźnym

Opis problemów zdrowotnych

Otyłość

Istotą programu zdrowotnego jest eliminacja otyłości u dzieci oraz powstających w jej wyniku powikłań.

W przedstawionym programie poprzez edukację zdrowotną w przedszkolach, badania lekarskie, badania laboratoryjne, ćwiczenia fizyczne, dietę będziemy starali się walczyć z tym problemem.

Otyłość jest najczęstszą współczesną chorobą cywilizacyjną. Występowanie otyłości u dzieci jak i dorosłych ma charakter epidemiczny.

W Polsce analizy statystyczne wskazują na częstotliwość występowania otyłości u 2,5-12 % dzieci.

Otyłość jest to nadmiar masy ciała w stosunku do masy należnej dla wzrostu i płci przekraczający 25%. Natomiast nadmiar masy ciała mieszczący się w granicach 10-25 % klasyfikuje się jako **nadwagę.**

W celu rozpoznania nadwagi lub otyłości u dziecka stosuje się tzw. wskaźnik względnej masy ciała (BMI). Oblicza się go dzieląc masę ciała wyrażoną w kilogramach przez kwadrat wzrostu wyrażony w metrach kwadratowych (kg/m^2). BMI zmienia się w miarę wzrastania dziecka i dlatego należy go interpretować posługując się siatkami centylowymi. Otyłość rozpoznaje się, jeżeli wartość BMI przekracza 97 centyl. Wartości BMI mieszczące się w przedziale 90-97 centyl traktowane są jako nadwaga.

Najczęstszą postacią otyłości występującą u dzieci i młodzieży jest otyłość prosta, zwana także samoistną, pierwotną lub alimentacyjną, czyli spowodowana źle zbilansowaną energetycznie dietą oraz ograniczeniem wysiłku fizycznego. Stanowi ona ok. 90 % przypadków otyłości u dzieci. Bardzo rzadkie są przypadki otyłości spowodowanej chorobami endokrynologicznymi (niedoczynność tarczycy, choroba i zespół Cushinga, rzekoma niedoczynność przytarczyc

somatotropinowa niedoczynność przysadki, zespół policystycznych jajników) lub genetycznymi (zespół Turnera, Klinefeltera, Willi-Pradera, Lawrence-Moon-Biedla).

Każde dziecko z nadwagą i otyłością powinno zostać zbadane przez pediatrę. Konieczne jest wykonanie badań takich jak: profil lipidów w surowicy krwi, poziom glikemii na czczo oraz oznaczenie hormonów tarczycy. W niektórych uzasadnionych przypadkach przeprowadza się diagnostykę cukrzycy, która jest powikłaniem otyłości. Zwykle wyniki tych badań są prawidłowe i nie ma potrzeby wykonywania dalszych badań ani konsultacji specjalistycznych.

Nie każde otyłe dziecko skazane jest na otyłość w wieku dorosłym, szczególnie jeśli w rodzinie nie ma otyłości, a nadmierna masa ciała dziecka pojawiła się przed okresem dojrzewania płciowego. Jeżeli jednak otyłość utrzymuje się przez cały okres dzieciństwa i dojrzewania, to ponad 30% chłopców i 40 % dziewcząt jest zagrożone otyłością w życiu dorosłym.

Celem leczenia otyłości u rozwijającego się dziecka jest **utrzymanie stabilnej masy ciała, tak aby dziecko „dorosło” do swojej należytnej masy ciała, o ile otyłość nie jest znaczna.** Proces ten jest powolny, ale przynosi zdecydowanie więcej korzyści niż nagłe odchudzanie.

Konsekwencją występowania otyłości u dzieci są zaburzenia ortopedyczne (wady postawy, płaskostopie), zaburzenia oddychania w czasie snu, kamica dróg żółciowych, stłuszczenie wątroby, cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, zwiększone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, oraz problemy natury psychologicznej: izolacja, obniżone poczucie własnej wartości, depresja.

Będziemy walczyć z otyłością poprzez :

- **Umiejętne i systematyczne prowadzenie ćwiczeń fizycznych w salach gimnastycznych i na świeżym powietrzu, które powinny prowadzić do kontrolowanego zmniejszenia masy ciała. Ćwiczenia będą dobrane do potrzeb i możliwości dziecka, tak aby zachęcić je do dalszego wysiłku. Będziemy się starać, aby w ćwiczeniach towarzyszyli dziecku także rodzice. Ze sportów dla przedszkolaków będziemy polecać: wrotki, łyżwy, rolki, rowery, marsze piesze. Najlepiej, aby wysiłek fizyczny trwał około 2 godziny dziennie, a jego intensywność powodowała wzrost tętna w 2-3 ciągłych okresach trwających 5-15 minut do 130 uderzeń/min.**
- **Przekonanie rodziców do kontynuowania ćwiczeń z dzieckiem w domu oraz na wolnym powietrzu poprzez wspólne spacer, jazdę na rowerze, rolkach, łyżwach itd.**
- **Propagowanie spożywania małych objętościowo lecz częstszych posiłków (4-5 w ciągu dnia) i eliminacja zjawiska „podjadania” między posiłkami kalorycznych przekąsek.**
- **Edukacja rodziców, aby posiłki przygotowywane w domu były mniej kaloryczne, smaczne, pełnowartościowe, urozmaicone i dające poczucie sytości.**
- **Wytworzenie nawyku picia wody zamiast napojów i soków jako ważny krok w normalizacji masy ciała, ponieważ spożywanie słodzonych napojów gazowanych i soków często dostarcza w ciągu doby dodatkowo 500-1000 kcal!**

W nowoczesnym leczeniu otyłości wieku rozwojowego coraz większą rolę odgrywa również psychoterapia – tutaj widzimy rolę psychologa biorącego udział w programie.

Wszawica

Ważnym punktem programu jest **walka z wszawicą** - „wstydlivy problem przedszkoli” W tym przypadku najważniejsze jest dotarcie z dobrą informacją (poprzez pielęgniarki szkolne) do rodzica przed pojawieniem się wszawicy w przedszkolu. Istotne jest to, aby rodzice byli świadomi tego, iż czystość i porządek w domu, nie gwarantuje niewystąpienia u dziecka tego wstydlivego problemu.

Natomiast kiedy wszawica już wystąpi u naszych pociech należy jak najszybciej działać

i zrozumieć iż wszawica to choroba zakaźna – dziecko przez kilka dni musi pozostać w domu; kurację powinna przejść cała rodzina, a nie tylko maluch.

Poziom świadomości zdrowotnej i higieny wyraźnie wzrósł w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, liczba zakażeń wszawicą jednak rośnie. W Polsce kompletnych danych brak, ale Główny Inspektorat Sanitarny alarmuje: w ciągu ostatnich dwóch lat liczba zarażonych wszawicą Polaków w różnym wieku wzrosła prawie dwukrotnie. Najbardziej zagrożone są ośrodki wielkomiejskie.

W ubiegłym roku na terenie Gminy Pilchowice, również odnotowano zwiększenie liczby przypadków wszawicy wśród dzieci szkolnych. Nie jesteśmy w stanie określić jaką liczbę dzieci przedszkolnych dotknął ten problem (statystycznie to największa grupa nosicieli) gdyż przedszkola nie mają zapewnionej opieki medycznej sprawowanej przez pielęgniarki szkolne w ramach NFZ.

Poprzez wdrażanie programu w przedszkolach chcemy eliminować wszawicę poprzez comiesięczne regularne sprawdzanie czystości głów dzieci przez wykwalifikowany personel medyczny.

Próchnica

Kolejnym problemem zdrowotnym występującym u przedszkolaków, który chcemy rozwiązać jest Próchnica jest chorobą zębów, która dotyczy większości dzieci. Im młodsze pokolenie, tym ubytki mogą być większe, dlatego ważna jest jak najwcześniejsza profilaktyka.

Nie leczona próchnica powoduje m.in. zapalenie tkanek okołowierzchołkowych zęba, ropnie okołozębowe, ziarniniaki, bądź też przetoki ropne. Ognisko zapalne w jamie ustnej stanowi ryzyko zakażenia innych narządów. Usunięcie chorych zębów w wyniku próchnicy prowadzi do wad zgryzu.

W naszej gminie chcemy walczyć z tym problemem poprzez:

- kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych - prelekcje z udziałem pielęgniarki szkolnej
- naukę właściwego szczotkowania zębów i dbanie o higienę jamy ustnej - pod nadzorem higienistki stomatologicznej
- przełamanie bariery strachu przed wizytą w gabinecie stomatologicznym - kontakt przedszkolaków ze stomatologiem

Stres i radzenie sobie w sytuacjach trudnych

Mówiąc o stresie mamy na myśli przede wszystkim świat dorosłych, tymczasem stres jest częścią naszego życia, z którą zmagamy się od urodzenia. W obecnej dobie nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie stresu z naszego życia. Ważne jest to, aby od najmłodszych lat nauczyć nasze pociechy sposobów walki z negatywnymi emocjami oraz zachowania w trudnych sytuacjach.

Zamierzamy walczyć z tym problemem poprzez zajęcia z psychologiem – różne formy terapii.

Choroby „brudnych rąk”

Choroby „brudnych rąk” to choroby, które przenoszone są drogą pokarmową na skutek braku dostatecznej higieny.

Za sprawą brudnych rąk można nie tylko doprowadzić do zatrucia, ale także przenieść groźne choroby zagrażające życiu.

Najprościej rzecz ujmując, na nieumytych dłoniach przenoszone są bakterie lub wirusy, które następnie podczas jedzenia czy innych czynności przy twarzy przenosimy do ust, a stamtąd dalej do układu pokarmowego.

Do najczęstszych chorób zaliczamy m.in.:

Wirusowe zapalenie wątroby typu A (żółtaczką pokarmową) - można się nią zarazić zarówno brudem na rękach, ale także jedząc nieumyte owoce, pijąc nieprzegotowaną wodę. Najlepszym zabezpieczeniem jest szczepienie - możliwe już od drugiego roku życia. Zaleca się je szczególnie dzieciom w wieku przedszkolnym.

Lamblioza (zakażenie pasożytem gardia lamblia) - przenoszona jest przez zwierzęta, innych ludzi lub przez skażoną wodę. U człowieka pasożyty umiejscawiają się w dwunastnicy i drogach żółciowych. To przede wszystkim choroba dzieci. Zapada na nią co drugie dziecko w wieku przedszkolnym. Objawy u dzieci są następujące - nawracające, przewlekłe bóle brzucha, nasilające się po jedzeniu, częste, okresowe biegunki - zwykle występuje wodnista biegunka, ogólne osłabienie i pod żółtaczkowe zabarwienie oczu.

Bakteryjne zapalenie jamy ustnej - może się objawiać bólem, pieczeniem, swędzeniem, zaczerwienieniem, obrzękiem okolic ust, obrzękiem śluzówki jamy ustnej. Czasami objawy powiązane z nieprzyjemnym zapachem z jamy ustnej.

Salmonelloza i shigelloza - najczęściej zarazić się można poprzez zjedzenie źle przechowywanych lodów, ciastek z kremem czy na wpół surowych jajek. Choroba może być także skutkiem brania do ust piasku z piaskownicy. Zatrucie salmonellą zaczyna się dopiero po 8-12 godzinach lub nawet później po jedzeniu. Od początku choremu dokuczają bóle brzucha i silna biegunka, natomiast nudności i wymioty występują rzadko. Stolce oddawane są często (do 15 razy na dobę), czasem z domieszką śluzu i krwi. Gorączka jest wysoka 38- 40°. Często sam chory potrafi określić, która potrawa spowodowała zatrucie.

Zakażenie owsikami - to dość częsta choroba u dzieci chodzących do żłobka czy przedszkola. Najprostszy sposób zarażenia: zabawa z innym dzieckiem (nosicielem owsików) tymi samymi zabawkami. Objawem jest swędzenie w okolicach odbytu.

Tylko co dziesiąty Polak uważa, że latem warto wziąć dodatkowy prysznic, 3 na 4 osoby nie myją rąk po wyjściu z toalety, a w 30 % próbek ziemi pobranych w polskich miastach były jaja psiej glisty. Dlatego choroby "brudnych rąk" to u nas poważny problem. W związku z powyższym będziemy z tym problemem walczyć poprzez profilaktykę w myśl hasła: „**DOBRE NAWYKI DAJĄ WYNIKI**”.

Aby zmniejszyć ryzyko występowania chorób „brudnych rąk”, higienistki szkolne będą edukować przedszkolaki według następujących zasad:

- Mycie rączek dziecka - zwłaszcza przed jedzeniem, po powrocie ze spaceru, wyjściu z toalety lub zabawie z ukochanym zwierzątkiem.
- Dbanie o to, żeby każdy z domowników miał swój ręcznik (a malec swój również w przedszkolu).
- Uczulanie dziecka, żeby nie piło z jednego kubka z kolegą, ani nie jadło z nim czegoś „na spółkę”.
- Dokładne mycie warzyw i owoców.
- Pilnowanie, żeby malec nie wkładał do ust kamyczków, patyczków ani żadnych innych „skarbów” podniesionych z ziemi.
- Zabranianie głaskania bezpiecznych zwierząt.
- Nie podawanie dziecku jedzenia podczas zabawy na podwórku.
- Obcinanie dzieciom na krótko paznokci.
- Dbanie o to, żeby piasek w piaskownicy był zawsze czysty.

Oprócz w/w zasad, które będą wprowadzane do przedszkoli chcemy walczyć z tym problemem nie tylko poprzez kształtowanie dobrych nawyków, ale również poprzez szczepienia ochronne.

Pediatrzy i pielęgniarki biorące udział w tym programie muszą dotrzeć do rodziców z informacją dotyczącą szczepień ochronnych i przekonać ich do skuteczności szczepionki w walce z niebezpiecznymi dla dziecka chorobami zakaźnymi np: żółtaczką typu A, biegunkami zakaźnymi wywoływane przez rotawirusy, chorobami wywołwanymi przez pneumokoki i meningokoki.

Adresaci programu

Dzieci przedszkolne oraz ich rodzice.

Program będzie realizowany w pięciu placówkach oświatowo - wychowawczych na terenie Gminy Pilchowice liczącej ok. 12 250 mieszkańców. Dzieci w wieku przedszkolnym tj. 602 osób (dane z 2025 r.) w tym dzieci uczęszczające do przedszkola, które będą objęte programem ok 448 osób (w roku 2025 liczba dzieci uczęszczających do przedszkola wynosiła średnio 475 dzieci).

Gmina Pilchowice stwarza dogodne warunki do realizacji założeń w/w programu.

Tereny gminy to tereny wiejskie, otoczone lasami, polami, z dala od miejskiego zgiełku i zanieczyszczeń przemysłowych.

Przedszkola wyposażone są w bezpieczne i funkcjonalne place zabaw.

Na terenie gminy działają również:

- Komisja rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- Zespół Interdyscyplinarny

Organizacja programu

Działania będą prowadzone w każdej placówce (przedszkolu) 1-3 spotkań w miesiącu.

Program edukacji zdrowotnej w przedszkolach będzie realizowany przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje:

- lekarzy pediatrów,
- lekarzy stomatologów,
- psychologa,
- higienistki stomatologiczne,
- pielęgniarki posiadające kursy kwalifikacyjne w zakresie:
 - Pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania.
 - Szczepień ochronnych

Program będzie prowadzony według wcześniej przygotowanego harmonogramu działań i będzie kontynuowany w/w przedszkolach sukcesywnie przez kilka lat.

Miejsce realizacji programy:

Zespół Szkolno – Przedszkolny w Żernicy

Zespół Szkolno – Przedszkolny w Stanicy

Zespół Szkolno – Przedszkolny w Wilczy

Zespół Szkolno – Przedszkolny w Pilchowicach

Publiczne Przedszkole w Nieborowicach

Ośrodki Zdrowia w Żernicy, Pilchowicach i Wilczy

Laboratorium Analityczne w Żernicy, Pilchowicach

Wykonywane w ramach programu świadczenia i czynności będą odnotowywane przez osoby realizujące program w przeznaczonych do tego celu dziennikach.

Dzieci, u których stwierdzi się np. nadwagę lub otyłość będą kierowane przez lekarza pediatrę biorącego udział w/w programie na badania laboratoryjne oraz inne niezbędne badania diagnostyczne.

Przeglądy czystości, pogadanki, filmy i edukacja dzieci będą przeprowadzane przez wykwalifikowaną kadrę medyczną w placówkach oświatowo - wychowawczych na terenie Gminy Pilchowice.

Okres realizacji programu

Realizacja programu przewidziana jest na lata 2026 – 2030.

Koszty programu

Całkowity koszt programu nie przekroczy kwoty to 200 000,00 zł.

Na każdy kolejny rok realizacji programu Gmina Pilchowice przeznaczy kwotę 40 000,00 zł.

Oczekiwane efekty

Efekty realizowania „Programu edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców na terenie Gminy Pilchowice” nie będą widoczne w trakcie lub bezpośrednio po zakończeniu w/w programu. Widoczny efekt zostanie osiągnięty w działaniach długofalowych, które będą skutkowały:

1. Spadkiem liczby otyłych dzieci, co z kolei będzie powodowało spadek zachorowań na cukrzycę, nadciśnienie i choroby układu krążenia wśród społeczeństwa.
2. Zmniejszeniem zapadalności wśród dzieci na choroby zakaźne i choroby „brudnych rąk.”
3. Zmniejszeniem liczby zachorowań na próchnicę.
4. Eliminacją wszawicy.
5. Nabytą przez dzieci umiejętnością radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi.
6. Wzrostem liczby zaszczepionych dzieci.
7. Wzrostem świadomości społeczeństwa w kwestii: odżywiania, chorób „brudnych rąk”, stresu, otyłości, cukrzycy, próchnicy, chorób układu krążenia, szczepień ochronnych

Wyedukowanie dzieci przedszkolnych w przyszłości będzie skutkować wzrostem świadomości zdrowotnej obywateli - społeczeństwa. Natomiast wyedukowani rodzice będą mieli świadomość w jaki sposób prawidłowo odżywiać siebie, członków rodziny i kolejne potomstwo.

Uzasadnienie

Program zdrowotny dotyczący szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Pilchowice (załącznik nr 1) będzie realizowany- kontynuowany w latach 2026-2030. Program obejmie dzieci w wieku 7 lat i niemowlęta powyżej 12 mc.ż., stanowi kontynuację programu zdrowotnego z lat poprzednich.

Od 2022 roku szczepienia obejmują nie tylko serogrupę typu C meningokoków jak dotychczas ale również serogrupę typu A, W-135 oraz Y.

Program edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców (załącznik nr 2) stanowi kontynuację w latach 2026- 20230 wieloletniego programu promującego zdrowy tryb życia.

Programy zostaną zrealizowane zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i posiadają pozytywne opinie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 142/2012 z dnia 16 lipca 2012 roku oraz nr 51/2021 z dnia 30 sierpnia 2021 roku.

GŁÓWNY WICEPREZES


Agnieszka Gliklich